

Publicado en: Constructivism in the Human Sciences. Vol. 3, n° 2, December 1998.  
“Constructive Psychotherapy and the Therapist: Some Considerations”

International Congress on Constructivism in Psychotherapy.

### La Psicoterapia Constructivista Y el Terapeuta: Algunas Consideraciones.

*Autor: Sara Baringoltz*  
Directora del Centro de Terapia Cognitiva

Quisiera partir de una conceptualización personal de la psicoterapia como un proceso de co-construcción entre terapeuta y paciente, considerando que cada paciente es único y cada relación terapéutica distinta de otra. En esta construcción los protagonistas atribuyen una multiplicidad de significados a la psicoterapia y a la relación entre ellos.

Neimeyer brinda una definición más explícita y precisa de la psicoterapia desde una posición constructivista cuando la define “como un intercambio sutil y una negociación de significado interpersonales”. Agrega que a nivel abstracto los objetivos de la psicoterapia implican “el unirse a los clientes para crear un mapa refinado de las construcciones, muchas veces inarticuladas, en las que están emocionalmente inmersos.... Y extender o suplir dichas construcciones para ampliar el número de mundos posibles que puedan habitar”.

Personalmente represento el proceso terapéutico con una metáfora: la del viaje compartido. Planeamos el viaje, consideramos la posibilidad de que tenga distintas etapas, que vayan cambiando los objetivos, que apelemos a distintos recursos, y que el itinerario sea flexible. Este viaje comienza desde el momento en que el paciente se siente motivado a consultar, y desde que el terapeuta tiene los primeros datos del paciente. Al igual que en los viajes que comienzan cuando aparece la motivación, son fundamentales las construcciones previas al encuentro. Desde el paciente: grado de necesidad de ayuda, conciencia de dificultades, imagen del terapeuta recomendado o elegido, etc.. Desde el terapeuta: vínculo con el derivante, expectativas respecto al paciente, etc.. El paciente acude a la psicoterapia con una narrativa acerca de por qué viene, a la que habitualmente llamamos motivo de consulta. El terapeuta desarrolla sus propias construcciones acerca de:

- \* Cuál es la ayuda pedida.
- \* Cuál la necesidad según el terapeuta.
- \* Cuál la que puede brindar.

El terapeuta tiene la capacidad de armar la estrategia adecuada para el viaje y el arsenal técnico para el recorrido. Pero la estrategia debe estar sustentada en un conocimiento del paradigma del paciente que permita ingresar a su sistema de significados personales. De lo contrario sería una utilización azarosa de técnicas.

La psicoterapia se juega en un espacio de experiencia emocional vincular, en el que el paciente y terapeuta trabajan activa y conjuntamente para el logro de objetivos. Esto no descarta la asimetría de dos roles distintos. En este viaje compartido uno de los participantes dispone de conocimientos y habilidades para manejar mejor el mapa de ruta, mientras el otro es el que tiene la información relevante. Dos factores parecen ser fundamentales: 1) la involucración emocional

del terapeuta sin que esto implique perder la capacidad reflexiva; 2) la confianza del paciente depositada en ese profesional que le brinda esperanza de salida de su problemática.

Es importante considerar que el paciente está inmerso en un contexto familiar y social, interactuando con otros miembros del sistema y subsistemas (pareja, padres, hijos, amigos). Por lo tanto el terapeuta también interactúa directa o indirectamente con ese entorno, específicamente con las expectativas que los miembros del mismo tienen respecto a la psicoterapia.

Es habitual que los terapeutas nos centremos en los pacientes: su sufrimiento y cómo ayudarlos. Sin embargo, no siempre enfatizamos la importancia del estilo del terapeuta que constantemente está influyendo en la relación terapéutica a través de múltiples entrecruzamientos.

Recientes investigaciones indican que la persona del terapeuta es mucho más influyente que su orientación y/o el uso de técnicas específicas terapéuticas. ¿Qué más nos dice la investigación al respecto?

- \* Se ha comprobado que la empatía, la calidez y el respeto, se asocian positivamente a buenos resultados en psicoterapia.
- \* Que el nivel de dogmatismo de un terapeuta se asocia negativamente provocando resultados pobres.
- \* Que los terapeutas con mejor equilibrio emocional tienen mejores resultados.
- \* Que la magnitud del beneficio en psicoterapia está asociada más estrechamente con la identidad del terapeuta que con el tipo de terapia que este emplea.
- \* Que el nivel de autoconfianza del terapeuta tiene efectos positivos.

Múltiples autores de distintas líneas terapéuticas, y dentro del enfoque cognitivo mismo, han desarrollado aportes significativos al tema. Quisiera destacar el aporte de Mahoney con los desarrollos de cuatro grandes sub-temas:

- los múltiples motivos y significados de convertirse en psicoterapeuta.
- Los privilegios y enriquecimientos que brinda la práctica profesional.
- Las responsabilidades y riesgos de ser un agente de salud mental.
- La importancia de cuidar al terapeuta.

No quisiera dejar de citar otra frase de Mahoney respecto a la práctica de la psicoterapia dentro de la tradición constructivista: “ninguna otra familia de teorías modernas pide a sus partidarios que mantengan tal grado de apertura al examen personal y que para ello toleren y recojan tan concienzudamente la ambigüedad (en vez de eliminarla) o que se cuestionen a fondo las preguntas y respuestas mediante las que investigan”.

En función de lo planteado considero imprescindible en todo entrenamiento del rol profesional la inclusión de:

- desarrollos teóricos;
- aplicaciones clínicas;
- un trabajo específico sobre la persona del terapeuta.

En el centro de terapia cognitiva de Bs. As., Argentina desarrollamos un programa de entrenamiento de terapeutas que incluye:

- Formación teórico-clínica de 2 años.
- Grupos de supervisión.

En estos grupos de supervisión se consideran los siguientes ítems:

La conceptualización del caso supervisado que permita clarificar objetivos y estrategias para alcanzarlos.

El estilo cognitivo del terapeuta y su interrelación con el paciente.

Otros aspectos del contexto profesional del terapeuta que puedan influir en su quehacer profesional.

El cuidado del terapeuta en su desgaste profesional

En estos grupos se apunta no solo a desarrollar las habilidades terapéuticas sino también a la comprensión del estilo cognitivo del terapeuta, para movilizar y favorecer el proceso terapéutico. Estos grupos de supervisión comenzaron a llamarse espontáneamente de supervisión terapéutica. Es evidente que la denominación de grupos de supervisión terapéutica no es casual, ya que todo trabajo de supervisión en el cual se considere la importancia de la persona del terapeuta implica cambios en éste al modo de una psicoterapia.

La temática central de estos grupos es el eje de intersección en el cual se cruzan las creencias del terapeuta y las del paciente. El objetivo es a través de la dinámica grupal, provocar en el terapeuta una disonancia que le permita desempañar aspectos del caso supervisado y una reestructuración de áreas de su sistema de creencias.

La modalidad grupal permite la aparición de alternativas a través de la visión de los distintos integrantes que aportan sus propias construcciones.

Estas alternativas promueven en el terapeuta sobre el que se está trabajando, momentos de caos y otros de reestructuración en un constante desarmado y armado de construcciones. El grupo permite una visión más ampliada y enriquecida tanto del paradigma del paciente como el del terapeuta. El grupo permite también compartir las ansiedades que la labor profesional y la movilización personal promueve.

Otro beneficio del trabajo grupal es el aprendizaje vicario (Bandura) desde el momento que cada persona enriquece y amplía su espectro cognitivo a través de otros, en un proceso de observación con involucración emocional. Esta involucración favorece que los cambios se efectúen no solo desde el intelecto sino fundamentalmente desde el sentir, lo cual permite que ecos de la experiencia perduren y que los cambios sean más estables y profundos.

El rol del coordinador es el de orientar el trabajo, manteniéndolo en el punto óptimo de balance entre un trabajo terapéutico y uno de supervisión, centrándose en la profundización y movilización de aquellas creencias del terapeuta que influyen directamente en el trabajo clínico.

Es fundamental que este trabajo tan delicado pueda desarrollarse en un clima grupal, contenedor y confiable. Es también condición para que el trabajo pueda ser enriquecedor, la disposición de los integrantes a comprometerse con sus propios aspectos internos, su historia, su situación actual, sus vínculos, etc..

Si bien aún no tenemos resultados de investigación al respecto, podría decir que el índice de deserción de pacientes de terapeutas que están trabajando con esta modalidad es muy bajo. Pero a esta ventaja se suma el tema del bienestar de los terapeutas, ya que es muy notorio el alivio que refieren cuando se desempantan los casos al desenredar lo que aporta cada protagonista al entrecruzamiento.

En estos grupos se trabaja más con cuestionamientos que con afirmaciones, como por ejemplo:

- ¿Reconoce el terapeuta sus propios patrones básicos de creencias que se activan constantemente en la relación terapéutica?
- ¿Cuáles son los sesgos cognitivos del terapeuta que lo llevan a percibir cierta información y no otra?
- ¿Qué pasa cuando los sistemas de valores de terapeuta y pacientes son muy opuestos?
- ¿Los cambios en algunos pacientes no están muy influenciados por lo que el terapeuta cree que es lo más adecuado?
- ¿Cómo actúan las creencias vinculadas al “género” en la relación terapéutica?
- ¿No asignamos a veces a errores de conceptualización o técnicos lo que en realidad son entrecruzamientos de estilos cognitivos en los protagonistas de la terapia que están actuando nocivamente?
- ¿Puede darse cuenta el terapeuta de que se ha establecido en la psicoterapia un estancamiento si hay una importante concordancia en los estilos cognitivos de ambos?
- ¿No vemos cotidianamente que distintos terapeutas provocan efectos terapéuticos distintos en los pacientes según las “construcciones” que cada profesional hace de la vida?
- Cuando derivamos a un paciente: ¿cómo elegimos?: el enfoque teórico, la experiencia clínica, o factores difíciles de identificar del tipo de: “Fulanito va a andar con Zutanito”.
- ¿Reconocemos que distintos pacientes despiertan en nosotros distintos pensamientos, emociones y conductas?
- ¿Qué determina que algunos pacientes sigan presentes en nuestro mundo interno más allá de la hora de consultorio? ¿y el que otros no tengan ninguna presencia?
- ¿No tratamos a veces de que los pacientes vivan como nosotros no vivimos, o que no repitan nuestras malas experiencias?
- ¿Es importante que el terapeuta haya vivido una experiencia de vida similar a la que atraviesa el paciente? ¿cómo influye?
- ¿Qué factores personales del terapeuta influyen en la continuación o cierre del proceso terapéutico?
- ¿Existe una verdad del terapeuta que sea más verdad que la del paciente?

La reflexión sobre estos cuestionamientos planteados en los grupos lleva a algunas conclusiones, las cuales se constituyen en afirmaciones relativas hasta un próximo cuestionamiento.

- El terapeuta nunca es totalmente neutral. Puede intentar ser lo más objetivo posible. Pero no se puede negar la existencia de sesgos cognitivos que llevan a seleccionar la información del paciente.

- Persona y terapeuta constituyen una unidad, en la cual el ser terapeuta es el rol desempeñado por ese ser humano; por lo tanto la búsqueda de una “disociación instrumental” que permita trabajar mejor es deseable pero tiene sus límites.
- El terapeuta en sí mismo, como persona, es la herramienta esencial del tratamiento, lo cual no descarta sino que incluye la necesidad de una buena formación teórica y clínica del mismo. Pero no debe olvidar que su persona es observadora y participante activa del proceso, su persona es instrumental básico para el objetivo.
- Entrecruzamientos de esquemas del terapeuta y paciente ocurren constantemente, constituyendo el corazón de la terapia, y cuánto más consciente sea el terapeuta de los mismos, mayor habilidad tendrá en su rol.
- Situaciones específicas en ciertos pacientes activan patrones básicos de los terapeutas, y llevan respuestas terapéuticas que están altamente teñidas por la conflictiva del terapeuta.
- Consonancias significativas entre los sistemas de creencia de terapeuta y paciente, o alto grado de complementariedad de los mismos provoca estancamiento en los tratamientos.
- Disonancias importantes, provocan falta de empatía, rechazo, irritabilidad y frecuente abandono del tratamiento.
- El estilo personal del terapeuta: sus características, valores, conflictos, etc., tienen una enorme incidencia en la direccionalidad del cambio.
- Las creencias del terapeuta vinculadas al “género” actúan constantemente en la interacción con el paciente.
- Las situaciones vitales por las que atraviesa el terapeuta y el contexto social en el que está inmerso (familiar, amigos, etc.) inciden fuertemente en las características de cada vínculo terapéutico tanto positivamente como perturbadoramente.
- En algunas situaciones el haber vivido una experiencia de vida similar a la del paciente facilita la comprensión del terapeuta y el sentirse comprendido del paciente. Sin embargo no siempre es condición necesaria para la ayuda.
- No existen “verdades” sino “alternativas”. Estas conducen a cambios cognitivos, afectivos, y conductuales. El vínculo de compromiso emocional apropiado en la relación terapéutica es el vehículo que facilita el cambio.
- La supervisión tiene la ventaja de ser una visión alternativa a la del terapeuta, valiosa además en función de una mayor experiencia clínica, y la desventaja de ser una palanca más en la dirección del cambio. Tenemos así sobre el paciente una doble influencia: lo que el terapeuta cree que le pasa al paciente y, lo que el supervisor cree que le pasa al paciente y al terapeuta con el paciente.

A modo de ejemplificación describiré sintéticamente una reunión. Una terapeuta supervisa a una paciente con un estilo muy demandante que invade la vida personal de la terapeuta (cambios de horario, llamadas telefónicas, etc.). La terapeuta plantea por otro lado que la paciente la “necesita”. En determinado momento la paciente deja de venir sin dar explicaciones. La terapeuta tampoco la llama pero se siente mal ya que está atrapada entre los sentimientos de alivio y preocupación. La centración en el terapeuta permite detectar el supuesto “tengo que satisfacer las demandas de todos” con el consiguiente agotamiento que esto trae. El reconocimiento por parte del terapeuta de la influencia en la relación terapéutica de sus ambivalencias en otras áreas de su vida, permite desempantanar la relación y le otorga mayor libertad para planificar los pasos siguientes. El tema del terapeuta que supervisa se convierte en un tema compartido por el resto del grupo: la dificultad para las mujeres de desempeñar múltiples roles; profesional, esposa, madre. Van así surgiendo cogniciones del tipo de “si me dedico a los pacientes voy a abandonar a mis hijos”, “si soy exitosa en el trabajo voy a fracasar

en mi pareja”, “en algo en la vida hay que fallar”, etc.. Van así apareciendo algunas creencias compartidas y otras totalmente diferentes que actúan en la relación terapéutica según los entrecruzamientos específicos de los sesgos de paciente y terapeuta.

Varios años de experiencia con grupos de supervisión terapéutica me lleva a afirmar que es un espacio de contención compartida en el cual terapeutas y supervisores tenemos la oportunidad de conocer algunos de los enigmas y recorridos de nuestras estructuras cognitivas y cómo estos inciden en los vínculos terapéuticos. Los terapeutas sabemos que nuestro trabajo no es fácil y que nuestro desgaste tiene que ver con la involucración de nuestra persona en la relación terapéutica. Por lo tanto es necesario encontrar espacios de cuidado para el paciente y para el terapeuta.