

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TERAPIA OCUPACIONAL

THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN OCCUPATIONAL THERAPY

Palabras clave: relación terapéutica y terapia ocupacional.
Keywords: therapeutic relationship and occupational therapy.
DECS: relaciones profesional paciente, terapia ocupacional.
MESH: Professional-Patient Relations, terapia ocupacional.



Autores:

D. José Ramón Bellido Mainar

Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social y Licenciado en Ciencias del Trabajo. Servicio de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones. Responsable de Formación Continuada. GSS-Hospital de Santa María, Lleida.
Email: jbellido@uoc.edu

D. Luís María Berrueta Maeztu

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, Pamplona. Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.
Email: luytxus@yahoo.es

Como citar el original:

Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; 8(13): [20p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>

Nota del editor: Los autores elaboraron este artículo con el objetivo de realizar una introducción al documento de Taylor RR: Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional (traducción publicada en este mismo número y en esta misma sección)

Introducción

¿Qué entendemos por relación terapéutica?

En primer lugar tenemos que hablar del concepto de alianza terapéutica. Bordin (1976) la define como el momento donde existe “un encaje y colaboración entre el cliente y terapeuta” (1). Crepeau (2) afirma que el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia ocupacional esta basada en el manejo de la relación terapéutica y del proceso grupal en el que están contextualizadas una parte importante de nuestras intervenciones, por lo tanto la alianza terapéutica es la consecuencia del manejo habilidoso de la relación con el paciente de forma individual y de la relación con el grupo de pacientes con las que comparte el espacio de terapia ocupacional. Se ha definido de forma general la relación terapéutica como el uso intencionado del yo.

RESUMEN

La relación terapéutica definida de forma general como el uso intencionado del yo es una herramienta fundamental que utiliza el terapeuta ocupacional para generar un vínculo imprescindible para la relación de ayuda con sus pacientes. En el presente artículo exponemos cómo autores referentes de la terapia ocupacional han definido el concepto de relación terapéutica, cuales son las principales habilidades que necesita el terapeuta ocupacional para el manejo de la relación terapéutica, que riesgos pueden aparecer en esa relación de ayuda que pueden romper el vínculo terapéutico y finalmente nombramos el modelo de relaciones intencionales de Renne Taylor.

SUMMARY

The therapeutic relationship is defined generally as the intentional use of self is a fundamental tool used by the occupational therapist to create a vital link for the relationship established by the therapist helps ocupacinal with patients, users, customers or persons. In this article we present as a reference for occupational therapy have defined the concept of therapeutic relationship, what are the key skills needed by the occupational therapist to manage the therapeutic relationship, that risks may arise in this relationship that can help break the therapeutic bond and finally name the intentional relationship model Renee Taylor.

Texto recibido: 12/01/2011

Texto aceptado: 12/02/2011

significa se afectado por el otro así como seguramente significa afectar al otro. Por lo tanto la relación entre el paciente y el profesional se convierte en una relación de espera y esperanzas mutuas (5) donde el paciente espera de nosotros una oportunidad para el cambio y la mejora y nosotros esperamos de él una respuesta favorable como consecuencia de nuestra intervención desde la terapia ocupacional. Si dichas expectativas se llevan al extremo podemos correr el riesgo que dicha relación se convierta en una relación de dependencia mutua. Mosey (6) afirma que "la capacidad de establecer una relación, empatizar y guiar a los otros a conocer y utilizar el potencial como participantes en una comunidad ilustra el arte de la terapia ocupacional".

Por lo tanto el manejo de la relación terapéutica es un aspecto central de nuestra profesión, que se enmarca en lo que algunos autores anglosajones denominan la práctica centrada en el cliente, que junto a la práctica centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia, forman las bases de la profesión (4).

Para Hagedorn (3) la relación terapéutica es la utilización de los atributos del terapeuta ocupacional de manera artística y selectiva con el fin de posibilitar la terapia. Concretamente la parte "artística" la entiende como la selección de los aspectos de nuestra personalidad, actitudes, valores y respuestas que pueden ser relevantes y de ayuda, a la vez que suprimir lo que pudiera ser menos apropiado. Para Yerxa (4) la relación con el paciente, es una relación recíproca caracterizada por el cuidado mutuo y que cuidar

¿Cuáles son las habilidades profesionales que nos llevan a un manejo terapéutico de la relación profesional y usuario?

Early (7) nos indica que las cualidades necesarias para el uso terapéutico del yo son: autoconocimiento, el manejo de la autorrevelación, la accesibilidad/proximidad del profesional, la coherencia, su flexibilidad, la escucha activa, la empatía, la comunicación verbal y no verbal y el liderazgo. Otros autores (8) añaden a esta lista el manejo de la transferencia y la contranferencia)

El autoconocimiento o la autoobservación es la primera piedra angular para el establecimiento de una relación terapéutica. Cada acto nuestro es un reflejo de nosotros mismos. Si no tenemos el hábito de autoobservarnos y no somos capaces de reconocernos y aceptarnos tenemos el riesgo de poner en la relación con el paciente, "cosas nuestras" que no corresponden y en cambio podemos dejar de poner "cosas nuestras" que si que corresponden colocar en la relación terapéutica.

Los terapeutas ocupacionales además de "instruir" en como realizar el desempeño ocupacional prestamos con nuestra forma de relacionarlos habilidades vinculadas con las capacidades para autodirigir la propia vida, como la motivación, la expresión de emociones y opiniones, aceptar las limitaciones, etc. Somos un modelo que trasciende el cómo realizar y desempeñar una ocupación. ¿Qué aspectos de la identidad es importante que analice el profesional? (9) El temperamento, las emociones y cómo reacciona ante ellas, las creencias, los puntos fuertes y débiles, las necesidades actuales, los proyectos de vida, etc. Es importante que el profesional pueda hacerse un lectura coherente y sincera de sí mismo.

Por otro lado es imprescindible que el profesional se realice preguntas acerca de lo que genera la relación con el paciente. Ejemplos pueden ser. ¿Qué

expectativas tengo sobre el? ¿Qué emociones me generan? ¿Qué aspectos de mi me pone a prueba? ¿Cuál es el grado de aceptación real de "timing" del paciente? ¿Qué valores propios me cuestiona? ¿Qué expectativas tengo respecto a su entorno?, etc. En definitiva una práctica sincera de autoobservación permite al profesional transmitir credibilidad y confianza a la relación potencialmente terapéutica.

Respecto a la escucha activa tenemos que destacar tres etapas (3). Por un lado la reafirmación, se produce cuando los profesionales repetimos palabras que el paciente ha utilizado en su discurso con el profesional y es útil esta etapa para disminuir las resistencias del inicio de la relación terapéutica. Después la siguiente etapa es la reflexión, la observamos cuando el profesional expresa al paciente el contenido del pensamiento y las sensaciones verbalizado en la comunicación con el profesional. Finalmente tenemos la etapa de la clarificación y se produce cuando los pensamientos y emociones del usuario son resumidos y simplificados por el profesional, esto permite al paciente aproximarse a sus emociones y pensamientos.

Según Pelloquin (6) la empatía es la base de la relación terapéutica. Rogers, afirma: "*La empatía significa entrar en el mundo privado del otro y sentirse cómodo en él. Consiste en ser sensible al miedo, al enojo, a la confusión, a la alegría o a cualquier cosa que esté experimentando. Significa vivir transitoriamente en su vida, moviéndose sin emitir juicios...en algún sentido significa que usted se coloca a un costado y esto solo puede ser realizado por una persona que está lo suficientemente segura de sí misma como para saber que no se perderá en lo que puede surgir del mundo extraño del otro*". (6)

Pelloquin (6) añade: "*Comprender no es únicamente la capacidad para captar el significado de la experiencia ajena, si no también es la habilidad para mostrar al otro que has entendido y sentido su experiencia emocional*".

Ser empático no significa estar de acuerdo con el otro, consiste en sentir con el y no igual que él, es un movimiento unilateral que trasmite comprensión, gracias a que trabaja desde una percepción fina y sensible. Nos lleva al conocimiento íntimo de la persona y requiere un gran esfuerzo, porque la reacción automática es la simpatía o antipatía, en cambio la empatía es una construcción emocional ayudada desde el pensamiento racional, coherente, flexible y tolerante. (9)

Es importante no confundir la empatía con un conjunto de respuestas espontáneas que aparecen en la relación terapéutica que si se utilizan de forma adecuada también se convierten en herramientas favorecedoras de la relación terapéutica. Estas respuestas son: (9)

- Valoración o juicio moral: "Creo que la actividad que propones no está de acuerdo con los valores del centro".
- Interpretativa: "Pienso que has conectado en esta actividad con tus potenciales".
- Apoyo-consuelo: "Puedes hablar con nosotros las veces que necesites, ánimo".
- Investigación. "Realmente tienes claro volver a estudiar".
- "Solución del problema". "Tranquilo, que ya veras que con el tiempo todo lo que te preocupa se resolverá".

En definitiva, en la respuesta empática no se trata de resolver los problemas del otro si no de:

- Poner nombres a los sentimientos expresados.
- Acoger las emociones y contenerlas.
- Comunicar comprensión.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- No actuar la contra transferencia.
- Mostrar autenticidad, respecto y coherencia.
- Respetar el "*timing*".
- Ayudar a descubrir recursos internos y externos.

- Rescatar partes sanas.

Por último en este apartado es imprescindible nombrar el manejo de la transferencia y la con transferencia. La transferencia se define (8) como el conjunto de afectos que el paciente proyecta sobre el terapeuta. Estos sentimientos no corresponden a situaciones reales sino a los afectos que le generaban las relaciones con sus figuras materno/paternas. La transferencia puede ser positiva, de cariño o admiración o negativa, hostilidad, ambivalencia, etc.

Si es positiva y la sabemos manejar, gestionado el riesgo de la idealización, el paciente nos permitirá que le “prestemos” la motivación, la capacidad de planificación, el manejo de la frustración, la comunicación asertiva, expectativas de vida, posibles proyectos ocupacionales, etc.

Si es negativa el paciente boicoteará de forma agresiva o pasivo-agresiva el tratamiento. Gómez y Salvanés (8) nos indican que el arma terapéutica de la que disponemos ante esta situación es hacer consciente al paciente de su agresividad y poder trabajar sobre ella.

La contratransferencia (8) es la respuesta emocional del profesional a los estímulos que provienen del paciente como resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos del profesional. ¿Qué respuestas emocionales nos pueden generar los pacientes?

- Angustia
- Omnipotencia, la sensación de que solo nosotros/el equipo puede “curarle”.
- Considerar que los logros del paciente son el fondo un logro nuestro.
- Deseo de suavizar y relativizar cuando el paciente conecta con el dolor de la toma de conciencia de enfermedad/limitación

¿Cuándo existe el riesgo de que no se produzca la relación terapéutica?

May, (6) alerta que uno de los primeros peligros para el establecimiento de una relación terapéutica es la imagen que tiene el paciente del profesional. Según esta autora los pacientes nos pueden percibir como técnicos, padres/madres o un aliado. Si nos percibe como un "técnico", es probable que el paciente nos perciba como un profesional riguroso, objetivo y cualificado. Pero por otro lado esta la cara negativa ya que el paciente nos puede ver como un "obsesionado" por el progreso por tanto el paciente puede sentir presión y quedarse bloqueado anulando cualquier posibilidad para establecerse una relación de confianza.

Si nos percibe el paciente como un/a padre/madre seguro que vive el apoyo incondicional, pero también puede tener la sensación de control y de anulación de la capacidad de elección.

Por último el usuario nos puede percibir al profesional como un aliado que le manifiesta el apoyo incondicional en su proceso de cambio, que utiliza un método de trabajo contrastado y por encima de todo favorece su capacidad de decisión.

En esta línea Garriga (10) nos alerta que cuando el profesional adopta la posición de "madre comprensiva" provocará un "niño quejoso", si en cambio la posición del profesional es la "guru-sabio" generará a un paciente "aprendiz de sabio" dependiente de la "sabiduría" del profesional y si por último su posición es la de la omnipotencia provocará que el paciente sienta impotencia ante su proceso de cambio.

Por lo tanto nos podemos encontrar con tres tipos de relación entre el paciente y el profesional totalmente alejados de lo que hemos denominado la relación terapéutica: la dependencia, la sobreprotección y la sobreimplicación. (3)(9)

¿Cuáles son los indicadores de una relación de dependencia?

- Cuando nos tomamos las cosas como algo personal.
- Vivimos como hostilidad y amenaza los cuestionamientos o comentarios de otros profesionales.
- Cuando nuestro estado de ánimo, nuestra confianza, nuestro concepto de profesional depende de la evolución del paciente

¿Cuáles son los indicadores de una relación de sobreprotección?

- Creencia de que podemos proteger de manera absoluta como consecuencia de haber conectado con nuestro "narcisismo" infantil.
- Cuando hacemos lo posible para evitar que el paciente viva la experiencia de fracaso o frustración propio del ensayo-error.
- Cuando por debajo lo que trasmitimos es que "no lo consideramos capaz de valerse por si mismo".

¿Cuáles son los indicadores de una relación de sobreprotección?

- Cuando nos sentimos "quemados" o fracasados con el paciente.
- Cuando hacemos nuestro su propio proyecto.
- Cuando nos sentimos frustrados si el paciente no cumple nuestras propias expectativas.

¿Por qué se producen estos conflictos en la relación terapéutica? (9)

- El "narcisismo" infantil en el que a veces incurrimos los profesionales nos lleva adoptar una posición de omnipotencia.
- En ocasiones no aceptamos emociones que las vivimos como hostiles, como son la duda, la rabia, la impotencia, el rechazo, el fracaso, etc.
- Nos cuesta aceptar la incertidumbre del no control absoluto del proceso del paciente.
- En momentos determinados podemos ver al paciente como una víctima y no como alguien que lucha por salir adelante

- En alguna ocasión nos identificamos tanto con el paciente que perdemos la neutralidad.

Modelo de Relaciones intencionales

La importancia de la relación terapéutica en la terapia ocupacional ha cogido tal nivel de relevancia que incluso Taylor (11) (12) ha elaborado un modelo de cuarta generación para terapeutas ocupacionales basado en las relación entre usuario y el terapeuta ocupacional.

Para Taylor la relación terapéutica esta implícita en los siguientes elementos centrales que el terapeuta ocupacional tiene que analizar y tener en cuenta a la hora de diseñar, implementar y evaluar su intervención:

1. Características interpersonales del cliente: aquí se incluye como reacciona el cliente en el momento ante situaciones concretas como el dolor , el deterioro, el estigma, los obstáculos, la ayuda, la frustración, etc. Por otro lado también se estudian los rasgos estables, es decir la identidad del cliente. Ejemplos cómo se comunica habitualmente, cómo responde habitualmente a los cambios, etc.
2. Acontecimientos interpersonales que ocurren en la terapia: Son situaciones inevitables, habitualmente imprevisibles que generan tensión en la relación terapéutica. Ejemplos los vemos cuando hacemos preguntas que el cliente las vive como intrusitas o cuando aparecen emociones intensas o cuando el cliente y el terapeuta no están de acuerdo en el tratamiento. Dichos acontecimientos son un oportunidad si los sabemos manejar para reparar o fortalecer la relación terapéutica.
3. El Terapeuta: Según el modelo de relaciones intencionales, el terapeuta ocupacional es responsable de manejar estas tres capacidades:
 - Habilidades interpersonales básicas.
 - Los modos terapéuticos y actitudes del profesional según el momento de la relación cliente-profesional. Dichos modos son:

defender, colaborar, empalazar, alentar, instruir y resolver problemas.

- Un razonamiento interpersonal de base que permita una "vigilancia" mental de los aspectos interpersonales de la terapia que posibilita al profesional anticipar nuestra respuesta más terapéutica.

Conclusiones

El hilo argumental del presente artículo ha sido mostrar la importancia del manejo de la relación terapéutica a la hora de plantear e implementar un tratamiento de terapia ocupacional. El pedagogo y filósofo francés, Edgar Morín (13) se ha preguntado en sus múltiples publicaciones si los programas funcionan por la metodología que proponen dichos programas o por las características de los profesionales que los desarrollan. Su opinión es clara, los programas están basados en una "realidad" previsible, pero lo que nos encontramos es una realidad compleja llena de incertidumbres donde lo que realmente se necesitan no son programas sino estrategias con una alta capacidad de autoobservación, de autenticidad y del manejo de lo que denomina el pensamiento global.

Esta afirmación abre una vía de investigación apasionante en terapia ocupacional, donde se pueda delimitar en qué medida el éxito de un tratamiento de terapia ocupacional es atribuible a las habilidades del profesional para establecer y mantener una alianza terapéutica.

Bibliografía

1. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 2003 De; 19(2): 205-211
2. Crepeau EBC, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid. Editorial Pamericana; 2005
3. Noya B. Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. In Polonio B, Durante P, Noya B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2001
4. Crepeau EBC, Cohn ES, Schell BAB. Práctica actual de la terapia ocupacional. In: Cohn ES, Schell BAB, editor. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 10ª ed. Madrid: Editorial Pamericana; 2005
5. Romero DM, Sánchez I. Habilidades clínicas generales: relación terapéutica, comunicación, orientación y consejo. En: Romero DM, Moruno P. *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
6. Peloquin SM. Relación Terapéutica: manifestaciones y desafíos en la terapia ocupacional. In: Cohn ES, Schell BAB, editor. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 10ª ed. Madrid: Pamericana; 2005
7. Early MB. *Mental health: concepts and techiques for the occupational therapy assistant*. 2ª Ed. NY: Raven Press; 1993
8. Gómez J, Salvanés R. *Terapia Ocupacional en Psiquiatría*. 1ª ed. Zaragoza: Mira Editores; 2003.
9. Bellido JR. *Curso: La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental*. Zaragoza. Ilustre Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Aragón; 2010
10. Garriga J. Reflexiones sobre la comunicación y relación terapéutica. Consultado el 22-12-2010. Disponible en <http://www.bibliotecapsicologia.org/articulojul2009.htm>.
11. Taylor RR. *The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self*. 1ª ed. Philadelphia. F.A: Davis Company; 2008
12. Kielhofner G. Una perspectiva en la historia, status actual y futuro de la terapia ocupacional. En Moruno P, Talavera MA. *Monográfico nº 1: Una perspectiva histórica 90 años después de su creación*. Consultado del 22-12-2010. Disponible en http://www.revistatog.com/mono/n1/mono1_esp.pdf
13. Morín E. *Introducción al pensamiento complejo*. 1ª ed. Barcelona: Gedisa; 1997