

RELACIÓN TERAPÉUTICA: ESTUDIO EN POBLACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

THERAPEUTIC RELATIONSHIP: A STUDY WITHIN A UNIVERSITY STUDENTS' POPULATION

Etchevers, Martín¹; Simkin, Hugo²; Putrino, Natalia³; Greif, Julieta⁴; Garay, Cristian⁵; Korman, Guido P.⁴

RESUMEN

En la actualidad, se considera que parte del éxito de un tratamiento psicoterapéutico depende de la relación entre paciente y terapeuta. Sin embargo, se ha observado que la inclusión de esta temática es escasa en los planes de estudio de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Por este motivo, el presente trabajo se propone evaluar, a partir de un cuestionario autoadministrable desarrollado ad hoc, las creencias acerca de los factores que influyen en la Relación Terapéutica en el tratamiento (*Inicio, Sostenimiento y Resultados*) y de las características del terapeuta más importantes para el establecimiento de la relación terapéutica (e.g. *Adaptación a las necesidades del paciente, Actitud empática, Expresión abierta de interés, Actitud cálida, Cultura/Religión*) en una muestra compuesta por 290 estudiantes de la Carrera de Psicología de la UBA seleccionada a través de una técnica de muestreo no probabilística de tipo intencional. La mayoría de los estudiantes consideró importante la Relación terapéutica tanto en el inicio, como en el sostenimiento y la culminación del tratamiento. Para el establecimiento de la relación terapéutica valoran la "adaptación a las necesidades del paciente", la "actitud empática", la "expresión abierta de interés" y la "actitud cálida", junto a un "diálogo fluido". Finalmente, cuantas más materias presentan aprobadas los estudiantes, consideran más relevantes a la "actitud empática" y la "escucha abstinentes", otorgando menos relevancia a la "actitud cálida", el "diálogo fluido" y la "expresión abierta de interés". Se analizan estos resultados en el marco de las corrientes teóricas más relevantes en el contexto local y se concluye la necesidad de fortalecer la formación sobre Relación Terapéutica en la Carrera de Psicología en la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Palabras clave:

Relación Terapéutica - Estudiantes - Creencias

ABSTRACT

It is considered that psychotherapy outcomes partially depend on the therapeutic relationship. However, it has been observed that teaching this issue is scarce in the Bachelor of Psychology curriculum at the University of Buenos Aires. For this reason, this paper aims to assess beliefs about the factors that influence the therapeutic relationship in a sample of 290 psychology students. These factor range from adaptation to the client's needs, empathetic attitude, warm Attitude, Culture / Religion, etc. Most students considered important the therapeutic relationship in the psychotherapy process. For the establishment of the therapeutic relationship there were valued "adaptation to the client's needs" an "empathetic attitude", "open expression of interest" and a "warm attitude" with a "fluid dialogue." Advanced students tend to consider "empathetic attitude" and "Abstinence" most important than beginner students, while decreasing the perception of relevance in relation to the "warm attitude", "fluid dialogue" and "interest". These results are discussed in the context of relevant theoretical trends in the local context. It is concluded the need to strengthen the training about Therapeutic Relationship at the University of Buenos Aires.

Key words:

Therapeutic Relationship - Students - Believes

¹Lic. en Psicología, UBA. Mg. en Cultura y Sociedad. Prof. Adj. Reg. Clínica Psicológica y Psicoterapias, cáted. I. Facultad de Psicología, UBA. Director UBACyT (período 2010-2012) del proyecto Estrategias de Complementariedad Terapéutica en Personas con Diagnóstico de Depresión de la Ciudad de Buenos Aires: la Importancia de los Factores Interpersonales y la Relación Terapéutica. E-mail: metcheve@psi.uba.ar

²Lic. en Psicología, UBA. Becario Doctoral UBACyT.

³Becaria UBACyT, Categoría Estímulo.

⁴Investigadora UBACyT.

⁵Doctor de la Universidad de Buenos Aires. Magister en Cultura y Sociedad (IUNA). Docente en grado y posgrado, Psicología, UBA. Investigador UBACyT, Psicología, UBA.

⁶Licenciado y Profesor en Enseñanza Media y Superior en Psicología, UBA. Magister y Doctor en Cultura y Sociedad (IUNA). Doctor en Psicología, UCES. Terapeuta cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC). Docente en grado y posgrado, Psicología, UBA. Co-director UBACyT, Psicología, UBA.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la alianza terapéutica surge inicialmente a partir del concepto de transferencia desarrollado por Sigmund Freud (1912), quien introduce el término para referirse a la reedición o repetición inconsciente de modelos de relación infantiles del paciente (*clisé*) que se produce con la figura del terapeuta (Kapelovitz, 1987). De acuerdo a los primeros desarrollos teóricos, en la medida en que esta repetición cobra un aspecto positivo-tierno, funciona como motor del tratamiento favoreciendo las asociaciones del paciente (Freud, 1915). Sin embargo, cuando presenta aspectos negativos o positivos-eróticos, se convierte en una vertiente resistencial, obstaculizando el proceso terapéutico (Freud, 1914).

Posteriormente, el impacto del Psicoanálisis en Estados Unidos dio lugar a nuevas conceptualizaciones de la noción de transferencia, particularmente en el marco de la Psicología del yo. En este contexto nace el concepto de Alianza Terapéutica (Frank, 2005). Una de las primeras referencias al constructo fue sugerida por Elizabeth Zetzel (1956), quien lo emplea para diferenciarlo de la "transferencia" en tanto sugiere que la alianza terapéutica se refiere específicamente a la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el empleo de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Desde entonces, la noción de alianza o relación terapéutica ha cobrado diversas acepciones, de acuerdo a diferentes autores y enfoques teóricos (Etchevers, Simkin, González & Muzzio, 2012; Etchevers, González & Simkin, 2012), a tal punto que se ha observado que la alianza puede comprenderse como un constructo panteórico que influye en la efectividad de las intervenciones técnicas de cualquier tipo de psicoterapia (Strupp, 1973). Por ejemplo, Hartley (1985) ha considerado que la relación terapéutica incluye a la relación real y a la alianza de trabajo. De acuerdo con el autor, mientras que la primera remite al vínculo entre el paciente y el terapeuta, la segunda refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente según los objetivos previstos. Por su parte, Edward Bordin (1979) la define como un constructo multidimensional en el cual se identifican tres componentes: (1) acuerdo en las tareas, (2) vínculo positivo y (3) acuerdo en los objetivos. Asimismo, Lester Luborsky (1976) identifica dos tipos de relación terapéutica, según la fase o etapa de la terapia. Mientras que la alianza de tipo I remite a la relación entre paciente y terapeuta que tiene lugar al inicio del tratamiento y se caracteriza por la sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, la alianza de tipo II tiene lugar en fases posteriores y se caracteriza por la sensación por parte del paciente de trabajo y esfuerzo conjunto. De acuerdo con Corbella y Botella (2003) ambas perspectivas resultan complementarias, dado que la alianza de tipo I de Luborsky puede asociarse al vínculo positivo de Bordin, mientras que la alianza de tipo II podría asociarse al acuerdo de tareas y objetivos de Bordin.

Recientemente, Jonathan Green (2009) identifica dos componentes de la relación terapéutica: las característi-

cas personales del terapeuta (agradabilidad, veracidad y compromiso) y sus tareas (manera en que el foco, método y objetivos del tratamiento son explicitados y mutuamente aceptados). Dichos componentes contribuyen a la creación de una buena alianza y refuerzan las posibilidades de alcanzar los objetivos terapéuticos. En este sentido, Soares, Botella, Corbella, Serra de Lemos y Fernandez (2013) observan que aquellos pacientes que sostienen la terapia presentan un mayor acuerdo en las tareas que los que abandonan el tratamiento.

La evaluación empírica de la relación terapéutica comienza a partir de la década de 1980, y desde entonces se han construido diversas escalas, procurando reflejar las diferentes perspectivas teóricas (Wiseman, Tishby & Barber, 2012). Cabe destacar la escala *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) que comprende tres factores que corresponden a la conceptualización de la alianza según los desarrollos de Bordin. Dicho instrumento ha provisto mayor apoyo para los fundamentos empíricos sobre la alianza en psicoterapia. La WAI junto a otras escalas como: *Helping Alliance Questionnaires* (HAQ-II; Luborsky, Barber, Siqueland & Johnson, 1996), *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPS; Gaston & Marmar, 1994) y *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS; O'Malley, Suh & Strupp, 1983) representan los instrumentos de medición más empleados para el estudio de la relación terapéutica.

Por otro lado, se ha incrementado en los últimos años el número de investigaciones que exploran el vínculo entre la relación terapéutica y los resultados de los tratamientos (Etchevers et al, 2012). En este sentido, Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold (2012) realizaron un meta-análisis con el objeto de evaluar los efectos del terapeuta en la alianza y los resultados de la psicoterapia, corroborando su impacto positivo para el tratamiento psicológico. Una vez comprobada la influencia de la relación terapéutica en los resultados del tratamiento, diferentes autores se interesaron en identificar cuáles son los aspectos o factores que inciden favorablemente en los mismos (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Heinonen, Knekt, Jääskeläinen & Lindfors, en prensa).

Siguiendo la línea de estos autores, en este estudio se han identificado nueve aspectos importantes que podrían afectar positivamente la relación terapéutica: (1) *Actitud Cálida* (AC) (2) la *Actitud empática del terapeuta* (AE), (3) *Actitud distante* (AD) (4) *Abstinencia* (AB), (5) *Neutralidad* (N), (6) el *Feedback o Diálogo fluido* (DF), (7) la *Expresión abierta de interés* (EI) y la (8) *Adaptación a las necesidades del paciente* (AN), (9) *Compartir la cultura/religión y los códigos del paciente* (CC).

La (1) actitud cálida (AC) y amable del terapeuta refiere a su grado de implicación emocional con el paciente (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Tal como lo plantean Corbella y Botella (2003) la calidez del terapeuta es una de las dos cualidades necesarias, pero no suficientes para desarrollar un buen proceso terapéutico, de acuerdo a estos autores, los comportamientos de exploración y valoración del terapeuta promueven la alianza terapéutica con el paciente, mientras que por el contrario, la baja valoración

perjudica a la misma (Henry & Strupp 1999). Mohl et al. (1991) observaron que una actitud cálida se encontraba asociada a una buena alianza terapéutica. De acuerdo con Hardy, Cahill, & Barkham (2007), para los pacientes la actitud cálida es lo que mayor favorece una buena relación, mientras que para los terapeutas es más relevante la colaboración activa del paciente. Se ha observado que ambas se encuentran asociadas, de modo que la calidez del terapeuta fortalece la participación activa de los pacientes en el tratamiento (Wright & Davis, 1994). Por el contrario, la hostilidad en la interacción entre paciente y terapeuta se ha asociado a una peor calidad en la alianza terapéutica (Morris, & Suckerman, 1974).

En relación a la *Actitud Empática del terapeuta* (AE), la Enciclopedia Británica la define como “una habilidad para imaginarse uno mismo en lugar de otro y mediante este proceder, entender sus ideas, sus acciones, sus deseos, sus sentimientos”.

Desde una perspectiva psicodinámica, Kohut (1984) considera a la empatía como “el intento de una persona de experimentar la vida interna de otro mientras permanece como observador externo” (Kahn, 1985, p.894). Para este autor, la empatía constituye un modo de observación que permite comprender actitudes y valores del paciente e implica por parte del terapeuta una actitud neutral y objetiva (Aragno, 2008; Kahn, 1985; Wispé, 1987).

En el contexto local, Sara Baringoltz realizó un estudio en el cual 97% de los terapeutas señaló a la empatía como una de las características más importantes en el rol profesional (Baringoltz, 2005).

Raskin (1974) realizó una encuesta en Estados Unidos con 83 terapeutas en actividad y concluyó que el factor más valorado para ser terapeuta es “tratar de comprender el punto de vista del cliente de la manera más precisa y sensible que el terapeuta pueda” (Raskin, 1974, en Rogers 1975).

En otro estudio realizado del mismo país, Carlozzy et al (2002) encontraron que los psicoterapeutas consideraban a la empatía como una habilidad necesaria para la profesión (Carlozzy et al., 2002).

Por otro lado, Orlinsky y Howard realizaron en 1978 una revisión en la que encontraron que la mayoría de estos estudios indican que la sensación de ser comprendido por el psicoterapeuta tiene efectos beneficiosos para los pacientes (Patterson, 1984). En la misma línea, Stephen y Baerstein (2006) demostraron que la sensación del paciente de sentirse entendido profundamente lleva a una mayor apertura y mayor confianza en el terapeuta.

Existe una gran evidencia empírica de que a mayor nivel empatía, hay mayor beneficio para los pacientes (Patterson, 1984). En una revisión bibliográfica, Patterson (1984) encontró que el 47% de 15 estudios que analizaron las condiciones necesarias para un terapeuta, concluyen que mayores niveles de empatía se correlacionan positivamente con un resultado positivo (p.22).

En el contexto local, Vidal y Benito (2012) sugiere que la empatía forma parte de los afectos que se producen en la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, que se considera básica en dicha relación. Horvarth

y Breenberg (1989) compararon los puntajes de los terapeutas en la WAI y la *Relationship Inventory* (RI), encontrando que el factor “vínculo” de la escala WAI se encuentra asociado a la escala de empatía de la RI, que evalúa la demostración de empatía, congruencia entre paciente y terapeuta y atención positiva. De manera similar, Price y Jones (1998) compararon los resultados obtenidos en *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS; Gaston; Marmar, 1994) y la *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones, 1985) observaron una correlación entre la CALPAS y los ítems de la PQS relacionados a los comportamientos afiliativos del terapeuta (e.g., el terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, en armonía con el paciente, empático).

La *Actitud distante* (AD), apunta a distinguir si la idea subyacente respecto a la noción de la psicoterapia es la de un complejo fenómeno bipersonal (Vidal y Benito, 2012) en el cual la inclusión del observador en el fenómeno observado implica a un terapeuta activo en el proceso (Ojeda, 2010) o si por el contrario subyace la idea clásica del psicoanálisis en la cual la transferencia es producto de la neurosis o de la parte neurótica del paciente en la cual se desplazan o transfieren sentimientos, actitudes o deseos que pertenecen a figuras pasadas (Greenson, 1965). En relación a esta perspectiva, Fosshage (1994) plantea que esta línea de “desplazamiento” implica pensar que se trata del producto aislado e inapropiado de la mente del paciente que no se encuentra afectado por la persona o actividad del analista, quien se mantiene en una actitud de neutralidad y anonimato. Para Langs (1973), el uso excesivo y repetitivo del silencio resulta inapropiado para el paciente, lo que indica una falta de sensibilidad sus necesidades.

Heinonen et. al (2013), realizaron un estudio en el que se comparó la eficacia de los tratamientos psicodinámicos (LPP) y psicoanalíticos (PA) tras un seguimiento de cinco años. Los autores encontraron que los pacientes que habían recibido PA tenían menos síntomas que los del grupo LPP, cuando los terapeutas se habían mostrado menos distantes y más contundentes. Las otras cualidades que resultaron especialmente beneficiosas en PA fueron una elevada asertividad y un estilo menos distante. En relación a la *abstinencia*, según el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1997) esta puede ser definida como el “principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas a sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar papeles que éste tiende a imponerle”.

En el estudio de la Relación terapéutica, la regla de la abstinencia ha sido estudiada principalmente desde un enfoque psicoanalítico o psicodinámico, motivo por el cual no existe consenso relativo a su impacto en la alianza. Según las corrientes psicoanalíticas, la abstinencia como principio y regla del analista es consecuencia de la neutralidad. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales (Laplanche & Pontalis, 1997). Otros autores consideran a la neutralidad como

una definición amplia que engloba a términos como la abstinencia, la empatía y la equidistancia (Stolorow & Atwood, 2013). Langs (1990) define la neutralidad como la ausencia de opiniones personales, directivas, auto-revelaciones, manipulaciones, y todas las demás respuestas no interpretativas. De acuerdo con Faulkner & Faulkner (1997) la neutralidad implica también evitar la familiaridad con el paciente, lo que podría afectar la relación terapéutica. Para los autores, esto resulta particularmente un desafío en zonas rurales, donde el terapeuta encuentra mayor dificultad en evitar el trato familiar con las personas a las que asiste.

Respecto del *feedback* o *diálogo fluido*, de acuerdo a Henry y Strupp (1992) la calidad de la comunicación afecta la relación entre paciente y terapeuta. El terapeuta promueve el *feedback* que puede ayudar al cliente a realizar un insight de lo que repite en sus relaciones interpersonales con otras personas (Hill & Nox, 2009). De acuerdo con Hill y Nox (2009), esto fortalece la relación entre el cliente y el terapeuta, a la vez que el psicólogo se convierte en una figura positiva en el mundo interno del cliente. Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman y Roose (1998) llevaron a cabo un estudio acerca del "acople" en la relación entre el paciente y el terapeuta y si este se encontraba asociado a otras variables tales como la actividad verbal terapeuta. Estos autores observaron que tanto los pacientes como los terapeutas reportaron una mayor Alianza cuando el terapeuta era más activo en los intercambios verbales. Estos resultados pueden ser interpretados bidireccionalmente, lo que significa que un terapeuta activo facilita la experiencia de un encuentro positivo y, a su vez, la experiencia de un resultado positivo puede dar lugar a que el terapeuta sea verbalmente más activo.

En relación al *compromiso con la problemática del paciente*, de acuerdo con Safran (2000) la respuesta óptima del terapeuta es aquella que mejor se adapta a las necesidades evolutivas del paciente y favorece el proceso de cambio del paciente en la matriz relacional. Safran y Muran (2000) describieron la alianza terapéutica como "un proceso de negociación inter-subjetiva" refiriéndose a la transacción constante que se debe realizar entre las necesidades de "afiliación" y "agencia" a lo largo de la relación. La primera se refiere a la necesidad innata del ser humano tanto de establecer como de mantenerse afiliado con otros, y la segunda a la necesidad de auto-definirse o individuarse. Según los autores, existirían estas dos tendencias fundamentales en los seres humanos que se hallarían en una tensión continua entre sí y servirían para comprender los tipos de conflictos o rupturas que se producen en el desarrollo de la alianza. La negociación de estas dimensiones se pone en juego en todo proceso de psicoterapia, y la resolución de los conflictos subyacentes requiere el reconocimiento del terapeuta de su contribución.

Por su parte, Gaston & Ring (1992) empleando el Inventory of Therapeutic Strategies (ITS) para evaluar las estrategias del terapeuta, sugieren que si el paciente experimenta que el analista está comprometido con tratamiento, suelen incrementarse los sentimientos de conexión entre el pacien-

te y el terapeuta, fortaleciendo la confianza tanto en el terapeuta como en el proceso terapéutico.

Safran y Murran (2005) afirman que es conveniente que el terapeuta invite al paciente a unirse a comprender juntos el dilema que comparten, teniendo como objetivo, establecer una sensación del "nosotros", lo que contribuiría a que el paciente perciba que el terapeuta presenta un genuino interés por la problemática del paciente.

Sobre la *adaptación a las necesidades del paciente*, Altmaier y Hansen, (2012) la definen como los continuos intentos del terapeuta de explorar los problemas como una manifestación de una conexión empática, demostrando calidez y preocupación. De acuerdo con Beck (1979), ningún otro aspecto de la terapia implica tantos riesgos ni requiere tanta habilidad como esta característica. Para el autor, es necesario adecuarse a la medida justa de lo que cada caso requiere dado que puede resultar tan ineficaz ser demasiado como insuficientemente directivo. En este sentido, la investigación relativa a la naturaleza de la maestría profesional, demuestra que los profesionales muy experimentados en diversos campos responden a las situaciones relevantes de un modo flexible, creativo y sensible al contexto (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Schon, 1983). De acuerdo con Safran y Muran (2005), a diferencia de los principiantes, que aplican intervenciones como si fueran "recetas de cocina", los terapeutas experimentados modifican y adaptan las teorías y técnicas existentes a cada caso en particular.

Finalmente, se ha observado que *compartir la cultura/religión y los códigos del paciente* contribuye a fortalecer la relación entre el paciente y el terapeuta (Harverkamp, 2010; Korman & Simkin, 2010). En este sentido, aunque compartir aspectos culturales no predice directamente el resultado de la terapia, aumenta la adherencia al tratamiento (e.g. Comas-Díaz, 2006). Por el contrario, el desconocimiento respecto de los factores culturales de la población a la que se asiste, aumentaría la posibilidad de realizar diagnósticos errados, la patologización de aquello que es desconocido y disminuiría la adherencia a los tratamientos (Korman et al, 2011; O'Connor y Vanderberg, 2005). En el contexto local, Korman et al (2011) evalúan una muestra de 224 psicólogos y psiquiatras cuyo lugar de ejercicio es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires, respecto del conocimiento de los aspectos culturales de la población a la que asisten, particularmente en cuanto a su diversidad religiosa. Los autores concluyen que el conocimiento de los profesionales no refleja la diversidad real que se desprende de los datos oficiales y de estudios especializados, por lo que recomiendan fomentar el conocimiento específico de los profesionales.

El estudio acerca de la Relación Terapéutica resulta de amplia relevancia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), dado que existe una amplia predisposición en este contexto a realizar tratamientos psicoterapéuticos (Dagfal, 2009; Roussos, 2001). Así, en concordancia con esta valoración positiva de la población por el psicoanálisis y las escuelas psicológicas en general se ha observado que existe una proporción de 795 psicólogos por cada

100.000 habitantes (Alonso & Gago, 2008), siendo esta una de las más altas a nivel mundial.

En particular, en el contexto de CABA diferentes autores han contribuido al estudio de la relación terapéutica adaptando y validando diferentes instrumentos de evaluación, así como identificando los diferentes aspectos que favorecen la relación terapéutica o destacando el impacto positivo que presenta en los resultados de los tratamientos terapéuticos (e.g. Conn, Medrano y Moretti, 2013; Etchevers et al, 2012; Waizmann & Roussos, 2011).

Sobre los aspectos que favorecen la relación terapéutica, en el enfoque psicoanalítico, Zukerfeld (2001) ha estudiado el vínculo entre relación terapéutica, percepción de cambio o mejoría, frecuencia de sesiones y estilo de intervención analítica. El autor concluyó que el grado de alianza percibido por los pacientes se encuentra vinculado a la mejoría pero no a la frecuencia de sesiones ni a la modalidad de las intervenciones. Además, se ha observado en una muestra de profesionales, psicólogos clínicos y médicos psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires (Garay, Fabrissin, Korman, Etchevers & Biglieri, 2008), que los factores interpersonales fueron considerados como los principales responsables del éxito terapéutico. Si bien la relación terapéutica ha sido estudiada en el contexto local (e.g. Zukerfeld, 2001) todavía no se cuenta con trabajos que indaguen específicamente las creencias de los estudiantes de Psicología acerca de los factores que inciden sobre ella. En particular, conocer dichas creencias cobra relevancia por dos motivos. En primer lugar, luego de una revisión de los programas de las diferentes materias de la Carrera de grado de la Licenciatura en Psicología se ha observado que la Relación terapéutica no forma parte de los planes de estudio, con la excepción de algunos textos vinculados a la noción de transferencia desde un enfoque psicoanalítico. En este sentido, los estudiantes no cuentan con formación específica acerca de sus componentes, de los factores que contribuyen a fortalecer dicha relación, ni de su impacto en los resultados del tratamiento. En segundo lugar, cabe destacar que la Licenciatura en Psicología en la República Argentina cuenta con un título habilitante. Dado que en la literatura académica se observa el papel relevante de la relación terapéutica en los resultados del tratamiento, conocer las creencias de los estudiantes de la Facultad de Psicología acerca de los factores que inciden en la relación terapéutica, permitiría dar cuenta de las herramientas que poseen para desempeñarse en el ámbito profesional. En este sentido, los resultados del presente estudio podrían contribuir al diseño de dispositivos pedagógicos orientados a reforzar las herramientas teóricas de los estudiantes acerca de los factores que afectan positivamente la relación terapéutica y al entrenamiento en las competencias y las habilidades interpersonales necesarias para su construcción.

Por este motivo, el objetivo principal del presente artículo consiste en explorar las creencias acerca de la relación terapéutica en estudiantes de Psicología que se encuentran realizando sus estudios de grado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En particu-

lar, se procura (1) Conocer las creencias de los estudiantes acerca de la influencia de la relación terapéutica en los resultados del tratamiento y (2) conocer las creencias de los estudiantes en relación a los factores que fortalecen la relación terapéutica.

METODO

Participantes

Se trabajó con un muestreo no probabilístico, intencional, en el que participaron 290 estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina (16.9 % hombres y 83.1% mujeres) con un rango etario de 19 a 35 años ($M = 24,10$, $DE = 3,71$). Los participantes fueron invitados voluntariamente en la investigación, solicitándoles su consentimiento a través de un formulario que explicitaba que en cualquier momento podían rehusarse a responder cualquier pregunta que consideraran inadecuada. Además, se comunicó explícitamente a los participantes que los datos derivados de la presente investigación se utilizarían con fines exclusivamente académico-científicos bajo la Ley Nacional de la República Argentina 25.326 de protección de los datos personales.

Instrumento

Los datos fueron recolectados a través de un instrumento de evaluación de índole autoadministrable construido en base a una revisión bibliográfica (Etchevers, González, Sacchetta, Iacoponi, Muzzio & Miceli, 2010). El mismo fue confeccionado a través de una página web, con preguntas cerradas, cuyo formato de respuesta es excluyente/no excluyente. El link para acceder al mismo se envió en forma electrónica a estudiantes de diferentes etapas de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El cuestionario consta de 10 preguntas. Las preguntas 1 y 2 buscan recabar información de tipo demográfico (e.g. edad, sexo). La pregunta 3 explora la cantidad de materias aprobadas. Las preguntas 4, 5 y 6 indagan las ideas y las creencias de los estudiantes sobre la incidencia de la relación terapéutica en el inicio, el sostenimiento y los resultados del tratamiento (e.g. ¿Cuánto cree usted que incide la relación terapéutica en el inicio del tratamiento?, ¿Cuánto cree usted que incide la relación terapéutica en el sostenimiento de un tratamiento?, ¿Cuánto cree usted que incide la relación terapéutica en los resultados del tratamiento?). La pregunta 7 alude a distintos aspectos como variables culturales/religiosas (e.g. ¿Cuánto cree usted que las variables culturales - religión, nacionalidad, clase social, edad - inciden en el establecimiento de la relación terapéutica?). Por último, a partir de la pregunta 8 se intenta conocer las ideas y creencias de los alumnos acerca de los aspectos importantes para el establecimiento de la relación terapéutica y que son parte del rol del psicólogo (e.g. ¿Cuánto influye en el establecimiento de la relación terapéutica la adaptación del terapeuta a las necesidades del paciente?).

Análisis de Datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos para cada

ítem. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 18.

RESULTADOS

Con respecto a la incidencia de la relación terapéutica en el inicio del tratamiento, casi la totalidad de los estudiantes contestó entre "mucho" y "bastante". En cuanto a la incidencia de la relación terapéutica en el sostenimiento del tratamiento, ocurrió lo mismo, con un mayor grupo señalando la opción "mucho". Resultados similares se obtuvieron en relación a la incidencia de la relación terapéutica en los resultados del tratamiento.

Tabla I Creencias acerca de la incidencia de la Relación Terapéutica

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N/C
Inicio del tratamiento	49,7	42,1	5,9	1,7	0
Sostenimiento del tratamiento	61,4	35,9	1,4	,7	1
Resultados del tratamiento	39,3	49,7	7,6	1,0	2

Nota: N=290

En cuando a los aspectos importantes para el establecimiento de la relación terapéutica: la "Adaptación a las necesidades del paciente", la "Actitud empática", la "Expresión abierta de interés" y la "Actitud cálida", junto a un "Diálogo fluido" ocuparon los primeros cinco lugares en orden de importancia, seguidos de "Compartir la cultura/religión y códigos del paciente", la "Actitud neutral" y la "Escucha abstinentes". Por su parte, la "Actitud distante" fue uno de los aspectos considerados menos relevantes para establecer la relación terapéutica.

Tabla II Creencias acerca de los aspectos importantes de la relación terapéutica

	%
Adaptación a las necesidades del paciente	59.7
Actitud empática	52.8
Expresión abierta de interés	59.0
Actitud cálida	49.0
Diálogo Fluido	48.6
Compartir la cultura/religión y códigos del paciente	26.6
Actitud Neutral	27.2
Escucha Abstinentes	20.7
Actitud Distante	7.0

Nota: N=290

Finalmente, se procedió a evaluar si existen diferencias en las creencias acerca de las características del terapeuta en función de la cantidad de materias aprobadas.

Tabla III. La características del terapeuta según cantidad de materias aprobadas

	Sí	No	Diferencia de medias	t	Sig. p < 0.05
1. Actitud Cálida	13,06	15,72	-2,660	-2,505	0.013
2. Actitud empática	16,84	11,72		4,985	0.000
3. Abstinentes	20,40	12,86		6,042	0,000
4. Fluido	12,73	16,02		3,116	0,002
5. Interés	13,45	15,82		2,186	-0,030

Nota: se indican las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas según la cantidad de materias.

En la tabla III se observa que cuantas más materias presentan los estudiantes, consideran más relevante una actitud empática y la escucha abstinentes, mientras que disminuye la percepción de relevancia en relación a la actitud cálida, el diálogo fluido y el interés.

DISCUSIÓN

Siguiendo las consideraciones de Luborsky (1976) de la alianza de tipo I y de tipo II las preguntas 4 y 5 indagan las creencias de los estudiantes acerca de la incidencia de la relación terapéutica en el inicio y el sostenimiento del tratamiento. Como se ha visto, casi la totalidad de los alumnos incluidos en este estudio ha considerado muy importante a la relación terapéutica en el inicio, el sostenimiento y los resultados del tratamiento. Esto es concordante con lo relevado por las investigaciones reseñadas anteriormente en este artículo y en artículos previos (e.g., Etchevers et al., 2009, 2010)

En cuanto a los aspectos importantes para el establecimiento de la relación terapéutica y que son parte del rol del psicólogo clínico, los primeros cinco aspectos de mayor relevancia han sido: "adaptación a las necesidades del paciente", "actitud empática", "expresión abierta de interés", "actitud cálida" y "diálogo fluido".

Esto resulta congruente con los diversos estudios que indican que la ausencia de un ajuste emocional o sintonía (entendida como sentimiento de empatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y, con frecuencia, lleva a la ruptura de la relación de ayuda (Santibáñez Fernández, Román Mella & Vinet, 2009). En relación a las respuestas brindadas por los alumnos acerca de los aspectos importantes de la relación terapéutica y que son parte del rol del psicólogo, los estudiantes que poseen mayor cantidad de materias aprobadas consideran que los aspectos más significativos son la abstinencia y la actitud empática, y, a su vez, suponen menos importante la expresión abierta de interés, el diálogo fluido y la actitud cálida.

Estos resultados, podrían deberse a que los alumnos con más experiencia académica, se encuentran más apegados al aprendizaje académico y tienden a alejarse del conocimiento general y colectivo. Por ejemplo, el criterio de abstinencia no es considerado por los referentes de la

RT como un aspecto que fortalezca la alianza, pero si es sumamente relevante en la currícula de la Carrera, donde asignaturas con orientación psicoanalítica promueven la noción de que la abstinencia es uno de los pilares de un buen tratamiento psicológico.

Las respuestas de los estudiantes más avanzados en la carrera, los cuales poseen consolidado el concepto de abstinencia propuesto por Freud y consideran menos relevante la expresión abierta de interés, el dialogo fluido y la actitud cálida, difieren de estudios previos, como el realizado por Saunders (1999), quien planteo que el estado emocional de un paciente durante las sesiones está relacionado con su percepción del estado emocional del terapeuta. Para ello, uso una escala, en la cual los pacientes puntuaron más alto las características que se relacionaban con terapeutas interesados, confidentes, y valoraron significativamente menos las que están asociadas a los psicólogos distraídos, aburridos y cansados. Las percepciones del paciente en relación a los terapeutas que se muestran confidentes e interesados se comprobaron que estaban relacionadas con sentirse íntimo con el terapeuta como además de una sensación agradable de ser ayudado.

A su vez, los pacientes que poseían terapeutas menos distantes y más contundentes tenían menos síntomas que los que habían realizado terapia psicoanalítica con psicólogos sin esas cualidades. Esto demuestra que el estereotipo común del psicoanalista descrito por Freud, no poseería un apoyo empírico que manifieste que fortalezca la alianza terapéutica (Heinonen et. Al, 2013). A pesar de encontrar esa discrepancia entre las respuestas de los estudiantes y el "estado del arte" también observamos como algo positivo que los alumnos en su mayoría consideran a la empatía como un valor primordial en el lazo terapéutico. En el contexto local, Sara Baringoltz (2005) realizó un estudio en el cual 97% de los terapeutas señaló a la empatía como una de las características más importantes en el rol profesional. Asimismo, Vidal y Benito (2012) sugieren que la empatía forma parte de los afectos que se producen en la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, que se considera básica en dicha relación.

Por lo tanto, creemos que la formación de los profesionales en salud mental, deben valerse de estos trabajos, para poder implementar estrategias de enseñanza basadas en estudios empíricos sobre la alianza terapéutica que puedan articularse con el gran bagaje teórico que existe en la temática. Nuestra investigación, vislumbra las divergencias que existen entre el saber académico de los alumnos avanzados y próximos a recibirse en psicología y la evidencia que existe acerca de las características que favorecen una buena relación terapéutica.

Este fenómeno resulta semejante a lo que ocurre en el campo profesional donde también existe una marcada diferencia entre "el decir" y "el hacer".

Para finalizar, destacamos que independientemente de la corriente o línea teórica en la que se sustenta la práctica psicoterapéutica, actualmente existe un fuerte consenso acerca de la importancia de la relación terapéutica en los logros u objetivos del tratamiento. A pesar de las diferen-

cias conceptuales existentes según períodos, corrientes y autores, siempre se trata de una relación humana con mayor o menor grado de apego entre los participantes, mediando o no unos objetivos comunes.

Por lo tanto la relevancia que implica este trabajo consiste en contribuir a dar cuenta que una buena formación en relación terapéutica en los estudiantes, formaría buenos terapeutas, impactando en la eficacia de los tratamientos. Consideramos que en próximos estudios se podrían evaluar las diferencias que existen entre los alumnos y profesionales, al valorar comportamientos de psicólogos en un proceso terapéutico artificial, con el objetivo de encontrar como puntúan los diferentes referentes.

Finalmente, siendo nuestro país uno de los que mayor tradición tiene en psicoterapia y con diferentes orientaciones, sería recomendable también contar con estudios locales que evalúen las características de terapeutas que favorezcan a la alianza terapéutica.

REFERENCIAS

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Alonso, M.M. & Gago, P. (2008). *Relevamiento sobre la formación y la distribución de los psicólogos en Argentina*. (Systematic study carried out since 1994. Available from <http://www.modoalonso.com.ar/>)
- Altmaier, E.M & Hansen, J.C. (2012). *The Oxford Handbook of Counseling Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Aragno, A. (2008). The language of empathy: An analysis of its constitution, development, and role in psychoanalytic listening. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(3), 713-740.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170 - 189.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 3, 252 - 260.
- Comas-Díaz, L. (2006). Cultural variation in the therapeutic relationship. En C. D. Goodheart, A.E. Kazdin, & R.J. Sternberg (Eds). *Evidence based psychotherapy: where practice and research meet*. (pp.81-105). Washington DC: American Psychological Association.
- Conn, H., Medrano, L.A. & Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia psicológica*, 31(2), 165-174.
- Dagfal, A. (2009). Entre París y Buenos Aires. Buenos Aires: Paidós.
- Davis, M.H (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 (4), 85-105.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- Dolinsky, A., Vaughan, S.C., Lubert, B., Mellman, L. & Roose, S. (1998). A match made in heaven? A pilot study if patient-therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 119-125.
- Elvins, R., Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 7, 1167 - 1187.
- Etchevers, M.; Fabrisin, J.; Muzzio, G.; Garay, C.; González, M. (2009): Relación terapéutica y factores interpersonales en tratamientos combinados. IV Congreso Marplatense de Psicología. Ideales Sociales, Psicología y Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Etchevers, M.; Gonzalez, M. & Simkin, H. (2012). Principales Desarrollos y Enfoques sobre Alianza y Relación Terapéutica. *Anuario de Investigaciones*, 19 (1), 225- 232.
- Etchevers, M.; Simkin, H.; González, M. & Muzzio, G. (2012). Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas. *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*
- Etchevers, M.; González, M.; Sacchetta, L.; Iacoponi, C.; Muzzio, G; Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. Memorias del II Congreso de Investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo I, pp. 49 - 52.
- Faulkner, K.K. & Faulkner, T.A. (1997). Managing multiple relationships in rural communities: Neutrality and boundary violations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(3), 225-234.
- Fosshage, J. (1994). Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 75(2), 265-280.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. O. C., Volumen XII. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2007.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. O. C., Volumen XII. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979.
- Freud, S. (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)*. O. C., Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Garay, C.; Fabrisin, J.; Korman, G.; Etchevers, M.; Biglieri, J. (2008). Combinación de psicofármacos y psicoterapia en la literatura científica y en la práctica clínica local. *15º Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP)*. Buenos Aires.
- Gaston, L. & Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. En A. Horvath & Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes* (pp. 85-108). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance, Child: care, health and development. *Journal Compilation*, 35 (3), 298 - 301.
- Greenson, R.R. (1965). The Working Alliance and the Transference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 1965, 155-179.
- Greenson, R., Wexler, M. (1969) The non-transference relationship in the psycho-analytic situation. *International Journal Psycho Analysis*, 50 (18) 27-39.
- Hardy, G., Cachill, J. & Barkham, M. (2007) Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change. En P Gilbert & RL Leary (Eds). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, NY Routedgle.
- Hartley, D. (1985). Research in the therapeutic alliance in psychotherapy. En, R. Hales y A. Frances (Ed). *Psychiatry update annual review* (pp. 532 - 549) Washington DC: American Psychiatric Press.
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., Lindfors, O. (2013, en prensa). Therapists professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic and psychoanalysis. *European Psychiatry*.
- Henry, W.P. & Strupp, H.H. (1992). The Therapeutic Alliance as an Interpersonal Process. En AO Horvath & LS Greenberg (Eds) *The working Alliance: Theory, Research and Practice*. (pp 51-72). Canada: John Willey & Sons.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40(8), 893.
- Kaplovitz, L.H. (1987). *To Love and To Work/ A Demonstration and Discussion of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Frank, K.A. (2005). Toward conceptualizing the personal relationship in therapeutic action: Beyond the "real" relationship. *Psychoanal. Perspectives*, 3(1) 15-56.
- Kohut, H. (1968 /1984) *Introspección, empatía y el semicírculo de*

la salud mental. Buenos Aires: Paidós

- Korman, G., Sarudiansky, M., Rosales, G., Simkin, H., Schinelli, F., Pinto, C., Cermesoni, D., Etchevers, M. & Garay, C. (2011) Psicología, psiquiatría y religiosidad. Exploración en profesionales de la salud mental del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina, *Revista Fundamentos en Humanidades*, 23, 199-212.
- Lane, R.C., Koetting, M.G. & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical psychology review*, 22(7), 1091-1104.
- Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*, vol. 1. New York: Jason Aronson.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1997). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires :Paidós
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.). *Successful psychotherapy* (pp. 92 - 116) New York, Brunne/Mazel,.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L. & Johnson, S. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260-271.
- Morris, R.J. & Suckerman, K.R. (1974) Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 244.
- O'Connor, S. & Vanderberg, B. (2005). Psychosis or Faith? Clinician's Assessment of Religious Belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 610-616.
- Ojeda, M.E. (2010) Origen y Evolución de la Alianza Terapéutica GPU; 6 (3) 284-295
- O'Malley, S.S., Suh, C.S. & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- Patterson, C.H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(4), 431.
- Robertson, M.H. (1988). Assessing and intervening in client motivation for psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*. 7 (3) 319-329.
- Rogers, C.R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(2), 2-10.
- Roussos, A.J. (2001). Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina: panorama actual, métodos y problemas, *Vertex* 12(45), 179-187.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). La Alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. The Guilford Press: New York. USA.
- Safran, J.D. (2000). *Therapeutic Alliance*. John Wiley & Sons, Inc.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Santibañez Fernández, P.M.; Román Mella, M.F.; Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267 - 287.
- Saunders, S.M. (1999). Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 597-605.
- SIP. Sistema de Información Permanente. (2011). Censo de Estudiantes 2011. Recuperado de: <http://www.uba.ar/institucional/censos/Estudiantes2011/estudiantes%202011.pdf>.
- Soares, L., Del Cid, L.B.G., Corbella, S., De Lemos, M.S. & Fernández, M. (2013). Diferentes Estilos de Clientes y Construcción de la Alianza con un Terapeuta. *Revista argentina de clínica psicológica*, 22(1), 27-36.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G.A. (2013). Deconstruyendo el mito del analista neutral: Una alternativa desde la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (1): 60-74. [Original de 1997] [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Strupp, H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41, 1, 13 - 15.
- Vidal y Benito, M.C. (2012). *Empatía en la consulta*. Buenos Aires: Pólemos.
- Waizmann, V. & Roussos, A. (2011). Adaptación de Inventario de Alianza de Trabajo en su Versión Observador: WAI-OA. *Anuario de investigaciones*, 18, 95-104.
- Wiseman, H., Tishby, O. & Barber, J. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 136-145
- Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 17-37). New York: Cambridge University Press.
- Wright, H.H. & Davis, S. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 25-45.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369 - 376.
- Zetzel, E.; Meissner, W.W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. New York. Basic Books.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados. *Vertex*, 12, 45, 211 - 220.

Fecha de recepción: 23 de abril de 2013

Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2013