

## **Características de la relación terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos desde la perspectiva del terapeuta<sup>1</sup>**

### **Characteristics of the therapeutic relationship in patients with psychotic disorders from the therapist's perspective**

Daniela Ríos Valencia\*, Santiago Lopez Palacio\* y Juan David Arbeláez Osorio\*\*

#### **Resumen**

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos afectan a 21 millones de personas de todo el mundo. Esto ha generado preocupación por alcanzar un abordaje clínico adecuado con estos pacientes. Hay estudios realizados a pacientes con trastornos psicóticos y profesionales de la salud sobre las dificultades para establecer una adecuada alianza terapéutica, debido a diversos factores que generan poca adherencia o deserción al tratamiento médico. Este estudio analiza las características de la relación terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos desde la perspectiva del terapeuta, con el fin de generar mayor aproximación conceptual y práctica en la intervención con esta población. Se utilizó el método cualitativo. Se seleccionaron siete terapeutas de manera intencionada según los criterios de selección. La recolección de datos se realizó por medio de una entrevista semiestructurada con guion temático y el análisis de datos se llevó a cabo desde el modelo fenomenológico. Como resultado se identificaron cuatro características en la relación terapéutica, que agrupan una serie de elementos en la comprensión de la dinámica relacional: percepciones reales, alianza terapéutica, configuración transferencial y elementos que influyen en la relación.

Palabras claves: relación terapéutica, trastornos psicóticos, alianza terapéutica.

#### **Abstract**

Schizophrenia and other psychotic disorders affect 21 million people around the world. This has generated concern about achieving an adequate clinical approach with these patients. There are studies carried out in patients with psychotic disorders and health professionals on the difficulties in establishing an adequate therapeutic alliance, due to various factors that generate little adherence or dropout to medical treatment. This study analyzes the characteristics of the therapeutic relationship in patients with psychotic disorders from the therapists' perspective, in order to generate a greater conceptual and practical approach in the intervention with this population. The qualitative method was used. Seven therapists were intentionally selected based on the selection criteria. The data collection was carried out through a semi-structured interview with thematic script and the data analysis was carried out from the phenomenological model. As a result, four characteristics were identified in the therapeutic relationship, which group a series of elements in the understanding of relational dynamics: real perceptions, therapeutic alliance, transference configuración and elements that influence the relationship.

Keywords: therapeutic relationship, psychotic disorders, therapeutic alliance.

---

<sup>1</sup> Este artículo presenta los resultados de la investigación "Características de la relación terapéutica entre pacientes con trastornos psicóticos desde la perspectiva de los terapeutas", desarrollada como trabajo de grado en psicología de la Universidad Católica de Oriente.

\* Estudiantes del programa de psicología. riosvalenciadaniela@gmail.com, salp7811@hotmail.com

\*\* Magíster en psicología, docente del programa de psicología Universidad Católica de Oriente, miembro del grupo de investigación Gibpsicos. jarbelaez@uco.edu.co

## **Introducción**

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, la esquizofrenia y otras psicosis afectan a 21 millones de personas de todo el mundo. Las personas que sufren de este tipo de trastorno mental deben recibir una atención psicoterapéutica apropiada. Hay investigaciones en las cuales se evidencia que los pacientes con trastornos psicóticos presentan un reto en el área de la salud debido a las dificultades para la adherencia al tratamiento (Cirici, 2002). En estudios posteriores se ha concluido que una de las causas principales de la deserción al tratamiento clínico es una deficiente alianza terapéutica, psicoeducación e información al paciente y familiares (Acosta, Hernández & Pereira, 2009). De igual manera, Krause et ál. (2006) y Etchevers et ál. (2015) han encontrado relación entre la alianza y los resultados terapéuticos. Shattock, Berry, Degnan y Edge (2018) realizaron una revisión sistemática de los estudios sobre la alianza en personas con esquizofrenia y psicosis relacionadas, encontrando dos líneas investigativas; en la primera línea la alianza es predictor de los resultados terapéuticos y los factores relacionados con la calidad de esta y se evidencia que una mejor alianza calificada por el paciente y el terapeuta pronostica el resultado sintomático general, así como la re-hospitalización, el uso de medicamentos y los resultados de la autoestima; en la segunda línea, se investigan los factores del paciente, del terapeuta y de la relación, encontrando que en los factores específicos relacionados con el paciente, la percepción y los síntomas negativos se asociaron con las calificaciones de las alianzas de pacientes y/o terapeutas; en los factores relacionados con el terapeuta, como una mayor autenticidad y empatía se asociaron con una mejor alianza clasificada por el paciente; y los factores relacionados con la terapia encontraron que la idoneidad, un mejor cumplimiento de la tarea y una mayor asistencia, se asocian con una mejor alianza calificada por el terapeuta.

A pesar de las investigaciones encontradas, Acosta et ál. (2009) mencionan que el incumplimiento de los tratamientos para esta población es frecuente pero aun así el tema es poco estudiado. Wittorf et ál. (2009) indican la poca referencia existente que aborde el tema de la relación terapéutica con pacientes con trastornos psicóticos, lo que impide ampliar la comprensión en el campo de la psicoterapia con este tipo de población. Además, en los estudios encontrados sobre la relación en los pacientes con trastornos psicóticos no se definen claramente los conceptos de relación terapéutica, alianza terapéutica, alianza de trabajo y las características de la relación. Al respecto Priebe, Richardson, Cooney, Adedeji y McCabe (2011) indican la

dificultad para definir e investigar la relación terapéutica debido a la variedad de definiciones sobre este concepto. Por lo que se torna necesario realizar estudios contextuales amplíen el trabajo clínico con esta población. Por ello el presente estudio tiene como objetivo analizar las características de la relación terapéutica en los pacientes con trastornos psicóticos desde la perspectiva del terapeuta. Este estudio busca contribuir al conocimiento de la psicoterapia, la construcción de la alianza terapéutica y las características relacionales que se presentan entre paciente con trastorno psicótico y su terapeuta. El conocimiento adquirido posibilitará la generación de herramientas para evaluar la relación terapéutica, la fortalecer la adherencia al tratamiento y el desarrollo de la alianza. La investigación contribuye al bienestar y la calidad de vida de esta población, generando información para la creación de tratamientos más efectivos.

## **Metodología**

La investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo con el fin de conocer la esencia del fenómeno desde su contexto y desde la subjetividad de los actores implicados en el mismo, a través de técnicas abiertas y análisis inductivo. Este enfoque busca comprender la naturaleza del fenómeno desde la información subjetiva (Strauss & Corbin, 2002). El tipo de estudio fue transversal, el cual es descriptivo y analítico, cuyo objetivo es identificar una condición de la población estudiada, sin ningún tipo de intervención y en una sola medición (Rodríguez & Mendivelso, 2014). El diseño de esta investigación fue fenomenológico, posibilitó la descripción detallada de la experiencia subjetiva de los actores del fenómeno en particular. La fenomenología según Patton (citado en Latorre, 1996), indaga cómo las personas entienden los significados de las experiencias vividas.

Se seleccionó una muestra no probabilística, recogiendo la información a través de las personas competentes en el tema y de acuerdo con su disponibilidad. El muestreo no probabilístico es intencional y requiere conocer con anterioridad las características de los individuos que van a hacer parte de la muestra, ya que todos los casos no tienen la misma probabilidad de hacer parte ella (Alaminos & Castejón, 2006). Participaron 6 psicólogos y 1 psiquiatra tratantes de pacientes con trastornos psicóticos, los cuales llevaban más de 1 año de experiencia en tratamiento con pacientes con este tipo de trastornos.

Para la recolección de información se utilizó una entrevista semiestructurada con guion temático, la cual posibilitó una alternancia de fases directivas y no directivas, además permitió

profundizar en un área y realizar nuevas preguntas (Otero, 2008). La entrevista estuvo direccionada bajo los temas: percepciones reales, alianza terapéutica, transferencia-contratransferencia y experiencia subjetiva. Se realizó el consentimiento informado de acuerdo con la normatividad legal, luego se construyó el guion temático, se realizaron las entrevistas piloto y la revisión por expertos, para pasar a las entrevistas finales.

Respecto al análisis de información, se realizó un análisis hermenéutico de la siguiente manera: inicialmente se revisaron los datos recogidos en las entrevistas y se transcribió esta información; luego se determinaron los criterios de selección y se establecieron los datos según dichos criterios; más adelante se hizo una reducción de datos, para pasar a categorizar y codificar la información; finalmente se analizaron los datos a partir del enfoque hermenéutico, según Heidegger (en Barbera y Inciarte, 2012) consiste en “descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos (fenómenos), por medio de la descripción y comprensión de sus vivencias o cotidianidad” (p. 202). Para dar paso a la elaboración de la discusión y las conclusiones. En relación con los aspectos éticos, se utilizó consentimiento informado según el código de ética Ley 1090/2006 para efectos de la investigación, con lo que se garantiza la privacidad de datos personales de los participantes y el tiempo aproximado de duración de la entrevista. Además, se aplican los demás principios estipulados en el código de la ética mencionado.

## **Resultados**

### **Significados.**

Según las narraciones de los entrevistados se encuentran *significados* con respecto a elementos realistas que mantienen los terapeutas en la comprensión de la psicosis, las características de los relatos del paciente y el rol de los integrantes en la terapia. En las concepciones sobre psicosis se identificaron algunos *modos de psicosis* entre los cuales están la psicosis como una estructura, un participante lo describe así:

*Básicamente en psicoanálisis se diagnostican las estructuras que son neurosis, psicosis y perversión, cada una de esas estructuras dan cuenta de un posicionamiento del sujeto en relación con el deseo, al mundo, a la palabra, al cuerpo, entonces, un paciente psicótico es un sujeto que tiene un modo particular de relación al lenguaje, de relación al cuerpo, de relación al otro (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Para efectos de confidencialidad los nombres utilizados corresponden a pseudónimos.

En la misma línea, los terapeutas definen el trastorno del espectro esquizofrénico como una manifestación de la psicosis. También señalan otra concepción como un episodio psicótico, es decir un fenómeno psíquico que se puede presentar bajo algunas circunstancias. Al respecto un terapeuta relata:

*Podemos hablar de la psicosis como un fenómeno psicológico que ocurre en determinadas personas en algunas situaciones y que en algunas situaciones puede ser normal por ejemplo un fenómeno psicótico lo puede experimentar una persona después de un trauma, como un abuso sexual, dónde tengo una desorganización completa de su estructura mental o en un desastre como los ciclones, los terremotos (...) entonces psicosis es un fenómeno que puede estar en el trastorno afectivo bipolar, en la depresión, en muchos otros trastornos (Luisa, 35 años, comunicación personal, 15 de Enero 2021)*

Por otro lado, según los entrevistados hay unas *características* comunes y singulares de los pacientes con trastornos psicóticos. En las narraciones sobre las definiciones de psicosis, se evidencian las características descriptivas del *trastorno del espectro esquizofrénico*. Por ende, se identifica el delirio, las alucinaciones y la desorganización de la conducta como parte del diagnóstico esquizofrénico. Adicionalmente, los participantes expresan unas características asociadas a la esquizofrenia diferentes anteriores, como los síntomas de primer orden, el curso y el deterioro cognitivo. Algunos entrevistados relataron *definiciones particulares* de la psicosis, la define como una intensificación de los síntomas o como un estado en la que existe una falencia de la función del padre:

*En la psicosis esta función del nombre del padre no está, esto trae un montón de consecuencias, como por ejemplo están por fuera del sentido común, no existe la metáfora, no solamente la metáfora en el discurso, sino la metáfora en el deseo, y el otro tiene una característica que diría que casi de absoluto, de absoluto, de capricho, de autoritarismo, bueno, esa postura de ese otro tan completo, tan omnipotente por lo general trae como resultado para el paciente psicótico un lugar de objeto, objeto de capricho del otro, objeto del goce del otro (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

También se hallan relatos relacionados con las características del *discurso* que viven los terapeutas en la comunicación verbal con los pacientes. Estos son descritos en la *forma* y en los *contenidos* del discurso, como lo mencionan el siguiente participante:

*El paciente te dice escuchó una voz en la manga cierto, y cuando yo le digo ¿cuál es la*

*manga? me dice que allá y me está señalando digamos el baño...” (Fernando, 48 años, comunicación personal, 04 de Noviembre de 2020)*

Se identificaron conceptos con respecto a los *roles* de los participantes en el proceso terapéutico. Sobre el *paciente* se encuentran diversas posiciones marcadas por los modelos de intervención. Estas son el rol activo y ser un constructor en la relación terapéutica. Por el contrario, se encontró un elemento disonante referente al rol pasivo del paciente. Sobre el *terapeuta* se evidencian diferentes posiciones frente al lugar que ocupa en la psicoterapia. Algunas de estas hablan de un rol de sostenimiento y otros como un secretario del alienado. Al respecto uno de los participantes relata que:

*Sostener una posición de testigo con secretario, Colette solo habla del secretario del alienado, alguien que toma nota de eso que el paciente dice y cada tanto poder decir algo, y eso no es una posición pasiva, es una posición donde nosotros asumimos la posición de objeto, arrancamos al paciente de esa posición de objeto a condición de que ese paciente pueda ocupar una posición de sujeto” (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

### **Alianza terapéutica.**

En cuanto al trabajo terapéutico con los pacientes con trastornos psicóticos, los entrevistados plantean unos *objetivos*, *en consenso* con el paciente. En los *objetivos* de psicoterapia los entrevistados destacan varios temas de trabajo que se dan desde el *inicio* de la psicoterapia y *durante* el proceso. Así mismo, hablan de la importancia de abordar el contexto *familiar* del paciente.

En los *objetivos de inicio* los terapeutas resaltan: esclarecer patología psicoeducación, adherencia y plan de tratamiento. Posteriormente, los participantes definen algunos *objetivos durante el proceso*, los cuales son disminuir el malestar, restablecer las habilidades, insight, prevenir recaídas y trabajar el contexto familiar. Al respecto se menciona:

*El objetivo además de esclarecer, lograr mejoría, desarrollar procesos terciarios, es acompañar, es proteger(...) podemos decir acompañamiento, protección, podemos decir desarrollo de la capacidad creadora, procesos terciarios, mire que no estoy mencionando mejoría sintomática, es construir con el síntoma, ahí entra a jugar también la capacidad creadora del vínculo (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

Por otro lado, los entrevistados *caracterizan los objetivos* como claros, realistas, singulares y cambiantes. Así mismo, destacan la importancia de acordar los objetivos en *consenso* con el paciente. Lo cual se evidencia así:

*Como construir a partir del deseo del paciente bases sobre las que se sustenten (...) no es quitar las alucinaciones, los delirios, no, es poder construir con ellos, esa es la forma como nosotros nos identificamos” (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

Con relación al tema de *tareas en psicoterapia* señalan diferentes concepciones y tareas de acuerdo con la orientación *humanista, cognitivo-conductual, cognitiva-post racionalista y psicodinámica*. Uno de los participantes de la corriente psicodinámica indica:

*Yo pienso que la tarea sería una tarea implícita no explícita, lo que le queda al vínculo no al paciente para pensarse a partir de lo construido en ese momento del encuentro clínico, ejemplo(...) en lo que encontré con Daniela esas voces que me dicen que me tire por el balcón, qué representa balcón, mirar, yo que es lo que no he podido mirar dentro de mí y ella casi que me acompañó y descubrió conmigo que es ese miedo a mirar lo que hay dentro de mí y por eso prefiero tirarme a la profundidad, estoy actuando la necesidad de mirar otro espacio, otro mundo, yo creo que esa sería la tarea implícita, no explícita. Lo que se va esclareciendo dejar que el paciente lo vaya elaborando (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

En el espacio terapéutico existen *formas de construcción del vínculo* que posibilita la relación. Estas se logran por medio de la historia, el sentir, la empatía, la confianza, la transferencia, la capacidad creadora y la maniobra del terapeuta. Al respecto se narra:

*Es el sentir frente al otro lo que construye una posibilidad, por qué olvidamos y reprimimos y por qué ese señor Freud nos dice que se repite hasta que logre recordar, entonces de que se alimenta el recuerdo sino es del olvido y de la represión. Usted con qué está construyendo, con el sentir” (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

Así mismo, *caracterizan el vínculo* desde el respeto, la confianza, el afecto, la singularidad, la confidencialidad, entre otras, que permiten construir, restaurar y darle un lugar al paciente. En la misma línea, mencionan algunos aspectos *del psicoterapeuta y del paciente* que podrían *obstaculizar la construcción del vínculo* y señalan la importancia de revisar las posibles causas del obstáculo y trabajarlas desde la habilidad del terapeuta. Al respecto mencionan:

*Si un paciente no se siente escuchado o por ahí dice algo y el terapeuta responde de X o*

*Y manera, desalojándolo, castigándolo, haciendo un juicio de valor, lo más fácil es que este paciente no quiera seguir (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

En cuanto al *impacto* de la intervención, los entrevistados relatan algunos *cambios* que se dan en la *intervención* y *el sujeto*. En *la intervención* se posibilita la aceptación del paciente en la familia, insight, adherencia al tratamiento y la disminución de hospitalizaciones. En *el sujeto* se generan cambios a nivel funcional, en la conciencia de enfermedad, el vínculo, el sentir y la relación familia. Al respecto un entrevistado menciona:

*Una vez que se trabaja, se construye, se arma un texto, se crea posibles, digo trabajos que puede durar años obviamente, que se construye ahí, hay algo de ese síntoma que empieza a dejar de aparecer de la misma manera, y ese síntoma que puede ser, no sé (...) tiene mejoría (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

Los terapeutas indican *expectativas* que se generan con relación a la *psicoterapia* y a la *enfermedad*, entre otras. *Desde la psicoterapia* los entrevistados esperan lograr transferencia y demanda en el paciente. Sin embargo, uno de los terapeutas plantea que no hay expectativas. En cuanto a las expectativas *con relación a la enfermedad* mencionan que esperan generar mayor funcionalidad, adaptación y disminuir el malestar, sin esperar una cura. Al respecto se relata:

*Partamos de un punto que ninguna patología tiene cura, ni en la neurosis, ni de la psicosis, hablamos de transformación, hablamos de elaboración, de reparación, hablamos de resignificación (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

### **Configuración transferencial.**

Siguiendo las narraciones de los entrevistados, se encuentran relatos relacionados con la *transferencia* y *contratransferencia*, lo cual se refiere a las percepciones y sentimientos generados por los pacientes con trastornos psicóticos que fueron atendidos, compuesta por la *percepción sobre el paciente*, la *percepción de la psicoterapia*, el *sentir del terapeuta* y las consideraciones del terapeuta sobre el *sentir del paciente* experimentado en la relación.

Acercas de la *percepción sobre el paciente* se encontraron descripciones sobre las representaciones de los terapeutas sobre sus pacientes en diversas áreas: *afectiva*, *conductual*, *cognitiva* y en el contexto de *la intervención*, al respecto un participante dice:

*Hay que arriarlos un poco más, hay que motivarlos más, son como más calladitos, son*

*como más difíciles de que participen(...) como que los deteriora un poco más (Diomedes, 39 años, comunicación personal, 03 de Diciembre de 2021)*

Por otro lado, se hallan referencias sobre la *percepción de la psicoterapia* indicando representaciones implícitas y explícitas de los participantes sobre el espacio interaccional paciente-terapeuta. Al respecto los participantes relatan que:

*Porque muchos se escudan en decir, no es que con un paciente psicótico no se puede construir nada, como no se va a poder construir, o solo démosle pepas, como se les ocurre (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

También se encuentran representaciones personales y específicas sobre *el lugar del terapeuta* en la psicoterapia y algunas concepciones ligadas a la experiencia terapéutica sobre *la intervención*. Con relación a lo anterior un participante afirma lo siguiente:

*Lo más difícil es entender que, tú no eres tú y no eres nadie, ni eres importante dentro la vida del paciente de por sí (Luisa, 35 años, comunicación personal, 15 de Enero de 2021)*

Se encuentra una cantidad considerable de relatos sobre el *sentir del terapeuta*, en donde se incluyen las experiencias emocionales con una variedad de afectos vivenciados por el terapeuta, desde el momento de inicio con el paciente, la continuidad de la relación hasta el cierre temporal del proceso psicológico. Lo anterior puede observarse en el fragmento:

*Entonces depende, he tenido situaciones donde los pacientes están muy descompensados y es muy difícil escuchar eso, y ahí donde la palabra no alcanza, y ahí donde la escucha no alcanza, hay que pensar en otra cosa, otro tipo (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

Además, se reúnen descripciones con respecto a la *vocación* y el deseo constante del terapeuta para ejercer su labor con esta población, expresado por un terapeuta así:

*Pero todo esto tiene que salir del corazón, esto no es fingido, si no me llama la atención hacerlo no lo hago porque le voy a hacer más daño al paciente, ahí está la función de la supervisión (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

Hay algunos relatos que claramente hacen parte de la *contratransferencia*, la cual se vuelve objeto de estudio del terapeuta para el ejercicio profesional, mencionado así:

*Sumado a ese sentir que despierta el paciente en el clínico y ojo, que despierta el*

*paciente en uno y uno en el paciente, porque es con eso con que se construye, cuando uno siente que hay cosas que como que no le encajan a uno frente a ese paciente no le vaya a ser daño, supervise (Norma, 60 años, comunicación personal, 26 de Marzo de 2021)*

Los entrevistados relataron desde su percepción el *sentir del paciente*, abordando descripciones relacionadas con las emociones expresadas por el paciente en el encuentro. También se puede observar aspectos *transferenciales* que permiten la vinculación del paciente con el terapeuta. Con relación a esto un participante relata que:

*Es que ellos se sienten altamente también rechazado por los otros (...) ellos sienten que nadie los entiende, que nadie los comprende, en una forma de rechazo, tienden por lo general a aislarse mucho (Fernando, 48 años, comunicación personal, 04 de Noviembre de 2020)*

En los aspectos de *transferencia* se encuentran aquellos sentimientos relacionados a vínculos anteriores que son reactualizados en el terapeuta. Se encuentra este relato:

*Por lo tanto, no se trata de la persona del analista, sino que se trata de ese otro que el paciente trae en transferencia en el vínculo con el analista, no es la presencia del analista (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021).*

### **Influencia en la relación.**

Una última característica de la relación terapéutica está vinculada con los elementos relatados por los terapeutas que pueden generar una *influencia en la relación*. Estos elementos se encuentran agrupados en los *aspectos del paciente*, los *aspectos del terapeuta* y los elementos que están en el *contexto extra terapéutico*. Un participante refiere lo siguiente:

*La relación se afecta por el momento en el cual está el paciente, si el paciente está descompensado te convoca a un lugar distinto a cuando no lo está, si haces parte de la lista de perseguidores o de la serie de perseguidores tu posición es una a cuando no lo eres (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

La conciencia de enfermedad es uno de elementos más relevantes en el paciente que influyen en la relación. Sin embargo, otros terapeutas comentan sobre la escasez en el reconocimiento de la enfermedad en algunos pacientes. Con relación a esto se relata:

*No solamente dentro de la psicosis sino también en la enfermedad mental, muchas veces ellos alcanzan a realizar conciencia, reconocer enfermedad, pero hay cantidad de*

*pacientes que no lo logran hacer (Fernando, 48 años, comunicación personal, 04 de Noviembre de 2020)*

De manera análoga, se encuentran los *aspectos del terapeuta*. Aquí se destacan varios elementos relacionados con la personalidad, el carácter profesional y los aspectos técnicos en la intervención. Al respecto un terapeuta señala que:

*El paciente debe de ver en el terapeuta una persona que no juzga, que no estigmatiza, que no está atento a su delirio y a estar preguntando por él, por qué ese no es el motivo de consulta, generalmente el paciente va a consultar por cosas de la vida cotidiana, entonces sentirse aceptado por el otro y que no lo invada (Eliana, 38 años, comunicación personal, 18 de Noviembre de 2021)*

La *intervención* del terapeuta tiene una gran gama de elementos que conforman las estrategias y recursos que conllevan a crear, mantener y construir una relación con el paciente. En las *estrategias* se encuentran los modelos de intervención psicoanalítico, cognitivos-conductuales y humanistas, con las consideración particulares de cada escuela. Cuando el paciente se encuentra en crisis, los terapeutas señalan que acompañar como estrategia de intervención es lo más factible. También existen una serie de *recursos* técnicos y emocionales que los terapeutas utilizan con los pacientes con trastornos psicóticos en la *intervención*. Los entrevistados señalan que la técnica verbal de la confrontación es omitida o evitada, debido a las consecuencias nocivas para el sostenimiento del vínculo. Uno de ellos indica que:

*Me parece que la disposición de escuchar, de alojar, de abstenerse, de no operar desde el juicio, lo moral, ni el sentido común, es la posición del analista (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

Los *aspectos extra terapéuticos* son señalados por los entrevistados como elementos que generan una influencia paralela y de igual intensidad que los aspectos ya mencionados. Se indica el contexto *familiar* y el *contexto ambiental*, como se narra a continuación:

*La familia juega un papel muy importante y requiere mucho acompañamiento, creo que sería uno de los factores más predominantes en el fracaso o éxito de una terapia (Eliana, 38 años, comunicación personal, 18 de Noviembre de 2021)*

Si bien los terapeutas señalan en sus relatos la relevancia del ejercicio terapéutico con estos pacientes, indican a su vez, la relevancia de ofrecer un *trabajo interdisciplinario*.

El *motivo para iniciar la terapia* suele ser un elemento que influye de manera inicial en

la construcción relacional. Según los entrevistados, el motivo para iniciar puede venir del exterior como una *solicitud externa* o *por iniciativa propia*, como lo indica el participante:

*Hay pacientes que después de haber tenido un tratamiento y haber dejado un tratamiento se descompensan, y después de que se descompensan la demanda viene de ellos mismos (Lázaro, 30 años, comunicación personal, 15 de Marzo de 2021)*

Para finalizar, la *estigmatización* es un aspecto que influye en la aceptación de la enfermedad, la creación del vínculo y el desarrollo del proceso. Este elemento se refleja en la *percepción social, la percepción del terapeuta y la percepción del paciente* sobre la psicosis. Lo anterior puede observarse en este fragmento:

*Siempre hay una muy mala percepción de la enfermedad, ninguno quiere tener esa condición, así hablen a ratos muy a gusto de ella en un momento positivo de la enfermedad, pues igual la mayoría se queja de tener esta condición, porque les hace muy disfuncional a nivel familiar, relacional y laboral, entonces la percepción es negativa y catastrófica (Eliana, 38 años, comunicación personal, 18 de Noviembre de 2021)*

## **Discusión**

En los resultados encontrados sobre las características de la relación terapéutica con pacientes con trastornos psicóticos se identificaron cuatro aspectos: percepciones realistas, alianza terapéutica, transferencia-contratransferencia y elementos que influyen en la relación.

### **Percepciones realistas.**

En la primera característica se agrupan diversos significados que mantienen los terapeutas en la comprensión de la psicosis, el discurso del paciente y el rol de los integrantes en la terapia. Con respecto al significado de psicosis se identificaron varias concepciones: a) la psicosis es una estructura que condiciona la forma particular en que el sujeto se relaciona con el mundo; b) definen el trastorno del espectro esquizofrénico como una manifestación crónica de la psicosis; y c) episodio psicótico, es decir un fenómeno psíquico que se presenta como consecuencia de experiencias traumáticas, enfermedades mentales o desórdenes orgánicos. Esto se relaciona con la etiología de la psicosis planteada por Coderch:

*a) orgánicas, en las que existe una patología cerebral o somática general (...) como causa fundamental de la perturbación psíquica; b) funcionales o endógenas, en las que no existe una alteración orgánica concreta que existe una multiplicidad de factores somáticos (...) y*

psicológicos (...) que se conjugan entre los diferentes modos, dando lugar a la eclosión de la enfermedad (2014, p. 288)

Los participantes relatan características comunes en los pacientes con este trastorno, que son observadas en el comportamiento y en la manera de vincularse, como la ruptura relacional y con la realidad, el estado de ánimo alterado, el cuerpo y los relatos fragmentados y el comportamiento regresivo, las cuales se manifiestan desde la singularidad. Narran las características descriptivas del trastorno del espectro esquizofrénico con los criterios: delirios, alucinaciones, desorganización de la conducta. Esto es coherente con en el DSM-5 (2013).

Por otro lado, algunos entrevistados relataron otras definiciones con respecto al significado de la psicosis, fundamentadas en la comprensión personal y la formación académica, la define como una intensificación de los síntomas, en la que estos cumplen una función, presentándose en cualquier estructura. A su vez, como un estado en el que existe una falencia en la función del padre, que implica la no existencia del sentido común y/o la metáfora. Lo anterior es mencionado por Granados y Funes

Hay la forclusión del significante del Nombre-del-Padre que, al no ser admitido en el Otro, en el inconsciente, no permite la operación de la Metáfora Paterna y, en consecuencia, no puede restaurar el sentido ante la ausencia del significante del Nombre-del-Padre queda desanudado el orden simbólico, no hay el punto de capitón y la función del Otro no puede sostenerse. (2017, p. 54)

Con lo mencionado, cabe pensar que estos significados sobre la psicosis, las características y sus manifestaciones son percepciones reales, que son compartidas por los participantes, autores o manuales en los que se ha definido el tema. Al respecto, Gelso y Carter (1997) señalan que en la relación terapéutica existe una relación real, basada en las percepciones realistas del terapeuta y no se vinculan directamente a la experiencia personal.

Adicionalmente, se hallan en las entrevistas características del discurso del paciente, las cuales son descritas en dos aspectos: la forma del discurso, como son los relatos desbordantes, limitados, desorganizados, repetitivos y singulares; y en el contenido del discurso, en el que pueden tener temas delirantes, ser un discurso vacío o mantener una serie de quejas y preguntas constantes sobre la manera de relacionarse con los demás.

Se identificaron conceptos con respecto a los roles en el proceso terapéutico. Sobre el rol del paciente, los terapeutas señalan el rol activo o constructor en la relación terapéutica a través

de la dimensión sana que posee. Esto es acorde a lo planteado por Freud (en Erroteta, 2009) quien afirmó en varios momentos de su obra la incapacidad de transferencia de las estructuras psicóticas, pero dejó claro la posibilidad de pensar que existe una parte neurótica débil que podría relacionarse, indicando que “uno se entera por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento de que, en un rincón de su alma según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal” (p. 68). Esta comprensión permite pensar en la posibilidad de abordar pacientes con trastornos psicóticos desde la perspectiva en la que existe vía para la comunicación, la construcción de un vínculo y el apoyo psicológico.

Sobre el terapeuta se evidencia el rol de sostenimiento y apoyo en el encuentro terapéutico necesario para la construcción y como secretario del alienado, en el que el terapeuta ocupa un lugar de testigo, sin suposiciones del saber, ofertando un vacío para que el paciente pase a ocupar la posición de sujeto. Siguiendo a Granados y Funes (2017) el secretario del alienado “ejerce las funciones que otro le encomienda, con el objeto de contribuir al logro o la consecución de un trabajo. Trabajo propiciado por ese otro, que es quien guía y determina las acciones a realizar” (p.53). Por ende, se podría pensar que el terapeuta desde el rol de secretario y de testigo posibilita un escenario de trabajo y de construcción, en donde el paciente encuentra un lugar para depositar su dimensión psicótica.

### **Alianza terapéutica.**

La alianza terapéutica es la segunda característica. En esta se asocian las narraciones sobre la importancia de direccionar la psicoterapia hacia una finalidad, es decir, con unos objetivos, en consenso con el paciente y desde el vínculo que se establece en la relación, generando un espacio de tareas, construcción y cambio. Esto se relaciona con lo planteado por Bordin (1979), indicando que la alianza de trabajo es el encaje, consenso y colaboración para el cambio entre el paciente y el terapeuta, compuesta por tres elementos: "un acuerdo de objetivos, una asignación de tarea o de una serie de tareas y el desarrollo de los vínculos" (p.253).

En los objetivos iniciales se busca despejar un diagnóstico que posibilite un panorama del estado y de los síntomas del paciente. Según los relatos, en la psicología dinámica es importante conocer el tipo de síntoma del paciente, la dinámica, su funcionalidad y la intencionalidad de la patología. En otras palabras, es identificar cómo el paciente hace el síntoma y qué está tratando de recordar o de olvidar, llegando a lo más profundo de su realidad. Se debe develar el origen de

la patología, si ocurre en lo relacional o en lo orgánico. Tener un diagnóstico claro permite al terapeuta generar un plan de tratamiento. Lo anterior estaría en consonancia con los objetivos de la entrevista psicodinámica planteados por Maganto (en Ibáñez, 2010) los cuales son: captación emocional del conflicto; comprender y describir la estructura psicológica del funcionamiento del Ello, Yo y superyó; conocer la etiología del trastorno; identificar los puntos de fijación de la libido y las regresiones; y conocer la elaboración mental que el sujeto se ha formado sobre lo que le ocurre. Por esto se puede inferir que los objetivos con estos pacientes, no se diferencian de los objetivos planteados en la entrevista de evaluación psicodinámica para otra población.

Otros objetivos iniciales relatados son psicoeducar al paciente sobre su condición, acto relevante en el trabajo terapéutico; darle un lugar al paciente para que logre vincularse con el terapeuta y se posibilite un espacio de construcción, a la par que se desarrolla la adherencia al tratamiento. Según Bravo et ál. (en Esteve, Román, González, Fraile & García-Cabeza, 2010)

La terapia cognitiva persigue entre otros objetivos que el paciente sea capaz de tener un mayor control sobre los síntomas psicóticos, educar sobre la naturaleza de los mismos, que pueda identificar pensamientos negativos o molestos y que sepa en qué contextos surgen, así como aprender manejos alternativos ante situaciones estresantes y favorecer una pronta y adecuada recuperación. (p. 287)

Esto demuestra la búsqueda del terapeuta por aumentar la conciencia de enfermedad del paciente a través del reconocimiento de los síntomas y la adaptación al trastorno psicótico.

En los objetivos posteriores, los entrevistados hablan de restablecer las habilidades personales, emocionales y sociales, por medio de un espacio de cuidado, protección y compañía, que permita la disminución del sufrimiento del paciente, la resignificación y el restablecimiento del vínculo con el otro y con el mundo, esto a través de la capacidad creadora del paciente, del terapeuta y desde la construcción del síntoma. Se encuentra relación con lo descrito por Harding y McCrory (en Guinea, 2017), quienes identifican objetivos en las intervenciones: mejorar la comprensión de sí mismo y de la vida, reducir los síntomas, lograr mejores relaciones personales, adquirir mejores estrategias en la vida, retomar el control de la vida en la enfermedad, resolver el duelo por las oportunidades perdidas, reducir el miedo y fortalecerse y promover el desarrollo personal. Lo anterior permite pensar en la posibilidad de trabajar en el contexto terapéutico con esta población en diversas temáticas, áreas y focos.

Los terapeutas narran que el trabajo también se debe dirigir a las familias, a través de la

psicoeducación y el restablecimiento de los vínculos, que promuevan la comprensión del estado mental, la construcción terapéutica y el descubrimiento de la relación entre la historia familiar y del paciente para subsanar sus vínculos deteriorados con esta condición que atraviesa lo humano.

Los participantes destacan el consenso de los objetivos con el paciente, desde su deseo, necesidad, capacidad creadora y demanda, a partir del encuadre y no desde el deseo o necesidad del terapeuta, pues se irrespeta al paciente, se vulneran sus derechos y capacidad. Por ende, los objetivos deben ser establecidos con el paciente. También describen los objetivos como claros y realistas, trazados desde la singularidad y la historia del paciente, donde ambos se sumergen para construir los objetivos del vínculo. Los objetivos no son estáticos, cambian de acuerdo con el vínculo y al estado del paciente. Esto ha sido estudiado por Bordin (1979) quien plantea la importancia de acordar los objetivos según el método terapéutico y la comprensión del paciente.

En los relatos se mencionan expectativas que se generan con relación a la enfermedad y la psicoterapia. Con relación a la enfermedad, narran que no esperan curar, pues tienen presente que no hay cura en ninguna patología, ni estructura de personalidad. Al contrario, esperan instaurar un proceso de resignificación, reparación, elaboración, transformación, que permita al paciente disminuir su sufrimiento, adaptarse a la enfermedad, diferenciar su mundo interno del externo, reinsertarse en lo vincular y generar conciencia de su estado. Con relación a la psicoterapia, relatan que las expectativas deben ser ajustadas a la realidad y a la capacidad del paciente, esperan como mínimo lograr un nivel de transferencia que posibilite una demanda y un espacio de construcción. Resaltan que estas son cambiantes y surgen de sesión a sesión.

Con respecto a las tareas en psicoterapia, se encuentran diferentes percepciones según la escuela de orientación psicológica del terapeuta. En la orientación humanista se resalta que estas deben de ser claras y se busca que el paciente conozca sobre su enfermedad, identifique los síntomas y se reconozca a sí mismo, para esto se le deja una lectura sobre su diagnóstico; otras tareas se vinculan con el arte, facilitando la expresión de su sentir, realidad y pensamiento; y señalan la importancia de revisar las tareas asignadas, pues estas permiten adentrarse en su mundo y recoger información que ayude a su evolución. En la orientación cognitivo-conductual se usan ejercicios que modelen el comportamiento, enfocados en el autocuidado, la relación con el otro y las habilidades emocionales; estas tareas suelen ser directas, sencillas y acordadas con el paciente, explicando la finalidad para que encuentre el sentido al hacerla; sin embargo, señalan que las tareas tienen mayor impacto si se trabajan por fuera de la sesión. En la orientación

psicodinámica cambia la percepción de la tarea, se hablan de tareas implícitas en el vínculo que permitan al paciente reelaborar o repensarse a partir de lo construido en el encuentro; expresan que no se trata de una tarea en sí, sino de introducir un registro de su estado o aspecto, favoreciendo el reconocimiento y el desarrollo de estrategias de autocuidado. En la orientación cognitiva postracionalista se menciona el desuso de tareas, debido a que estas son vistas como un pretexto u obstáculo, porque el paciente puede dejar de asistir por no haber hecho su tarea; lo que se busca es construir en la relación 'ahí en vivo y en directo' y acompañar la experiencia del paciente, aunque sea de corte delirante. Según Bordin (1979) las tareas son actividades necesarias para cumplir los objetivos y permiten evidenciar el grado de colaboración entre paciente y terapeuta, el tipo de tareas varía según el enfoque teórico y su efectividad depende de la capacidad con la que se vincule la tarea con la dificultad del paciente y su demanda.

Los terapeutas narran que los objetivos y las tareas se establecen de acuerdo con el vínculo que se construye en la relación terapéutica. Describen formas de desarrollo, características y obstáculos del vínculo. En las formas de desarrollo del vínculo, se habla de la construcción con la historia del paciente y la confianza generada cuando el terapeuta no juzga, se pone en su lugar, lo acoge, busca que se sienta bien, promueve un espacio de comodidad, cuidado, escucha, receptividad y lo hace desde el sentir y el amor. De esta manera, se facilita que el paciente confíe en él y se vuelva en un punto de intimidad para develar su condición psicótica. Describen el vínculo como una relación construida desde la experiencia del respeto, el paciente se siente respetado por su síntoma, por su condición, siente el deseo del terapeuta de atender, siente que hay un lugar para alojar su malestar, demuestra conductas de afecto, acepta los límites o el 'no, que le da el terapeuta', se deja cuidar y permite restaurar su fractura vincular. El vínculo es un encuentro de características singulares, en la que se construye una nueva historia y realidad. Es una relación dinámica que varía según la intervención, al espacio, a la transferencia, nunca es teñida con el mismo color, pues la persona que se vinculó hoy no es la misma que se vincula mañana. Esto es acorde con la definición de Bordin (en Ojeda, 2010) sobre el desarrollo del vínculo, en donde refiere la calidad afectiva de la relación, ligada a una "sensación de cariño, agrado y confianza que los participantes comparten" (p. 288). Esto permite concluir la posibilidad de crear un vínculo con esta población, a pesar de la sintomatología, la ruptura relacional y la dificultad para diferenciar la realidad, evidenciado en las conductas de afecto, la necesidad del paciente por el encuentro y la aceptación de los límites en la terapia.

Los entrevistados narran aspectos del terapeuta y del paciente que podrían obstaculizar la relación vincular o su construcción. Desde el terapeuta el exceso de confianza, la deshonestidad o una mala maniobra puede quebrantar el vínculo, si el paciente no se siente escuchado, se siente juzgado, castigado, vulnerado, desalojado o siente que se está develando su construcción a la familia, lo más seguro es que el paciente no construya y quiera abandonar el proceso. En cuanto a los obstáculos para el vínculo desde el paciente está la resistencia, que se da debido a la falta de conciencia de enfermedad, el temor a ser juzgado, los sentimientos de incompreensión, los mecanismos defensivos, las experiencias negativas con el sistema de salud, la falta de adherencia a la medicación o el consumo de sustancias. Hay que estar atento a las posibles fisuras del vínculo, que generan una huida del proceso, pues la no adherencia al tratamiento habla de la no adherencia al vínculo. Algunos de estos obstáculos se encuentran en la investigación realizada por Shattock et ál. (2018) en la cual se destaca que la falta de conciencia de enfermedad, de información y de autenticidad, los síntomas negativos y la poca empatía pueden afectar la alianza terapéutica, aumentar las recaídas y disminuir la adherencia al tratamiento.

### **Transferencia y contratransferencia: percepciones subjetivas vinculares.**

La tercera característica reúne relatos sobre las percepciones de los pacientes con trastornos psicóticos, el sentir de los entrevistados y el sentir del paciente percibido por los terapeutas. En los sentimientos se puede reconocer la transferencia y la contratransferencia. La transferencia es observada desde el rol del terapeuta. La contratransferencia se identifica en los relatos sobre los sentimientos del terapeuta generados por el paciente.

Acerca de la percepción del paciente se identifican varias descripciones en diversos contexto: afectivo, conductual, cognitivo e intervención. En el contexto afectivo, el terapeuta percibe al paciente como una persona que sufre, se siente culpable, señalado, incomprendido y que posee un malestar con la enfermedad; además, perciben desconfianza hacia los demás y una tendencia a evitar el contacto con el terapeuta; sin embargo, una vez establecido el vínculo pueden ser demandantes de los espacios debido a la posibilidad de ser escuchados y comprendidos. En el contexto conductual, perciben que el paciente tiene poca iniciativa en el encuentro, aunque algunos consideran que pueden ser participativos dependiendo de su estado emocional y el vínculo; la demanda del paciente puede generar una conducta no asertiva al buscar la atención fuera de los límites del tiempo y espacio acordado. En el contexto cognitivo, si

bien los trastornos psicóticos no tratados generan deterioro cognitivo, un proceso a tiempo puede favorecer la conservación de la capacidad para pensar, construir y relacionarse. En el contexto de la intervención, los participantes mencionan que cada paciente es un sujeto singular cuya condición se manifiesta de manera particular; por lo tanto, debe tenerse en cuenta los aspectos idiosincrásicos y la historia de vida. En general, relatan que estos pacientes tienen intervenciones interdisciplinarias y pueden tener varios reingresos a las instituciones de salud.

En la percepción de la psicoterapia los entrevistados indican representaciones implícitas y explícitas sobre el espacio interaccional. Conciben la psicoterapia como un escenario de construcción, cuidado y generador de cambios. Los entrevistados plantean la posibilidad de trabajar en la construcción del lenguaje sobre: el sentido de vida, las situaciones vinculares que le producen dificultad e incluso sobre la comprensión de los síntomas. También es percibida como un espacio de sostenimiento, en el que se brinda un cuidado emocional, entendiendo el componente humano dentro de la enfermedad mental. Los terapeutas narran que esto favorece la expresión del sufrimiento, la disminución del deterioro y el aprendizaje personal. Lo anterior se relaciona con la postura planteada por Winnicott (en Lassalle, 2012), indicando que “lo que hacemos en terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé” (p. 77), es lo que denomina holding, la capacidad de brindar un sostén en donde el paciente pueda depositar las ansiedades emergentes.

Estas concepciones ubican al terapeuta como aquel que no tiene el saber definitivo, no se sitúa desde el sujeto del supuesto saber y acepta una postura constructiva, se ubica desde el objeto del deseo del paciente, teniendo claro los límites que se definen en el encuadre. En la intervención los terapeutas buscan adaptarse a las singularidades y necesidades del paciente y, según relata un entrevistado, cumple la función paterna perdida en la estructura psicótica. Esto se relaciona con lo planteado por Lacan (en Granados y Funes 2017) en la estructura analítica en la que el terapeuta no es colocado en el sujeto del supuesto saber “se presenta sus particularidades en el caso de la psicosis, dado que el psicótico no le supone un saber al analista, él sabe y se mueve con certezas, condiciones que advierten sobre las dificultades para sostener el lazo analítico con un psicótico” (p.55). En las temáticas de las intervenciones se identifican asuntos cotidianos y la trama delirante, aunque no es el foco de atención debido a las dificultades transferenciales que puede ocasionar, como lo indica Freud (en Granados y Funes 2017) quien argumenta que “cuando la capacidad de transferir se ha vuelto en lo esencial negativa, como es el

caso de los paranoicos, cesa también la posibilidad de influir y curar” (p. 47).

Se encuentra una cantidad considerable de relatos sobre el sentir del terapeuta, en donde hay una gran variedad de afectos, los cuales atraviesan diversos momentos del encuentro, desde la primera sesión, la continuidad de la relación hasta el cierre temporal de los procesos. Se encuentran emociones de angustia, duda e incertidumbre en las primeras experiencias profesionales o en las primeras intervenciones con sus actuales pacientes; expresan miedo ante las posibles reacciones agresivas que pueden estar relacionadas con la estigmatización y preocupación por la trama delirante y las posibles consecuencias jurídicas. Pueden sentir impotencia ante las limitaciones técnicas y humanas, encontrando sentimientos de compasión y empatía hacia el paciente. A su vez, hay afectos relacionados con la curiosidad, calma y deseos de ayudar. Por ende, se encuentran relatos con descripciones relacionadas con la vocación y el deseo constante del entrevistado por ejercer su labor. Los sentimientos iniciales manifestados en el trabajo con estos pacientes concuerdan con lo planteado por Erroteta (2009)

La primera y más generalizada manifestación contratransferencial es la angustia y esta vivencia es tan frecuente que si un profesional no la ha reconocido en sí mismo en diversos momentos, es porque está haciendo una negación (y psicótica, por cierto). La angustia dará lugar a diversas defensas contratransferenciales: todas ellas tratarán de incapacitar al terapeuta, impidiéndole colocarse en la posición técnica adecuada. Es característico que estos pacientes nos preocupan permanentemente, más que cualquier otra patología y también nos ocupan hasta el punto de que, en algunos momentos del tratamiento, “se nos meten dentro” y habitan nuestro propio espacio interno. (p.71)

Con respecto a lo anterior, se infiere que la contratransferencia, la reacción afectiva, personal y única del terapeuta, es inherente y objeto de estudio del terapeuta para el ejercicio profesional, a través del análisis personal y la supervisión, lo que promueve crear vínculos y dotarlos de singularidad. Al respecto Erroteta plantea que, si bien la contratransferencia es "concebida en principio como un obstáculo en la relación analítica, a través de los años ha ido demostrando su enorme valor terapéutico al permitir comprender (por sus “efectos”) precisamente las más primitivas y silentes identificaciones proyectivas" (2009, p. 71). Por lo tanto, las emociones del terapeuta que se generan en el encuentro con el paciente en cada escena deben ser aceptadas, entendidas y evaluadas para la continua construcción del vínculo.

Los entrevistados relatan la percepción sobre el sentir del paciente. Estas reflejan una variedad de afectos en la que se pueden observar aspectos transferenciales, que si bien permiten

la vinculación del paciente con el terapeuta puede vincularse con la trama delirante. Entre estos sentimientos se evidencia el rechazo y el señalamiento por los demás producto de la estigmatización, aumentando el sentimiento de incompreensión de su estado. También se observa sentimientos de vergüenza por su condición y malestar por la sintomatología, por lo que se muestra incómodo para hablar de sí mismo, manifiesta tristeza y dificultad para aceptar su condición. La transferencia cumple un papel importante, facilita el establecimiento de la relación, la construcción desde la palabra y el cuerpo y comprender la configuración particular de la realidad del paciente. Ésta no depende del profesional como persona sino como terapeuta, el cual cumple una función para el paciente, actualizando los vínculos pasados en la figura del terapeuta. Entonces es importante comprender que los afectos puestos en escena se deben a la reactualización realizada, aun cuando el terapeuta se puede ver incluido en la trama delirante. Según Erroteta (2009) la psicosis transferencial es "un tipo de transferencia que impide o al menos distorsiona la relación entre paciente y terapeuta (...) ya que, indefectiblemente, en mayor o menor grado, el paciente tiende a englobar al terapeuta en su temática delirante" (p.70).

### **Influencia en la relación.**

Una última característica está relacionada con los elementos que influyen en la relación. Estos elementos se encuentran agrupados en tres escenarios paralelos al momento clínico que ejercen influencia en la dinámica relacional. Estos son los aspectos del paciente, del terapeuta y los elementos que están en el contexto extra terapéutico. En los aspectos del paciente, se halla su estado psicológico, la personalidad y la conciencia de enfermedad; el estado mental y emocional suele ser relevante en la relación debido a que los periodos de crisis empobrecen temporalmente la capacidad para mantener el vínculo en la terapia; a su vez, la personalidad tímida y desconfiada permea la forma de interactuar, por lo que surgen problemas en la reactualización del vínculo con el terapeuta según la historicidad; la conciencia de enfermedad es un elemento relevante, ya que el reconocimiento de la enfermedad facilita la construcción y la adherencia al tratamiento, esta incluye la capacidad para aceptar su condición, reconocer los momentos previos y el entorno en donde se desarrolla la crisis. Sin embargo, el grado de ruptura con los demás y la ruptura realidad, las comorbilidades con otros trastornos y los síntomas en los trastornos psicóticos dificultan el reconocimiento de la enfermedad. Esto se contrasta con lo planteado por Arango y Moreno (2009) quienes indican que el funcionamiento de la relación terapéutica está

influenciado por elementos del paciente y del terapeuta. Browne, Nagendra, Kurtz, Berry, y Penn (2019) realizaron un estudio sobre las variables del paciente que han sido investigadas con relación a la alianza terapéutica como: las características relacionadas con la enfermedad, el insight, las creencias, los comportamientos, las experiencias relacionadas con la medicación, el funcionamiento global, las características demográficas, de personalidad e interpersonales, en donde la evidencia existente sugiere que el insight, la adherencia a la medicación, el apoyo social y las variables de recuperación se relacionan con una mejor alianza calificada por el paciente. Esta comparación apoya la concepción sobre la influencia en la relación terapéutica de las diversas características del paciente y que dicho influjo no sólo se genera por el tipo de problemática, es decir, no constituyen la única variable determinante en la relación.

De manera análoga están los aspectos del terapeuta, relacionados con la personalidad, el carácter profesional y la intervención. En la personalidad, se identifica la flexibilidad que favorece la expresión de los pacientes y la adaptación a las diversas situaciones que se presentan en la terapia, Fiorini (1992) denomina este aspecto como la flexibilidad del terapeuta y lo define “como el ajuste y adecuación de sus actitudes y recursos técnicos a necesidades muy particulares de cada persona” (p. 109). Los participantes señalan la importancia de la empatía, que permite mayor vinculación debido a la comprensión subjetiva, a través de la escucha activa y la manifestación de una clara actitud de ayuda, lo que se relaciona con lo propuesto por el mismo autor, quien indica que el contacto empático es uno de los aspectos que influyen en la relación.

Contacto empático manifiesto. El terapeuta ofrece evidencias no ambiguas de que es capaz de comprender lo que el paciente expresa, y de comprender además desde la perspectiva del paciente (...) La empatía del terapeuta se hace manifiesta por gestos de escuchar atentamente, de seguir los giros dramáticos del relato en contacto con las emociones que despiertan, de asentimiento, que indican que el relato puede continuar, de facilitación de la comunicación (Fiorini, 1992, p. 102)

Si bien la empatía suele ser un elemento conocido, surge con mayor relevancia en esta población dada la percepción de más sufrimiento. Sobre el carácter profesional, mencionan que el análisis personal es importante para que las emociones no afecten el proceso, por lo que se debe supervisar las experiencias y reacciones contratransferenciales. La formación teórica tiende a movilizar y ubicar al terapeuta hacia un lugar que influye en la relación.

En la intervención del terapeuta, relatan una gama de elementos que conforman las estrategias y recursos que conllevan a crear, mantener y construir una relación con el paciente.

Pueden variar según la formación profesional y la experiencia de cada terapeuta. En las estrategias se encuentran diversos modelos de intervención según la escuela. A pesar de esto, se puede apreciar la similitud con respecto a las consideraciones técnicas como la acomodación del terapeuta a las necesidades del paciente, la disposición constante a los encuentros, el respeto por la singularidad y el enfoque en la construcción de sentido a través del lenguaje. Cuando el paciente se encuentra en crisis, señalan que acompañar es lo más factible, esto implica generar espacios de sostenimiento donde el paciente se sienta apoyado, se pueda prevenir daños a sí mismo, a los demás y permita velar por las necesidades y demandas emergentes. Vale aclarar que, acompañar se diferencia de la contención, ya que no existe un acto de agresión contra sí o los demás. Existen una serie de recursos técnicos y emocionales que utilizan en la intervención con esta población. Los recursos emocionales incluyen la capacidad para tolerar la frustración, la confianza en sí mismo y la empatía. Los recursos técnicos se refieren a la capacidad para mediar las distorsiones perceptivas, usando la comprobación empírica y las preguntas propositivas; la capacidad para evaluar constantemente el vínculo y realizar un diagnóstico acorde a los signos, utilizando preguntas cerradas sobre los síntomas y evaluaciones con herramientas psicológicas; y la recapitulación, desarrollando la capacidad de síntesis y la facilitación auxiliar de las palabras del terapeuta para la construcción del lenguaje en el paciente. Por el contrario, la técnica de confrontación con respecto a la realidad subjetiva del paciente es evitada, debido a las consecuencias nocivas para el sostenimiento del vínculo. Esto se relaciona con lo mencionado por Fiorini (1992) con respecto a la utilización de recursos que faciliten el proceso terapéutico “no restringe necesariamente el intercambio a la comunicación verbal, abriendo la tarea a los aportes de dibujos (...), fotografías, poemas, escritos personales, objetos (...), tareas concretas realizadas en sesión, grabación de sesiones y luego reescuchadas” (p. 106).

Esto sugiere que las intervenciones terapéuticas con pacientes psicóticos varían de acuerdo con la capacidad creadora del terapeuta y la necesidad del paciente. Sin embargo, como con cualquier otro trastorno no requiere un doble esfuerzo o una técnica nueva para posibilitar un espacio de construcción, requiere un terapeuta sensible con unos recursos técnicos.

En los aspectos extra terapéuticos mencionan el contexto familiar. Los miembros pueden afectar positiva o negativamente la adherencia y el desarrollo del tratamiento. Una adecuada alianza con la familia facilita la comprensión y el manejo del paciente, pero las expectativas desmedidas y el desconocimiento de la enfermedad suelen deteriorar el proceso. En el contexto

ambiental, narran que las condiciones del sistema de salud colombiano dificultan el acceso oportuno a los profesionales de salud. Ahora bien, la enfermedad mental continúa siendo un tema desconocido por la población, siendo objeto de estigmatización. Existen pacientes que han tenido experiencias negativas, lo que aumenta la deserción al tratamiento. Es relevante ofrecer un trabajo interdisciplinario que incluya psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, profesional de familia y trabajo social, entre otros, con el fin de lograr una mayor funcionalidad en el paciente.

Los terapeutas relatan que el motivo para comenzar la terapia suele ser por una solicitud externa de la familia al identificar conductas desorganizadas, delirios y/o alucinaciones. En otros casos, pueden ser profesionales de salud quienes detectan oportunamente síntomas asociados que activan una ruta de atención. Existen pacientes que inician las sesiones o continúan después de un lapso por su iniciativa, lo cual depende de la conciencia de enfermedad, la intensidad de los síntomas o el reconocimiento del impacto positivo de las sesiones. La acomodación a la enfermedad y los síntomas pueden ser obstáculos para buscar ayuda.

Finalmente, narran que la estigmatización influye en la aceptación de la enfermedad, la creación del vínculo y el desarrollo del proceso. En la percepción social, el trastorno psicótico es comprendido en el contexto de locura, generando un rechazo a las personas que la padecen. Esto se debe al miedo inducido por la desinformación de los medios sobre el comportamiento de estos. La percepción de que son agresivos, intratables e inanalizables, puede permear el encuentro, por ende, es importante que el terapeuta esté libre de prejuicios, desestigmatice la enfermedad y la entienda como una condición, para aumentar la comprensión y aceptación del paciente. Incluso el paciente se estigmatiza debido a las consecuencias negativas percibidas en la funcionalidad, los señalamientos y rechazos por la familia y la sociedad. Esto se compara con la investigación realizada por Kvrjic., Cavelti, Beck, Rüsche, y Vauth (2013) en la cual encontraron que los pacientes que puntuaron una mayor orientación a la recuperación, menor auto-estigma y mayor insight, demostraron una mejor calidad de la alianza terapéutica.

## **Conclusiones**

Según la información recolectada, los resultados encontrados y la base teórica recuperada se pueden concluir tres aspectos importantes con respecto a la relación terapéutica, la alianza en los pacientes con trastornos psicóticos y el impacto terapéutico de los procesos psicológicos.

La conceptualización de la relación terapéutica ha sido poco diferenciada de conceptos

como alianza terapéutica, vínculo y transferencia. La presente investigación permite ubicar estos conceptos de una manera jerárquica. La relación terapéutica puede ser considerada cómo el componente global de la interacción comunicacional entre paciente y terapeuta, compuesta por: las percepciones realistas, entendidas como los aspectos reales que no están influenciados por las vivencias subjetivas; la alianza terapéutica, concebida como la relación de trabajo mediada por el vínculo; la configuración transferencial que incluye los sentimientos de cada participante, la transferencia del paciente y las reacciones contratransferenciales del terapeuta; y por último, los elementos implícitos de los integrantes de la terapia que influyen en la dinámica relacional.

La alianza terapéutica es una categoría ampliamente estudiada en la actualidad a través de modelos estadísticos debido a su fácil operalización. Sin embargo, este estudio permite observar cualitativamente la alianza terapéutica que se evidenció en los pacientes con trastornos psicóticos y sus terapeutas, encontrando que existe la posibilidad de crear un vínculo afectivo y de trabajo, manifestado en conductas de cariño y en la participación del paciente en el proceso, respectivamente. En cuanto al plan de tratamiento, además de que los objetivos de trabajo con estos pacientes son transversales a los planteados en otras patologías, hay un mayor énfasis en el reconocimiento y adaptación a la enfermedad. Si bien la sintomatología de los trastornos psicóticos puede dificultar la relación temporalmente, el sufrimiento del paciente y la empatía del terapeuta favorece la construcción de un espacio vincular y transformador.

Los resultados terapéuticos con esta población pueden ser considerados nulos por algunos profesionales de la salud. Sin embargo, esta apreciación puede estar distorsionada y limitada, ya que la evidencia de la investigación nos muestra la posibilidad de que el paciente construya nuevos sentidos, significados y encuentre un equilibrio entre su realidad interna y la realidad externa. Claramente no se puede hablar de una cura, pero sí de la posibilidad de disminuir los efectos negativos, fortalecer la capacidad yoica y restablecer los vínculos previamente fracturados. La familia continúa siendo un elemento de trabajo imprescindible en la terapia para el sostenimiento de los cambios o el detrimento del estado del paciente.

Es importante seguir indagando sobre la relación terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos desde el modelo cualitativo, que permita comprender la experiencia relacional desde una mirada subjetiva, única y singular desde la perspectiva del paciente y del terapeuta.

## **Referencias**

- Acosta, F. J; Hernandez, J. L y Pereira, J. (2009). La adherencia de la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 9(1), 29-46. Recuperado de: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf#page=29>
- Alaminos, A. y Castejón, C. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Europa: Marfil S.A. recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20331/1/Elaboraci%C3%B3n,%20an%C3%A1lisis%20e%20interpretaci%C3%B3n.pdf>
- Arango, A. M., y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta colombiana de psicología*, 135-145
- Barbera, N y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205. recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 252-260
- Browne, J., Nagendra, A., Kurtz, M., Berry, K., y Penn L., D. (2019). The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for schizophrenia spectrum disorders and early. *Clinical Psychology Review*, 51-62
- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Revista Psiquiatría Fac Med Barna*, 29(4), 232-238. recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/288395258>
- Coderch, J. (2014). *Psiquiatría dinámica*. Herder
- Erroteta, J. (2009). Transferencia y contratransferencia con pacientes psicóticos. *Norte de Salud Mental*, (33), 67-72. Recuperado: [https://sid.usal.es/idocs/F8/ART11385/transferencia\\_contratransferencia.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/ART11385/transferencia_contratransferencia.pdf)
- Esteve, N., Román, N., González, M. Fraile, J. C., y García, I. (2010) Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y salud*, 21(3), 285-297. recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a07.pdf>
- Etchevers, M., Putrino, N., Giustin, S., Helmich, N., Cantaro, M., Tabullo, Á., & Argibay, P. (2015). Relación entre paciente y terapéutica: investigación, práctica y docencia. *Instituto de ciencias básicas de y medicina experimental del instituto universitario del hospital italiano de buenos aires*.
- Fiorini, H. J. (1992). *Teoría y técnica de psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Gelso, C., & Carter, J. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of counseling psychology*, 296-306
- Granados, E. E., y Funes, M. L. (2017). Secretario del alienado y maniobra de la transferencia en el tratamiento de la psicosis. *Revista Affectio Societatis*, 14(27), 45-69. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v14n27a03>
- Guinea, R. (2017). La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 207-226. doi: 10.4321/S0211-57352017000100012

- Ibáñez, C. (2010). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica: la entrevista clínica*. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Krause, M., De La Parra, G., Arestegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Ramirez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 299-325
- Kvrig, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüschi, N., y Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 15-20
- Lassalle, M, P. (2012). Holding, handling y mostración de objetos en la práctica: recortes de primeras experiencias teórico-prácticas. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-072/342>
- Latorre, A. (1996). El diario como instrumento de reflexión del profesor novel. En *Actas del III congreso de E. F. de facultades de educación y XIV de escuelas universitarias de magisterio*. Guadalajara: Ed. Ferloprint.
- Ojeda, M. E. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Gaceta Psiquiatría universitaria*, 284-295
- OMS. (Abril de 09 de 2018). *Trastorno Mentales*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *Nure investigación*, 33. Recuperado de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408/399>
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the Therapeutic Relationship Predict Outcomes of Psychiatric Treatment in Patients with Psychosis? A Systematic Review. *Psychother Psychosom*, 70-77
- Rodríguez, M y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3): 141-126. doi: 10.26852/01234250.20
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*, 60-85
- Strauss, A y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://opac.udea.edu.co/cgi-olib?>
- Wittorf, A., Jakobi, U., Bechdolf, A., Müller, B., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G. y Klingberg, S. (2009). The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic Alliance early in the treatment of schizophrenia. *European Research*, 24, 259-267. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.12.015