

EL VÍNCULO TERAPÉUTICO

THERAPEUTIC RELATIONSHIP

Jenny Quezada Zevallos¹

“La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta.”
Sergio Corbella & Luis Botella (2003)

RESUMEN

En este artículo se desarrolla el tema del vínculo terapéutico partiendo de que el modelo prototípico del mismo es el vínculo madre niño; el cual es inicialmente simbiótico. En la intimidad de dicho vínculo se inicia el proceso de diferenciación psíquica y mental del bebé. El desarrollo de la persona se da a través y por sus encuentros con otros, son los vínculos co-creados con esos otros los que le otorgan significado a su cuerpo, sus emociones y sus conocimientos; tomando consciencia de sí mismo y respondiendo a la realidad interna y externa a partir de ellos. El vínculo pedagógico co-creado entre el docente y los alumnos, conformaría lazos afectivos que impulsan a dar lo mejor de sí mismos. El vínculo terapéutico, se co-crea en el espacio terapéutico y es reforzado por el poder de la transferencia, el encuadre, los límites de la Terapia de Artes Expresiva (TAE), los cuales salvaguardan tanto al terapeuta como al paciente, posibilitando crear un “espacio transicional”, descrito por Levine, E. (2003) como un área de vitalidad donde la creatividad encuentra su lugar.

Palabras clave

Vínculo terapéutico, vínculo pedagógico

ABSTRACT

Therapeutic relationship is developed in the present article since its prototypical model is the mother-child relationship, which is initially symbiotic. The process of psychic and mental differentiation of the baby starts in the intimacy of that relationship. Individual's development is through and by his approaches to others; these co-created relationships with those others give the meaning to his body, his emotions and knowledge becoming aware of himself and responding to the internal and external reality from them. The co-created pedagogical relationship between teacher and students would create emotional bonds and motivate to give the best of them. Therapeutic relationship is co-created in the therapeutic area and is reinforced by the power of transference, setting, and limits of Expressive Arts Therapy, which protect not only to the therapist but to the patient. This makes possible the creation of a “transitional space”, described by Levine, E. (2003) as a vitality area where creativity finds its place.

Keywords

Therapeutic relationship, Pedagogical relationship

¹Psicóloga. Jefe del Departamento de Psicología de la UNIFE

EN BUSCA DE LOS SIGNIFICADOS

He querido iniciar este trabajo buscando los significados de las palabras que constituyen el título “vínculo “y “terapéutico”. En el diccionario de la lengua española, de la Real Academia (2001), la palabra vínculo se define en dos acepciones:

Vínculo.

(Del lat. *vinculum*).

1. *m. Unión o atadura de una persona o cosa con otra. U. m. en sent. fig.*
2. *m. Der. Sujeción de los bienes, con prohibición de enajenarlos, a que sucedan en ellos los parientes por el orden que señala el fundador, o al sustento de institutos benéficos u obras pías. Se usa también hablando del conjunto de bienes adscritos a una vinculación.*

Vincular

1. *Atar o fundar en otra cosa*
2. *Perpetuar o continuar algo o el ejercicio de ello*
3. *Someter la suerte o el comportamiento de alguien o de algo a los de otra persona o cosa.*
4. *Sujetar a una obligación.*
5. *(En derecho) Sujetar o gravar los bienes a vínculo para perpetuarlos en empleo o familia determinados por el fundador.*
6. *Asegurar, atar con prisiones.*

Podemos vincularnos con un objeto, una persona, un Dios; en singular o en plural, como ejemplo un grupo de personas; lo hacemos con una escuela, un país, una religión; y también con elementos abstractos, como la cultura, los dogmas, las leyes, los principios. Por lo que los vínculos se podrían establecer a nivel de microsistema, mesosistema y macrosistema.

Terapéutico, ca.

(Del gr. *θεραπευτικός*).

1. *adj. Perteneciente o relativo a la terapéutica.*
2. *f. Parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades.*
3. *f. Ese mismo tratamiento.*

Enfermedad

(Del lat. *infirmītas, -ātis*).

1. *f. Alteración más o menos grave de la salud.*
2. *f. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual.*

La ambición es enfermedad que difícilmente se cura Las enfermedades del alma o del espíritu

3. *f. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.*

La palabra *terapéutica* se halla entonces en relación al tratamiento dado a las enfermedades, que puede ser de la salud, o una alteración moral o espiritual, o una anormalidad dañosa de una institución.

Sintetizando el vínculo terapéutico, en términos de significados estaría dado por la unión entre una persona que da el tratamiento y uno u otros que lo reciben y que puede ser una persona o una institución.

Como veremos a continuación, la complejidad de este concepto de *vínculo terapéutico* ha sido estudiado por diversos autores desde diversos marcos conceptuales.

Lutenberg J. (2008), refiere la siguiente definición de vínculo dada por Pichon Riviere (1971), la cual define como “*una estructura compleja que incluye al sujeto y al objeto, su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica: proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y de la realidad externa deberían ser coincidentes*”. (p. 16)

En estas definiciones del concepto de vínculo hallamos un carácter dinámico del mismo y la interacción entre los implicados en el proceso de formación del vínculo. Asimismo es importante resaltar el elemento temporo - espacial de la experiencia vincular; los vínculos tienen un inicio y un desarrollo influido por las experiencias y el contexto en el cual se dan las mismas.

Al respecto Beneito N. define la interacción de la siguiente manera: “*Es una comunicación donde se espera la respuesta del otro. Es una acción recíproca entre dos o más personas, puede ser gestual, verbal, corporal*.” (p. 27 -28)

En la formación de Terapia de Artes Expresivas (TAE), podemos observar la emergencia de los siguientes vínculos:

- La presencia en las estudiantes de un vínculo con las artes en sus distintas manifestaciones, y de un interés por relacionar este vínculo con

las artes en un contexto terapéutico, comunitario y de cambio social.

- La generación de un vínculo entre las personas que conforman el grupo de estudio; vínculo que tiene diferentes matices, el desarrollo del vínculo posibilita el sentimiento de pertenencia al grupo, generando un “*vínculo grupal*”. Este vínculo posibilita que cada estudiante se sienta acompañado, aceptado y respetado en su totalidad, en el proceso del surgimiento de la creatividad en la relación entre uno mismo y los otros, en el tomar consciencia de la importancia de su cuerpo como herramienta de trabajo, en el conocer más de uno mismo a través del proceso creativo personal, de la interacción y del juego. A lo largo del proceso de formación la dinámica del grupo con el retiro de algunos miembros y la incorporación de nuevos miembros, las experiencias vividas: en los seminarios, en los trabajos en pequeños grupos y como coterapeutas, influyeron en cambios cualitativos como: acercamiento vs alejamiento, confianza vs desconfianza, etc.
- La generación de un vínculo pedagógico entre el grupo de estudiantes y los docentes a cargo de su formación, influyendo en el clima social educativo, funcionando como un factor de protección o de riesgo por los aspectos personales que se movilizan en este tipo de formación.
- Desarrollo de nuevos vínculos con otras artes diferentes a aquellas en las que ha participado hasta el momento, a través de los talleres encaminado a ampliar su experiencia con las artes.
- Desarrollo de un vínculo terapéutico prolongado, al ser parte de las exigencias de la formación en TAE.
- El surgimiento de cambios vinculares con la actividad profesional que se realiza, con su familia y con la realidad del país en el que vive; por mencionar los más importantes.
- El surgimiento de vínculos con los grupos de personas quienes participaron en los talleres de las prácticas preprofesionales.

Lutenberg J. (2008) realiza una interesante revisión de los trabajos de S. Freud en su teoría general del inconsciente y los fenómenos vinculares,

dividiendo la obra de Freud en tres períodos: 1) desde el inicio de sus investigaciones a partir de la práctica de la hipnosis hasta 1905; 2) de 1905 a 1923; 3) de 1924 a 1938. Del primer período, postula que el psicoanálisis permitía que el paciente creara un vínculo activo con el “*no recuerdo*” de su propia enfermedad y que el vínculo subjetivo que establece con la realidad del mundo externo a través de sus pulsiones lo convierte en un receptor calificado de sus percepciones, tiñendo con sus emociones las aferencias perceptuales que a él llegan desde su mundo interior y del mundo externo. Del segundo período, resalto que en la evolución psicosexual perturbada vincularmente está la clave de las afecciones psiconeuróticas, pudiendo ser dichos vínculos patógenos “*reales*” o “*fantaseados*”; finalmente, del tercer período, considero que el vínculo con el otro es el factor determinante que pone en marcha la diferenciación del yo a partir del ello.

Los vínculos que establecemos, con nuestra realidad interna y externa, son de carácter subjetivo, se basarían en los vínculos objetales desarrollados a lo largo de la evolución psicosexual; son los vínculos con los otros los que permitirían la diferenciación del yo a partir del ello. Siendo una posible explicación desde el psicoanálisis de la génesis de las enfermedades mentales la desvinculación entre las emociones y los pensamientos.

Knill, E, Levine, G (2005) se refieren la diferencia entre “*encuentro*” y “*relación*”, señalando que en el encuentro se da una aceptación de las diferencias que en un encuentro puede suceder, por lo que uno necesita un recipiente que haga segura la aceptación de las diferencias con respeto y sin eludir que pudiese convertirse en un encuentro dentro de lo casual o superficial; ocurriendo esto en todos los encuentros, entre los humanos como pares, entre humanos y la imaginación, los humanos y el arte y la naturaleza.

“Meeting has a different quality than relationship. Meeting suggests such an acceptance of differences that an encounter may happen: there is a difference to be found in the nature of people, in their face – to-face experience, an in their ways of arriving at the meeting. Relationship, however, includes the tendency to make things conform, drawing it closer to kinship and its inherent tendency to compare.” (p. 132)

MODELO PROTOTÍPICO: EL VÍNCULO MADRE NIÑO

Tyson Phyllis & Tyson Robert (2000) señalan que M. Klein postuló que el yo, la fantasía inconsciente, y la capacidad de establecer relaciones de objeto, de experimentar ansiedad y de utilizar mecanismos de defensa están presentes desde el nacimiento.

Lutenberg J. (2008) señala que cuando nace un bebé establece con su madre un vínculo simbiótico denominado “*simbiosis primaria normal*” y que, en la intimidad de dicho vínculo simbiótico, se inicia el proceso de diferenciación psíquica y mental del bebé.

“A partir del cuerpo discriminado del bebé recién nacido, el neonato sustituye el vínculo intrauterino por el vínculo simbiótico normal, aquel que da lugar al posnatal de gestación extrauterina. Durante éste existen dos cuerpos, una sola psique y una sola mente genéticamente condicionados a iniciar el proceso de diferenciación a partir de la mutua experiencia vincular”. (p. 137)

Es importante resaltar la necesidad del bebé de este vínculo simbiótico con la madre para iniciar el proceso de diferenciación física y mental, el cual está directamente relacionado con la mutua experiencia vincular, resaltando la bidireccionalidad de la misma.

Inicialmente, fue Melanie Klein (referida por Lutenberg J, (2008) quien postula que el bebé establece un inmediato y trascendente vínculo objetual con su madre, la cual respondería a la necesidad imperiosa del bebé de establecer una defensa contra la amenaza de desintegración proveniente de la pulsión de la muerte. Señala dos posiciones (o estadios del desarrollo) que conviven: la posición esquizoparanoide (abarca los primeros tres o cuatro meses de la vida posnatal) que se caracteriza porque el hecho de que el bebé no conoce “*personas totales*” sino solo “*objetos parciales*” (“*pecho bueno*” y “*pecho malo*”); y la posición depresiva (se inicia a partir de los tres meses de vida) en la cual sí se pueden configurar “*objetos totales*” (un objeto total indemne vivo o un objeto total dañado), el desarrollo posterior está condicionado por la ubicación del niño en la posición depresiva; en la

cual el yo se enfrenta con su conflicto emocional nuclear: amar y odiar simultáneamente al mismo objeto, generándose un sentimiento de culpa que conduce al deseo de reparar el objeto dañado. Lo que determina el estado psíquico de un sujeto en cada instante es la naturaleza de su fantasía inconsciente predominante en ese momento y su relación vincular con la realidad exterior.

Bowlby. J. (referido por Tyson R., 2000) desarrolló la teoría del apego, considerando que lo principal para el infante es la necesidad de un vínculo inquebrantable con la madre. El supuesto básico es que los bebés humanos inician su vida con al menos cinco sistemas de respuesta altamente estructurados: succionar, llorar, sonreír, aferrarse, y seguir u orientarse. Los sistemas de respuesta activan ciertas conductas que comunican apego. Cuando los sistemas instintivos de respuesta del infante son activados y la figura materna no está disponible, aparece la ansiedad de separación, el comportamiento de protesta, la aflicción y la tristeza.

Bowlby (1989) define la conducta de apego de la siguiente manera:

“la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo... Sin embargo, saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación” (p.40)

La conducta de apego tendría la función biológica de la protección y puede observarse a lo largo de la vida, especialmente en situaciones de emergencia, o cuando como lo señala Bowlby, J. (1989) “*cuando la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados*” (p. 40) y “*la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/ o mantener una proximidad deseada*” (p. 42)

Lutenberg J. (2008) señala que para que el proceso creador se produzca y se conduzca en forma normal debe darse un “*encaje vincular recíproco entre las necesidades de la mamá y la esencia del núcleo disposicional del bebé.*” (p.69)

Spitz (1965) referido por Tyson, P. (1990), en base a las observaciones realizadas con bebés, sostenía que el aspecto más importante de la relación madre – niño es el clima afectivo, el cual se da a través de un diálogo continuo de acción y respuesta, motivado por lo afectivo y mutuamente estimulante, proporcionando el contexto en el que aparecen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquicas.

Bollas, Ch. (1987) plantea que la madre es experimentada como transformación, y que cuando el infante crea el objeto transicional, el proceso transformacional se desplaza de la madre-ambiente a innumerables objetos subjetivos, siendo el uso del objeto transicional el primer acto creativo del infante. En la vida adulta, buscar el objeto transformacional es memorar una experiencia objetual temprana, recordar no cognitiva sino existencialmente un vínculo que se identificó con experiencias transformacionales acumulativas del *self*; “*es en el momento estético que el sujeto re-experimenta, por la fusión del yo con el objeto estético, una vislumbre de la actitud subjetiva hacia el objeto transformacional*” (p. 34)

La necesidad que tenemos los humanos de experiencias estéticas, como ir al teatro, visitar galerías de arte, etc., serían pues desde la óptica de Bollas, la búsqueda de equivalentes simbólicos del objeto transformacional. En las personas que tienen la oportunidad de acceder a un proceso terapéutico a través de las artes expresivas, estas permitirían, la experiencia del “*ab*”, como lo señala Bollas “*...a mi parecer, el momento estético es una resurrección evocadora de una condición temprana del yo, que suele ser introducida por una comunión repentina y numinosa con un objeto, un momento en que el sujeto es captado por una intensa ilusión de ser elegido por el ambiente para tener una experiencia de honda unción.*” ... (p. 59)

Hasta aquí hemos querido manifestar la importancia del vínculo madre niño para el desarrollo del niño, siendo éste el prototipo del establecimiento de relaciones con otras personas.

EL VÍNCULO PEDAGÓGICO

Alicia Fernández, referida por Dreyfus, D. (2010), sostiene que para que una persona esté en

condiciones de aprender, se necesita una matriz vincular, una raíz corporal, una inteligencia y un deseo.

La matriz vincular es definida por Dreyfus, D. (2010) como: “*todo aquello inherente a la construcción psíquica de un ser humano que requiere a otro para ser*”. (p. 33)

El estudiante requiere para desarrollarse en el ámbito educativo, el ser reconocido por el docente y por el grupo de compañeros; de ahí la importancia de considerar el número de alumnos por sección y el planificar actividades en dicho ámbito que permitan el desarrollo de vínculos sanos.

Compartimos con Dreyfus, D. (2010) su posición de que “*la misión del maestro va más allá de la tarea de transmitir contenidos, es una tarea formativa y se da en medio de vínculos que, si son sanos, impulsan a sus actores (alumnos y pupilos) a dar lo mejor de sí mismo*”. (p.37)

Siguiendo a Dreyfus, hemos extraído de su lectura las siguientes características de un educador de la mente humana:

- Capaz de desarrollar vínculos empáticos.
- Una persona madura con una idoneidad y una ética muy desarrollada.
- Que tenga salud mental.
- Que tenga confianza en sí mismo.
- No busca competir con sus alumnos, por el contrario rescata las experiencias que traen de manera que la clase transcurre en un espacio de diálogo de mutuo enriquecimiento.
- Vínculo que establece respeto mutuo.
- Conoce muy bien su materia, puede ser lúdico con los contenidos, implemente recursos creativos adaptados a la realidad del estudiante e interactúe.
- Consciente de lo que pasa consigo mismo y reconoce que todo inicio genera incertidumbres y dudas.
- Capaz de seducir a sus alumnos con la materia que presenta, y para el ello pone en juego todos sus recursos afectivos.
- Empático y capaz de reconocer el estado anímico del grupo, y sobre todo el suyo propio, reconociendo el estado anímico imperante y respetarlo.

Termina señalando

... *“por ende, debe ser una persona que se reconozca a sí misma como un ser humano finito, e imperfecto, y que está cumpliendo una tarea que debe gustarle, una tarea que ha de disfrutar no sólo por los contenidos que trasmite, sino porque estos son transmitidos a adolescentes en su mayoría deseosos de la vida, de crecer, de aprender y de ser mejores personas”* (p. 52)

Reflexiono en el hecho de que muchas de estas características bien podrían aplicarse al perfil de un terapeuta, y en los cambios que se vienen produciendo en mi rol de docente desde que inicié, me encuentro en esta formación en TAE.

A lo largo del proceso de formación en TAE, experimenté la importancia en nuestras vidas de conocer y conectarse con los sentimientos que emergen frente a nuestras historias familiares, de ahí que consideré como parte del diseño del curso de Psicología Ambiental, el reconstruir las raíces familiares siendo la consigna *“traer aspectos positivos de tus historias familiares que te hayan aportado a quien eres tú ahora”*. En las sesiones dedicadas a dicha tarea, me asombró cómo algunas estudiantes trajeron al espacio del aula vivencias familiares dolorosas, sintiendo que las estudiantes confiaban en mi persona y en sus compañeras de aula como contenedores de aquello que trajesen, en un ambiente de aceptación y respeto.

Vélez, O. (2010) sostiene que la educación es una experiencia de encuentro, en un espacio de alteridad, en el cual se dan relaciones intersubjetivas, en el que no sólo se aprende conocimientos, sino también una relación que tiene valor en sí misma; enfatizando que *“el proceso educativo es posible gracias a los intercambios conscientes e inconscientes que mantienen el profesor y los estudiantes a través de la trama de las interacciones personales y la construcción de lazos afectivos entre ellos”*. (p. 62)

Para Vélez, el vínculo pedagógico es un escenario significativo de aprendizaje ético, tanto por ser una relación que atraviesa todo el proceso educativo, como por caracterizarse principalmente por la condición de acogimiento: *“...Educar es, ante todo, acoger a otro y acompañarlo en su “llegar a ser”*. (p. 62)

Me pregunto ¿Es un vínculo pedagógico, terapéutico? En mi opinión coinciden en este objetivo último *“acogerlo y acompañarlo en su llegar a ser”* tanto el docente como el terapeuta, siendo un elemento importante la construcción de la relación interpersonal, que da forma al vínculo pedagógico, el cual puede ser terapéutico en muchos casos, aún cuando *la enfermedad* no sea definida en los términos señalados por la Real Academia Española, pese a estar presente en términos de: *“no sé porque me dejó jalar en estos cursos”, “entro a clases y me da sueño”, “no logro cumplir los trabajos a tiempo”* etc.

EL VÍNCULO TERAPÉUTICO

Bowlby (1989) plantea en el acento en el papel del terapeuta como compañero del paciente en la exploración que éste hace de sí mismo y de sus experiencias, y menos en el hecho de que el terapeuta haga interpretaciones para el paciente. Coincidiendo con la propuesta de TAE, de ser testigo trabajando en la superficie del producto creado a un nivel fenomenológico, experiencial.

Knill, E., Levine, G. (2005) señalan con respecto al encuentro en las artes expresivas, la importancia de la *“química de la relación”* entre el agente de cambio, el cliente y el arte, y la necesidad de un contrato que determina la característica del rol del terapeuta; en nuestra opinión esta química es el vínculo terapéutico:

“...We are interested here in the chemistry of the helping relationship in expressive arts as the meeting place for the change agent, the clients and the art. This meeting can only happen if both parties agree to a contractual bond, as we show earlier. In such a contract, one person asks for help while the other is present, willing to endure the one who asks for help without pulling them into the “familiar”, without becoming casual or withdraw and without manipulating them towards a fabricated solution” (p. 133)

Al respecto reviso mis anotaciones sobre las sesiones de un paciente niño de 11 años, con motivo de consulta conductas de autoagresión y agresión a la madre, quien durante las sesiones iniciales realizaba composiciones musicales más de tipo ruido que música, en otras acciones de tirar los cojines con mucha fuerza, tirarse él al piso, luchar

con los cojines; siendo mi intervención de descripción fenomenológica, contenedor y modelador de lo que ocurría en la sesión. Tiempo después al entrevistar a la madre, me comenta que han disminuido significativamente las conductas de agresión verbal hacia ella.

Bowlby (1989) al referirse al papel del terapeuta lo relaciona con el de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar.

“Al proporcionar a su paciente una base segura desde la cual explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos, el papel del terapeuta es análogo al de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo. El terapeuta procura ser confiable, atento y comprensivamente sensible a las exploraciones de su paciente, y en la medida de lo posible, ver y sentir el mundo a través de la mirada de su paciente, es decir que procura mostrar empatía.” (pp. 162)

Reviso nuevamente mis anotaciones del mismo caso, y hallo un comentario del niño al ingresar al consultorio *“hoy quiero tocar música eso me relaja”, “me gusta el olor de aquí, ¿qué le echas?”*.

El vínculo terapéutico se construye a partir de la interacción entre el paciente y el terapeuta, el cual estaría determinado en parte por la historia vincular del paciente y por otros aspectos como el modo en que el terapeuta lo trata.

En el caso de un taller realizado con alumnas de Psicología, el hecho de que uno de los grupos del taller no tuviera resultados, pudo deberse a que uno de los aspectos del encuadre, en la elaboración del horario, no se consideraron las necesidades del grupo, sobrevalorándose la disponibilidad de tiempo de las coterapeutas y los límites del contexto educativo en el cual se realizó dicho taller. Por otra parte al ser la primera experiencia con el marco de TAE para ambas coterapeutas, hemos podido transmitir a través de nuestros movimientos, voz y mensajes verbales, la inseguridad en nuestro saber, no produciendo la confianza necesaria en estos procesos. Después de finalizada toda la experiencia, reflexionamos sobre el hecho de que las primeras sesiones precisamente con el grupo que no concluyó el taller, fueron vividas por

nosotras como *“grupo de práctica”*, a diferencia del segundo grupo, que lo vivimos como *“el grupo real”*. Finalmente, pienso que pudo haber influido como interferente la existencia previa de un vínculo entre las estudiantes y yo como autoridad de la Facultad donde estudian, y la coexistencia en el tiempo de este vínculo antiguo y el vínculo terapéutico que se hallaba en proceso de desarrollo.

La complejidad del vínculo terapéutico se ve influida por la estructura de poder desigual que existe entre el terapeuta y el paciente, el que puede ser incrementado cuando existen otros poderes diferenciales tradicionales presentes como género, raza o edad, proponiéndose que el valor de las artes es que juegan con esas diferencias, como lo señala Mayor, Ch. (2010):

“Perhaps the value of the arts is not that they transcend difference, but rather that they provide a container and method for expressing and playing with these differences. These gaps between our experiences and identities are precisely the moment that we must pay attention to. There is much insight, healing and empowerment to be gained in this process of being seen and allowing oneself to impacted by another” (p.84)

Mayor propone el uso de la expresión *zonas de contacto*, la cual ha sido acuñada por escritores fuera del campo de la terapia. Ésta describe el encuentro del poder asimétrico que trabaja de manera generativa e inesperada; por lo que puede ser productiva y mutuamente benéfica para ambas partes, siendo la responsabilidad ética del terapeuta el crear las condiciones de la zona de contacto.

“The potential of the arts therapies is that a space and an ethical agreement – a contact zone- is created in which power can be named, revealed and played with. When we engage creatively in naming our differences, failures, brokenness and privilege, a new way of interacting and encountering one another may occur. Since our work has both personal and political implications, I would argue that it is not only a possibility, but also our ethical responsibility, to create the conditions of the contact zone. We must take this risk in order for our therapeutic relationships to be transformed in new, generative ways” (Mayor, 2010: 88).

Lutenberg J. (2008) señala que para detectar los estados emocionales del paciente, resulta fundamental que el analista esté simultáneamente atento a los datos que provienen de los sentidos (vista—oído) y a su intuición, siendo para Bión la intuición el equivalente mental del “ojo anatómico”. Reviso la historia del niño, y encuentro maltrato físico realizado por la madre ante las conductas del niño de no hacer las tareas y quejas del colegio por conductas agresivas con sus compañeros de aula. En la supervisión del caso, valido la necesidad del niño de expresar toda su rabia y cólera por estas experiencias vividas.

Desde el punto de vista de Bowlby, J. (1989) “*el terapeuta debe procurar ser consciente de la naturaleza de su propia contribución a la relación, que entre otras influencias, probablemente refleja de un modo u otro lo que él mismo experimentó durante su infancia.*” (p. 163)

Llevo a mi sesión de terapia mi sentimientos de confusión y dudas que me generan las sesiones con mis pacientes; los cuales son trabajados en varias sesiones. Por otra parte en el taller *Mis Raíces Familiares*, parto de la riqueza que significa para mí conocer y disfrutar del legado cultural de mi familia a mi creatividad y comprensión de las personas y las situaciones.

La postura del terapeuta en esta relación es la de aceptación y respeto del paciente con todos sus defectos, siendo su preocupación principal la de procurar el bienestar del paciente por todos los medios que tiene a su alcance.

Al respecto Atkins, S. (2007) señala lo siguiente: “*...The therapist’s genuineness, integrity and capacity for respect are essential elements in every therapeutic process. To cultivate a therapeutic presence of the therapist is the most important gift offered to the client*” (p.11)

Rogers (1951, 1957) referido por Corbella S. & Botella, L. (2003) planteaba que ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. Natalie Rogers (1993) las define de la siguiente manera:

- “*The first element has to do with genuineness, realness, or congruence. This means that the therapist is openly being the feeling and attitudes that are flowing within at the moment*
- *The second attitude of importance in creating a climate for change is acceptance or caring or prizing – unconditional positive regard. It means that when the therapist is experiencing a positive nonjudgmental, acceptant attitude toward whatever the client is more likely.*
- *The third facilitative aspect of relationship is empathic understanding. This means that the therapist senses accurately the feeling and personal meanings that are being experienced by the client and communicates this acceptant understanding to the client.*” (p. 100)

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de escuelas psicoterapéuticas, Bordin (1976) referido por Corbella S. & Botella, L. (2003) definió “*la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configura: (a) acuerdo en las tareas; (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos.*” (p. 208), señalando que el vínculo positivo estaría conformado por el compartir mutuamente confianza y aceptación.

En la revisión que Corbella S. & Botella, L. realizan de investigaciones respecto al tema, es interesante resaltar lo siguiente: Orlinsky, Grawe y Parks (1994) encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Hatcher (1999) realizó un análisis de los componentes de la alianza según el punto de vista del terapeuta e identificó un factor de colaboración confiada del terapeuta que registró la máxima correlación con las evaluaciones de la mejoría formuladas por el terapeuta y el paciente; asimismo dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, el factor de colaboración y confianza es el que presenta mayor correlación con los resultados de la terapia.

Dadley, T. (1987) resalta la importancia de que, como parte de la alianza terapéutica, se acepte sin censura lo que produzca el niño; lo que permite que

la imaginación actúe sobre las viejas pautas de pensamiento y sentimiento, resaltando el rol del terapeuta en los siguientes términos:

“... Tal cosa se vuelve posible cuando el niño siente que está presente alguien que ha pasado antes por esto o que puede entender lo que se necesita: alguien que brinde apoyo a la parte más madura de la personalidad del niño, capacitándole para que trabaje a favor de la integración y que comparta y reviva su experiencia junto a él” (p. 128)

Es, entonces, el vínculo que tiene el paciente con el terapeuta, el que hace que pueda confiar en ser sostenido y acompañado en el proceso de encontrarse consigo mismo. Dadley propone que la mediación y la contención forman una gama terapéutica continuada, tanto a nivel concreto como a nivel psicológico.

Corbella S. & Botella, L. (2003) señalan que la relación terapéutica es producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos, en las investigaciones reseñadas encontramos los siguientes resultados:

- Con respecto a la variable del nivel de experiencia del psicoterapeuta, mostrando los resultados que la relación entre la experiencia del terapeuta y la alianza terapéutica no es significativa. (Dunkle y Friedlander 1996; Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, 2001; Kivlighan, Patton y Foote, 1998)
- Con respecto a las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta, hallaron que éstas tenían un fuerte impacto en la calidad de la alianza terapéutica con algunos pacientes (Henry y Strupp 1994).
- Cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y ahora y la orienta temáticamente se favorece la alianza (Kivighan, 1990; Kivlighan y Schmitz, 1992).
- El factor de la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionaban positivamente con la alianza terapéutica (Crowley 2001).
- Finalmente se han estudiado variables como el bienestar emocional, el locus de control, los valores, las creencias y las características

sociodemográficas de los terapeutas para encontrar qué perfil es más eficaz, pero los resultados muestran grandes contradicciones (Beutler, Machado y Neufeld, 1994).

- Respecto a las variables de los clientes se hallan variables interpersonales como el índice de eventos estresantes (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohe, 1983), las relaciones sociales y familiares del cliente (Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinskrodt, 1991) y las variables intrapersonales como la calidad de las relaciones de objeto (Bordin, 1994; Piper, 1991), la motivación expectativas (Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989) y las actitudes (Kokotovic y Tracey, 1990) entre otras tienen efectos significativos en la alianza. El índice de correlación media entre estas variables y la alianza es de 0,31 (Horvath y Luborsky, 1993).

Araneda, M. (2005) plantea que el vínculo terapeuta- paciente, como todo encuentro significativo entre personas, ocurre a través de la palabra y del lenguaje corporal.

“El terapeuta capta del paciente diversas claves y señales a través de los sentidos y de esa recepción es a veces consciente y otras no. El nivel de contacto consigo mismo, con las propias sensaciones, percepciones, y con el propio mundo emocional, tiene que ver con ese saber no cognitivo, con un conocimiento y conexión corporal que, el terapeuta maneja conscientemente o no, y en distintos grados. Lo mismo ocurre con el paciente, quién también recibe impresiones sensoriales de las que, al igual que el terapeuta, es sólo a veces consciente.” (p. 5)

“La contención, el sostén, la empatía, el acompañamiento, todos son procesos que tienen un referente corporal fundamental que se entrelaza con el proceso de atención, la percepción, la cognición y la conciencia” (p. 6)

Esta comprensión de considerar la corporalidad de uno mismo en los procesos terapéuticos, es una de las tareas que más se enfatiza en la formación en TAE, la cual vengo trabajandola, viniendo de una experiencia profesional donde el pensar, lo que se dice que se hace o se siente, se ha sobrevalorado en el encuentro con el otro. En las supervisiones de los casos que he tenido a mi cargo ha sido un elemento recurrentemente señalado el “*confiar en tu sentir, en lo que te dice el cuerpo*”.

Respecto a la necesidad de tener una supervisión a fin de obtener claridad sobre la dinámica personal que ocurre en este vínculo terapéutico, Atkins, S. (2007) señala lo siguiente:

“All therapist should also have ongoing supervision. Supervision, the “over looking” of the therapeutic process, helps the therapist to be clear and mindful of her or his own personal dynamics that may enter into the encounter. We must continually be involved in our personal development as artists, therapists and human being” (p.12)

Los conceptos de transferencia y contra transferencia como fenómenos que ocurren en la relación terapéutica provienen del psicoanálisis y aunque en TAE no ocurre en todo el sentido, el

terapeuta debe comprender estos fenómenos. Kramer S. (1971) sostiene que la transferencia es particularmente poderosa en las personas con perturbaciones.

“... Whatever relationships the art therapist establishes will therefore inevitably be colored by the children’s transference, and it is likely, too, that his own responses will occasionally be contaminated by his counter-transference” (p.39)

El vínculo terapéutico, se cocrea en el espacio terapéutico y es reforzada por el poder de la transferencia, el encuadre, los límites de la Terapia de Artes Expresiva (TAE), los cuales salvaguardan tanto al terapeuta como al paciente, posibilitando crear un “*espacio transicional*”, descrita por Levine, E. (2003) como un área de vitalidad donde la creatividad encuentra su lugar.

REFERENCIAS

- Araneda, M. (2005) “Cuerpo, vínculos y cambio”. *Avances en Psicoterapia y cambio psíquico*. Sociedad Chilena de salud Mental Dr. Raúl Riquelme V. Diciembre. Tomado el 20 de noviembre de 2010. Disponible en internet: http://www.cuerporelacional.cl/articulos/cuerpo_vin.pdf
- Aron Rubini, J. (1984) *The art of art therapy* New York: Brunner Mazel.
- Aron Rubini, J. (1984) *Child art therapy*. 2da. Edición New York: Nostrad Reinhold
- Aron Rubini, J. (1987) *Approaches to art therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Atkins, S. (2007) *Sourcebook in expressive arts therapy*. North Carolina: Parkway.
- Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bollas, C. (1987) *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cabré, V. (2002) *Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003) “La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación”. *Anales de Psicología*. 19 (2) diciembre 205 - 221.
- Dadley, T. (1987) *Terapia como arte*. Barcelona: Herder.
- Dreifuss, D. y Vélez, O. (2010) *El poder de educar. Una mirada al vínculo pedagógico*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Knill, E, Levine, G. and Levine, S. (2005) *Principles and practice of expressive arts therapy. Towards a therapeutic aesthetics*. Philadelphia: Jessica Kingsley.

- Kramer, E. (1971) Art as therapy with children. Transference and counter- transference. New York; *Shocken Books*. pp. 38–46.
- Kramer, E. (1971) *Childhood an art therapy 2da. edición*. Chicago: Magnolia Street.
- Levine, E. (2003) *Tending the fire, studies in art therapy and creativity*. Canadá: EGS Press.
- Lutenberg, J. (2008) *Teoría de los vínculos*. Lima: Siklos.
- Martínez Bouquet, C. (2006) *La ruta de la creación*. Buenos Aires: Nobuku.
- McNiff, S. (2004) *Art Heals. How creativity cures the soul*. Boston: Shambhala.
- McNiff, S. (2008) Witnessing and responding to art with art. *Poiesis: A Journal of the arts and communication*, Vol 10, pp. 126–134.
- Mayor, C. (2010) Contact zone: the ethic of playing with the other. *Poiesis: A Journal of the arts and communication*, Vol 12, pp. 82–93.
- Real Academia Española (2001) *Diccionario de la lengua española*. Tomado el 20 de noviembre de 2010. Disponible en internet en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rogers, N. (1993) *The creative connection Expressive arts as healing. A path to wholeness: person- centered*. USA: Science & Behaviors books.
- Stitelmann, J. (2010) Encountering the other – self: essential forms and the new therapeutic developments in transitional phenomena. *Poiesis: A Journal of the arts and communication Vol 12*, pp. 40–49.
- Tyson, P. & Tyson, R. (2000) *Teorías psicoanalíticas del desarrollo: una integración*. Lima: Siklos.
- Wadson, H. (1980) *Art psychotherapy*. USA: Johan Wiby
- Wood, M. (1984) The child and art therapy: a psychodynamic viewpoint. En Dudley, T. (1984) *Art as therapy. An introduction to the use of art as a therapeutic technique*. New York: Tavistock, pp. 62–81.

Correo electrónico: jenquezada@unife.edu.pe

