

# Relaciones terapéuticas promotoras de la recuperación en el campo de la salud mental. Un enfoque innovador

**Andrea Finaret**

*MSW  
The Baerwald School of Social Work,  
The Hebrew university of Jerusalem, Israel  
E-mail: andreaef@012.net.il*

**Paula Garber Epstein**

*MSW, Ph.D  
The Bob Shapell School of Social Work,  
Tel Aviv University, Israel*

---

## Resumen

En las últimas décadas se produjeron cambios en el campo de la salud mental que han influido también en la relación terapeuta-cliente, la cual es vista como elemento esencial en los procesos de recuperación. Nuestro propósito es presentar un modelo de trabajo reflejado en las relaciones terapéuticas en el campo de la rehabilitación (RTR) que está guiado por los principios de la recuperación. Las relaciones terapéuticas se consideran un medio a través del cual es posible elevar el compromiso y la adhesión de las personas con la terapia y, también, la participación en programas de tratamiento y rehabilitación. Existe una correlación significativa entre la fuerza de la relación terapéutica y las mejoras en el funcionamiento global de la persona y mejoras en las habilidades de vida comunitaria, así como la reducción del nivel de gravedad de los síntomas. Hemos identificado distintas características que son constitutivas de las RTR y contribuirían a los procesos de recuperación e inclusión de las personas con enfermedades mentales: la integración entre el trabajo sobre los aspectos prácticos de la vida de la persona (la dimensión del "hacer") y el trabajo sobre los aspectos internos (la dimensión del "ser"), los "límites no convencionales"; la apertura del terapeuta respecto de su vida; el trabajo colaborativo, la comunicación "natural", y la esperanza. Es necesario profundizar el conocimiento sobre la naturaleza y singularidad de las RTR a fin de promover los procesos de cambio, recuperación e inclusión social.

**Palabras clave:** Relación terapeuta-cliente - Recuperación - Rehabilitación - Salud mental.

THERAPEUTIC RELATIONSHIPS THAT PROMOTE RECOVERY IN THE MENTAL HEALTH FIELD. AN INNOVATIVE APPROACH

## Abstract

In recent decades there have been changes in the mental health field that have also influenced the therapist-client relationship, which is seen as an essential element in the processes of recovery. Our purpose is to present a model of work reflected in therapeutic relationships in the field of rehabilitation (RTR) that is guided by the principles of recovery. Therapeutic relationships are considered as a means through which it is possible to increase commitment and adherence of people to therapy and also participation in treatment and rehabilitation programs. There is a significant correlation between the strength of the therapeutic relationship and improvements in the overall functioning of the person and improvements in community life skills as well as the reduction in the severity level of the symptoms. Different characteristics constitute the RTR and contribute significantly to the processes of recovery and inclusion of people with mental illness: the integration between working on the practical aspects of the life of the person (the dimension of "doing") and working on the internal aspects (the dimension of the "being"), the "unconventional limits", the therapist's openness to his life, collaborative work, a "natural" communication, and hope. Professionals as well as service agencies and policy makers need to deepen their understanding of the nature and uniqueness of RTRs and develop the possibility of working through them to promote processes of change, recovery and social inclusion.

**Key words:** Therapist-client relationship - Recovery - Rehabilitation - Mental health.

## Introducción

En las últimas décadas se produjeron cambios sociales, políticos y económicos en el campo de la salud mental en el mundo entero (1, 2, 3) que, junto con los resultados de investigaciones científicas, contribuyeron a conformar un cambio radical: se postergó el enfoque determinista de las enfermedades psiquiátricas y se adoptó una visión más humana y optimista sobre las personas con enfermedades mentales y sobre la posibilidad de que puedan vivir dignamente en la sociedad. Estos cambios han impulsado una visión distinta y renovada en el ámbito de rehabilitación psiquiátrica, acentuando una visión innovadora que hace foco en la "recuperación personal" (4). Según esta concepción, los individuos con enfermedades psiquiátricas son personas que, fundamentalmente, tienen derecho a soñar con un futuro mejor en la comunidad, que pueden asumir responsabilidad sobre su vida, tomar decisiones con independencia, conducir cambios y procesos personales y participar activamente, enfrentado los obstáculos y las limitaciones de la enfermedad, dando un significado único e individual a este proceso (4, 5, 6, 7). Dichos cambios impulsaron el desarrollo de nuevos servicios profesionales en la comunidad, apoyando así los procesos de rehabilitación, recuperación e integración social en todos los ámbitos de las personas con enfermedades psiquiátricas (8).

Estos nuevos procesos han influido también en la relación terapeuta-cliente<sup>1</sup>, la cual es vista como elemento esencial en los procesos de recuperación en el campo de la salud mental (9, 10). Por un lado, no hay duda de que las nuevas tendencias mejoraron las capacidades profesionales (de entender e intervenir) para acompañar a nuestros clientes en el proceso de recuperación e inclusión en la sociedad, ayudándolos a dirigir sus vidas, construyendo un futuro mejor, basado en sus fortalezas en sus elecciones y decisiones personales, con énfasis en la auto-definición (*self determination*) y realización de los sueños. Por otro lado, estos cambios trajeron dilemas éticos y profesionales complejos que desafían los códigos tradicionales que nos guiaron fielmente hasta hoy (11, 12).

Hoy en día, la relación terapeuta-cliente ocupa y preocupa a los profesionales y para-profesionales<sup>2</sup> que trabajan en el área de rehabilitación psiquiátrica, cuyo objetivo es entender y actuar profesionalmente, redefiniendo un nuevo rol terapéutico, e intentando descifrar las cualidades específicas que esta nueva forma de relación requiere para apoyar a los individuos en su proceso personal de recuperación.

Es importante preguntarse, entonces, ¿de qué manera estos acontecimientos afectan la manera en que nos conectamos con los clientes y qué tipo de relación que-

remos desarrollar para apoyar los procesos personales de recuperación e inclusión? ¿Qué tipo de cambios tendríamos que hacer en nuestra forma profesional de pensar y actuar? ¿Cómo esto influye en las distintas dimensiones de la relación terapéutica como los límites, el grado de flexibilidad o los procesos transferenciales? ¿Podríamos seguir trabajando de la misma manera?

Nuestro propósito es presentar un modelo de trabajo (reflejado en las relaciones terapéuticas) en el campo de la rehabilitación que está guiado por los principios de la recuperación. De este modo se puede hacer evidente cómo los principios de la recuperación se plasman en formas de relación que pueden ser bastante diferentes a otras más tradicionales y que, por décadas, han signado el campo clínico. En adelante llamaremos a estas relaciones, "relaciones terapéuticas promotoras de la recuperación" (RTR). Según la literatura actual, éstas representan una herramienta fundamental de trabajo para el profesional, siendo una gran fuente de apoyo, que promueve cambios, y que ha pasado a considerarse imprescindible para los procesos personales de recuperación e inclusión de nuestros clientes (4, 13-19).

Actualmente, la mayoría de los testimonios escritos por personas en procesos de recuperación se refieren a "las relaciones con personas significativas" como un elemento central del proceso. La presencia de "otra persona" (amigo, pariente, profesor, vecino, otro cliente/paciente, terapeuta) contribuye y fortalece a dicho proceso (7, 14).

La "visión de la recuperación" sostiene que cada "conexión humana" ofrece la oportunidad de construir la esperanza por un futuro mejor, aumenta la confianza en uno mismo y da coraje para tomar decisiones hacia una vida mejor (20).

Las relaciones terapéuticas se consideran un medio a través del cual es posible elevar el compromiso y la adhesión de las personas con la terapia y, también, la participación en programas de tratamiento y rehabilitación (17). Ellas están basadas en la confianza mutua y en la consideración de la capacidad de las personas de vivir una vida plena. Tienen la cualidad de apoyar el proceso de recuperación y los procesos de construcción o reconstrucción de una identidad personal nueva y positiva basada en el pasado, presente y futuro (4, 7, 19, 21). A su vez, tales relaciones proporcionan un terreno fértil y seguro para que la persona se atreva a descubrir, re-descubrir, desarrollar y practicar los talentos individuales y formas de sobrellevar situaciones de estrés y manejar los síntomas, contribuyendo así a una mejora significativa en su condición (5, 22).

Recientemente, Russinova y otros (10) trataron de caracterizar las habilidades necesarias para facilitar una relación terapeuta-cliente que promueva la recuperación en los servicios de salud mental, de acuerdo con los re-

<sup>1</sup> En este artículo se utiliza el término "cliente" para referirse a quienes reciben servicios de rehabilitación, enfatizando su condición activa para tomar decisiones respecto de los servicios que se le brindan.

<sup>2</sup> El término "para-profesional" alude a un tipo de operador o trabajador que realiza tareas de acompañamiento y sostén que suelen ser tareas realizadas por profesionales pero que, en contextos específicos, pueden ser llevadas a cabo por personas con experiencia de padecimiento mental o simplemente miembros de la comunidad interesados en colaborar activamente con la recuperación de los clientes.

portes de los pacientes mismos, y señalaron: la capacidad de expresar el respeto, la confianza, la comprensión, la capacidad de escuchar sin juzgar, la creencia/fe en la capacidad de la persona para recuperarse, la capacidad de ver a la persona como persona y no como un diagnóstico, y el estar disponible para él/ella.

Una revisión de los estudios realizados para evaluar la vinculación entre las relaciones terapéuticas positivas y los resultados positivos de la terapia (o del proceso de recuperación) indica que existe una correlación significativa entre la fuerza de la relación terapéutica y las mejoras en el funcionamiento global de la persona y mejoras en las habilidades de vida comunitaria, así como la reducción del nivel de gravedad de los síntomas (9, 16, 17, 23-27).

Estos estudios intentan explicar la influencia y el potencial que tienen estas relaciones, no sólo para ayudar a llevar una vida adelante sino también para ayudar a contrarrestar los sentimientos de vulnerabilidad y alienación a través de sentido de conexión basado en la humanidad compartida. La relación íntima que se crea conecta ambas partes y puede contribuir al desarrollo de la autoestima y el respeto a sí mismo.

Este enfoque en la relación proporciona un marco alternativo, personal, que pertenece únicamente a las partes. Estas relaciones pueden tener diferentes formas según el carácter y el estilo de cada individuo, creando un espacio significativo para el crecimiento, el desarrollo de las personas y creando nuevas oportunidades para los que no logran triunfar en los ámbitos que la sociedad ha puesto como metas o valores superiores (tales como el empleo, la familia o lo social (28)). Estas relaciones también aumentan la participación en programas e intervenciones, ayudando a mantener la continuidad y una conexión interna única. Es de suponer que las personas que se sienten seguras en las relaciones, se sienten atendidas y valoradas como persona, son capaces de enfrentar desafíos, tomar riesgos en la vida y ensayar nuevos comportamientos (29).

A pesar de la de la importancia y eficiencia de la relación de rehabilitación, Moorhead (30) nos recuerda que la mayoría de las personas con enfermedad mental sufren de discapacidades o limitaciones como resultado de su enfermedad, lo que puede afectar sus habilidades para crear y sostener relaciones personales (discapacidad relacional). Estas características hacen que sea difícil para el profesional desarrollar una relación significativa que ayude al cliente a progresar y vivir una vida más satisfactoria. Este autor afirma que, debido a estas dificultades y los riesgos involucrados, los profesionales pueden renunciar a la meta de establecer relaciones y simplemente proporcionar servicios concretos. En su opinión, esto es algo que no debería permitirse, sobre todo si se considera la importancia de la relación de rehabilitación en el proceso de recuperación e inclusión.

En vista de las características de las personas con enfermedades mentales severas y los cambios en la forma de entender y tratar a estas personas, es necesario comprender la complejidad de las "relaciones terapéuticas

promotoras de la recuperación" y los elementos que las componen. Desarrollar conocimientos sobre este tema es vital para la formación y orientación de los que trabajan en el campo de rehabilitación en salud mental.

En el presente artículo intentamos caracterizar los principales elementos que definen las relaciones terapéuticas en el área de rehabilitación en salud mental de acuerdo a la visión de la recuperación personal (RTR). En nuestra concepción, dichos elementos, interconectados como un rompecabezas, conforman y determinan la calidad y la singularidad de este tipo de relación. A lo largo del artículo ilustraremos la presentación con algunas viñetas que son parte de testimonios de profesionales que trabajan en el campo de la recuperación, y cuyo análisis fue presentado en un artículo publicado por una de las autoras (13).

### **Cambios fundamentales en las relaciones terapéuticas en el ámbito de rehabilitación psiquiátrica de acuerdo a la visión de la recuperación (RTR)**

De acuerdo a la literatura existente y en base a investigaciones de los últimos años (10-13), fueron identificadas distintas características que constituyen a las RTR y contribuyen en forma significativa a los procesos de recuperación e inclusión de las personas con enfermedades mentales: (a) *la integración entre el trabajo sobre los aspectos prácticos de la vida de la persona (la dimensión del "hacer") y el trabajo sobre los aspectos internos (la dimensión del "ser")*, o sea, *entre la realidad interna y externa*; b) *los "límites no convencionales"*; c) *la apertura del terapeuta respecto de su vida*; d) *el trabajo colaborativo*, e) *la comunicación "natural"*; y (f) *la esperanza* (10, 11, 12, 13).

Estas características se interrelacionan formando una matriz única que es la base y la esencia de estas relaciones terapéuticas y marcan las diferencias con las relaciones terapéuticas tradicionales en el campo de la salud mental.

#### **1. La integración entre el trabajo sobre los aspectos prácticos de la vida de la persona (la dimensión del "hacer") y el trabajo sobre los aspectos internos (la dimensión del "ser")**

La "integración" entre ambas dimensiones es una característica esencial en el desarrollo de las RTR, cruza las líneas clásicas de la terapia y coloca este tipo de relación en un lugar único y diferente de otras relaciones terapéuticas. Este es un punto de partida completamente diferente para crear relaciones terapéuticas a partir del cual derivan los otros elementos. La dimensión del "hacer" (la realidad externa) hace hincapié en el desempeño del individuo y su organización en la vida, concentrándose en la adquisición, el desarrollo y la mejora de las habilidades sociales necesarias para vivir en la realidad diaria y lograr obtener un valioso rol en la sociedad. Dicho proceso es acompañado por el terapeuta, que no solo lo acompaña "hablando" sobre esta realidad, sino que junto al cliente "sale" a aquella realidad y la exploran en conjunto. Esto remarca el hecho que el campo de la

rehabilitación se trabaja junto con la persona a través de objetivos personales significativos a fin de promover la recuperación personal (especialmente, en el campo del empleo, la vivienda, recreación y otros).

*“Esto es algo distinto... Por lo general, los terapeutas no van a comprar ropa con sus pacientes...” “Esa conexión directa entre dos personas, sentarse juntos y ver una serie o pasear como parte del tratamiento, esas cosas que se hace entre personas...”*

*“... Porque la idea de la rehabilitación no es sólo hablar de las cosas, sino también hacerlas juntos. Situaciones que parecen imposibles... Y tener la oportunidad de no sólo hablar de ello sino ver realmente cómo sucede y así ver qué se puede hacer en el momento... Es algo muy especial.”*

Junto con la dimensión del “hacer” (la realidad externa), se describe paralelamente la importancia de la dimensión del “ser” (la realidad interna). Esta se manifiesta en continuidad con la “ayuda clínica” a las personas con enfermedades mentales, ofreciéndoles una oportunidad de trabajar sobre los procesos psíquicos, así como sobre los sentimientos, experiencias y conflictos que surgen durante el proceso de rehabilitación.

*“Elegí trabajar durante muchos años donde era importante reflejar y trabajar con la realidad junto con los pacientes. Sé que hay algo en esta realidad que permite que surjan y se desarrollen los procesos de recuperación... Mi experiencia profesional me enseñó que el trabajo sobre y a través de la realidad por sí solo no puede ser el único ámbito que promueve la recuperación. Es importante dar lugar a los procesos internos, influidos por la percepción, sentimientos y experiencias de las personas...”*

El valor de este hallazgo se encuentra en la “integración” de estas dimensiones, que la literatura hasta ahora no ha abordado suficientemente, y que enfatiza la importancia de ayudar a las personas con trastornos mentales severos que transitan procesos de recuperación, no solo a través de la psicoterapia (en el sentido de privilegiar “el hablar” o “el mundo psíquico”), sino, también, a través de incluir en el tratamiento el “campo de acción”.

Estas distintas funciones son acompañadas por dificultades que surgen en torno a la transición entre estas dos dimensiones. Estas transiciones exigen al profesional un reajuste compatible de la situación y de sus habilidades profesionales. *“Es difícil para mí dejar una conversación tan cargada y emotiva, e inmediatamente después volver a entrar en el papel de día a día de la vida, de la realidad... De lavar la ropa juntos... De limpieza juntos...”*. A veces, la dificultad radica en decidir cuándo intervenir en los aspectos prácticos de la vida del individuo y cuándo intervenir en su mundo interior, y no siempre está claro qué consideraciones deben ser las decisivas. Las dificultades surgen también en torno a la capacidad del profesional para poder integrarlas, aún en la misma situación: *“Había cosas que eran tan obvias...! Pero al hacerlas juntos no pude verlo, no pude pensar en ello. Simplemente, es muy muy difícil ‘hacer’ las cosas juntas y, al mismo tiempo estar en el papel de ‘observar’ clínicamente y reaccionar...”* Parece que estas dificultades son una parte inseparable del trabajo de rehabilitación. Este tipo complejo de relación crea di-

ficultades no sólo para los profesionales, sino también para el individuo en proceso de recuperación y que por lo tanto absorbe y procesa, al mismo tiempo, elementos relacionados con esas dos dimensiones y, así como el profesional, necesita acomodarse a estos cambios. *“... Este es un tipo de combinación que creo que el que logra hacerlo bien puede llamarse a sí mismo un artista...”*

## 2. “Límites no convencionales”

*“La relación terapéutica de rehabilitación, cruza los límites clásicos del trabajo clínico con los pacientes. Creo que no es casual. El límite se fija en otra parte o, tal vez, en otro espacio, completamente diferente. Yo estoy hablando de una nueva escuela, de un nuevo pensar y un nuevo actuar profesionalmente...”*

Otra característica singular de las RTR tiene que ver con la definición de “los límites” no convencionales y la posibilidad de permanecer en un estado de ambigüedad entre las dos partes en el proceso de recuperación (el profesional o proveedor del servicio, y el consumidor/usuario), la cual la diferencia de otras relaciones terapéuticas clásicas (31): *“La relación terapéutica de rehabilitación es muy diferente a la que conocemos en el trabajo en hospitales psiquiátricos... Hay menos límites y más informalidad. Voy a sus casas, soy una parte de sus experiencias de vida y esto cambia el enfoque del ‘terapeuta-paciente’ a una relación entre un ‘cliente y un proveedor de servicios’, que es una relación más amigable (...) y, por lo tanto, los límites deben ser distintos...”*

La viñeta presentada intenta ilustrar la ambigüedad de los límites que guían las RTR, los cuales se caracterizan por no tener una definición única o una regla fija que guíe al profesional en su establecimiento, sino que se definen nuevamente en cada encuentro, se negocian entre las partes, y cambian de acuerdo a las necesidades de la persona: *“En este trabajo las reglas de la relación no están escritas. En cada encuentro hay que escribirlas de nuevo y así se van consolidando. Es como escribir la Biblia por primera vez”*.

Desde el enfoque de la recuperación surgen determinadas situaciones que requieren respuesta y han tenido respuestas (negativas) contundentes en los encuadres tradicionales: ¿Llevar en el auto al paciente si llueve y es de noche y vamos en la misma dirección? ¿Comer juntos? ¿Darle un abrazo? ¿Recibir el llamado después de las horas de trabajo? ¿Recibir o comprar un regalo? ¿Dar un paseo juntos?

Si bien es claro que los límites requieren alto grado de flexibilidad para llevar adelante el proceso y parecen tener un lugar importante en la RTR, la falta de claridad y la constante negociación llevan a dilemas constantes para los profesionales en relación con el momento y la manera de determinar dichos límites. El terapeuta que trabaja en el campo de la recuperación invierte esfuerzos considerables para hacer frente a estos dilemas, mientras crea un ambiente personalizado que permite llevar a cabo los objetivos del tratamiento. Es importante destacar que la existencia de ambigüedad sobre

el establecimiento de los límites requiere una continua negociación, lo cual es necesario para el desarrollo de la relación de rehabilitación. La negociación en sí es parte del trabajo terapéutico, cuyo objetivo es representar relaciones sociales y modelarlas en un ambiente en el que se pueden discutir, reelaborar y analizar.

*“Estos límites nos protegen. Ambos trabajamos, ambos tenemos una definición de un rol que tenemos durante el encuentro, y eso también dicta la manera en que nos comportamos... No somos amigos que vamos a comprar ropa juntos, y eso también crea un tipo de compromiso...”*

La continua definición de los límites permite hacer frente a situaciones inusuales y poco claras. De esta manera es recomendable considerar determinados puntos que podrían influir en la definición de dichos límites: por ejemplo, el estado mental de la persona, los objetivos del trabajo del paciente, las características del trastorno, el proceso y la madurez del tratamiento, o el contexto. Así también, las percepciones o sentimientos personales de los profesionales son consideraciones para tener en cuenta, límites que puestos desde ese punto de vista protegen al profesional contra el desgaste, cansancio, sobrecarga, dejando lugar a su vida privada y personal.

Los “límites” son vistos como una traducción personal de los códigos morales en las relaciones con otras personas. Existen en todas las relaciones, expresados abiertamente o convertidos en símbolos y comportamientos (32). En el área de la rehabilitación psiquiátrica, la ambigüedad es una parte inherente de cualquier sistema de servicio individual, orientado al consumidor y centrado en la comunidad. Cuando se habla en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica, las preguntas no tienen que aspirar a una respuesta dicotómica (“se puede o no”), sino más bien: “¿Cuándo, por quién y en qué condiciones tiene sentido este acto o este cambio en la puesta de límites?”

Concluyendo este punto, podemos ver que el tema la negociación continua de los límites es fundamental y esencial en el proceso de la recuperación. Su flexibilidad posibilita a las dos partes crear un ámbito único adecuado a los objetivos terapéuticos del individuo. Estos límites son discutidos y definidos abiertamente y presentan un modelo que contribuye a promover el proceso mismo.

### **3. Apertura del terapeuta respecto de su vida personal (self disclosure)**

La apertura del terapeuta respecto de su vida personal es un tema central en el trabajo terapéutico y constituye una parte integral de la definición y consolidación de las RTR. Esto se refiere a la revelación de la vida personal del terapeuta como, por ejemplo, datos biográficos, pensamientos, sensaciones, y hasta experiencias propias en la forma de enfrentar problemas. El uso de “la auto develación”, con objetivos claros, en base al sentido común y con el propósito único de ayudar al paciente es reconocido en la literatura como un elemento positivo que aporta a la relación terapéutica y especialmente a

los procesos de recuperación (31, 33, 34). Se puede constatar que es imposible crear y desarrollar este tipo de relación sin revelar ciertas cosas de la vida personal y profesional del terapeuta: *“la rehabilitación es la apertura respecto la vida personal [self disclosure]. Los pacientes me ven en paseos, en traje de baño, pantalones cortos - algo que la mayoría de la gente no conoce en el día a día. Creo que es una experiencia muy poderosa, muy restauradora...”* *“Me vieron enojado, me vieron triste en todo tipo de eventos que compartimos”.*

Esta viñeta se refiere a la visibilización del cuerpo y los estados de ánimo cuando crean una RTR. Podríamos referirnos a una apertura por un lado en un sentido más amplio, como por ejemplo exponer las creencias y visiones sobre el mundo, y por el otro el concepto se refiere a un estilo personal y único en la forma en que el terapeuta elige exponerse y en el grado de su apertura, lo que hace que el tema sea fascinante, complejo y único. De esta manera se puede entender que la apertura es el resultado natural de la naturaleza de la RTR. El trabajo conjunto entre el profesional y la persona en proceso de recuperación trae a ambas partes mayor apertura que en una relación creada entre terapeuta y paciente en la clínica. El hecho de que los profesionales de rehabilitación de salud mental no están sólo en la clínica, sino que se encuentran con la persona en diversos ámbitos (casa, trabajo, calle, compras, médico, etc.) y se ven constantemente en diferentes situaciones, están especialmente expuestos y dicha apertura pasa a ser también parte del trabajo terapéutico. El siguiente testimonio demuestra la gama de espacios terapéuticos: *“...Puedo coordinar un grupo y más tarde ayudar a alguien a lavar los platos en la cocina o acompañarlo a comprarse zapatos para el casamiento de la hermana... Todo esto me expone a mí en diferentes situaciones...”*

Otros elementos únicos descritos anteriormente, los límites flexibles y no convencionales y relaciones más directas crean y aumentan el nivel de exposición en las RTR. La naturaleza de la RTR, que es esencialmente cercana y caracterizada por la igualdad y la humanidad, expone ambos lados en un grado mayor que la exposición en las relaciones terapéuticas clásicas.

*“Estoy hablando de si me preguntan si estoy casado. Doy una respuesta y no inmediatamente estoy ocupado con “Por qué preguntan, y tratar de esta manera inmediatamente pasar la pelota a él.” Tengo límites menos estrictos y tengo menos distancia con mis pacientes en el servicio de rehabilitación. Así como ellos me cuentan que alguien está de mal humor, puedo venir yo un día y decir: “Oye, tuve una noche terrible, que no dormí bien”. Puedo, también, profesionalmente estar en ese lugar y verme como una figura humana, de igual a igual... Y eso es totalmente una actitud profesional. Por supuesto que yo todo el tiempo me reservo el derecho para elegir qué cantidad y qué temas, y si hay cosas que son muy íntimas para mí o irrelevantes para el individuo”.*

Estos ejemplos nos muestran que la apertura es, como se ha dicho, una herramienta de rehabilitación terapéutica de valor humano y social. Puede ser modelada en diferentes situaciones en las que los profesionales ayudan al paciente a mejorar o aprender habilidades so-

ciales, estar al tanto de la otra persona y crear relaciones más satisfactorias con el mundo externo. Según ellos, la apertura por parte del terapeuta puede ayudar al profesional a enseñar al cliente sobre el comportamiento, sentimientos y opiniones, sobre un contacto real entre las personas y el contacto humano. A través de estas experiencias humanas es posible transmitir mensajes, hablar de los fenómenos humanos universales y proporcionar habilidades sociales que servirán en la vida personal y en el proceso de rehabilitación y recuperación.

De cualquier manera, es importante notar que en forma similar a la de otras relaciones terapéuticas, el bienestar del paciente y el bienestar del proceso terapéutico son los que guían a los profesionales de rehabilitación de salud mental en sus decisiones profesionales también con respecto al grado y las características de la apertura descripta.

#### 4. El trabajo colaborativo

El trabajo colaborativo es una característica importante de las RTR. Esta característica tiene un gran significado e influye en la percepción de los profesionales sobre los clientes y de la forma en se enfrenta a la enfermedad por parte de los profesionales. Principalmente, la colaboración convierte a ambos (profesional y cliente) en humanos, con sus propias opiniones y sentimientos, y en particular nos recuerda a todos que las personas con enfermedades mentales son personas iguales a todos, capaces de llevar a cabo una alianza terapéutica, asumir la responsabilidad de sus comportamientos y de sus acciones y tener un rol protagónico en la toma de decisiones propias.

Se puede discernir una serie de características significativas como un intento de entender el concepto de "asociación" y su contribución a los procesos de recuperación e inclusión. En primer lugar, la relación colaborativa se basa en la posición ética a partir de la cual se entiende que los clientes están en el centro del tratamiento, y el tratamiento es para ellos y con ellos.

*"... 'Asociación' no es sólo trabajar juntos. Va más allá de eso. No es sólo una asociación para dividirse las tareas. Es una forma especial de relacionarse que potencia a la persona, brindándole la oportunidad o el derecho a la elección, las decisiones personales y a dirigir su vida..."* En las RTR basadas en la la relación colaborativa, hay pleno acuerdo en cuanto a la manera de tomar decisiones, y la elección de los cursos de acción relacionados con el proceso terapéutico-rehabilitación. Las dos partes asumen la responsabilidad, y existe un gran respeto por la decisión y el camino que el individuo se decide a tomar: *"Esto significa, primero, que las personas están en el centro de la cuestión... La terapia es para ellos y con ellos. En este sentido, ellos son responsables y practican su responsabilidad... Son responsables de lo que les sucede y de lo que sucederá en el futuro..."*

La segunda característica es el carácter cooperativo de la la relación colaborativa, que se describe aquí por separado debido a su naturaleza única y significativa. La palabra "juntos" fue repetida muchas veces en distintas

ocasiones: el "estar juntos", o el "trabajar y construir todo el tiempo juntos, de a dos", el ser "compañeros de este viaje".

La experiencia de "hacer juntos", "trabajar y construir todo el tiempo juntos, de a dos" es fundamental, inherente y necesaria para formar una relación colaborativa en RTR. El hecho de poder afrontar juntos las pequeñas tareas, da al individuo el sentido de que no está solo frente al mundo, que tiene el respaldo de alguien que avanza con él. Por lo tanto, parece que la "unión" no es un producto aleatorio de las relaciones, sino que es descripto como un aspecto terapéutico significativo en los procesos de recuperación de las personas.

Como parte inseparable de la importancia del trabajo en conjunto surgen las dificultades en el desarrollo e implementación de la asociación en las RTR. Eso pasa cuando la teoría se enfrenta a la realidad. Por diversas razones el profesional entiende que no puede implementar el principio de la "relación colaborativa", y debe tomar decisiones o una posición de una manera "menos cooperativa", transgrediendo sus principios y valores profesionales. Esta situación crea una contradicción ética y moral con los principios y la ideología del profesional, lo cual los enfrenta a dilemas éticos complejos. *"Creo que el dilema más difícil es con personas que han entrado en un estado psicótico paranoide. Si le digo: 'Escucha, estoy preocupado por ti. Es importante que hable a tu lugar de trabajo, o con la familia, o con el médico'... o algo por el estilo, no siempre es aceptado. Y hasta se puede enojar y no querer trabajar más conmigo. Y, entonces el dilema es si tomo el derecho... la autoridad... Muchas veces lo que trato de hacer desde un principio es especificar este incumplimiento del trato y que sea parte del trato.... Igual no deja de ser complejo..."*

Es importante recordar que la relación colaborativa tiene muchas gamas y toma diferentes colores en diferentes relaciones, diferentes contextos y diferentes organizaciones. Y que este tipo de acuerdo de trabajo conjunto crea diferentes dilemas que el profesional debe tratar y resolver en el trabajo diario.

#### 5. La comunicación natural

La forma de comunicación natural entre el cliente y el terapeuta caracteriza las RTR. Estas relaciones son similares, de una manera u otra, a las relaciones cotidianas, las relaciones sociales, normativas y constituyen una especie de "ejercicio de la vida real". Este tipo de relación es compatible con el proceso de recuperación personal: *"En primer lugar me acerco a una persona como persona". "Creo que la regla principal es que la relación es una simulación de una vida normal... una simulación de las conexiones humanas. Es decir, las relaciones tratan de reflejar marcos normales, a pesar de que no se puede olvidar que estamos en un hospital".*

En base las los testimonios de la investigación de Finaret (13) elementos tales como "contacto humano normal", "la sinceridad y la veracidad", "relaciones informales, no jerárquicas y a un mismo nivel-como iguales", "aspiración por la igualdad y la reciprocidad" se revelan

como características imprescindibles de las relaciones. Estas relaciones se basan en la comunicación abierta y fluida entre el profesional y el paciente. El uso de estos términos hace que sea posible entender el enfoque de los profesionales que reconocen al individuo en primer lugar como persona y fomentan una relación terapéutica informal y no jerárquica, a diferencia de lo que ocurre en las instituciones médicas o en las terapias más tradicionales. Este tipo de relación que se basa en un enfoque humano y social permite e incluso aspira a promover a las dos partes (profesional y cliente) la expresión de sentimientos y opiniones directa y honestamente. Se puede entender que el profesional no se coloca en la condescendencia paternalista y omnipotente, sino más bien en una posición natural, humana e igualitaria, cercana al paciente.

La "reciprocidad" permite dar lugar al reconocimiento de que ambas partes están atravesando una experiencia significativa durante el desarrollo de la relación de rehabilitación y que, a diferencia de otras posiciones tradicionales, se da legitimidad a que las dos partes aprenden y pasan por un proceso significativo. Esta reciprocidad contribuye a una comunicación más igualitaria e informal y transmite un mensaje de sinceridad, más humano y menos formal y autoritario sobre la forma de crear y desarrollar una relación que promueve el desarrollo del ser, recobrando la dignidad y la seguridad personal.

Parece que esas características transforman las relaciones en procesos significativos y auténticos que contribuyen a la recuperación de las personas con enfermedades mentales y al mismo tiempo permiten el reconocimiento de las relaciones normativas, aprenden o practican a través de ellas el desarrollo de las relaciones sociales en general.

## 6. La esperanza

La esperanza aparece en la literatura (4, 13, 35) como una característica única y significativa en el desarrollo de las RTR. La confianza que expresan los profesionales en la capacidad de las personas con trastornos psiquiátricos para construir y llevar adelante una vida satisfactoria juega un papel esencial en la reconstrucción de la esperanza de las personas. Desde los valores que basan la percepción de la recuperación es fundamental reflejar una actitud optimista hacia los procesos de rehabilitación y recuperación. *"Sin esperanza, es imposible trabajar. Entonces, la esperanza debe ser transmitida todo el tiempo. Pero es siempre muy compatible con lo que esa persona puede hacer idiosincráticamente"*. Se puede decir que los profesionales que trabajan en este ámbito tienen una especie de "creencia personal" que da cuenta de tener siempre una esperanza básica y general cuando conoce a un cliente nuevo. Al mismo tiempo, para ellos el significado o la traducción de la esperanza se dan en la realidad cotidiana, no como algo teórico o ideal, y se presentan relacionados específicamente con ese cliente, con sus fortalezas y con el lugar en la vida en la que se encuentra.

La esperanza se construye en forma progresiva con la persona que empieza o se encuentra en el proceso de

recuperación. Se trata de una esperanza que no se expresa en los milagros y maravillas, sino en *"pasos pequeños y cualitativos que se pueden alcanzar por la persona misma y transmiten una sensación de control sobre la propia vida."* Es la creencia que se puede vivir una vida mejor, que uno puede estar involucrado en actividades significativas en la vida, encontrar cosas que se pueden disfrutar, y desarrollar el potencial de cada uno a pesar de la enfermedad, y que es acorde a los valores de recuperación descritos anteriormente. El trabajo del profesional en el campo de la rehabilitación consiste en transmitir y fortalecer la esperanza todo el tiempo. La esperanza aparece como un "ancla de supervivencia", una búsqueda constante de fuerzas que permiten tanto al profesional como al individuo hacer frente a las dificultades y sentimientos difíciles que los procesos de recuperación despiertan en ambas partes.

*"El proceso de recuperación es una especie de 'búsqueda del tesoro'. En el camino vamos encontrando pistas. La búsqueda no se termina... Pero cada pista en el camino es un descubrimiento, acerca de nosotros mismo... Es animarse a hacer algo que no sabía ayer o hace un año o hace cinco años. Puede ser algo pequeño y algo grande y... estos momentos de descubrimiento son los más emotivos..."*

La esperanza está conectada directamente con la sensación de duelo, pérdida, el dolor y el fracaso. *"... No puedo decir la palabra esperanza sin conectarlo a una crisis o pérdida... Son las dos caras de la misma moneda. No se puede hablar de esperanza sin dar lugar a lo que se perdió en el pasado..."*

La esperanza puede ser relacionada directamente con las desilusiones y dificultades que surgen en el proceso. De esta manera y con el fin de hacer frente a las decepciones, algunos profesionales adecuan las expectativas a las posibilidades de la persona en el presente, y de esta manera logran preservar el sentido de la esperanza y seguir ayudando a los clientes a progresar en sus vidas.

La complejidad de la esperanza también surge también a raíz de la pregunta: ¿qué necesitan los profesionales, a fin de no perder la esperanza y afrontar con éxito el peso y la complejidad de la enfermedad mental y el tratamiento de las personas en proceso de recuperación? A modo de conclusión y correspondiendo con la literatura, la esperanza, con toda su complejidad, es el combustible que puede impulsar cualquier proceso de recuperación y de cambio, y es un ancla de supervivencia que le permite al profesional y los clientes estar juntos en complejos procesos personales (2, 18).

## Conclusiones

El presente artículo define a las relaciones terapéuticas promotoras de la recuperación (RTR) como el "centro del trabajo" y constituyen un aspecto significativo, incluso uno de los componentes de más influencia (4, 19, 28) en los procesos de recuperación e inclusión de personas con enfermedades mentales. Estas relaciones son las que conectan a los clientes al programa de intervención, a la creencia de que se pueden cambiar las co-

sas en la vida, a la esperanza de que algo siempre es posible y ayudan a mantener la continuidad y una conexión interna única. Son vistas y entendidas como una forma diferente de relación, no convencional y cambiante, inusuales y a veces incluso extraordinarias cuya naturaleza y la división de roles en ella puede modificarse de acuerdo a la necesidad y de acuerdo con las personas involucradas.

De acuerdo a lo descrito aquí, y considerando la importancia de esta relación como una herramienta que facilita la recuperación de personas con enfermedades mentales, es necesario que los profesionales, así como las agencias de servicios y los responsables de las políticas, profundicen el conocimiento sobre la naturaleza y singularidad de las RTR y desarrollen la posibilidad de trabajar a través de ellas para promover procesos de cambio, de recuperación e inclusión. No solo estas relaciones son una herramienta clave en el trabajo de los profesio-

nales sino que también tienen, a través de las características descritas antes, el poder de fomentar cambios y apoyar procesos complejos.

Estamos hablando de un cambio ideológico en las formas de crear y desarrollar relaciones terapéuticas en el ámbito de salud mental de acuerdo a la visión de la recuperación. Por lo tanto, es imprescindible entender que el desarrollo de este tipo de conexiones se convierte en algo que va mucho más allá de la técnica o la herramienta terapéutica. Es una posición ideológica y moral respecto a la vida del individuo en la sociedad. Por eso mismo, cada momento que creamos y desarrollamos "relaciones terapéuticas promotoras de la recuperación" con este tipo de características, estamos involucrados en un acto ideológico y contribuimos a la revolución que comenzó hace muchos años, una revolución social que ve a la persona con enfermedades mentales como parte de la sociedad. ■

## Referencias bibliográficas

- Slade M, Adams N, O'Hagan M (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 1-4.
- Farkas M (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6 (2), 68-74.
- Erney J (2005). Toward a recovery oriented mental health services for adults. Pennsylvania department of public welfare, Office of mental health & substance abuse services. Harrisburg.
- Slade M (2009) Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge University Press.
- Anthony W (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Davidson L, Strauss JS (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Deegan P (1988) Recovery, the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Roe D, Chopra M, Hasson-Ohayon I, Shor R, Lachman M, Rudnick A. La evolución de la investigación y conceptualización en trastornos mentales graves y sus implicaciones para la rehabilitación psiquiátrica. *Sociedad y Bienestar* 2005, 2, 222-227. (en hebreo)
- Norcross JC (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change* (2nd ed.) (pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association
- Russinova Z, Rogers S, Langer Ellison M, Lyass A. (2011). Recovery-Promoting Professional Competencies: Perspectives of Mental Health Consumers, Consumer-Providers and Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 177-185.
- Slade M, Longden E (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-14.
- Lysaker PH, Roe D (2016). Integrative psychotherapy for schizophrenia: its potential for a central role in recovery oriented treatment. *Journal of clinical psychology*, 72(2), 117-122.
- Finaret A (2002). La singularidad de las relaciones terapéuticas en el área de rehabilitación psiquiátrica. Los elementos que caracterizan las relaciones de rehabilitación, su importancia, su significancia y los dilemas que surgen en su implementación. Trabajo Final de graduación en la "Maestría en Trabajo Social", Universidad de Jerusalén en Israel. (en hebreo)
- Anthony W, Rogers S, Farkas M (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-112.
- Borg M, Kristiansen K (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Catty J (2004). 'The vehicle of success': theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy*, 77, 255-272.
- McCabe R, Priebe S (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 115-128.
- Eini-Finaret A, Shor R. (2006). Perceptions of professionals about the nature of rehabilitation relationships with persons with mental illness and the dilemmas and conflicts that characterize these relationships. *Qualitative Social Work*, 5(2), 151-166.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M (2008) Making recovery Reality. Policy Paper. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Rapp CA, Goscha R (2012). *The Strengths Model: A recovery Oriented Approach to Mental Health Services*. Third Edition. Oxford: University Press. Chapter 4: Engagement and relationship: a new partnership.



21. Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding C (1997). The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. En: Spaniol, L. Gange, C. and Koehler, M. (Eds). *Psychological and Social aspects of Psychiatric Disability*. Boston: Center of Psychiatric rehabilitation.
22. Sullivan W (1997). A long and winding road: The process of recovery: The process of recovery from severe mental illness. En: Spaniol L, Gange C and Koehler M. (Eds). *Psychological and Social aspects of Psychiatric Disability*. Boston: Center of Psychiatric rehabilitation.
23. Ahn H, Wampold B (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), 251-257.
24. Howgego IM., Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-73.
25. Chinman M, Rosenheck R, Lam J, Davidson L (2000). Comparing consumer and nonconsumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(7), 446-453.
26. Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA (Eds.) (2010). *The heart and soul of change (2<sup>nd</sup> ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
27. Gehrs M, Goering P (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychological Rehabilitation Journal*, 18, 43-54.
28. Horowitz R (1991). Reflections on the casework relationship: Beyond empiricism. *Health and Social Work*, 16 (3), 145-224.
29. Horowitz R, Farrel D, Forman J, Dincin J (1995). The rehabilitation Relationship. In J. Dincin. (Ed.), *A pragmatic approach to psychiatric rehabilitation: Lessons from Chicago's Thresholds Program*. (pp. 21-32). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
30. Moorhead M (1994). Speaking Out - Why pick up the racquet? Notes from the hospital. In W. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in psychiatric rehabilitation* (pp. 301-307). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
31. Yamin A, Yerushalmi H, Roe D, Tishvi O (In press). El aporte de las características intersubjetivas en la relación de supervisión. *Journal Hevra Y Revaja* (en hebreo).
32. Curtis L, Hodge M (1994). Old Standards, New Dilemmas: Ethics and boundaries in Community Support Services. En: IAPRS (Eds.) *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, pp339-354, IAPRS Publications.
33. Ziv-Beiman S (2013). Therapist Self-Disclosure as an Integrative Intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*. 23 (1), 59-74.
34. Cohen M, Nemeck P, Farkas M (2000) Connecting for rehabilitation readiness. Training Module and Reference Handbook. *Psychiatric Rehabilitation Training Technology*. Center of Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
35. Waynor WR, Gao N, Dolce JN, Haytas L, Reilly A. (2012). The relationship between hope and symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 345-348.