

ALIANZA TERAPÉUTICA DE PSICÓLOGOS VENEZOLANOS CON PACIENTES CONSIDERADOS DIFÍCILES

*Therapeutic alliance of Venezuelan psychologists with patients considered
difficult*

JUAN SAUGHY

Escuela de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta (Maracaibo, Venezuela)

E-mail: juansaughy@hotmail.com

YOHANNY SIERRA

Escuela de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta (Maracaibo, Venezuela).

E-mail: yohannysierra@gmail.com

Fecha de admisión: 31-01-2020

Fecha de aceptado: 09-07-2020

RESUMEN

La presente investigación tuvo el propósito comprender las características de la alianza terapéutica que establecen psicólogos venezolanos con pacientes que ellos consideran “difíciles”. Se realizaron entrevistas a 10 psicoterapeutas de diversos enfoques de terapia y con al menos 3 años de experiencia. El análisis se realizó utilizando el método fenomenológico, tras analizar la información obtenida, se pudo conocer que para el psicólogo venezolano el factor más influyente para el resultado de cualquier proceso terapéutico es el vínculo terapeuta-paciente, el cual tuvieron dificultad en conceptualizar pero concordaron que este debe ser asimétrico. A su vez, el terapeuta venezolano responsabiliza a estos pacientes por la construcción de la alianza terapéutica, y por ende también les atribuyen las dificultades que surgen en la terapia. También se encontró que estos pacientes desencadenan en el terapeuta sentimientos desagradables como frustración e incompetencia.

PALABRAS CLAVE: Alianza terapéutica, pacientes difícil, psicólogo venezolano

ABSTRACT

The present investigation had the purpose to understand the characteristics of the therapeutic alliance that Venezuelan psychologists establish with the patients they consider as “difficult”. 10 psychotherapists from diverse psychotherapeutic approaches and a minimum of 3 years of experience were interviewed. The analysis performed was made utilizing the phenomenologic method, after analysing the information gathered, it could be known that for the Venezuelan psychologist the most influential factor for the outcome of any therapeutic process is the therapist-patient bond, which was difficult for them to conceptualize, but they agreed that it has to be asymetrical. On the other hand, the Venezuelan psychotherapist holds this patients responsible for the construction of the therapeutic alliance, thus also atributting them the difficulties that emerge in therapy. We also found that this patients trigger unpleasant feelings in the therapist, such as frustration and incompetence.

KEYWORDS: Therapeutic alliance, difficult patient, Venezuelan psychologist

INTRODUCCIÓN

¿Qué determina el éxito en el proceso terapéutico? Es una interrogante que en el pasado las diferentes escuelas atribuían en líneas generales a las técnicas y el modelo teórico empleado, sin embargo, poco a poco se hizo evidente que la relación terapeuta-paciente era lo que jugaba el papel protagónico, como se observa en investigaciones como la de Lambert en 1992 (citado por Corbella y Botella, 2003) la cual concluye que la relación terapéutica tiene una influencia significativamente mayor con la mejoría del paciente en comparación con el enfoque o las herramientas utilizadas. Hoy en día la investigación en psicoterapia, está centrada en la interacción entre ambos actores del proceso terapéutico, más específicamente bajo el concepto de alianza terapéutica, y, esta investigación se centra en la naturaleza de ese fenómeno desde la perspectiva del terapeuta.

En líneas generales el quehacer del psicólogo clínico está pautado por dos factores: a) un proceso de interacción entre personas, y b) un proceso de aplicación de técnicas psicológicas avaladas científicamente, que apuntan a la mejoría del paciente. Si bien esto suena lindo en papel, a veces el terapeuta se topa con pacientes con los que se presentan problemas que impiden o entorpecen el uso de estas técnicas o el establecimiento de un vínculo y acuerdos, lo que limita la obtención de resultados esperados. Algunos ejemplos de estos problemas pueden ser una mala concepción que tenga el paciente de su terapeuta, que este haga preguntas personales, la inasistencia constante a consulta o que cuando este sí acuda se muestre renuente a comunicarse o a seguir el tratamiento; dichos problemas son algunos de los más comunes y pueden presentarse incluso desde el primer momento de encuentro con el paciente. (Labrador, 2013).

Fossa (2012) plantea que las distintas orientaciones psicoterapéuticas han comprendido la relevancia del vínculo. Actualmente, la investigación en psicoterapia ha tomado un giro hacia la comprensión del despliegue del fenómeno vincular. Es decir, considerando el vínculo terapéutico como uno de los factores con mayor influencia en los resultados del proceso de terapia, siendo este vínculo uno de los componentes principales de la alianza terapéutica.

Andrade (2005) expone que Zetzel en 1956 utilizó el término de alianza terapéutica para referirse a la capacidad del paciente de vincularse al analista en pro de cumplir las metas terapéuticas empleando la parte sana de su Yo. Posteriormente Greenson (1965, 1967; citado por Andrade, 2005) hizo una distinción entre alianza de trabajo (habilidad del paciente para conectar con las tareas propias del análisis) y alianza terapéutica (capacidad de terapeuta y paciente para formar un vínculo personal). Años más tarde Luborsky en 1976 (citado por Andrade, 2005) propuso que la alianza terapéutica se desarrollaba en dos fases: a) la alianza tipo I, que representa la percepción que tiene el paciente del terapeuta como figura de ayuda y apoyo, en el marco de una relación cálida y afectuosa. Y b) alianza tipo II que implica el “capital” o esfuerzo que invierte el paciente en conjunto con el terapeuta hacia las tareas del proceso

Por otro parte fue Bordin en 1979 (citado por Andrade, 2005) quien popularizó el término de alianza terapéutica y la definió como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

1. El vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación.

2. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica.

3. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo. Hace referencia al consenso respecto a los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por el hecho de que: a) tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas y b) cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de las mismas.

Safran y Muran (2005) refieren que una conceptualización ampliada de la alianza terapéutica en líneas con las sugerencias de Bordin sigue siendo de utilidad. En primer lugar subraya el hecho de que la identificación positiva del paciente con su terapeuta desempeña un rol fundamental en el proceso de cambio. Algunos aspectos de la alianza pueden ser producto de la deliberación consciente y racional, pero otros son inconscientes y de índole afectiva. En segundo lugar subraya la necesidad de diferentes tipos de alianza dependiendo de las características de cada caso particular.

Gaston (1990) refiere que al hacer una revisión de varias definiciones de alianza se pueden distinguir confluencias, desde un punto de vista ecléctico de la psicoterapia se han propuesto cuatro dimensiones de la alianza: a) la alianza terapéutica o la relación afectiva del paciente con el terapeuta; b) la alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia; c) la comprensión empática y el compromiso del terapeuta; y d) el acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

La alianza terapéutica es un aspecto crucial del proceso terapéutico, representa aquello que trasciende cualquier técnica o herramienta que se utilice, ya que sin importar que esta encaje a la perfección con la demanda del paciente, la efectividad de la misma dependerá de una cosa: el vínculo y el mutuo acuerdo entre el terapeuta y su paciente. Tenemos entonces que la alianza terapéutica según Safran y Muran (2005), es más que la relación que entabla el terapeuta con el paciente; en un nivel más profundo se refiere a los dilemas fundamentales de la existencia humana, como la negociación de nuestros deseos con los del otro, la lucha por experimentarse a sí mismo como sujeto mientras que se reconoce simultáneamente la subjetividad del otro y la necesidad de afiliación

Continuando con lo anteriormente expuesto, el concepto de alianza se ha extendido a otras tradiciones terapéuticas en las que ha adquirido un estatus central. Aunque la calidad de la relación terapéutica se ha tenido como un agente curativo básico desde los inicios de la tradición experiencial, los teóricos experienciales contemporáneos han adoptado explícitamente el concepto de alianza. Han hallado que a medida que integran una postura empática y con intervenciones más directivas, el concepto de alianza se hace particularmente útil. (Safran y Muran, 2005).

La alianza terapéutica, permite que tanto paciente como terapeuta trabajen juntos en pos del bienestar y la mejoría del primero. Sin embargo, dentro de la terapia pueden presentarse dificultades, las cuales hacen referencia a todo fenómeno o factor que obstaculiza, entorpece o ralentiza los mecanismos y procesos de acción y de cambio en psicoterapia (Herrera *et al*, 2009). Por otro lado más allá de las dificultades esperadas de cualquier proceso, existen pacientes que de acuerdo al criterio de algunos terapeutas, son descritos como difíciles para la psicoterapia, (Rodríguez y Arias, 2013).

Cuando aparecen estos problemas, cada terapeuta intenta solucionarlo de forma más o menos intuitiva, pues pocas instrucciones precisas hay al respecto, y aunque se puede recurrir a consultar o supervisar el caso con un colega, este no es un recurso de disponibilidad plena, además de que no garantiza una respuesta que necesariamente se adapte a la demanda del paciente o a nuestra forma de abordaje. (Labrador, 2013).

Por otra parte, aunque existen lineamientos generales para el desarrollo de una alianza terapéutica efectiva entre los dos actores implicados en la terapia (que cabe destacar, dentro de nuestro interés radica únicamente la experiencia del psicoterapeuta); no todos los casos pueden manejarse del mismo modo y ningún paciente es igual a otro. La manera de expresarse, la naturaleza del vínculo, el establecimiento de metas y tareas, cómo manejar un diagnóstico, estos son solo ejemplos de aspectos de la alianza terapéutica que de acuerdo al criterio del terapeuta se manejan de una manera u otra, pues estos podrían afectar negativamente los resultados de la intervención psicológica. Si estos aspectos en sí mismos deben adaptarse a cada paciente, a su vez existen ciertos pacientes con características particulares que estos mismos terapeutas tildan de difíciles, con los que esta alianza se vuelve aún más compleja.

Así mismo, este tipo de pacientes suele ser denominado como difíciles para la psicoterapia, lo cual está relacionado con sus características personales, ya que ciertos terapeutas arguyen que estos problemas que se han hecho presentes van más allá de la influencia de algún conflicto contra-transferencial o de algún error en la administración del tratamiento; en contraposición a esta postura, otros la critican argumentando que se estaría descartando cualquier tipo de influencia que haya tenido el terapeuta sobre el proceso. (Rodríguez y Arias, 2013).

Koekkoek, Van Meijel y Hutschemaekers (2006) han hecho una clasificación de los pacientes difíciles en la que se podrían incluir las conductas aquí mencionadas. Señalan tres tipos de pacientes difíciles: pacientes poco motivados por recibir terapia, ambivalentes entre querer cambiar o mantener su estatus actual por los beneficios que el problema les aporta, y demandantes que usan estrategias como agresividad, culpabilización, intimidación o devaluación del profesional para esgrimir sus derechos.

De acuerdo a Clarkin y Levi en 2004 (citado por Rodríguez y Arias 2013), los pacientes difíciles tienen al menos una de las siguientes características: síntomas graves y prolongados en el tiempo, una baja motivación para el cambio, locus de control externo respecto del problema que presenta o dificultad para la introspección, y dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales. Aunque ninguna alianza será igual a otra, con estos pacientes difíciles el establecimiento de la misma se obstaculiza de tal manera que llega a general sentimientos desagradables en el terapeuta.

De acuerdo a Koekkoek *et al* (2006) respecto al manejo de estos pacientes el terapeuta debería mantener una actitud validadora y límites estrictos dentro de una clara estructura de tratamiento. Estar consciente de los antecedentes del paciente y de las limitaciones propias ayuda al profesional a ver distintas perspectivas, y la consulta y supervisión con otros colegas puede reforzar fuertemente la importancia de tener diferentes perspectivas.

Es importante resaltar que Scherb (2003) plantea que en relación al tratamiento de los pacientes difíciles, los cambios en la práctica de la psicoterapia pueden originarse también a partir de los cambios en la demanda, y que el proceso psicoterapéutico implica la participación activa de al menos dos subjetividades, es esto lo que le otorga a la psicoterapia su carácter intrínsecamente interaccional. No es sólo que el terapeuta o la terapia transforman al paciente, sino que el paciente también transforma a la terapia y al terapeuta. Entonces el paciente difícil lo es en tanto y en cuanto lo define el contexto de la relación y de la situación terapéutica.

Algunos autores enfatizan que no es el paciente sino la relación terapéutica la que es difícil, de esta manera quitándole la responsabilidad al paciente y situando los problemas en un contexto interpersonal. Conceptos tradicionales de transferencia y contratransferencia son usados frecuentemente dentro de esta perspectiva, sin embargo, en un sentido más amplio que en la teoría psicodinámica clásica. La contratransferencia en este contexto hace referencia al conflicto emocional que emerge mientras se trabaja con pacientes difíciles. Y la transferencia definida como los sentimientos inconscientes del paciente que tiene hacia el terapeuta, basados en experiencias anteriores en la vida del paciente (con terapeutas en general o con este terapeuta en lo particular). (Koekkoek *et al*, 2006).

Mediante una variedad de estudios centrados en procesos terapéuticos, investigadores han determinado que los resultados del proceso se deben a la acción de variables o factores indeterminados que son compartidos por cualquier enfoque de psicoterapia. Las variables o factores, serían aquellos aspectos referentes al terapeuta, el paciente, y la relación entre ambos. Basándose en la evidencia que se tiene en la actualidad se ha concluido que la alianza terapéutica es el factor con mayor influencia en el resultado del proceso. (Fernández *et al*, 2009).

Por otro lado, aunque entre colegas se menciona a menudo que a la hora de construir una alianza terapéutica adecuada es de vital importancia la empatía y crear un ambiente de confianza; al revisar la literatura, nos topamos solo con vagos y difusos consejos que asumen intuición y talento innato del terapeuta respecto al desarrollo de estas habilidades (Labrador 2013). La presente investigación pretende conocer a profundidad de qué manera manejan la alianza estos terapeutas, cómo establecen esa empatía y confianza, cómo establecen acuerdos con el paciente, específicamente con aquel considerado difícil, se aspira que con los resultados de la investigación comencemos a revelar con más lujo de detalle cómo se construye esa alianza terapéutica.

Dentro de la alianza terapéutica existen dos actores, y ambos han de ser estudiados para desentrañar el funcionamiento de su complejo fenómeno vincular; en este caso particular, el enfoque está puesto sobre la perspectiva del terapeuta, que, a menudo es percibido como un ser omnisciente, inmutable ante cualquier evento que surge en la terapia, sin embargo en realidad es alguien que no escapa de su propia subjetividad (aunque se esfuerce por disminuirla lo más posible), alguien que siente, y que como todos, experimenta sentimientos desagradables al tratar con ciertas personas, en este caso con algunos de sus pacientes, lo cual da forma al

propósito de esta investigación: comprender la alianza terapéutica de psicólogos venezolanos con pacientes considerados difíciles.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación cualitativa, el enfoque metodológico utilizado ha sido el fenomenológico, el objeto de estudio son los sujetos, para este caso, psicólogos venezolanos con pacientes considerados difíciles, y la especificidad del objetivo de la investigación viene dada por el problema concreto que se quiere investigar (alianza terapéutica). Coincidiendo con ello, los informantes se escogieron intencionalmente utilizando los siguientes criterios: 1) Psicólogos. 2) Atención psicológica a adultos. 3) Mínimo 3 años de experiencia. 4) Radicados en Maracaibo.

Para la recolección de la información, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas efectuadas de manera individual a 10 psicólogos, con una duración promedio de 30 minutos, de igual forma, los investigadores fueron los que condujeron las entrevistas usando como guía las siguientes preguntas generadoras: 1) ¿Cómo define usted a un paciente difícil? 2) ¿Qué considera usted que es lo más influyente en el resultado de un proceso terapéutico? 3) ¿Cómo es el vínculo con ese paciente? 4) ¿Cómo logra el acuerdo en cuanto a las metas terapéuticas con ese paciente? 5) ¿Cómo logra establecer acuerdo con respecto a las tareas terapéuticas? 6) ¿Cómo resuelve los problemas que se presentan durante el proceso terapéutico? 7) ¿Qué le hacen sentir estos pacientes? 8) ¿Cuáles características personales del terapeuta cree usted que pueden favorecer a la alianza terapéutica?

Para propósitos de dicha investigación, se grabaron las sesiones con un reproductor multimedia. Es conveniente definir que la grabación de audio o registro sonoro implica no solo la grabación de la voz humana sino también otros sonidos corporales, los sonidos ambientales, etc. Posteriormente, finalizada la sesión o sesiones, se reprodujeron las grabaciones de voz para así transcribir las palabras utilizadas literalmente e incluso describir las reacciones, gestos o expresiones durante la entrevista en una laptop.

Luego de transcribir la información recabada de las entrevistas, se llevó a cabo el proceso de categorización de la siguiente manera, se examinó meticulosamente cada una de las entrevistas y se extrajo el contenido relevante en grupos de párrafos con ideas centrales, y con estos párrafos se definieron una serie de subcategorías, de las cuales se juntaron aquellas que guardaban relación entre sí, conformando así distintas categorías.

Posteriormente, se realizó la triangulación de investigadores expertos para la cual participaron cuatro psicólogos de sexo femenino, tres de ellas con maestría en psicología clínica; se les proporcionó la información recabada en las entrevistas, y tras cada una de ellas haberlas analizado y sacado sus propias conclusiones respecto a estas, se contrastaron sus hallazgos con la categorización existente y así se llegó a un consenso final.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ahora se presentarán las categorías con sus respectivas definiciones, estas son: características de un paciente difícil, emociones frente al paciente difícil, atributos personales terapéuticos y como categoría central: el vínculo como piedra angular de la terapia (ver Figura 1).

Características de un paciente difícil

Descripción de un paciente difícil, qué atributos presenta un paciente para poder ser catalogado como difícil para la psicoterapia de acuerdo al psicólogo. Entre ellos están pacientes que muestran resistencia al cambio, pacientes que padecen de algún trastorno mental y pacientes invasivos, estos se describirán a continuación con sus respectivos ejemplos.

Aquellos que muestran resistencia al cambio: Estos son pacientes que aunque podrían ir voluntariamente o no a consulta psicológica, podrían no estar comprometiéndose con su proceso terapéutico, podrían estar saboteando su propio proceso o podrían no cumplir con las tareas planteadas en terapia, en dado caso de que se establezcan. El esfuerzo que invierte en la terapia no es suficiente para generar una mejoría o cambio significativo.

Pacientes con trastorno mental grave: Son pacientes que padecen patologías que alteran significativamente los procesos cognitivos y afectivos, a su vez pueden causar un deterioro importante en las áreas de funcionamiento del sujeto. Se hizo referencia a trastornos psicóticos, de personalidad y adicciones. La influencia negativa que puedan tener trastornos mentales durante el proceso terapéutico aumenta si en el caso de ameritar tratamiento farmacológico el paciente no cumpliera con el mismo.

Paciente invasivo: Aquel paciente que sobrepasa los límites establecidos en la terapia. La relación de índole estrictamente profesional, corre peligro de dejar de serlo; el paciente hace preguntas personales al terapeuta, lo llama fuera de horas de trabajo, intentar convertirlo en su amigo, etc.

Emociones frente al paciente difícil

Disposición emocional del terapeuta durante la interacción con el paciente considerado difícil.

Agotamiento: El agotamiento representa un consumo de energía significativo o cansancio que se genera en la interacción con estos pacientes considerados difíciles. Esto deriva del grado de involucramiento del terapeuta con este tipo de casos, otros factores influyentes son el hecho de que la duración de las sesiones suele ser mayor a comparación con otros pacientes, y los progresos del paciente no suelen ser significativos en relación al tiempo que ha asistido a terapia.

Incompetencia: El psicólogo se siente carente de herramientas o estrategias adecuadas para abordar o tratar al paciente considerado difícil. Aunque fue instruido para un manejo estándar de pacientes basado en técnicas acordes a problemas específicos, no recibió información extensa acerca de qué hacer si se encuentra con un caso difícil, en especial cómo reaccionar ante los sentimientos negativos que puede generar un paciente en él. El terapeuta recurre a supervisar el caso con otros colegas ya que percibe que ya no hay nada que hacer por su cuenta, no fue preparado para el manejo de estos casos.

Frustración: Sensación desagradable ocasionada al percibir que algún factor impide que se alcance algún objetivo o expectativa en el proceso terapéutico del paciente. No se percibe mejoría o avance significativo en el proceso, hay una discrepancia entre los avances que el terapeuta está acostumbrado a observar en otros casos, entre lo que espera del paciente y lo que termina obteniendo en verdad. Esto puede derivar en impaciencia y actitud negativa hacia el paciente.

Tolerancia: Actitud estoica del terapeuta hacia las demandas del paciente, las dificultades suscitadas en el proceso terapéutico y los resultados del mismo. El psicólogo se adapta adecuadamente a las necesidades del paciente y puede manejar adecuadamente los sentimientos negativos que pueda llegar a experimentar hacia él.

Atributos personales terapéuticos

Se refiere a características particulares del terapeuta que de alguna manera podrían favorecer a la alianza terapéutica.

Saber escuchar: Es una habilidad que consiste estar atento de manera continua al discurso del paciente, con conciencia plena de lo que el paciente relata. De esta manera el paciente percibe interés real por parte del terapeuta lo que ayuda a establecer una alianza sólida.

Ser respetuoso: Esto implica el reconocimiento y valoración del paciente respecto a: su condición de ser humano que busca ayuda, sus opiniones y actitudes hacia el mundo, su ritmo de mejoría y sus sentimientos.

Ser empático: Es la capacidad de comprender los sentimientos y emociones intentando sintonizar de forma objetiva y racional lo que siente paciente. Con este tipo de pacientes más específicamente se trata de que el terapeuta maneje adecuadamente las emociones desagradables que experimenta ante el paciente para que la subjetividad interfiera lo menos posible.

Aceptación plena: El terapeuta no debe emitir juicios morales ante el paciente acerca de su discurso o las acciones que realiza en la terapia; establecer un ambiente de confianza. No debe dejar que sus propias visiones y opiniones personales del mundo interfieran para así comprender al paciente y la realidad que experimenta.

Ser auténtico: Es cuando el terapeuta actúa y se muestra como realmente es ante el paciente; no pretende ser una persona distinta. Al tratar de simular una personalidad o actitudes que se asemejen más a las del paciente este puede darse cuenta y percibir al terapeuta como alguien falso.

El vínculo como piedra angular de la terapia

Se refiere a aquel factor que influye más en el resultado del proceso terapéutico, aquello a lo que le atribuye mayor peso el terapeuta. Más allá de cualquier técnica o enfoque, lo que determina todo a fin de cuentas es la relación que existe entre ambos actores del proceso terapéutico.

Ser terapeuta es lo difícil: Es el terapeuta quien no cuenta con las herramientas, el conocimiento o la disposición para abordar a ese paciente que él considera "difícil". La dificultad del paciente no es inherente al mismo, sino un reflejo de las carencias del psicólogo en cuanto a técnicas de abordaje o el manejo de sus propias emociones.

Difícil de decir: El terapeuta aunque le de relevancia al vínculo, presenta dificultades para describir detalladamente cómo ese el vínculo con sus pacientes difíciles. A su vez a la hora de explicar que hace falta para construir una alianza sólida, utiliza términos como la empatía y la aceptación de una manera difusa, sin especificar realmente como aplicarla.

Relación asimétrica: El rol o posición asume el terapeuta ante el paciente. Una relación asimétrica implica que uno de los actores de la alianza terapéutica (el psicólogo) ejerce un influjo

significativamente mayor al otro en cuanto a las directrices pautadas en la terapia. Debe haber una relación estrictamente profesional entre ambos actores de la terapia, no son amigos ni camaradas, son terapeuta y paciente.

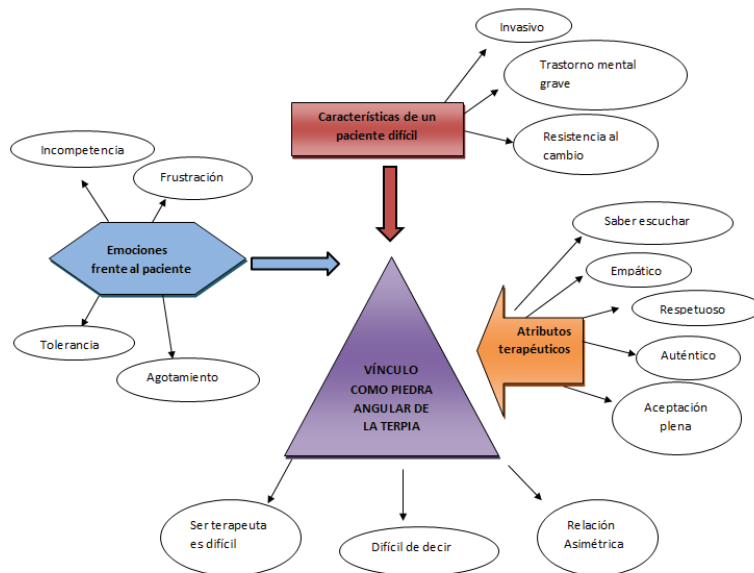


Figura 1. Categorías, sus estructuras e interacciones entre ellas.

¿Cómo es la alianza terapéutica de terapeutas venezolanos con pacientes considerados difíciles? Es la pregunta que ha marcado la elaboración de esta investigación, la cual se ha analizado de manera amplia, estudiando todos elementos o fenómenos que intervienen en la alianza terapéutica de terapeutas venezolanos con pacientes considerados difíciles, tras lo que se ha llegado a las siguientes conclusiones:

El terapeuta venezolano describe en general a los pacientes difíciles como aquellos que muestran resistencia al cambio, que padecen un trastorno mental grave y por último, aquellos que son invasivos. Esto entra en consonancia con lo planteado por Clarkin y Levi, 2004; Franks y Mays, 1985 (citado por Rodríguez y Arias, 2013), quienes expresan que los pacientes difíciles tienen al menos una de las siguientes características: a) síntomas graves y prolongados en el tiempo; b) baja motivación para el cambio y la terapia, locus de control externo respecto del problema que presenta o dificultad para la introspección y expresión; y c) dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales adecuadas.

Las conductas de los pacientes difíciles generan un elevado malestar en los terapeutas, manifestado mediante emociones como enfado, rechazo y odio hacia el paciente y un sentimiento de incompetencia hacia uno mismo (Lorenzetti *et al.*, 2013). Esto explicaría las emociones desagradables que experimenta el psicoterapeuta venezolano cuando se encuentra frente a estos pacientes considerados difíciles.

Lo anterior descrito podría relacionarse con las emociones desagradables que estos pacientes producen en el terapeuta, como la frustración y la incompetencia, y de allí también podría surgir el hecho de la dificultad que no está puesta en el paciente sino en el terapeuta.

Pareciera que frente a esta situación este se sintiera sin herramientas o parámetros efectivos de abordaje. Najavits (2001) plantea que aunque algunos arguyen que existen pacientes con características que dificultan el proceso terapéutico, existe otro punto de vista en contraposición que dice que esta dificultad responde a nuestro limitado conocimiento, nuestra incapacidad de abordar el caso. Esto entra en consonancia con la presente investigación ya que ambos planteamientos pudieron observarse.

El terapeuta venezolano refiere que para la formación de la alianza terapéutica, este debe saber escuchar, ser respetuoso, ser empático, ser auténtico y aceptar plenamente al otro. También describe la relevancia del vínculo, que aunque no es estable y es difícil de mantener, debido a las características inherentes a estos pacientes, este vínculo representa la piedra angular de la terapia para los psicólogos venezolanos. Sin embargo tal y como lo planteó Labrador en 2013, la psicología clínica amerita un carácter más científico, y desarrollar directrices específicas de cómo lograr el desarrollo de ésta empatía o como crear un ambiente de confianza, ya que en general los psicólogos, tal y como pasó en la presente investigación, plantean características o habilidades del terapeuta que este ya maneja de forma intuitiva, lo que da a suponer que la psicoterapia tiene un carácter más de arte que de ciencia.

A su vez, este vínculo o relación terapéutica debe ser asimétrica, ésta relación consta de dos, el paciente que va por una problemática y el terapeuta experto que le brindará acompañamiento en su proceso, pero dada la complejidad de este tipo de pacientes considerados difíciles, esto no es tarea sencilla. Pareciese que estos pacientes, dadas sus características personales, apuntaran a dotar de simetría a esta relación, podría ser evidencia de esto como intentan involucrar directamente al terapeuta en sus decisiones o tratándole como si fuesen amigos. Desde un principio el mismo concepto de psicoterapia se construyen utilizando esa asimetría, de acuerdo a Fernández-Liria, Hernández, Rodríguez, Benito y Mas 1997 (citado por Andrade, 2005): "...Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud del segundo".

Ciertas conductas del paciente valoradas como negativas, que posiblemente sean parte de su problema, pueden afectar tanto al proceso terapéutico como al terapeuta, llevando a este último a etiquetarlo como paciente difícil (Merino, del Castillo y Saldaña, 2015). Con esto retomamos la idea inicial de "no es difícil el paciente, es difícil ejercer como psicoterapeutas". Podría decirse que el problema radica en que lo que determina que un paciente sea difícil o no, tiene que ver con la subjetividad en la que inevitablemente caería el terapeuta. Así mismo de acuerdo a Fernández *et al* (2009) se ha determinado que los resultados de la psicoterapia se deben a la acción de variables o factores indeterminados que serían aquellos aspectos referentes al terapeuta, el paciente, y la relación entre ambos.

Greenson (1967; citado por Andrade, 2005) plantea que el desarrollo de la alianza terapéutica depende de la capacidad del paciente y el terapeuta para desarrollar una colaboración real y no distorsionada el uno con el otro, sobre la base de auténticos sentimientos de simpatía, confianza y respeto. Resulta curioso que pareciese que entre los pacientes considerados difíciles y los terapeutas no existiera una colaboración o cooperación, sobre todo porque no hay establecimientos de acuerdos entre los objetivos y las tareas de la terapia.

En la investigación de García (2019), manifiesta en parte de sus resultados que la relación entre terapeutas-pacientes está basada en la cercanía, un vínculo de confianza, una relación cordial y agradable. Mientras que en esta investigación se observa que los terapeutas también experimentan sentimientos negativos frente al trato con ciertos pacientes, incluso manifiestan sentir agotamiento y frustración después de cada sesión.

No se niega que exista una relación, un vínculo, pero es relevante destacar que los terapeutas venezolanos presentan dificultades para conceptualizar o definir el vínculo, según Labrador (2013) todos los psicólogos clínicos están de acuerdo en señalar que la “relación terapéutica” es determinante para el desarrollo de la intervención psicológica sin embargo, al indagar más sobre cómo ha de ser esta relación nos encontramos con que solo hay información y directrices generales que no explican su realización, te dicen ¡sé empático! pero ¿Cómo desarrollo esa capacidad? ¿cómo se utiliza y en qué casos? , le dan mayor peso a un vínculo que no pueden definir claramente, pero lo que sí pueden definir sin problemas son aquellos sentimientos desagradables que éstos pacientes les producen.

Etcheveres *et al* (2014) consideran que la relación terapéutica impacta positivamente en los resultados del tratamiento. También se observa que la formación y la experiencia de los terapeutas son también factores influyentes. Esto puede verse cuando los terapeutas manifiestan que sí, efectivamente el vínculo es lo más relevante o lo que determina el resultado de un proceso terapéutico, ésta afirmación puede encontrarse en otras investigaciones como la de Rodríguez y Arias (2013) quienes específicamente tratan la relevancia del terapeuta como persona que debe tener un autocuidado adecuado lo cual afecta positivamente el vínculo; y García, (2016), quien plantea que la psicoterapia es un proceso basado en la relación que conduce a un crecimiento personal y que depende del establecimiento de una buena alianza terapéutica porque favorece el surgimiento de aspectos íntimos y subjetivos del paciente.

Uno de los aportes de ésta investigación es que le da relevancia a la persona del terapeuta, una persona que siente emociones incluso aquellas que son desagradables y estas pueden mostrarse incluso al tratar con un paciente, también cabe destacar la falta de formación que parece tener el terapeuta venezolano frente a pacientes que ellos consideraron difíciles, pues existe incompetencia a la hora de abordarlos. Por otro lado, la responsabilidad de la construcción de la alianza terapéutica que es atribuida mayormente al paciente considerado difícil.

Siguiendo el mismo orden de ideas, puede identificarse un patrón general que ocurre en la interacción terapeuta-paciente difícil, que se debe tomar en cuenta: existe un paciente que dadas sus características personales, es considerado difícil por un terapeuta que se ha quedado sin herramientas o sin maneras de abordarlo, entonces este se frustra y se siente incompetente lo que lleva a un declive en la alianza terapéutica, lo que conlleva a resultados insatisfactorios del proceso terapéutico para ambos individuos implicados.

Es de suma importancia mencionar a Merino *et al* (2015) quien plantea que a menudo, el origen de estas dificultades se ha atribuido exclusivamente a las características del paciente, etiquetándolo como paciente difícil. Sin embargo, la relación terapeuta-paciente es un proceso interactivo en el que confluyen variables personales de todos los actores implicados en la terapia. Y como aquí nuestro punto de interés son los terapeutas, conviene resaltar un aporte muy importante, y ese es que existe escasa información sobre estos pacientes difíciles, cómo abordarlos, como manejar los sentimientos desagradables hacia ellos, el psicólogo venezolano

no está lo suficientemente entrenado, carece de formación para abordarlos adecuadamente, y quizás estas dificultades para abordarlos se traten de simplemente nuestra incompreensión de estos pacientes.

CONCLUSIONES

El paciente considerado difícil aun es un tema poco estudiado, se han determinado algunas características que los terapeutas asocian al referirse a un paciente como difícil: baja motivación al cambio, trastornos mentales, y dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales; en esta investigación se encontró concordancia con estas características, pero nos percatamos de que más allá de estas descripciones, lo que tienen todos estos pacientes en común es que, ante ellos los terapeutas experimentan emociones desagradables y que esto repercute negativamente en la alianza terapéutica. El vínculo es algo difuso, y sin embargo es descrito como lo más influyente en el proceso terapéutico, este a su vez es complicado con estos pacientes ya que la asimetría funcional de la terapia corre el riesgo de ser alterada, lo que ocasiona que el terapeuta aunque no lo exprese, responsabilice mayormente al paciente por el establecimiento de la alianza terapéutica. ¿De dónde surgen estas dificultades en la terapia? esto sigue siendo algo indeterminado, pero más allá de responsabilizar exclusivamente a uno de los actores, pensamos que lo relevante es la naturaleza de su interacción y el hecho de que hoy día la literatura existente acerca de las situaciones difíciles en terapia es muy escasa y por ende nuestra formación profesional insuficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud* 16(1), pp 9-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Corbella, S y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2). https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Etchevers, M.; Simkin, H. Putrino, N.; Giusti, S.; Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de investigaciones*. XXI, pp. 23-30. <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994002.pdf>
- Fernández, S. Macarena, P. Mella, R. Francisca, M. Vinet. Eugenia, V. (2009) Efectividad en la psicoterapia y su relación con alianza terapéutica. *Revista de psicología y ciencias afines*, 26(2). <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>
- Fossa Arcila, P. (2012). Obstáculos del Proceso Terapéutico: Una Revisión del Concepto de Vínculo y sus Alteraciones. *Revista de Psicología GEPUI*, 3(1). https://drive.google.com/file/d/0B_amNUZGjsD9UjQtXzFjbUhzLVE/view
- García, E. (2016). *Concepto de psicoterapia en el psicólogo clínico venezolano* - (Tesis de Maestría), Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- García, V. (2019). Implicación y mutualidad en el proceso psicoterapéutico con pacientes inhibidos. (Tesis de Maestría), Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 27(2). https://www.researchgate.net/publication/232580457_The_concept_of_the_Alliance_and_its_Role_in_Psychotherapy_Theoretical_and_Empirical_Considerations

- Herrera P, Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés N. y Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia psicológica*, 27(2). <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art03.pdf>
- Koekkoek, B., Van Meijel, B. y Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review. *Psychiatric Services*. 57(6). https://www.researchgate.net/publication/7027785_Difficult_Patients_in_Mental_Health_Care_A_Review
- Labrador, F. (2013). *Situaciones difíciles en terapia*. Ediciones Pirámide.
- Lorenzetti, R.C., Mitch, C.H., Donovan, D., Cottrell, S. Y Buck, J. (2013). Managing difficult encounters: Understanding physician, patient and situational factors. *American Family Physician*, 87(6). <https://www.aafp.org/afp/2013/0315/p419.html>
- Merino, I., del Castillo, A., Saldaña, C. (2015). El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden? *Revista Iberoamericana de psicopatología* 118. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5565196>
- Najavits, L. (2001). Ayudando a pacientes "difíciles". *RET Revista de Toxicomanías*, 32. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET32_1.pdf
- Rodríguez, M. y Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología* 1(2) <http://www.revista.unisal.br/am/index.php/psico/article/view/25>
- Safran, D. y J. Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Scherb, E. (2003). *Investigación y psicoterapia. Pacientes difíciles: enfoques desde la intersubjetividad*. Subjetividad y procesos cognitivos. Pág. 220-242. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/512/Investigaci%C3%B3n_y_psicoterapia_Scherb.pdf?sequence=1