

International Congress of Cognitive Psychotherapy  
Sweden. June 2005

### **La Importancia del Estilo Personal del Terapeuta Y el Vínculo como Herramientas Terapéuticas**

Autor: Sara Baringoltz. Directora del  
Centro de Terapia Cognitiva. Buenos Aires  
Argentina

En el Centro de Terapia Cognitiva de Buenos Aires, Argentina, del cual soy la directora, estamos trabajando desde el año 1988 en el entrenamiento de terapeutas. Dictamos un posgrado para profesionales: psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos denominado “Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia”. Este posgrado de 2 años de duración, implica tal como su nombre lo indica una amplia diversidad de enfoques cognitivos. Es con esta ideología valorativa de la diversidad de criterios y la integración personal del terapeuta, que hemos incluido en el programa enfoques como: Beck, Young, Safran, Greenberg, Guidano, Goncalvez, Wells, etc.

Entre las variables importantes de la relación terapéutica, la **alianza** es el que ha recibido mayor atención por parte de la investigación. Podríamos en este sentido citar a 2 personas destacadas: Bordin que define la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y terapeuta, y a Lubosky que trabajó distintos tipos de alianza en función de la etapa de la psicoterapia de la que se trate. También la relación significativa entre alianza terapéutica y resultados de la terapia, conforman un cuerpo importante de publicaciones, siendo interesante que Henry y Strupp señalen que la terapia ecléctica y la cognitiva presentan mayor correlación entre resultado y alianza.

Basándome en la importancia que tiene **el estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas** según múltiples investigaciones, me he dedicado al estudio de la complejidad de estas variables a través de la experiencia clínica y docente. Parto del supuesto de que el entrenamiento teórico y técnico de los profesionales es necesario pero no suficiente. Este debe ser completado con un entrenamiento que permita al terapeuta ser consciente de su propio estilo personal así como de su incidencia en la relación interpersonal con el paciente. Este tipo de trabajo ha sido habitualmente desarrollado en los entrenamientos en el espacio conocido como supervisión. Quisiera por lo tanto desarrollar mis aportes sobre una modalidad de supervisión que hoy en día y desde hace años se denomina “**grupos de supervisión terapéutica**”. Como su nombre lo indica tienen como objetivo una función de supervisión de los casos, pero simultáneamente provocan cambios terapéuticos en los profesionales que participan de la experiencia grupal.

En estos grupos incluyo por lo tanto como objetivos mas abarcativos:

- La conceptualización del caso a supervisar, objetivos y estrategias. Pero además...
- El estilo personal del terapeuta en sus múltiples entrecruzamientos con los esquemas cognitivos del paciente. Así como...
- El contexto del profesional influyendo en la relación terapéutica (familiar, laboral, crisis vitales, etc.) y...

- El cuidado del terapeuta (situaciones vinculadas al “burn out” profesional y personal)

En la supervisión tradicional habitualmente se incluye el primer objetivo: el caso a supervisar. En este tipo de supervisión los siguientes tres objetivos tienen un peso fundamental y pasará a una mayor explicitación de los mismos.

Considero que cada proceso terapéutico es como un viaje compartido: original e irrepetible. En cada viaje terapéutico ocurren constantemente entrecruzamientos de esquemas de terapeuta y paciente, constituyendo el corazón de la terapia. Por lo tanto, cuanto más consciente sea el terapeuta de estos entrecruzamientos, mayor habilidad tendrá en su rol. En toda relación terapéutica ocurren consonancias y disonancias en los sistemas de creencia entre terapeuta y paciente y su balance equilibrado permite que el proceso de cambio en psicoterapia ocurra. Algunas creencias compartidas provocan empatía, y algunas no compartidas permiten al decir de Guidano la “perturbación necesaria” para el cambio. Pero se podría decir que disonancias importantes pueden llevar a la ruptura del vínculo, tal como por ejemplo valores muy diferentes y extremos. Por otro lado consonancias exageradas provocan estancamiento en los tratamientos. Sin embargo este no es el único motivo de estancamiento o dificultad en la terapia. Cuando un terapeuta lleva un caso a supervisar muy a menudo cree que tiene que ver con lo difícil del diagnóstico o con sus dificultades para encontrar la estrategia. Sin embargo en estos grupos de supervisión muchas veces encontramos la dificultad en aspectos vinculados al terapeuta: La visión de su propia historia, la visión sesgada de la situación del paciente, otros aspectos de su vida actual personal o profesional, aspectos éticos, algunos esquemas (schemes) activados en ese vínculo, y así podríamos seguir la lista hasta el infinito. Para dar algunos ejemplos de estas situaciones citare algunos casos:

- Una terapeuta se muestra muy preocupada porque debe solucionar la problemática de una paciente borderline en 15 sesiones que le otorga la obra social. En el grupo de supervisión se aclara que la problemática debe focalizarse no solo en los conocimientos para abordar este tipo de pacientes, sino en la angustia que le provoca al terapeuta en función de sus propios esquemas de perfeccionismo y exigencia satisfacer la demanda de los directivos de la obra social.
- Otra terapeuta de edad media consulta sobre cómo manejar una paciente joven que la llama varias veces por día, le pide cambios de horario, sesiones extra, le manifiesta que no puede pagar los honorarios de estas sesiones extra, y se muestra muy desbordada de ansiedad a pesar de la terapia y la medicación. Durante la supervisión se trabaja la gravedad de la paciente pero también sus actitudes de manejo y como estas se entrecruzan con creencias de la terapeuta acerca de: “elegí esta profesión para ayudar a la gente”, así como con situaciones personales como: “tiene la misma edad de mi hija y la veo tan desesperada”.

Todas estas situaciones son enfocadas en un eje de intersección ente los paradigmas de terapeuta y paciente, eje en el que confluyen múltiples aspectos de la relación, responsables en gran medida del proceso terapéutico. ¿Porque estoy planteando este trabajo de supervisión en un marco grupal? Considero que la focalización sobre el eje de intersección puede realizarse mejor en un ámbito grupal en el que existen otras visiones alternativas que perturben la visión del terapeuta. Estoy usando la palabra perturbación no como crítica, ya que nadie tiene la verdad, sino como visiones distintas de los hechos. Cabe destacar que este trabajo en el que se conjugan aspectos de la supervisión al mismo tiempo que terapéuticos sin ser grupos terapéuticos debe transcurrir en un

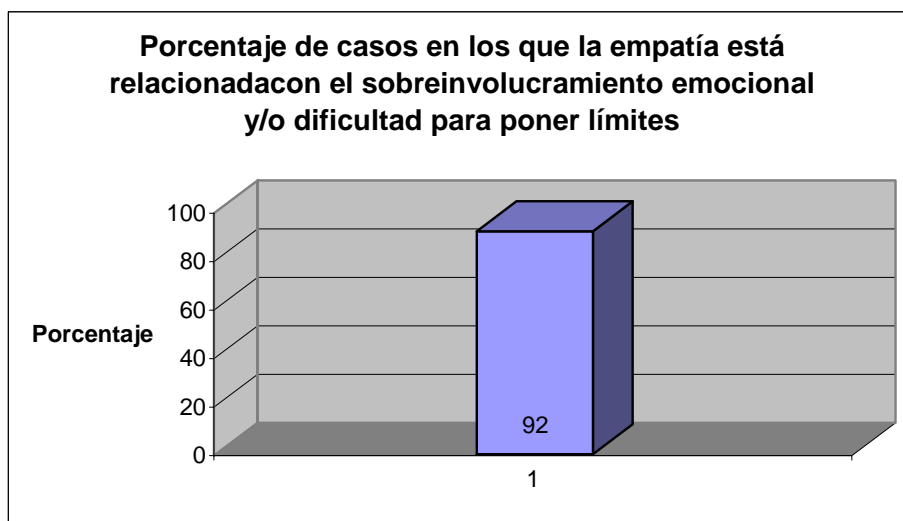
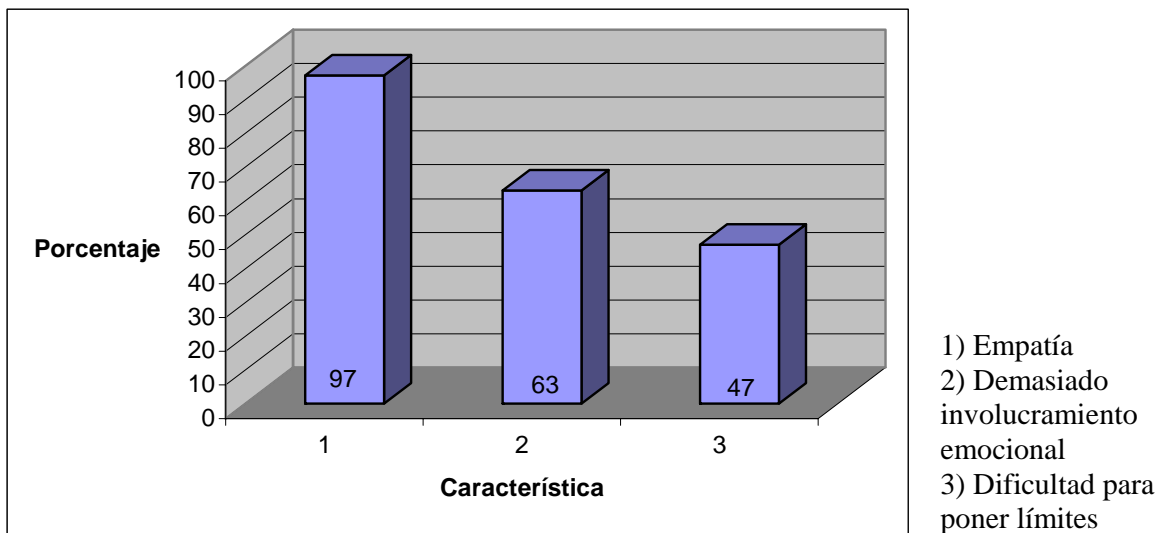
Lic. Sara Baringoltz

clima cálido y empático en el cual el coordinador tiene que lograr aportes de los distintos miembros desde la visión de cada uno más que desde el cuestionamiento. La función del coordinador es que sus aportes si bien corresponden a una mayor experiencia clínica constituyan un aporte mas, pero no por eso se constituyan en la palabra de la “verdad”. El objetivo del coordinador es promover en los terapeutas a través del trabajo grupal visiones distintas del caso, que permitan desempantanar los entrecruzamientos logrando mayor fluidez en el tratamiento y mayor flexibilidad en el terapeuta.

En una encuesta reciente realizada a 60 profesionales del Centro de Terapia Cognitiva sobre el tema autoimagen profesional se obtuvieron resultados interesantes. Se plantearon a los terapeutas 2 preguntas:

- a) ¿Cuales serian sus 3 características más valiosas en el rol profesional?
- b) ¿Cuáles serian sus 3 características mas débiles en su rol profesional?

Las graficas con los resultados muestran lo siguiente:



El 97% de los terapeutas incluyen empatía como una característica valiosa en el rol profesional. Cabe aclarar que para caracterizar empatía se tomo la definición de Larry Beutler que incluye: credibilidad, persuasión, comprensión, calidez, cuidado y apoyo. Considero muy significativa esta variable, ya que un valor tan elevado nos lleva a pensar que la autopercepción de esta característica puede influir en la elección profesional, y desde ya es apreciada por el terapeuta en su rol profesional.

Respecto a las características más débiles del rol profesional, llaman la atención 2 variables: demasiado involucramiento emocional (preocupación excesiva por el paciente) y/o dificultad para poner límites (en horarios, honorarios, etc.). Además de su presencia en porcentajes importantes, es destacable la correlación de estas variables con la de empatía. Podríamos pensar que así como empatía es una característica muy valiosa en la autoimagen, está al mismo tiempo asociada con ciertas dificultades tales como demasiada involucración emocional y dificultad para poner límites.

O sea, que fortalezas y debilidades en la autoimagen del terapeuta son caras de una misma moneda. Los mismos terapeutas que tenemos habilidad empática posiblemente tengamos dificultades con el involucramiento emocional y/o la dificultad para poner límites. La misma característica sobredimensionada convierte una habilidad terapéutica en una dificultad (por ejemplo “soy *contenedora* pero también un *bombero*” o “soy responsable y también sobre-exigente conmigo mismo”). Dados estos resultados cabe pensar en la necesidad de trabajar en la supervisión en el difícil balanceo que implica que aquellas características del estilo personal del terapeuta que constituyen valiosas herramientas de trabajo, tienen también su lado oscuro y constituyen sus debilidades. Esto nos enfrenta a la complejidad de desarrollar habilidades en el manejo del propio self del terapeuta.

Quisiera finalmente hacer referencia a algunas técnicas cognitivas que usamos habitualmente con los pacientes y que con ciertas modificaciones pueden resultar muy útiles a los terapeutas para reflexionar sobre sí mismos en relación a sus pacientes, y favorecedoras de la identificación de los problemas de entrecruzamiento vincular.

Agenda del terapeuta: Todos los terapeutas solemos tener una agenda con los horarios de los pacientes. Sugiero agregarle otras utilidades a través de algunas preguntas en dialogo con uno mismo al revisar la semana de trabajo:

- Qué pacientes me provocan motivación por el re-encuentro y cuáles me provocan: ansiedad, rechazo, sensación de gran esfuerzo, ganas de no verlos. Tratar de identificar el problema no solo focalizando al paciente, sino a mí mismo.
- Qué pacientes me provocan una preocupación muy intensa que excede el ámbito del consultorio y acompañan en la vida privada a través de pensamientos perturbadores y emociones intensas. Preguntarme si esto tiene que ver con la gravedad del paciente u otras variables de un estilo personal o mis conflictivas.
- Qué pacientes están empantanados en su tratamiento. ¿Cuánto depende de la gravedad o cronicidad del cuadro? O ¿Cuánto de factores que me involucran?
- Qué otros temas me preocupan de mi agenda: presiones laborales, falta de trabajo, exceso de trabajo, conflicto entre mi trabajo y otras áreas de mi vida, etc.

Técnica de registro de situaciones, emociones, pensamientos y comportamientos: Identificadas algunas situaciones con la técnica anterior, se puede desarrollar esta técnica tan conocida por los terapeutas aplicada usualmente con los pacientes. Un ejemplo aplicado al terapeuta:

Situación	Emoción/es	Pensamiento/s	Alternativa/s
<p>Detecto en mi agenda muchas horas de trabajo, con bajos honorarios y pacientes muy graves.</p>	<p>Mucha ansiedad, a veces desbordado/a, agotamiento.</p>	<p>“Ganas de escaparme”, “Dedicarme a otra cosa”, “No sirvo para esto”, “No tengo salida”, “Me voy a enfermar”.</p>	<p>“Alternar pacientes graves con otros”, “Investigar posibilidades de trabajar en otro lugar en lo mismo pero con mejor ingreso o en algo distinto”, “Buscar otras actividades personales que provoquen placer”, “Ver ventajas y desventajas de las distintas opciones”.</p>

Estas y otras técnicas conocidas por todos los cognitivos pueden ser de gran ayuda en el ámbito de la reflexión personal, y pueden ser muy ricas llevándolas al ámbito de la supervisión y sobre todo de la supervisión grupal. A partir de la sabiduría de Maturana cuando afirma que somos “sistemas determinados en nuestra estructura” y por lo tanto “uno no escucha lo que dice el otro sino lo que nos decimos” y “uno no puede observarse a sí mismo”, es que planteo la posibilidad de observarnos a través de los otros y la reflexión sobre nuestros procesos cognitivos emocionales.

El objetivo de este trabajo es agregar un aporte más al difícil desafío de la complejidad de la relación terapéutica dentro del marco de los procesos terapéuticos y de la gran incógnita que implica la pregunta: ¿Qué es lo que ayuda en una terapia?

Bibliografía

- Baringoltz, S.: "Constructive Psychotherapy and the Therapist: some considerations". *Constructivism in the Human Sciences*, 1998, Vol 3, No 2.
- Baringoltz, S.: "Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia". Lumiere, Buenos Aires, 2004.
- Beutler, L.: "Prescriptive Psychotherapy". Oxford University Press, New York, 2000.
- Beutler, L.: "Therapist Variables". In Bergin, A. & Garfield, S. "Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change". Wiley, New York, 1994.
- Bongar, B; Beutler, L.: "Comprehensive Textbook of Psychotherapy". Oxford University Press, New York, 1995.
- Bordin, E.: "Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance". In Horvarth, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds) "The Working Alliance. Theory, Research and Practice". Wiley, New York, 1994.
- Corbella, S.; Botella, L.: "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación". *Anales de psicología*, Diciembre 2003, Vol. 19, No 2, pp 205-221. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, España.
- Fernández Álvarez, H.; García, F.: "El estilo personal del terapeuta: inventario para su evaluación en SPR" Cap Latinoamericano. In Gril, S.; Ibañez, A.; Mosca, I. & Sousa, P. (Eds) "Investigación de Psicoterapia". Pelotas Educat, 1998.
- Greenberg, L.; Safran, J.: "Emotion in Psychotherapy". Guildford Press, New York, 1987.
- Guidano, V.: "The Self in Process". Guildford Press, New York, 1991.
- Guy, J.: "The Personal Life of the Psychotherapist". Wiley Interscience, New York 1987.
- Henry, W.; Strupp, H.: "The Therapeutic Alliance as Interpersonal Process". In Horvarth, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds) "The Working Alliance. Theory, Research and Practice". Wiley, New York, 1994.
- Horvath, A.; Lubovsky, L.: "El rol de la alianza terapéutica en la psicoterapia" ("The role of the therapeutic alliance in psychotherapy"). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, Vol 61, No 4, pp 561-573.
- Mahoney, M.: "Human Change Processes". Basic Books, USA, 1991.
- Watkins, E.: "Handbook of Psychotherapy Supervision". John Wiley & Sons Inc., 1997.