

LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

THE THERAPIST-PATIENT RELATIONSHIP AS A CRITICAL ELEMENT IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Mario Guzmán-Sescosse

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1675-1920>

Doctor en psicología.

Profesor e investigador de psicología en Trinity Christian College
6601 West College Drive. Palos Heights, Illinois 60463. Estados Unidos

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Guzmán-Sescosse, M. (2023). La relación terapeuta-paciente como elemento clave en la terapia cognitivo conductual. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 189-204. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38036>

Resumen

La Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de diversas psicopatologías, problemas emocionales y de pareja, así como coadyuvante en tratamientos médicos de enfermedades, y manejo del dolor. Sus intervenciones cognitivas, emocionales y conductuales ofrecen una propuesta clara y estructurada para trabajar con los pacientes en un marco de aprendizaje y colaboración. Su efectividad no radica solo en la implementación de dichas intervenciones, sino en el desarrollo de la relación terapéutica que permite la expresión de creencias, emociones y conductas asociadas al padecimiento o motivo de consulta de los pacientes y que es fundamental en el proceso de cambio y desarrollo del paciente (. En este texto se presentan elementos de la relación terapéutica que la investigación y diversos autores han señalado como necesarios para la adecuada relación terapeuta-paciente y lograr el éxito terapéutico.

Palabras claves: terapia cognitivo conductual, relación terapéutica, alianza terapéutica, condiciones necesarias de la terapia

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy has proven to be effective in the treatment of various psychopathologies and emotional and relationship problems, as well as an adjuvant in the medical treatment of diseases and pain management. His cognitive, emotional, and behavioral interventions offer a clear and structured proposal to work with patients in a framework of learning and collaboration. Its effectiveness lies not only in the implementation of said interventions but also in the development of the therapeutic relationship that allows the expression of beliefs, emotions, and behaviors associated with the condition or reason for consultation of the patients, and that is essential in the process. of change and development of the patient. This text presents elements of the therapeutic relationship that research and various authors have indicated as necessary for the proper therapist-patient relationship and the achievement of therapeutic success.

Keywords: cognitive behavioral therapy, therapeutic relationship, therapeutic alliance, necessary conditions of therapy

Fecha de recepción: 27 de julio de 2023. Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mguzman@trnty.edu

© 2023 Revista de Psicoterapia



La TCC ha sido criticada por prestar poca atención a la relación terapéutica y mecanizar el proceso terapéutico reduciéndolo a una mera implementación de técnicas o intervenciones diseñadas a priori (Leahy, 2008). Dicho criticismo es falso, pues desde su inicio se ha hecho énfasis en la necesidad e importancia de dicha relación para lograr el éxito terapéutico. En uno de los libros clásicos y fundamentales de la TCC, *Cognitive Therapy of Depression*, A. T. Beck et al. (1979) dedicaron un capítulo entero para hablar de la importancia de la relación terapéutica como prerrequisito para la efectividad de la TCC. Desde entonces, distintos autores (S. J. Beck, 2021.; Kazantzis et al., 2017., Leahy, 2008., Moorey y Lavander, 2019.) han desarrollado manuales, y publicaciones enfatizando la importancia de dicha relación y los elementos necesarios para su adecuado desarrollo.

En este artículo se analizarán cinco áreas que pueden servir tanto a los terapeutas en formación como a los terapeutas experimentados en la comprensión y desarrollo de una adecuada relación terapeuta-paciente como base del éxito terapéutico. Las áreas que se analizan son: 1. El terapeuta y el paciente ideal 2. ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva? 3. Autorreflexión, autopráctica y supervisión 4. El manejo terapéutico de los familiares, amigos y pareja del paciente 5. Los límites de la relación terapéutica.

El Terapeuta y El Paciente Ideal

¿Cómo es el terapeuta ideal? Es una pregunta válida y con la que trabajaremos a lo largo de este artículo, a la vez que es limitada y poco realista. Por ello, es importante señalar la distinción entre el ideal y lo real y ser cautos con el esquema de metas inalcanzables que algunos terapeutas pueden presentar. Este esquema se caracteriza por una actitud perfeccionista, creencias demandantes, exageradas y poco realistas, tanto con uno mismo como con los demás (Young, 2003) y puede presentarse en los terapeutas en formación y los experimentados generando expectativas irreales, perfeccionismo innecesario y experiencias de frustración y fracaso ante los errores (Kazantzis et al., 2017). Creencias intermedias y subyacentes asociadas a dicho esquema como “Siempre debo de tener éxito con mis pacientes” o “Es inadmisibles que me equivoque” representan un peligro para el adecuado desarrollo y ejercer del terapeuta y compromete la relación con el paciente y el éxito terapéutico. Por lo tanto, es necesario asumir que no existe el terapeuta ideal o perfecto, que tanto novatos como expertos están en proceso de formación constante y por lo tanto evitar una actitud perfeccionista y mejor asumir una actitud perfectible, es decir de constante aprendizaje, y crecimiento aceptando que el ensayo y error es parte de dicho proceso.

Es importante reconocer también las preferencias, limitaciones y competencias ante el tipo de paciente y problemática con la que se desea trabajar. Si bien la TCC puede ser aplicada a un amplio número de problemáticas (S. J. Beck, 2021), es poco probable que exista un experto en todas ellas y que se sienta cómodo trabajando con los distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, habrá quién tenga amplia expe-

riencia, capacidad, pericia e interés en trabajar con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, pero no necesariamente con pacientes que presentan trastornos de la personalidad. Habrá quién lo haga con trastornos de la conducta alimentaria, pero no con trastornos del neurodesarrollo. Otros podrán ser altamente efectivos con adultos, pero no necesariamente con niños para los que hay que hacer adecuaciones a la TCC tradicional.

Otro riesgo al pensar en el terapeuta ideal es la falta de genuinidad y la imitación del estilo terapéutico de alguien más. Cada terapeuta tiene valores propios, motivos por los cuales eligió dicha profesión, estilos relacionales y formas de comunicarse. La genuinidad es fundamental en la relación terapéutica, por lo que al hablar del terapeuta ideal no debemos de confundirlo con dejar de ser uno mismo. Desarrollar un estilo terapéutico propio, flexible a modificarse ante las necesidades de los pacientes, es de gran importancia para la relación terapeuta-paciente y la adecuada aplicación de las técnicas cognitivo, emocionales y conductuales.

¿Y qué hay del paciente ideal? ¿Existe? La respuesta es obvia, no existe un paciente ideal. Claro que hay características en los consultantes que pueden facilitar o dificultar el trabajo terapéutico. Pero tenemos que recordar que acuden a la consulta por los problemas psicológicos, sociales y del desarrollo que presentan. Esperar que todos los pacientes sean fáciles de trato, que sigan las recomendaciones y que avancen constantemente refleja más una creencia irracional del terapeuta que una disposición realista a esperar de los clientes (S. J. Beck, 2017).

Es cierto que la colaboración del paciente es fundamental en el éxito terapéutico. Dicha colaboración es una de las características distintivas de la TCC en comparación con otros modelos y se le conoce como empirismo colaborativo (Kazantzis et al., 2017). Si bien es necesario fomentar su participación desde la primera sesión, también es importante recordar que cada paciente viene equipado con ciertas actitudes, creencias, disposiciones y habilidades que le facilitarán o no su participación en el proceso terapéutico.

Por ello, es importante evitar creencias hacia los pacientes del tipo “debería de hacer todo lo que le digo” “debería entender cómo funciona la terapia” “si no hace lo que le indico es un paciente difícil o malo”. Este tipo de creencias reflejan más el esquema de metas inalcanzables del terapeuta que la realidad psicológica del cliente. Aún más, interfiere negativamente con el proceso individual e individualizado que cada consultante necesita. Los pacientes no tienen que ajustarse a nuestras expectativas, demandas o creencias, sino que somos nosotros quienes debemos adaptarnos a sus necesidades, diseñar las intervenciones en base a sus problemáticas y mostrar, apertura, paciencia, flexibilidad y creatividad en el trabajo con ellos (A. T. Beck et al., 1979; S. J. Beck, 2021; Kazantzis et al., 2017).

S. J. Beck (2017) lo resumió de la siguiente manera:

Esto es lo que les enseñé a los terapeutas sobre cómo establecer una buena alianza terapéutica. Les digo que es importante ser un buen ser humano en la habitación con los clientes, hacer que los clientes se sientan seguros

y tratarlos como a ellos les gustaría ser tratados si fueran un cliente. También es importante que los terapeutas tengan expectativas realistas para sus clientes: se supone que los clientes son difíciles; por eso son clientes. Y también necesitan tener expectativas realistas para sí mismos. Yo, por mi parte, no puedo ayudar en todo a cada cliente que entra por mi puerta. Sin embargo, si tuviera la expectativa de lo contrario, me sentiría frustrada con el cliente o conmigo misma, lo cual interferiría con mi capacidad para brindar un tratamiento efectivo. (p. ix)

¿Qué Se Necesita para que la TCC Sea Efectiva?

Desde sus inicios la TCC ha tenido como objetivo probar su efectividad en comparación con otras formas de tratamiento psicológico y farmacológico (A. T. Beck et al., 1979), lo que la hace una de las terapias más estudiadas. Hofmann et al. (2012) revisaron 106 metaanálisis concluyendo que hay una fuerte evidencia de su efectividad en múltiples condiciones. Su efectividad ha sido estudiada en un metaanálisis de 155 estudios comparando los resultados entre distintos formatos de tratamiento; individual, grupal, telefónico y de autoayuda guiada. Todos mostraron ser efectivos, aunque la aceptabilidad fue menor para el formato de autoayuda guiada. También se observó que la terapia de autoayuda no guiada no fue más efectiva que la atención habitual (Cuijpers et al., 2019).

¿En qué consiste la efectividad de la TCC? Por un lado, las técnicas y su naturaleza integradora la hacen una propuesta dinámica, creativa y diversa, lo que permite que tanto en la TCC general o con los protocolos para trastornos específicos, los clientes experimenten beneficios. Por otro lado, la literatura señala que el factor relacional es indispensable, lo que podría explicar, entre otras variables, porqué en el metaanálisis de Cuijpers et al. (2019) la terapia de autoayuda no guiada no fue más efectiva que la atención habitual y las modalidades de TCC que incluyeron interacción con un terapeuta.

Aaron Beck fue formado originalmente en la tradición psicoanalítica donde se afirma que es la relación terapeuta-paciente lo que propicia el cambio. Dicho entrenamiento, junto con el trabajo de Carl Rogers, impactó desde los inicios de la TCC la importancia de identificar los elementos de una sólida y efectiva relación terapéutica (A. T. Beck et al., 1979).

Rogers (1957) aseguraba que la congruencia/genuinidad, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática son condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el cambio terapéutico de la personalidad. Sin embargo, la evidencia señala que existe una asociación pequeña, pero significativa, entre dichas condiciones y el resultado de la terapia. En el 2010, un grupo de trabajo encargado por las Divisiones de Psicoterapia y Psicología de la Asociación Americana de Psicología (APA) condujo un metaanálisis estudiando el vínculo entre las condiciones necesarias propuestas por Rogers y el resultado terapéutico. Se encontró que la consideración positiva incondicional tuvo una asociación mo-

derada con el resultado terapéutico (tamaño del efecto $r = 0'27$ de 18 estudios). La comprensión empática mostró una asociación moderada (tamaño del efecto $r = 0'30$ de 57 estudios). La congruencia/genuinidad mostró un tamaño del efecto de $0'24$ (de 16 estudios). Por lo tanto, cada factor explica entre el 6 y el 9 % de la varianza (Norcross y Lambert, 2011).

Desde 1979, A. T. Beck et al. afirmaban que las condiciones propuestas por Rogers son necesarias, pero no suficientes, por lo que en la TCC también se considera que la confianza básica, el *rappport*, colaboración, empirismo, dialogo Socrático, el manejo de la transferencia y contratransferencia, la alianza terapéutica y la re-*tro*alimentación, son necesarios para una relación terapéutica apropiada y efectiva.

1. A pesar del énfasis en la literatura sobre las condiciones de la relación terapéutica mencionadas, algunos terapeutas pueden desconocer sus significados, por lo que es importante aclararlos para su apropiada valoración. A continuación, estas se definen como lo hizo Rogers (1957) con sus “condiciones necesarias y suficientes” y como lo hizo Beck, y otros colaboradores, con las condiciones propias de la TCC (A. T. Beck et al., 1979; S. J. Beck, 2021; Kazantzis et al., 2017): Congruencia/genuinidad. Rogers (1957) la define como:

el terapeuta debe ser, dentro de los límites de la relación, una persona congruente, genuina e integrada. Significa que dentro de la relación él es libre y profundamente él mismo, con su experiencia real fielmente representado por su conciencia de sí mismo. Es lo opuesto a presentar una fachada, ya sea a sabiendas o sin saberlo. (p.3)

2. Consideración positiva incondicional. Rogers (1957) la explicó como: la medida en que el terapeuta experimente una cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente ... Significa que no hay condiciones de aceptación, ningún sentimiento de “me gustas solo si eres así” ... Está en el polo opuesto de una actitud de evaluación selectiva: “eres malo si actúas de esta forma o aquella.” Implica tanto el sentimiento de aceptación por la expresión del cliente de sus sentimientos negativos, “malos”, dolorosos, temerosos, defensivos, o anormales como la expresión de sentimientos “buenos”, positivos, maduros, de confianza... Significa un cuidado del cliente, pero no de manera posesiva o simplemente para satisfacer las propias necesidades del terapeuta. Es un cuidado del cliente como una persona separada, con permiso para tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias. (p. 3-4)
3. Comprensión empática. Para Rogers (1957) es:
Sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder nunca la cualidad de “como si”—esto es la empatía, y esto parece esencial para la terapia. Sentir la ira, el miedo o la confusión del cliente como si fueran propios, pero sin que su propia ira, miedo o

confusión se vean ligados a ello, es la condición que nos esforzamos por describir. Cuando el mundo del cliente es así de claro para el terapeuta, y él se mueve libremente en el, entonces puede tanto comunicar su comprensión de lo que el cliente sabe claramente y también puede expresar significados en la experiencia del cliente de los cuales el cliente apenas se da cuenta. (p. 4)

4. Confianza básica. A. T. Beck et al. (1979) explican que:
el terapeuta cognoscitivo equilibra cuidadosamente la importancia de la autonomía (dejar que el paciente hable, planee, etc.) frente a la necesidad de estructura (el terapeuta es directivo, toma la iniciativa, etc.); confiabilidad y capacidad de respuesta (ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, etc.) frente al valor de establecer límites (decidir no hacer por el paciente lo que puede hacer por sí mismo); y ser una “persona real” (es decir, mostrar cualidades amistosas y humanas) frente a ser discreto y objetivo. (p. 50-51)
5. Rapport. A. T. Beck et al. (1979) la describieron como:
el acuerdo armonioso entre las personas... consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien (a) que está sintonizado con sus sentimientos y actitudes, (b) que es comprensivo, empático y comprensivo, (c) que lo acepta con todo sus “faltas”, (d) con quien puede comunicarse sin tener que detallar sus sentimientos y actitudes o calificar lo que dice. Cuando la relación es óptima, el paciente y el terapeuta se sienten seguros y razonablemente cómodos el uno con el otro. Ninguno es defensivo, demasiado cauteloso, tentativo o inhibido. (p. 51)
6. Colaboración. Según Kazantzis et al. (2017):
La TCC invita a los clientes a asumir un papel activo en el proceso de la terapia, mientras que el terapeuta adopta la postura principal de colaborador o guía, alguien que puede facilitar el progreso del cliente hacia las metas que desea... el término de colaboración en la TCC literalmente significa “trabajo compartido”. (p.21)
7. Empirismo. Kazantzis et al. (2017) explican que:
Describe cómo ayudamos al cliente a adoptar un método más “científico” para evaluar su experiencia. A diferencia de como pueden llegar a la terapia, sintiéndose empujados y atraídos por diferentes cogniciones y emociones, ayudamos al cliente a ver estas experiencias como indicadores indirectos de eventos en su entorno, y lo guiamos especialmente en cómo evaluar y enfrentar estos eventos. (p. 22)
8. Diálogo Socrático. Para Kazantzis et al. (2017):
comprende una serie de habilidades terapéuticas que incluyen preguntar, resumir, escuchar empáticamente y brindar la oportunidad para que

el cliente identifique y resuelva puntos de vista discrepantes... Si el terapeuta confía en el diálogo socrático como un medio para fomentar el descubrimiento de ideas, entonces el cliente puede ganar un sentido de propiedad de su terapia. (p.22)

9. Manejo de la transferencia y contratransferencia. Para A. T. Beck et al. (1979) la transferencia y contratransferencia hacen referencia a las distorsiones cognitivas, negativas y/o positivas, que tanto los pacientes pueden tener sobre el terapeuta, como los terapeutas pueden tener sobre el paciente. Las ve como una oportunidad de reconocerlas y trabajar en ellas en el marco terapéutico para fomentar una visión más objetiva de la relación:

El terapeuta debe confrontar las reacciones terapéuticas negativas de frente. Al tratar de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente, que contribuyen a su pasividad, falta de iniciativa y “oposicionismo”, el terapeuta y el paciente colaboran para tratar de resolver los mismos problemas que contribuyen a las frustraciones mutuas. De hecho, el pensamiento disfuncional que conduce a la pasividad, la indecisión, la falta de motivación, etc., constituye un objetivo específico de tratamiento. (p.58)

Otra forma de manejar la transferencia y contratransferencia, es a través de la re-parentalidad limitada desarrollada por Young (2003). En dicha técnica, el terapeuta asume un rol parental “limitado”, dentro de un marco ético y profesional, que permite al paciente cubrir, transitoriamente, las necesidades emocionales no cubiertas por sus padres, a la vez que aprende, a través del modelamiento y la instrucción del terapeuta, a expresar sus necesidades asertivamente y resolver los conflictos de una manera más adecuada. Esta técnica es especialmente útil con pacientes con problemas crónicos, caracterológicos o con trastornos de personalidad con quienes suelen presentarse situaciones difíciles de abordar en la terapia, su aplicación fortalece la alianza terapéutica y facilita la aplicación de las estrategias terapéuticas (Young, 2003).

10. Alianza terapéutica. Kazantzis et al. (2017) la definen como:

Una coalición que se construye sobre la relación terapéutica e implica la congruencia de estrategias e intercambios que facilitan el cambio. La alianza evoluciona a partir de la relación terapéutica y constituye el conjunto de conocimientos y habilidades del terapeuta, junto con la provisión de la atención adecuada. Combina la voluntad y la motivación del cliente con la pasión del terapeuta para promover el cambio (p. 17)

11. Retroalimentación. S. J. Beck (2021) la explica como un componente fundamental de la TCC y de la relación terapéutica. Sugiere que en cada sesión se le pregunte al paciente ¿cómo se sintió en la sesión? Si considera

que el terapeuta fue lo suficientemente empático o no, si se abordaron los objetivos de la sesión o si considera que hay algo que el clínico pueda hacer distinto o mejor en una próxima ocasión. Cuando los pacientes perciben dicha apertura suelen sentirse tomados en cuenta y que el terapeuta valora su opinión. Por el contrario, si los terapeutas no están abiertos a la retroalimentación los pacientes pueden evaluarlos como fríos o distantes.

A pesar de sus beneficios, algunos terapeutas pueden sentirse intimidados por la retroalimentación de sus clientes desarrollando creencias como; “sería terrible que me critique” “si no le gusta mi trabajo que busque a alguien más” o “seguro son sus resistencias al tratamiento” (Guzmán-Sescosse, 2023). Creencias defensivas de ese tipo muestran el esquema de metas inalcanzables del que se habló anteriormente (Young 2003) e impiden una disposición de crecimiento en el clínico. Abrirse a la retroalimentación ayudará no solo a fortalecer la relación terapéutica, pero también a que el terapeuta crezca en habilidades clínicas y manejo de la terapia (S. J. Beck, 2021)

Dichas condiciones de la relación terapeuta-paciente tienen que darse dentro del marco teórico cognitivo conductual, aunados a la psicoeducación del paciente en el modelo, así como fundamentarse en una sólida conceptualización cognitiva de cada paciente en constante evolución y en la implementación de las técnicas cognitivas, emocionales, conductuales y contextuales. Es en la suma de estos factores donde radica la efectividad de la TCC.

Autorreflexión, Autopráctica y Supervisión

El trabajo terapéutico es mediado por la persona del terapeuta. Nuestras cogniciones, emociones, conductas, valores, nuestro desarrollo y los problemas psicológicos no resueltos influyen en la relación con nuestro paciente y por ende en el resultado terapéutico (Kazantzis et al., 2017). Por ello, el terapeuta cognitivo conductual se beneficiará de seguir la máxima griega inscrita en el templo de Apolo *γνωθι σεαυτόν* “conócete a ti mismo”, es decir de trabajar con sus propias cogniciones, emociones y conductas dentro y fuera del proceso terapéutico con sus clientes. Practicar los principios y las técnicas de la TCC le permitirán comprender el modelo mejor, obtener beneficio personal y desarrollar más empatía hacia sus pacientes y habilidades en la implementación terapéutica (S. J. Beck, 2021).

Uno de los objetivos terapéuticos de la TCC es que los clientes se conviertan en sus propios terapeutas (S. J. Beck, 2021), lo mismo puede suceder a los terapeutas al aplicar los principios y las estrategias del modelo. Esto no sustituye la posibilidad de acudir a terapia como pacientes, por el contrario, se complementan mutuamente. Esta disposición de trabajar con uno mismo se conoce en la literatura cognitivo conductual como autorreflexión y Kazantzis et al. (2017) la describen como “proceso de distanciamiento y reflexión sobre sus propias experiencias y patrones cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales como profesional.” Este proceso de autorreflexión permite al terapeuta entender los pensamientos y

emociones que se activan con sus pacientes, y que como ellos, también están en un proceso de crecimiento cognitivo y personal.

Para facilitar el proceso de autorreflexión los clínicos podrían hacerse las siguientes preguntas (Guzmán-Sescosse, 2023); ¿Cuáles son tus creencias y valores esenciales sobre el desarrollo humano, sobre el sufrimiento y su tratamiento? ¿Cómo estás en tu propio proceso psicológico y del desarrollo? ¿Tienes algún trastorno, pérdida o adversidad? ¿Aplicas en ti mismo los principios terapéuticos de la TCC y sus estrategias? ¿Cuáles son tus creencias, emociones y conductas como terapeuta con cada paciente? ¿Qué creencias, sobre tus pacientes y sobre ti mismo, interfieren negativa o positivamente en tu labor terapéutica?

Adicionalmente, es importante reconocer que a través del trabajo con los pacientes el clínico también se beneficia. Es una oportunidad para aprender del crecimiento, las operaciones cognitivas, y las perspectivas que los consultados desarrollan en el encuentro terapéutico (Kazantzis et al., 2017).

Por último, la supervisión es un factor indispensable que permite identificar elementos de la relación terapeuta-paciente que el practicante no logra percibir por sí mismo, a la vez que es una oportunidad para aprender de la relación entre supervisor y supervisado (Newman y Kaplan, 2016). De tal forma que es deseable que los programas de formación incluyan un sólido plan de supervisión, y que los terapeutas continúen con dicha práctica a través de su vida laboral.

Tres recursos más que puede ayudar a la autorreflexión y la autopráctica del terapeuta son el manual Experimentar la TCC desde dentro. *Manual de autopráctica/ autorreflexión para terapeutas* (Bennet-Levy et al., 2018); el *Cognitive Therapy Rating Scale-Revised (CTRS-R)* y el *CBT Session Checklist* (Beck Institute, 2022). Los dos últimos fueron diseñados para ayudar a los clínicos a identificar si han cubierto todas las áreas de las sesiones con sus clientes y su efectividad. Las áreas evaluadas son; agenda, retroalimentación, entendimiento, efectividad interpersonal, colaboración, ritmo y efectivo uso del tiempo, descubrimiento guiado énfasis en cogniciones y conductas claves, estrategias para el cambio, aplicación de las técnicas de la TCC, plan de acción.

El Manejo Terapéutico de los Familiares, Amigos y Pareja del Paciente

Los pacientes son miembros de sistemas familiares complejos. Algunos viven con la familia de origen, otros han formado su propia familia, algunos presentan una dinámica familiar de codependencia y otros no tienen relación alguna con sus familiares. También suelen tener amistades y parejas románticas. Tanto familiares, como amistades o parejas románticas pueden ser parte de los motivos de consulta de los pacientes, del contexto patológico o salutogénico o quieran participar en el tratamiento que su ser querido recibe. Por ello resulta apropiado comprender cuál es el manejo terapéutico de los familiares en la Terapia Cognitivo Conductual y cómo puede impactar favorable o negativamente a la relación terapeuta-paciente.

Es necesario distinguir el manejo terapéutico de los familiares frente a la

terapia familiar. En el primer caso se refiere a incluir familiares, amigos o parejas románticas en el tratamiento individual de nuestro paciente, y en el segundo caso se refiere a las intervenciones terapéuticas que se hacen al sistema familiar, siendo este el objetivo terapéutico.

Cuando se trata de terapia familiar se puede revisar a Hutcheson (2019) o a Lan y Sher (2019) para conocer más sobre el marco teórico, los principios terapéuticos y las estrategias que se emplean. Sin embargo, este artículo está dedicado a la relación terapéutica, por lo que aquí se discutirá el manejo terapéutico de los familiares y no los principios de la terapia familiar en la TCC.

S. J. Beck (2021) sugiere que en la sesión inicial se evalúe la conveniencia o no de incluir a los familiares, amigos o parejas. Nos dice que pueden servir como coadyuvantes del tratamiento. Es especialmente recomendable hacerlo cuando se tiene pacientes graves o que tengan dificultades para llevar a cabo los planes de acción que surgirán en las sesiones. Además, necesitarán comprender el padecimiento del cliente, el proceso terapéutico y cómo pueden promover la recuperación y evitar reforzar los elementos patológicos.

Es de especial importancia incluir a los padres cuando se trabaja con adolescentes y niños pues son ellos los que refuerzan, extinguen o castigan las conductas deseables o indeseables en el día a día, además de ser los responsables legales y morales de dichos pacientes. Integrarlos, favorecerá un manejo de “equipo” entre el terapeuta y los padres, así como comprender la dinámica familiar, su incidencia en los padecimientos de los menores y los valores familiares. Servirá en la consolidación de la alianza terapéutica no solo con el paciente, pero incluso con sus padres y estos funcionen como coterapeutas (Guzmán-Sescosse, 2020).

A pesar de dichas recomendaciones, S. J. Beck (2021) y Guzmán-Sescosse (2020) no nos informan de cómo manejar dificultades que pueden surgir con familiares. ¿Qué hacer si el paciente se resiste a involucrarlos? ¿Qué hacer si familiares o amigos tienen su propia agenda y buscan incidir en el proceso terapéutico de manera inapropiada? ¿Cómo evitar faltar a la confidencialidad? ¿Cómo informar de situaciones que pongan en peligro la integridad del paciente?, etc.

Se han desarrollado protocolos para guiar al terapeuta en cómo incluir a los familiares dentro del tratamiento (Lobban y Barrowclough, 2016, *Psychology Today*, 2022), sin embargo, están diseñados para familiares de pacientes con psicosis o menores víctimas de abuso sexual, por lo que no pueden ofrecer respuestas para todas las problemáticas a las interrogantes mencionadas.

Podemos concluir, que si el paciente es mayor de edad él mismo debe de dar su consentimiento para involucrar a sus familiares o no; que esto se haga cuando existe riesgo a la integridad del paciente o de otros (e. g., ideación suicida); cuando se observe un beneficio terapéutico (ej. pacientes con fobia que sus familiares refuerzan las conductas de seguridad, o pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y que necesitan supervisión); cuando existen conflictos que requieren de comunicación asertiva y resolución de problemas por parte del paciente y desea

el apoyo terapéutico; cuando sea necesario proveer de psicoeducación y desarrollo de habilidades a los familiares y que beneficien al cliente; y cuando se trabaje con menores de edad para que los padres funcionen como coterapeutas con el paciente.

Finalmente, si existe la necesidad de poner límites terapéuticos a los familiares o si estos ven el trabajo terapéutico como una oportunidad de incidir en su propia agenda, es recomendable intervenir para detener dichas conductas. El paciente necesita estar informado, obtener su consentimiento, analizar sus creencias, explorar la viabilidad de que sea él o ella quien establezca los límites y llevar exploración guiada sobre el impacto que podría tener en la relación terapeuta-paciente (S. J. Beck, 2021).

Sin la exploración de los elementos mencionados, la colaboración del paciente y la planeación de cómo integrar a familiares, se ponen en riesgo y con ello la relación y el éxito terapéutico.

Los Límites de la Relación Terapéutica y Otros Problemas Éticos

Los pacientes comparten con el terapeuta emociones, cogniciones, valores, experiencias traumáticas, anhelos, decepciones y otras experiencias del desarrollo que tienen una importante carga emocional y de significado para ellos. Es probable que con nadie han compartido o ahondado en tanto detalle sobre las experiencias que han vivido. Por ello, los pacientes pueden ver al terapeuta como alguien importante en su vida y con quien se tiene un vínculo (S. J. Beck, 2021). De igual forma, los terapeutas no son inmunes a tanta confianza depositada en ellos, y a las experiencias que les han compartido. Los pacientes, también son importantes para el terapeuta.

La relación terapéutica es una relación como ninguna otra y por ello es importante comprender sus alcances y límites y así cuidar de ella y obtener los mejores resultados. El código ético de la American Psychological Association [APA] (2017) suele verse como el estándar a seguir cuando se refiere al comportamiento ético del psicólogo, y las áreas en las que puede haber riesgos que comprometan la relación terapéutica. Dichas áreas se han dividido en diez secciones y son: 1. Resolución de problemas éticos 2. Competencia 3. Relaciones humanas 4. Privacidad y confidencialidad 5. Publicidad y otros postulados públicos 6. Registros y honorarios 7. Educación y entrenamiento 8. Investigación y publicación 9. Evaluación 10. Terapia. A continuación, se analizarán cuestiones que competen a las secciones número 3 y 10 y que tienen que ver con los límites de la relación; relaciones duales, relaciones de amistad, románticas y sexuales con los clientes.

S. J. Beck (2017, 2021) señala que el terapeuta debe de ser amigable, empático, accesible y promover un ambiente de confianza y respeto. Pero nos advierte que no es conveniente dejar el rol del terapeuta, incluso cuando el tratamiento ha culminado, para evitar afectar el resultado terapéutico, mantener la objetividad con el cliente y estar disponible para futuras crisis.

La APA (2017), sostiene algo similar, asegura que:

Un psicólogo se debe abstener de entablar una relación múltiple si se puede

esperar razonablemente que la relación múltiple perjudique la objetividad, la competencia o la eficacia del psicólogo en el desempeño de sus funciones como psicólogo, o de lo contrario corre el riesgo de explotación o daño a la persona con quien el profesional existe relación. (Inciso 3.05)

Nótese que la APA no prohíbe dichas relaciones, sino que las desestima si perjudican el quehacer terapéutico. Esta distinción es importante, pues como menciona Tan y Johnson (2014), la posición rígida a evitar relaciones duales proviene del psicoanálisis donde se considera que mientras menos información tenga el paciente sobre el terapeuta más contenido inconsciente proyectará y servirá de material terapéutico. Pero dicho estándar psicoanalítico no siempre puede o incluso debe de ser aplicado a los terapeutas cognitivo-conductuales. En ciertos contextos las relaciones duales o múltiples pueden ser imposibles de evitar. Supongamos que alguien vive en una pequeña zona rural, en una comunidad de 1.000 habitantes y es el único terapeuta en la región ¿debería evitar atender pacientes? Prácticamente tiene relación con todos los habitantes. O pensemos en factores culturales como es el caso de las comunidades latinoamericanas o asiáticas que prefieren acudir con alguien que conocen o les ha sido recomendado directamente por un familiar que ha recibido servicios de dicha persona, ahí también es necesario ser flexibles y analizar la situación junto con el paciente, hablar de los retos y desafíos que conlleva una relación dual y tratar de establecer estrategias que garanticen el éxito terapéutico (Kazantzis et al., 2017).

Además, los terapeutas cognitivo-conductuales pueden encontrarse en situaciones donde es conveniente, terapéuticamente hablando, que se rompan los límites del consultorio y se den situaciones fuera del mismo. Por ejemplo, el manejo terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo, de las fobias específicas y de la ansiedad social, requieren de exposición en vivo, o desarrollo de habilidades sociales donde el terapeuta puede funcionar con modelamiento y reforzamiento (Jongsma et al., 2014), por lo que puede ser apropiado acudir a una reunión social con un cliente, a un restaurante, a un vuelo en avión o a un evento emocionalmente relevante (Kazantzis et al., 2017).

Aun así, la advertencia de S. J. Beck (2021) puede aplicarse para la mayoría de los casos. Si el terapeuta se mantiene en el rol de terapeuta y no de amigo, pareja, socio, etc. podrá estar disponible para el cliente cuando lo necesite, así como mantener la objetividad y competencia que la APA resalta. Beck sugiere que ante la petición de desarrollar una relación extra terapéutica de amistad el terapeuta responda de la siguiente forma: “¿No sería eso bueno? Pero entonces no podría ser tu terapeuta en el futuro si me necesitas. Y es importante para mí estar aquí para ti.” (S. J. Beck, 2021, p.363).

Dentro de las relaciones duales, cabe hacer especial énfasis en las relaciones románticas y sexuales entre terapeutas y pacientes. La APA en la sección 10 de su código ético aborda el tema en cuatro incisos. El primero 10.05 Intimidades sexuales con clientes/pacientes de terapia actual; “Los psicólogos no se involucran

en intimidades sexuales con clientes/pacientes de terapia actuales”. El segundo 10.06 Intimidades sexuales con parientes u otras personas significativas de clientes/pacientes de terapia actuales; “Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con personas que saben que son parientes cercanos, tutores u otras personas significativas de los clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no terminan la terapia para eludir este estándar.” El tercero 10.07 Terapia con exparejas sexuales; “Los psicólogos no aceptan como clientes/pacientes de terapia a personas con las que hayan tenido intimidades sexuales”. Y el cuarto 10.08 Intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes de terapia; “Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes durante al menos dos años después del cese o terminación de la terapia”. Incluso pasados los 2 años desde que se terminaron los servicios terapéuticos hay restricciones que el APA (2017) resalta:

Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes, incluso después de un intervalo de dos años, excepto en las circunstancias más inusuales. Los psicólogos que se dedican a tal actividad después de los dos años posteriores al cese o terminación de la terapia y de no tener contacto sexual con el antiguo cliente/paciente tienen la carga de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, incluidos (1) la cantidad de tiempo que ha pasado desde que finalizó la terapia; (2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; (3) las circunstancias de terminación; (4) la historia personal del cliente/paciente; (5) el estado mental actual del cliente/paciente; (6) la probabilidad de un impacto adverso en el cliente/paciente; y (7) cualquier declaración o acción realizada por el terapeuta durante el curso de la terapia que sugiera o invite a la posibilidad de una relación sexual o romántica posterior a la terminación con el cliente/paciente. (Inciso 10.08)

Dichas prohibiciones buscan evitar que los pacientes consientan relaciones sexuales cuando se encuentran vulnerables debido a la situación emocional que experimentan y la confianza depositada en el terapeuta. Incluso, las limitaciones de tener relaciones románticas y sexuales con expacientes, tiene el objetivo de protegerles pues su decisión puede estar influida por la transferencia, más que por una decisión objetiva. Sin embargo, la APA (2017), al igual que Kazantzis et al. (2017), reconoce que después de dos años de terminado el tratamiento podría iniciarse dicho tipo de relación siempre y cuando no sea resultado de la explotación de la relación terapeuta-paciente.

Discusión

En el presente artículo se analizó la relación terapeuta-paciente y su importancia en el éxito terapéutico. Se abordaron cinco áreas 1. El terapeuta y el paciente ideal 2. ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva? 3. Autorreflexión, auto práctica y supervisión 4. El manejo terapéutico de los familiares, amigos y pareja del paciente 5. Los límites de la relación terapéutica. Con respecto al punto número uno; El terapeuta y paciente ideal, se sugirió evitar expectativas poco realistas

que pueden ser resultado del esquema de metas inalcanzables en el terapeuta o el paciente (Young, 2003) e interferir en el resultado terapéutico. Por lo que el terapeuta necesita estar atento a creencias perfeccionistas y mejor asumir una actitud perfectible donde ambos se involucran en el proceso terapéutico, con apertura, celebración de los avances y aprendizaje de los errores.

Con respecto al punto número dos; ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva?, se explicó que la psicoeducación en el modelo teórico, la conceptualización cognitiva en constante evolución y la implementación de las técnicas cognitivas, emocionales, conductuales y contextuales son fundamentales, pero deben darse en una relación terapeuta-paciente que contemple las siguientes condiciones (Rogers, 1957, Beck 1979, Kazantzis et al., 2017); 1. Congruencia/genuinidad 2. Consideración positiva incondicional 3. Comprensión empática 4. Confianza Básica 5. *Rapport* 6. Colaboración 7. Empirismo 8. Diálogo Socrático 9. Manejo de la transferencia y contratransferencia 10. Alianza terapéutica 11. Retroalimentación.

En el punto número tres, autorreflexión, auto práctica y supervisión, se propone que los terapeutas practiquen los principios y las técnicas de la TCC en ellos mismos, lo que les permitirá comprender el modelo mejor, obtener beneficio personal y desarrollar más empatía hacia sus pacientes y habilidades en la implementación terapéutica (Beck, 2021). También se ofrecen una serie de cuestionamientos que pueden facilitar el proceso de autorreflexión y autopráctica (Guzmán-Sescosse, 2023).

El manejo terapéutico de los familiares corresponde al cuarto apartado analizado. Se propone la inclusión de los familiares como coadyuvantes (S. J. Beck, 2022; Guzmán-Sescosse, 2020; Hutcheson, 2019; Lan y Sher, 2019), y se ofrecen recomendaciones para evitar la alienación terapéutica, perder objetividad y mantener límites que promuevan el resultado terapéutico. Es importante hacer un manejo colaborativo con el paciente de si se integrarán o no los familiares, amigos o pareja en la terapia.

Los límites de la relación terapéutica fue el último elemento de análisis donde se abordaron las relaciones duales, relaciones de amistad, románticas y sexuales con los clientes. Se utilizó el código ético de la APA (2017) para tal efecto.

Otros elementos importantes por analizar en la relación terapeuta-paciente son el uso de redes sociales y la visibilidad que proveen de la vida privada tanto del cliente como del clínico; las posibles demandas legales, situaciones de violencia de los pacientes a los terapeutas, las resistencias al proceso terapéutico y la estructura de las sesiones, así como la interacción con otros terapeutas y su posible influencia en el tratamiento. Se sugiere que futuras investigaciones enfoquen esfuerzos en estos y otros temas que son de importancia para la relación y éxito terapéutico.

Referencias

- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017) [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta]. <https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Beck Institute. (2022). *Cognitive Therapy Rating Scale – Revised [Escala de calificación de terapia cognitiva: revisada] (CTRS-R)*. <https://beckinstitute.org/cbt-resources/resources-for-professionals-and-students/cognitive-therapy-rating-scale-revised-ctrs-r/>
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression [Terapia cognitiva de la depresión]*. The Guildford Press
- Beck, S. J. (2017). Foreword [Prefacio]. En N. Kazantzis, F. M. Dattilio y K. S. Dobson (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide*. (pp. ix-xi) The Guildford Press.
- Beck, S. J. (2021). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond [Terapia cognitivo-conductual: conceptos básicos y más allá]* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Bennet-Levy, J., Whithams, R., Haarhof, B., Perry, H. y Castell Giménez, M (2018). *Experimental la TCC desde dentro. Manual de autopráctica/autorreflexión para terapeutas*. Desclée De Brouwer
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A. y Furukawa, T. A. (2019). effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis [Efectividad y aceptabilidad de los formatos de administración de la terapia cognitivo-conductual en adultos con depresión: un metanálisis en red]. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Guzmán-Sescosse, M. (2020). *La transformación del adolescente: Guía para padres y profesionistas de adolescentes* (2ª Ed.). Seeds Family Services
- Guzmán-Sescosse, M. (10 enero, 2023). *Introduction to cognitive behavioral therapy [Introducción a la terapia cognitiva conductual]*. Psychology Department. Trinity Christian College. Palos Heights, IL, United States
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 426-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hutcheson, C. L. (2019). Cognitive behavioral family therapy [Terapia familiar cognitivo conductual]. En L. Metcalf (Ed.), *Marriage and family therapy: A practice-oriented approach* (pp. 95–118).
- Jongsma, A. E., Peterson, L. M. y Bruce, T. J. (2014). *The complete adult psychotherapy treatment planner [El planificador completo de tratamientos de psicoterapia para adultos]* (6ª ed.). John Wiley & Sons.
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M. y Dobson, K. S. (2017). *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide [La relación terapéutica en la terapia cognitivo-conductual: una guía para el clínico]*. The Guildford Press
- Lan, J. y Sher, T.G. (2019). Cognitive-behavioral family therapy [Terapia familiar cognitivo-conductual]. En J. L. Lebow, A. L. Chambers y D. C. Breunlin (Eds), *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 497–505). Springer; Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_40
- Leahy, R. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy [La relación terapéutica en la terapia cognitivo-conductual]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004852>
- Lobban, F. y Barrowclough, C. (2016). An interpersonal CBT framework for involving relatives in interventions for psychosis: evidence base and clinical implications [Un marco de TCC interpersonal para involucrar a familiares en intervenciones para la psicosis: base de evidencia e implicaciones clínicas]. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 198–215. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9731-3>
- Moorey, S. y Lavender, A. (2019). *The foundations of the therapeutic relationship: therapist characteristics and change [Los fundamentos de la relación terapéutica: características del terapeuta y cambio]*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526461568>
- Newman, C. F. y Kaplan, D. A. (2016). Essential dimensions/key principles [Dimensiones esenciales/principios clave]. En C. F. Newman & D. A. Kaplan (Eds.), *Supervision essentials for cognitive-behavioral therapy* (pp. 15–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14950-002>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II [Relaciones de psicoterapia que funcionan]. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Psychology Today (21 junio, 2022). *Trauma-focused cognitive behavior therapy [Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma]* <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/trauma-focused-cognitive-behavior-therapy>

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [Las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Tan, S. y Johnson, E. (15 abril, 2014). Can psychology be Christian? CCT Conversations // Eric Johnson & Siang-Yang Tan [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=bHFW_tOkaA4
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide* [Terapia de esquemas: una guía para el profesional]. The Guilford Press.