

Publicado con Autorización

Ponencia del Curso sobre Psicoterapia Constructivista organizado por la Asociación Madrileña de Salud Mental - Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, febrero de 2003.

Versión electrónica editada por G.I.P. (www33.brinkster.com/gipsicoterapia)

RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL MARCO CONSTRUCTIVISTA

María Rodríguez y Alejandro Bello

*Ponencia del Curso sobre Psicoterapia Constructivista organizado por la Asociación Madrileña de Salud Mental- Asociación Española de Neuropsiquiatría .
Madrid, febrero de 2003.*

Resumen: la relación terapéutica desde la óptica constructivista parte de una relación de experto en mentes (terapeuta) a experto en su propia vida (usuario). La “resistencia” pasa a entenderse como una forma más de mantener la coherencia narrativa.

Palabras clave: constructivismo, metacognición, neo-estructura.

Abstract: the constructivist view point of understanding the therapeutic relationship leaves from the relationship between a mind’s expert (therapist) and an expert on his own life (user). “Resistance” becomes one more way of keeping the narrative coherence.

Key words: constructivism, meta cognition, neo structure.

1.- Relación terapéutica entre quiénes, dice usted?

Sabemos qué es una relación y sabemos que es terapéutica, pero entre terapeuta y ¿quién más?.

El término "*paciente*" está inmensamente tildado con características negativas que conllevan pasividad (en el mejor de los casos), resignación y todo un papel que la asistencia psicológica y psiquiátrica les regala a los que acuden a una consulta. Queremos llamar brevemente la atención sobre el papel que juega la *estructura del sistema socio-asistencial en la vida de la persona*, especialmente en personas con esquizofrenia. Desde este punto de vista, las instituciones y personas que componen -componemos- esta red asistencial cuentan con una serie de *categorías "científicas" y "clínicas" que ofrecen al sujeto como explicación alternativa a sus síntomas* ("no es que su hijo sea vago, es que tiene esquizofrenia, es un paciente") (1).

Los individuos aprenden explicaciones de su comportamiento y pautas de actuación que reciben validación en el "juego socio-asistencial" pero que pueden ser invalidadas en otros "juegos" sociales, dando lugar a una *desadaptación global de la persona* que no encuentra una definición, ni explicación clara para presentarse a sí mismo ante los demás, lo cual conlleva una falta de predicción en las relaciones sociales, esto es, la persona no sabe con claridad qué constructo aplicar en cada momento a sí o a otros. Muy relacionado con esto encontramos el fenómeno del *estigma del "enfermo mental"*. En nuestra práctica nos hemos encontrado a personas que habían desechado por completo su desarrollo en ámbitos laborales, de pareja, creativo, etc. tras recibir la noticia de su diagnóstico, tanto por pensar que su enfermedad los incapacitaba hasta ese punto como por temor al rechazo –real o percibido- de otras personas.

El término "*cliente*" conlleva una relación comercial que a muchos nos deja con mal sabor de boca, aunque haya pago en impuestos indirectos garantes de servicios públicos.

"*Sujeto*" es un término, además de frío, propio de la experimentación.

"*Usuario*", que hace uso (de lo que sea...), quizás sea el término más apropiado.

2.- Y a éste, ¿qué le trae por aquí?, me pregunto yo...

Tengamos en cuenta que la persona consulta porque *sus constructos han sido invalidados en su contexto relacional habitual en un nivel tal que ha llegado a ser considerada una crisis personal*, sus selves posibles entran en lid sin fomentar una narrativa coherente (9) y esta crisis se puede manifestar en forma de síntoma psicológico (u orgánico), problema de rendimiento o confusión transitoria. Al respecto, Guidano escribió en su libro *El sí mismo en proceso*: “una revolución es un cambio personal, es decir un cambio profundo, coronado por el éxito. Un trastorno es un cambio profundo sin éxito.” (6). Ambos con gran perturbación emocional. En palabras de Lluís Botella, “a pesar de la variabilidad interindividual, los problemas psicológicos se pueden concebir como resultado del bloqueo en los procesos discursivos y relacionales de construcción del significado de la experiencia y del fracaso de las soluciones intentadas a dicho bloqueo”. Tras la vivencia del problema se encuentra siempre la sensación subjetiva de *discontinuidad biográfica* y de ineficacia e impotencia en la consecución de un nuevo sentido de continuidad, o mejor aún del propio sentido de continuidad en el nuevo marco, el nuevo escenario (2).

3.- ¿Bailas? Y si es que sí, ¿a qué?

Como es de todos conocido, Lambert (8) concluye, tras analizar la investigación entorno a los resultados de la psicoterapia, que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnicas de tratamiento de éste. Sin embargo, estamos de acuerdo con Feixas y Miró cuando afirman que Rogers ya no resulta representativo porque, entre otras cosas, el avance de la investigación ha permitido manualizar los modelos terapéuticos de forma tal que el nivel de competencia en la aplicación de las técnicas ha podido aislarse como una variable del terapeuta que ha mostrado tener una relación positiva con variables de éxito terapéutico y el nivel de competencia no depende tanto de las cualidades personales del psicoterapeuta como de su formación y práctica en el manejo de las técnicas (4).

La reivindicación del significado como fundamental para la comprensión de la interacción y la comunicación sí como el rechazo de conceptos mecanicistas ha representado un punto de inflexión. En terapia sistémica, por ejemplo, existe una relativa desvinculación de la teoría general de sistemas y la adopción de conceptos basados en el construccionismo social. Aunque no es óbice para que algunos (Haley o Minuchin) se opongan a la postura

constructivista/ narrativa por lo que ellos entienden que tiene de demasiado igualitaria en cuanto a la difusión del poder del terapeuta. Y, en nuestro contexto, para que algún pope de la sistémica se permita acusar con dedo en alto (léase postura de Cristóbal Colón) a quien ha intentado integrar aportaciones del constructivismo y de la sistémica.

Bruner (3), en este sentido, denuncia al paradigma del procesamiento de la información por haber descuidado (aunque parezca absurdo, así es la “ciencia”) lo más propiamente humano, la atribución de significados a esa información.

Partiendo de esa crítica, la propuesta desde el constructivismo para la relación terapéutica incluye dos papeles, *dos bailarines, uno de los cuales es el experto y el otro... también*. No es una relación de iguales porque uno ya estaba allí y el otro ha llegado. Puede parecer tautológico o estúpido pero nos parece un hecho crucial. Uno es un *profesional* y el otro una persona en *busca* de ayuda. Ahora, tampoco nos parece una relación de profesor-alumno en la que todos los títulos de detrás del sillón o la bata blanca garanticen la adivinación/ elección de una fórmula adecuada por parte del terapeuta para salir del atolladero en que se está convirtiendo la vida del usuario.

La propuesta es un baile entre *un bailarín de swing y un monitor de aeróbic* en pos de aprender el primero a manejar la respiración para mejorar su rendimiento. Los dos son expertos, uno en su propio estilo (swing) y otro en lo común de todos los bailarines (manejo del aire). Si el del swing no le enseña al monitor cómo se baila, éste no podrá practicar los ejercicios habituales con él.

Y qué decir si bailando swing los ejercicios propuestos por el monitor resultan ridículos (aunque objetivamente sean buenos para mantener ritmos respiratorios). Nuestro bailarín los hará a su manera o ni siquiera los hará (lo clásicamente llamado “resistencia”).

De este modo, moraleja, mejor establecer acuerdos, tantear con las técnicas, no promover cambios inconsistentes y perturbar estratégicamente (10). Es decir, una nueva narrativa suficientemente acorde a la narrativa primaria del sujeto y, a un tiempo, suficientemente diferente.

4.- ¿Y cuál es la importancia de esa relación?

La relación terapéutica ha sido objeto de debate en los diferentes modelos a los que les ha interesado. Desde la transferencia y la contratransferencia analíticas hasta las más recientes aportaciones que llegan desde Roma. El papel que se le ha asignado va a depender,

en este marco, de hasta qué punto el modelo sostiene en sus teorías y metateorías, sujeto y sociedad, lo que luego propugna que se haga en la relación. De este modo, no creemos convincente la aplicación, por ejemplo, de los términos “transferencia” y “contratransferencia”. Esos términos tienen padre y madre. Sabemos perfectamente que está de moda aludir a los principios comunes en psicoterapia para extender, generalizar o consensuar lo que la integración permita. Pero en este caso y desde nuestro punto de vista queda clara la no viabilidad de la translación de los términos (y si vamos a adoptarlos démosles nuestros apellidos). Al respecto, presentamos una elocuente cita de Kelly:

“la única forma de aproximarse a un extraño es mediante la transferencia de alguna clase: han de emplearse constructos que fueron ideados originariamente para tratar con otras personas; por lo que cabe prever que, en el mejor de los casos, encajarían sólo parcialmente. Pero, ¿qué otra cosa se puede hacer?...” (7)

La relación terapéutica, como decíamos, en unos casos se volvió el eje de la intervención, por no decir la intervención en sí misma; en otros una variable más, minimizada al lado de la técnica; y para nosotros (siguiendo proposiciones actuales del III Centro di Terapia Cognitiva di Roma) (13 y 14), ni una cosa, ni la opuesta, ni la contraria sino algo distinto: dependiendo del trastorno, desde una variable *facilitadora* de la intervención (en trastornos “neuróticos”) hasta la pieza *clave* de donde poder partir en el viaje terapéutico (en trastornos de personalidad y psicóticos). Esto puede hacernos comprender por qué todas las terapias dan prueba de su eficacia sobre todo con pacientes neuróticos. Estos pacientes pone en marcha espontáneamente, a través de la relación, procesos cognitivos auto-terapéuticos, que los otros pacientes más graves no son capaces de aplicar.

No queremos con ello minimizar la importancia de los enfoques que aprovechan en todos los casos el papel de la reproducción del vínculo hasta el punto de considerarlo imprescindible. Nos referimos a la terapia focalizada en emociones y a la cognitiva postracionalista, que parte de la idea de que la Organización de Significados Interpersonales ha de ser intuita ya desde el inicio de la evaluación para proporcionar herramientas de análisis y autoobservación que al aumentar la flexibilidad y plasticidad del nivel de autoconciencia del sujeto le permitirá realizar gradualmente un reordenamiento progresivo de la experiencia personal. Sin embargo, tampoco es desechable, de ahí la opinión previa de que no es ni la relación en sí ni algo que adopta la misma importancia en todos los trastornos.

Sí compartimos, como escribíamos más arriba, que puede ser una condición sine qua non en patologías “no graves” (léase no psicóticas ni de trastornos de personalidad) y que el terapeuta evitará escrupulosamente afrontar las emociones perturbadoras con una actitud crítica y/ o preocupada que inevitablemente confirmaría al usuario el sentido de extrañeza con que habitualmente él mismo percibe esas emociones, y por tanto le reduciría adicionalmente la posibilidad de que llegue a asimilarlas. La definición de terapeuta será entonces la del perturbador orientado estratégicamente, un profesional de la ayuda que, al realizar la tarea técnica de modificar los patrones de autoconciencia del usuario, se mantiene extremadamente atento para utilizar oscilaciones emocionales en curso, detectadas en el contexto terapéutico interpersonal, a fin de facilitar la comprensión por el usuario de lo que se está reconstruyendo (11).

De especial relevancia explicativa para los pacientes difíciles, volviendo a Semerari y su grupo, nos parecen los términos *neoestructura* (referida a los nuevos esquemas que la relación terapéutica favorece en la persona y que se plasma en la evocación y fantasía de posibles actuaciones del terapeuta en situaciones conflictivas del usuario), *déficit metacognitivos* (referidos a la identificación, discriminación e integración narrativa de las cogniciones en sentido amplio, los hechos de atribuir significado) y *Sistemas Motivacionales Interpersonales* (patrones de interacción que se regulan de forma automática e intuitiva según las elaboraciones inconscientes de numerosas señales no verbales presentes en el contexto y las actitudes de las otras personas). Cada uno de ellos destinado a alcanzar una determinada estructura de la relación. El más conocido y estudiado es el sistema afectivo. Estos sistemas pueden resultar cruciales, ya que generan expectativas predominantemente negativas que producirían estrategias de prevención y gestión de sucesos relacionales temidos, determinados por señales expresivo-relacionales y de valor negativo. Respuestas marcadas a su vez por expectativas negativas se interpretarán habitualmente como una confirmación de las expectativas iniciales. Gracias a la experiencia directa de la relación, el paciente puede modificar los ciclos interpersonales desadaptativos, las previsiones negativas propias de sus esquemas. Estos ciclos se autodeterminan y autoconfirman induciendo en el otro el tipo de comportamiento previsto ya que la tendencia espontánea de los humanos se dirige hacia la sintonización recíproca de los SMI. Según Semerari (op. Cit.), podríamos llamar a este proceso en el que atribuimos a otro una cualidad informativa tal de poder influir en la imagen que tenemos de nosotros mismos como “*construcción de un validador/ invalidador autorizado.*”

Puede parecer que han aparecido neo-estructuras y no suceder tal cosa cuando a hay un *proceso egocéntrico* en el que el sujeto se imagina al terapeuta realizando las mismas críticas que se hace él.

Cuanta mayor asimilación en el proceso terapéutico, más breves y sintéticas serán las intervenciones del terapeuta imaginario, a veces, incluso, siendo la propia imagen del terapeuta la que tranquiliza.

Estas estructuras son fundamentales no sólo en pos de la eficacia sino también ante la posibilidad de crear neoestructuras patógenas, en casos de iatrogenia. Por ejemplo, un dinámico al llamar a su paciente “masoquista primario” le acongojó para tomar decisiones. Un cognitivista que trató con terapia racionalistas un T.O.C. le hizo preguntarse de forma continuada y predominante si sus convicciones no serían producto de cogniciones irracionales (como consecuencia de no tener en cuenta el terapeuta sus metacogniciones). Es probable que el riesgo iatrogénico se dé más en los terapeutas que aplican la técnica de forma rígida y estereotipada en lugar de los inexpertos. Con independencia del enfoque, se ha observado que las psicoterapias dan lugar a consecuencias negativas como:

- gran inhibición en las elecciones.
- sensación subjetiva de confusión nerviosa y por tanto de una extrañeza en la relación con uno mismo y falta de participación en el mundo. Probablemente esto sea causado por romper la sensación continuidad histórica del sí mismo intentando que en la persona una voz narrativa secundaria ocupe el papel de la dominante sin que la situación esté “madura”. Hace pocos meses, uno de los autores retomó un caso de una compañera. Al intentar buscar en el porqué de su vuelta al centro clínico y el no cumplimiento de tareas metaforizaba la anterior relación como “un intento de tirarme al mar sin haberme enseñado a nadar”.
- proceso autorreflexivo tan constante y predominante como vago e incompleto basado en una profunda falta de confianza en las propias capacidades de juicio y decisión.

5.- Al fin juntos: la alianza terapéutica.

Este término es de acuerdo mayoritario en diferentes modelos. Sus componentes son el *acuerdo sobre los objetivos, sobre las tareas y un clima interpersonal positivo.*

Condición de cumplimiento es la confianza en las competencias y seriedad del terapeuta y éste confíe en que el paciente tenga suficientes recursos y voluntad de curación. Puede darse el caso de que esto sea causado por una falta de acuerdo de fondo; puede haber aspectos de la personalidad del usuario que el terapeuta percibe como íntimamente sintomáticos y no sean percibidos como tales por él. Con toda claridad se percibe en el trastorno delirante. En este caso, lo que en terapia cognitiva se ha utilizado como técnicas, en las cuales la confrontación directa deja paso a la comprobación de hipótesis, vendría fundamentada no por la eficacia de afrontar así la terapia sino como premisa honestamente asumida a la hora de co-crear una alianza. Esto genera un notable dilema. ¿Si un paciente cuenta una creencia delirante nosotros la tomaremos como tal y fingimos tomarlo como una hipótesis? ¿Son iguales las actitudes del terapeuta si jugamos con un ejercicio de ingenuidad, nos predisponemos a olvidar las interpretaciones y genuinamente, por un rato, volvemos a la experiencia inmediata y dejamos de lado la explicación, volvemos al qué y dejamos el cómo?

Recordamos un episodio que nos produjo asumir una notable humildad. En un entorno de rehabilitación psicosocial un usuario cuenta cosas de su pasado glorioso como corresponsal de una gran agencia de noticias. Sorpresa la nuestra al leer en su historia que era cierto y no un delirio.

Esta es nuestra propuesta actitudinal: no es que haya tantas realidades como personas ni que todo conocimiento sea válido. El terapeuta tiene claro qué trastorno hay detrás (allá él si se miente). Pero puede hacer un ejercicio de plasticidad para entrar en la co-construcción.

Tampoco es infrecuente la no colaboración en la terapia cuando no hay datos objetivos que indiquen que la persona no pueda cambiar. En muchos de estos casos podemos estar incurriendo en el error de intentar cambiar a la persona, hacerle sentir alienada, enajenada, vivir su conciencia en mente y cuerpo ajenos. No es infrecuente cuando a un tímido se le enseñan habilidades sociales y el entrenamiento fracasa porque teme que lleguemos a convertirle en un monstruo; cuando a una persona con falta de asertividad le proponemos tener derechos y prefiere renunciar a ellos para no volverse un mal nacido o cuando, en general, le intentamos orientar hacia la felicidad y eso de la felicidad le parece propio de gente

que vive, como los Reyes Católicos en sus descansos veraniegos, en Babia, provincia de León.

Hace pocos meses, iniciando un grupo de autoaceptación y autoestima nos planteaban los usuarios gran reticencia para empezar el grupo. Al preguntar el porqué nos contaron que, para un par de ellos, el aceptarse uno tal como es o el disfrutar de las propias virtudes era signo de prepotencia e incluso un insulto a los demás.

En la relación pueden aparecer determinados problemas y las interpretaciones del terapeuta son determinantes en la relación y alianzas terapéuticas. En los pacientes graves, puede ocurrir la activación constante e independiente del contexto, de *un único Sistema Motivacional Interpersonal* – a menudo el agonístico- con el fin de evitar experiencias dolorosas previstas dentro de otro SMI. En otros casos encontramos una alternancia caótica de diversos SMI y, por último, puede haber perturbación causada por déficits cognitivos.

Ante esto el terapeuta no permanece impasivo. Por ejemplo, mala cosa cuando el terapeuta se descubre siempre pensando que la terapia no puede ser de ninguna ayuda debido a la falta de recursos y sobre todo de voluntad y motivación por parte del paciente. No es insoslayable, se puede facilitar la reconstrucción con terapia cognitiva “estándar” o imaginando las sesiones como si se las contara a un colega y captar dónde está el problema.

Antes de ello, para llegar a asumir que existe este problema, conviene que el terapeuta se pregunte si adopta conductas problemáticas similares en cada sesión, si él mismo comienza a distraerse tras un cierto tiempo o si hace preguntas para pasar el rato.

Una forma de expresión en principio problemática son las comprobaciones o puesta a prueba (“testing”, en inglés). Son aplicaciones al terapeuta de un esquema interpersonal con el fin de invalidar las previsiones negativas que contiene. Recientemente, uno de los autores se encontró en una sesión en la que una usuaria venía dispuesta a juzgarle por si tenía ya pasada o no la técnica de la rejilla al ordenador, y si tenía los resultados del MCMI II. Para desgracia del terapeuta, la impresora no funcionaba cuando pasó el MCMI (aunque a él realmente le eran indiferentes los resultados!) y sí cuando lo hizo con la rejilla. Así se le explico a la usuaria, quien pensó, lo supimos luego, que el terapeuta no tenía interés en ella. La rejilla tenía copia y se ordenó delante de ella. Otra prueba más de que el terapeuta no tiene interés! Y se le escucha en vez de anotarlo todo. Otra prueba! Tuvimos la suerte de que lo dijera, que insinuara (al tiempo que decía que no estaba insinuando nada) que el terapeuta era un mal profesional y se le pudiera responder que podía expresar su miedo con calma, que

exponer toda una vida ante un desconocido no es fácil y que se planteara hasta qué punto esa construcción podía validarla en la realidad. Si el terapeuta se hubiera enfadado (ganar le dieron en un primer momento) o asumido la crítica hubiera ratificado la capacidad predictiva de su sistema motivacional interpersonal. Esto ocurre incluso con sujetos cuya sintomatología pudiera parecer muy alejada de la lógica formal (delirios) y sin embargo conservan con la sintomatología la coherencia narrativa (14).

Según datos procedentes del Grupo de San Francisco de Weiss (8), la superación de una prueba o test conlleva menos ansiedad en el sujeto, mayor cohesión, aumento del insight e incremento de la capacidad de elaboración, toma de conciencia de esquemas interpersonales y valoración de las experiencias correctoras. En otros términos (5), al eliminar la necesidad de vigilancia interpersonal, se libera la capacidad de procesamiento del usuario aumentando la amplitud de la atención.

Con todos estos datos, nos planteamos qué se puede hacer:

- si el paciente no está de acuerdo con la formulación propuesta deberá modificarse hasta que se esté. Esto no es nada fácil. Conlleva ser perfecto o realizar un esfuerzo grande al tomar aire sin que lo note el usuario, usar un tono de voz comprensivo, afirmar ligeramente con la cabeza, dejar salir un pequeño “uhum...” y preguntar “¿cómo crees que podríamos intentar esto según tú?”
- cuando el paciente no se esfuerza en la actividad del descubrimiento guiado el terapeuta no debe interpretarlo como una “resistencia” a la terapia sino que intentará discutir las razones.

Para acabar, recordamos que Safran y Segal proponen el término “disciplina interior del terapeuta” para proponer no comportarse como si todo estuviera correctamente bien y aquí no ha pasado nada, sino estarlo de veras (tras uno o dos segundos de centrarse en captar qué esquemas nos aplica y lo ventajoso de no reaccionar como esperan).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bello, A. y Crego, A., *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. Bilbao, DDB, 2003.
2. Botella, Ll. “Diálogo, relaciones y cambio”. En <http://www.fpce.blanquerna.edu/constructivisme/Marco2.htm>. 2002.
3. Bruner, J., *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, Alianza, 1990.
4. Feixas, G. y Miró, M.T., *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, Paidós, 1993.
5. Grenberg, L., Rice, L., y Elliot, R. *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós, 2002.
6. Guidano, V. *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona, Paidós, 1994.
7. Kelly, G. *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos*. G. Feixas, ed. Barcelona, Paidós, 2001.
8. Kleinke, C. *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, DDB, 1995.
9. Markus, H. y Nurius, P. “Possible selves”. En *American Psychologist*, vol. 41 pp.954-969, 1986.
10. Neimeyer, R.A. y Feixas, G. Constructivist contributions to psychoterapy integration. En *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, pp.4-20, 1990.
11. Neimeyer, G.J. y Neimeyer, A.R. Defining the boundaries of constructivist assessment. En G.J. Neimeyer (ed.) , *Constructivist assessment: a case book* (pp. 1-30). Londres, Sage, 1992.
12. Sassaroli, S. y Lorenzini, R. Patogenia y terapia. En C. Perris y P. D. McGorry (Eds.) *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*. Bilbao, DDB, 2004.
13. Semerari, A. Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica. Bilbao, DDB, 2003.
14. Semerari, A. Historia, teoría y técnicas de la psicoterapias cognitivas. Barcelona, Paidós,2001.
15. Safran, J y Segal, Z. V. *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, Paidós, 1994.

Autores:

MARÍA RODRÍGUEZ. FEMASAM. Psicóloga, Criminóloga, Especialista en Psicopatología y Salud y Experta en Gestión de Servicios Sociales. Dirección: c/ Zamora 34, 2º. 28039. Madrid.

ALEJANDRO BELLO. UNED. Psicólogo. Psicoterapeuta acreditado por la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas. Dirección: c/ Zamora 34, 2º. 28039. Madrid.