



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

"Alianza terapéutica, transferencia y estudio de proceso."

Macarena Rodríguez Gastelú

C.I 2.614.543-2

Docente tutor: Prof.Adj. Liliana Guerrero

Montevideo, Febrero de 2015

Índice de contenido

<u>Resumen.....</u>	<u>3</u>
<u>1. Introducción.....</u>	<u>4</u>
<u>2. Desarrollo conceptual o teórico.....</u>	<u>5</u>
<u>2.1. Antecedentes Históricos de la Alianza Terapéutica.....</u>	<u>5</u>
<u>2.2. Alianza y transferencia.....</u>	<u>8</u>
<u>2.2.1. Alianza.....</u>	<u>8</u>
<u>2.2.2. Transferencia.....</u>	<u>10</u>
<u>¿Como se articula la alianza terapéutica y la transferencia?.....</u>	<u>11</u>
<u>2.2.3 .Cambio de paradigma: del tradicional al relacional.....</u>	<u>12</u>
<u>2.2.4 Cualidades fundamentales que influyen para una buena alianza por parte del terapeuta.....</u>	<u>16</u>
<u>2.2.5 Interacción entre terapeuta y paciente como variable para el desarrollo de la alianza.....</u>	<u>17</u>
<u>2.2.6 Variables del paciente.....</u>	<u>17</u>
<u>2.2.7. Rupturas de la Alianza Terapéutica. Impasse.....</u>	<u>18</u>
<u>3. Investigaciones de proceso.....</u>	<u>20</u>
<u>Reflexiones finales.....</u>	<u>22</u>
<u>Referencias Bibliográficas.....</u>	<u>24</u>

Resumen

El presente trabajo monográfico, tiene como propósito, profundizar las diferentes concepciones acerca de la transferencia-contratransferencia y su relación con la alianza terapéutica desde el psicoanálisis tradicional, a través de autores emblemáticos del siglo XIX,

como Freud, Ferenczi, y el psicoanálisis fundamentado en la teoría del yo (Anna Freud , Zetzel, Birbing, Greegson) y otras teorías psicológicas influenciadas por el psicoanálisis, llegando hasta al cambio de paradigma relacional con autores referentes como Coderch, donde se trata de explicar la transformación del psicoanálisis, destacando el concepto de subjetividad e intersubjetividad.

Las investigaciones de proceso en relación a la calidad de la alianza terapéutica se pueden entender como un gran predictor de los resultados en psicoterapia y se ha comprobado que la existencia de factores comunes presentes en todas las orientaciones de psicoterapia, de los cuales se distingue la alianza terapéutica.

Se intenta esclarecer la relación entre alianza y transferencia, por lo cual se llegó a la conclusión que en la alianza están presentes aspectos conscientes como inconscientes y que para el desarrollo de una buena alianza en el proceso psicoterapéutico no solo depende de la particularidad del paciente y su historia sino que la subjetividad , responsabilidad del terapeuta y su formación como profesional resultan de gran relevancia

Palabras clave: alianza terapéutica, transferencia- contratransferencia, estudio de proceso

Alianza Terapéutica, Transferencia y estudios de proceso

1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo, hacer un recorrido teórico, histórico y actual de los conceptos de transferencia, alianza terapéutica y estudios de proceso.

Se plantea como eje central temático, la alianza terapéutica, pensando la relación analista-paciente como inherente al proceso de cura; *en éste* será fundamental la transferencia como factor esencial.

Es a partir de la alianza terapéutica donde se habilita el proceso necesario para lograr el vínculo óptimo entre analista, psicólogo clínico o terapeuta y paciente, *desde* elementos que se ponen en juego, como por ejemplo la empatía, que dará lugar a la confianza necesaria para lograr un buen rapport.

Se piensa la transferencia como un fenómeno fundamental en este proceso, ya que si bien la misma está presente en toda relación interpersonal (como un elemento básico en lo que refiere al hombre en relación a los otros), para el psicólogo es un instrumento de análisis; es en el vínculo analítico en donde se propicia, se despliega y se utiliza como herramienta.

El psicoanálisis refiere al término transferencia, como transferencia de cura abordando lo inconsciente que se actualiza en el paciente en relación con el terapeuta; lo reprimido en el pasado se vivencia como presente, por otro lado está la contra-transferencia que son procesos inconscientes, que en la transferencia del analizado va produciendo en el analista (Laplanche y Pontails, 1983).

Se puede afirmar entonces que la transferencia es un concepto básico del psicoanálisis, Laplanche y Pontails (1983) la define de la siguiente forma:

“Designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad...” (p.239).

De acuerdo con esta definición que existiría en la línea del psicoanálisis tradicional, la transferencia es un fenómeno inconsciente, el analista se dedica a interpretarla., depende de cómo sea interpretada o resuelta la transferencia facilitará el establecimiento de la alianza o lo dificultará

Según Horvath y Simonds, en lo que refiere al concepto de alianza, sostienen que hay un consenso general referido a que la alianza recoge un elemento colaborador entre paciente y terapeuta tomando en cuenta las capacidades de ambos para llegar a negociar un contrato apropiado para la terapia (Arredondo y Salinas, 2005).

Es relevante enlazar los conceptos de Alianza con investigaciones de proceso ya que éstas han demostrado que la alianza terapéutica es un componente predictivo de los resultados logrados a través del proceso terapéutico.

En cuanto a conceptos valiosos para la investigación del proceso terapéutico, la alianza terapéutica en relación a los factores comunes,” es considerada por los investigadores del proceso terapéutico el elemento central en el proceso de cambio y se le atribuye como posibilidad de predecir los resultados de la terapia y ser responsable de gran parte de su efectividad “(Krause, De la Parra, Aristegui, Dagnino, Tomicic, Valdez, Vilches, 2006, .p303)

2. Desarrollo conceptual o teórico

2.1. Antecedentes Históricos de la Alianza Terapéutica

Se puede distinguir dos enfoques o líneas de trabajo acerca de la relación terapéutica dentro del contexto psicoanalítico, la primera se fundamenta en la aportación de Ferenczi en 1932, que aludía a que era primordial que el paciente reviviera el pasado problemático en la relación terapéutica, se oponía a una técnica psicoanalítica positivista que reconoce un experto (el analista) , un instrumento (la técnica) y un objeto (el paciente) , sostenía que el análisis es trato humano (Ferenczi, 1932).

En la segunda influyeron , en buena medida en los últimos artículos de S. Freud , dando lugar a la Psicología del yo, corriente iniciada por Anna Freud en 1936 .y Melanie Klein con sus aportes de análisis de las técnicas infantiles , el psicoanálisis sufre un cambio de énfasis y se orienta hacia la importancia del yo y sus mecanismos de defensa y hacia la trascendencia de las relaciones objetales, a partir de éstos avances , el concepto de alianza obtiene otras aportaciones, algunos autores que se aproximaron a esta temática fueron; Biribing, Zetzel y Greenson , todos ellos contribuyeron. Por su lado Biribing, sugirió que la relación terapéutica era una nueva relación de objeto .La alianza según Biribing se originaría en el analista y la parte sana del Yo del paciente. (Ojeda, 2010).

En la línea de la teoría psicoanalítica, en 1956, Elizabeth Zetzel fue la precursora en sostener que la alianza terapéutica era esencial para la efectividad de cualquier tratamiento y dependía de la capacidad del paciente para establecer una relación de confianza. (Ojeda, 2010).

La psicología del yo, hizo una diferencia entre la relación real y la neurosis de transferencia como distintos aspectos de una relación. Es Fosshage en 1994 que realiza una revisión histórica

de la evolución de las concepciones de la transferencia, marcando el cambio de paradigma desde el cual es definido por modelo clásico del desplazamiento a uno más actual llamado modelo organizador. Este modelo crea nuevos conceptos que son reemplazados por el psicoanálisis tradicional. Se plantea un cambio de énfasis desde una transferencia pensada como un proceso regresivo en cuanto a tiempo y estructura “hacia un fenómeno actual en el aquí y ahora de la relación terapéutica en el que se ponen en juego los patrones potenciales del sujeto” (Ojeda, 2010.p.286) .En este nuevo paradigma no se menciona de manera específica el concepto de alianza ya que queda contenido en el nuevo concepto de transferencia.

Los autores que realizaron una diferencia entre alianza y transferencia, hicieron un gran aporte al psicoanálisis clásico incorporando cambios a nivel teórico y técnico. Se entendió que no solamente era necesaria la interpretación de la transferencia, (trabajo principal del análisis) sino prestar atención en forma simultánea a otras expresiones del paciente no pertenecientes a este lugar de la relación.

Con respecto a los cambios realizados al concepto tradicional de transferencia que aluden a que todos los aspectos de relación entre cliente y terapeuta no serían revelaciones de la transferencia que tienen que ser interpretadas, sino que coexisten a partes de la interacción real y no idealizada que podría ser responsable de lograr los fines terapéuticos .

En relación a esta polémica algunos autores sostuvieron que no era posible la separación del concepto de alianza a la idea de transferencia. Fueron Brenner y Curtis en 1979 defendieron la postura de que separar las dos dimensiones no tenía sentido debido a que todos los aspectos de la relación estarían establecidos por vivencias en el pasado. (Ojeda, 2010).

Por otro lado Sterba en 1934-1940 ,fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para poder trabajar en la obtención de las tareas terapéuticas comunes creadas .,esto puede llegar a motivar al paciente para el logro de las mismas.(Arredondo y Salinas ,2005)

Safran y Seagal proponen, que habitualmente se toma en cuenta que Elizabeth Zetzel en 1956 fué la iniciadora de la actual tendencia en psicoanálisis, diferenciando los aspectos transferenciales y los aspectos reales entre terapeuta y paciente, si bien Sterba suele ser reconocido como un destacado promotor del interés por la alianza terapéutica en el medio psicoanalítico y sus ideas junto con las de Freud pueden tomarse como iniciadoras de este concepto (Arredondo y Salinas, 2005)

En 1965-1967. Greenson, considero que la alianza de trabajo es la aptitud que tiene el paciente como el terapeuta para trabajar intencionalmente juntos, que ambos han aceptado. Esta relación la explicaría como una conformación de la transferencia y relación real, éste ultimo aspecto el autor lo definió, como la respuesta mutua entre dos personas reales, (respuesta mutua del paciente y terapeuta incluyendo las percepciones no distorsionadas de cada uno y la confianza, aprecio y respeto mutuo), aunque decía que lo mas importante era la relación real, enfatizando en la importancia de la racionalidad y objetividad de la terapia (Ojeda, 2010).

Dentro del marco psicodinámico ,Hartley en 1985 , defino a la alianza terapéutica como una relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo, la relación real alude al vínculo entre cliente y terapeuta , mientras que la segunda se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente los objetivos previstos(Etchevers,Gonzalez,,Saccetta,Iacaponi,Muzzio, Miceli, 2010).

Según Corbella y Botella (2003) “Desde el psicoanálisis, la transferencia del paciente facilita o dificulta el trabajo de la alianza. Otros autores son partidarios de no diferenciar entre alianza y transferencia dado que la relación entre terapeuta y el paciente es la manifestación de la transferencia neurótica del paciente “(p.206).

En esta cita anterior, explican estos autores que el psicoanálisis sostiene que para lograr el éxito de la alianza terapéutica depende de cómo sea interpretada o resuelta la transferencia, posibilitara el trabajo de la alianza o lo dificultara.

Desde otra mirada explican, otros autores que no hacen una diferenciación entre transferencia y alianza, debido a que la relación entre terapeuta y paciente es la expresión de la transferencia neurótica del paciente , y al separarlos a un concepto de otro reduciría la trascendencia de uno de los principios fundamentales del psicoanálisis ; la interpretación de la transferencia. (Corbela y Botella 2003).

Según Zetzel, la existencia de la relación fluctúa “por periodos dominados por la transferencia y por periodos dominados por la alianza” (Ojeda, 2010.p.285).

Corbella y Botella (2003) señalan que la alianza terapéutica ha sido integrada por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero alejándose de la lectura transferencial facilitada por el contexto psicoanalítico.

Ojeda (2010), plantea que existió una gran controversia dentro de la orientación psicoanalítica en torno al tema de la relación entre cliente y terapeuta que estuvo relacionado con el desacuerdo entre quienes continuaron sustentando que la alianza se encuentra inserta dentro

de la transferencia y por otro lado quienes la valoraron como un constructo diferenciado.

2.2. Alianza y transferencia

2.2.1. Alianza.

El concepto de alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. Si bien se origina con la literatura psicoanalítica, no parece claro quien introdujo o utilizó el término por primera vez.

Se entiende a la alianza terapéutica como el componente no neurótico que se establece en la relación entre el paciente y terapeuta (Ojeda 2010), *constituyéndose de* este modo en la parte de la relación consciente, en el aquí y el ahora, pero haciendo ver que en las fases iniciales ésta podría ser afectada por vínculos no resueltos por el paciente (Arredondo y Salinas, 2005) *entretanto la transferencia* se remite a aspectos inconscientes, regresivos, pulsionales por los cuales trabajará el paciente con el terapeuta “es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico” (Freud, 1912/1986.p.98).

Zetzel, en 1956 hizo una diferenciación entre transferencia y alianza terapéutica, confirmando que la alianza es la parte no neurótica entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y las interpretaciones del analista, para hacer una distinción de las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta y por el lado del vínculo entiende a la alianza como una relación positiva entre paciente y analista, donde se permite llevar a un fin productivo para el análisis (Echevers, et al, 2010).

De acuerdo con lo planteado por de la Parra (2006) en la historia de la alianza terapéutica, fue Bordin en 1979 que con sus trabajos, le posibilitaron integrarla a otras orientaciones y que pueda ser tomada como objeto de investigación empírica. El desarrollo de una apropiada alianza terapéutica es un elemento esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque su natural particularidad cambie según la orientación.

Bordin afirmó, que una buena alianza, no es curativa en sí misma, si un ingrediente que hace posible el seguimiento del trabajo terapéutico (Corbella y Botella, 2003).

Entre los autores que más ha contribuido en las concepciones actuales se encuentra Bordin en 1979 “que definió a la alianza terapéutica como un constructo multidimensional en el cual existen tres componentes: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos” (Etchevers, et al, 2010, p.50).

Las *tareas* aluden a las acciones y pensamientos que componen parte del trabajo en el proceso terapéutico de manera que las percepciones de éstas acciones y pensamientos son

relevantes para la mejoría, es una parte fundamental del establecimiento de la alianza, además el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos, para alcanzar en psicoterapia, como también compartir mutuamente confianza y aceptación son componentes esenciales para establecer una buena alianza. Según Safran y Segal, las *tareas* son las actividades específicas sean explícitas o implícitas, que se solicita que el paciente realice para beneficiarse en el tratamiento. (Corbella y Botella, 2003). A modo de ejemplo el psicoanálisis tradicional pretende que el paciente por medio de una libre asociación, sueños, etc, exprese todo lo que le viene a la mente sin que la censura intervenga.

En 1976, Luborsky señala dos tipos de alianza según en la fase o etapa de la terapia las subdivide en alianza de tipo 1; aquella que se da al comienzo de la terapia y que se refiere a la sensación que experimenta el paciente de contar con la ayuda del terapeuta, y de convenir metas, la alianza tipo 2; la que se desarrolla en fases posteriores y se basa en la sensación de trabajo en conjunto, todas estas etapas llegaran a consolidar el establecimiento de una alianza terapéutica.

La alianza tipo 1 de Luborsky, podría ser concebida con la sensación de comodidad del paciente de sentirse contenido se puede relacionar con el componente de aceptación o *vínculo positivo* de Bordin, el acuerdo de las tareas y objetivos del paciente y el terapeuta termina por formar la alianza tipo 2 , que Luborsky describió.

Estos componentes se influyen continuamente de modo que la capacidad de lograr un acuerdo entre paciente y terapeuta con respecto a las tareas y los objetivos de la terapia intervienen en la calidad del vínculo. La alianza terapéutica, implica calidad y fortaleza donde se potencian las motivaciones del paciente para alcanzar los objetivos y realizar las tareas.

2.2.2. Transferencia.

Freud parece haber transformado su concepto de transferencia en Las Dinámicas de la Transferencia 1912, accediendo a la integración de una relación entre paciente y terapeuta de una relación no reprimida referida a los sentimientos amistosos y tiernos. A este elemento susceptible de conciencia en la transferencia positiva lo designo transferencia no chocante, en oposición con esta se encuentran la transferencia negativa y la chocante, la primera con elementos agresivos y la segunda con elementos sexuales. Estas dos clases de transferencia se consideran derivadas de origen inconsciente y simbolizan resistencias apropiadas para el análisis, en estas descripciones se puede distinguir claramente un aspecto maduro no erotizado y tendiente a la salud dentro del concepto de transferencia positiva, esta parte de la transferencia

susceptible de conciencia no debe ser interpretada por el analista. Freud consideraba que este componente es un vehículo para el éxito del tratamiento. (Ojeda, 2010).

Según Corbella y Botella (2003) el propio Freud, en su trabajo de 1912 *La Dinámica de la Transferencia* “, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista “(p.205).

Sigmund Freud, puntualizó la importancia que la relación terapéutica reviste para el desarrollo del proceso psicoterapéutico concentrando su atención, principalmente en los conceptos de transferencia y resistencia.

En este escrito planteó que el primer objetivo del tratamiento, es desarrollar el vínculo entre paciente y terapeuta señalando que el analista tuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al comienzo de una terapia.

En la obra de Freud en 1913 según lo plantean Horvath y Luborsky , se pueden ver dos conceptualizaciones, levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En sus primeros escritos Freud, describió este vínculo entre paciente y terapeuta como una forma beneficiosa y positiva, que otorga al mismo tiempo autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecería en el paciente la aceptación de las interpretaciones del terapeuta. (Arredondo y Salinas, 2005)

Posteriormente, considero que la transferencia positiva podría distorsionar la relación existente entre ambos y en sus últimos escritos parece haber modificado, este concepto pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad. Las implicancias basadas en la realidad son esenciales para establecer un acuerdo con el terapeuta real, que permitirá la tarea de promover los objetivos del tratamiento.

En la transferencia negativa se manifiestan conflictos internos no resueltos en la infancia con las figuras parentales, se reedita el Complejo de Edipo, y se expresan sentimientos hostiles hacia el analista .La transferencia negativa da cuenta de la relación transferencia- resistencia.

El carácter repetitivo de la transferencia otorga la posibilidad de analizar el presente, el tipo de vínculo que el sujeto constituyó con figuras significativas en su infancia.

Mediante el establecimiento de una relación transferencial con el analista, se produce la neurosis de transferencia, reproduciéndose la neurosis infantil y que simboliza la transición entre la salud y la enfermedad.

La diferencia esbozada por Freud, de un apego beneficioso entre paciente y analista, apoyado en la realidad, así como la necesidad del establecimiento de una transferencia operativa

como primer paso para el análisis, forman el origen de lo que luego se denominara alianza terapéutica.

¿Como se articula la alianza terapéutica y la transferencia?

Las teorizaciones de Freud, sobre el concepto de la transferencia, establecen la principal referencia histórica del concepto de alianza terapéutica. La transferencia Freud la relacionó a la dimensión de amor desde el comienzo de su conceptualización.

Freud en 1913 en “ Sobre iniciación al tratamiento “ se refirió al valor de mantener una relación de interés y entendimiento empático , para lograr un mayor apego del paciente con el terapeuta , en esta ocasión indico que la primera meta a alcanzar por el analista así como la meta del análisis, sería el logro del establecimiento de la relación de allegamiento con el analista, mediante la instalación de una transferencia operativa , alcanzada por el establecimiento de una apropiado rapport con el paciente.(Ojeda, 2010). Freud en este artículo, remarco la formación del vínculo entre paciente y terapeuta como paso previo a toda interpretación.

2.2.3 .Cambio de paradigma: del tradicional al relacional

Es importante, reseñar y cuestionarse el evidente cambio de paradigma del psicoanálisis tradicional El cambio se ha vuelto necesario, la imagen del analista objetivo y la excesiva asimetría y el paciente por otro generaba una dicotomía, ,donde no se puede entablar una relación de comunicación interactiva y dialogica en el proceso psicoterapéutico.

Por ejemplo en el caso Dora, revisionado por Sachs, (2005), se entiende en la perspectiva actual, Mahony, emprende el primer cuestionamiento tratando de desidealizar la técnica clínica de Freud y sus teorías que respaldan sus interpretaciones. Durante este proceso Mahony manifiesta que las hipótesis que se encuentran tras la idea de ciencia de Freud, que sostienen que el observador- objetivo, con autoridad sobre la verdad de lo observado y posicionado desde su narrativa brindada para interpretar el presente en términos del pasado.

Desde este posicionamiento de la ciencia que, en oportunidades es considerada como modelo positivista donde la participación del observado es irrelevante para el observador, haciendo una traspolacion a lo que Freud construyo desde el psicoanálisis, se puede visualizar que sustentó su teoría bajo el lema del positivismo. De esta manera para Freud, carecía de sentido, que el sujeto fuera participante en el marco de un análisis.

En el caso Dora se pudo apreciar que no se logro establecer una relación construida de a dos, sino una relación asimétrica .En este caso, Freud pudo conceptualizar su primera definición de transferencia, donde se pudieron determinar la trascendencia y los inconvenientes de la misma que no dejan de ser una contribución en este proceso. Sachs(2005) hace un recorrido (retomando las ideas de Mahony) desde el paradigma del positivismo ,donde Freud fue construyendo el psicoanálisis.

Rodríguez Sutil, (2010) destaca la importancia del dialogo entre dos personas y la reflexión en una psicoterapia, “y optar por un dialogo semejante al de dos personas que reflexionan juntas e investigando un asunto de su interés” (p192).

Este autor enfatiza el alcance del dialogo donde el proceso psicoanalítico, ha dejado de representarse como un monologo del paciente donde el terapeuta se limitaba a escuchar y pronunciaba todos los días la interpretación de modo ocular para ir convirtiéndose en un dialogo desde el modelo relacional. Enfatiza la importancia de la subjetividad tanto en el paciente, como en el terapeuta.

El psicoanálisis tradicional como paradigma deberá hacer una análisis critico, de sus técnicas, modelos y praxis, un cambio que se ira dando de manera lenta y progresiva. El camino a transitar va desde la objetividad, a la subjetividad y la intersubjetividad.

Según Velasco (2009) define el termino Psicoanálisis Relacional como

“Un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma de psicoterapia que explica la dinámica intrapsíquica en su ámbito natural de origen y evolución: la intersubjetividad o la amplia trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad...” (p.59).

Esta evolución del psicoanálisis tradicional, al relacional, lo hace más dinámico, en cuanto a lo que tiene que ver con la relación entre terapeuta y paciente.

En el proceso terapéutico, en el modelo relacional, el analista destaca la empatía sobre todo otro concepto, para entender el modo de relacionamiento de su paciente.

Otro concepto importante para el modelo relacional es el de mutualidad que es un proceso dinámico que aportó S. Ferenczi, donde paciente y analista están influenciados entre sí consciente e inconscientemente, creando de esta forma pensamientos, sentimientos y acciones conjuntos. La realidad se va co-construyendo entre analista y paciente, se produce una sinergia ente ambos. (Velasco, 2009).

Desde la mirada psicoanalítica relacional, la subjetividad en el terapeuta y su implicación es fundamental para el proceso terapéutico, juega un papel de observador participante, comprometido en el plano emocional con su paciente.

En el modelo relacional, se conserva, la clásica noción de conflicto se mantiene, pero el conflicto debe ser investigado en la forma intrapersonal e interpersonal.

Por un lado tenemos la teoría pulsional, clásica que toma al individuo en su forma personal, tanto en sus deseos como en sus metas. En oposición tenemos la perspectiva relacional de que el individuo, es esencialmente social y que sus deseos son realizables en un contexto social.

Corderch (2012) recalca la importancia, del contexto social y el sentimiento de identidad. Este se va formando a través de las relaciones tempranas del bebé y los padres y que estos reflejando las emociones del niño de manera comprensiva para él, hacen que se pueda construir el sentimiento de identidad y el desarrollo de su historia de vida.

Este sentimiento de identidad, posteriormente se sigue desarrollando, mediante las interacciones del sujeto con el contexto socio-cultural en el cual esta inserto.

Cada ser humano, vive múltiples contextos donde interactúa y recibe mensajes permanentes de la modo que es percibida su identidad, por parte de aquellos con los cuales él se relaciona y le es necesario construir una identidad que sienta propia y coherente ,ante las presión del medio en que el se encuentra . A partir de esto podemos ver que el sentimiento de identidad se encuentra estrechamente relacionado con la cultura .La idea de Freud, partía de la existencia de una naturaleza común, universal de todos los seres humanos , a partir del cual todos ellos evolucionaban psíquicamente siguiendo las mismas líneas de conducta y repitiendo así las mismas etapas psicosexuales y conflictos que él observó en sus pacientes ,que eran el complejo de Edipo, ansiedad de castración , consideró que la técnica del psicoanálisis debería ser aplicada en términos generales igual para todos.

Los avanzados estudios en antropología llegan a la conclusión que el hombre es ante todo un ser relacional, por su constitución biológica, este sería el aspecto universal de la humanidad, junto con su relacionalidad y la intersubjetividad , lo llevan a la creación de múltiples roles, que dan lugar a la evolución psíquica del sujeto y que ésta no esta guiada por los instintos sexuales sino por su relacionalidad y lo que marca la cultura en la cual viven . Se puede decir que los seres humanos crean la cultura y viceversa en una continua retroalimentación positiva.

Rodríguez y Avila (2013) señalan que Sassenfeld , ha evolucionado hacia la teoría relacional , desde perspectivas poco comunes , con una formación en enfoques humanistas y en

la psicología que se basaba Jung, por otro lado es importante destacar, su interés por la filosofía alemana, el filósofo de la cual su obra le sirve de apoyo principal es de Hans George Gadamer y su teoría de la hermenéutica. Esta se define como la ciencia de la interpretación, originalmente interpretaba textos, luego Gadamer amplía su sentido hasta incorporar, el dialogo continuo entre dos interlocutores. La hermenéutica gadameriana, se opone radicalmente a la ideología en la teoría y practica del psicoanálisis clásico y es entonces anticartesiano. El pensamiento relacional, es anticartesiano ya que critica, la división clásica de las dos sustancias, pensamiento y materia, que proviene de la separación teológica alma -cuerpo y el consecuente privilegio fenómenos intrapsíquicos, donde se intenta explicar el proceso de enfermar como un proceso interno, según el pensamiento relacional el paciente no enferma solo, sino en determinado contexto familiar y social

Sassenfeld, opta hablar de “transferencia y co-transferencia” en lugar de “contransferencia,” enfatizando la acción y “los modos de estar con”, mas que el pensamiento o mundo representacional, de cada uno.. Sostiene que “nada ocurre en la mente de uno de los participantes, sino que juntos –terapeuta y paciente- van dando un sentido, nombrando y encuadrando lo vivido. El sentido y el entendimiento se alcanzan a posteriori, como interpretaciones que podemos alcanzar una vez ocurrido el evento relacional”.Rodríguez y Ávila (2013, p.235).

Este autor, sin definir la alianza terapéutica implícitamente, se encuentran nociones de ésta como por ejemplo, la de construir algo juntos, paciente –terapeuta. De esta manera se puede visualizar, como el componente relacional, adquiere de esta forma importancia, en el establecimiento de la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica, es concebida en la psicoterapia, en este sentido se entiende que “La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación entre cliente y terapeuta. Entre los dos componentes de la relación terapéutica, la alianza es el que ha recibido mas atención por parte de la investigación” (Corbella y Botella, 2003p.205).

2.2.4 Cualidades fundamentales que influyen para una buena alianza por parte del terapeuta

Hay cualidades esenciales para lograr una buena alianza terapéutica, Ferenczi, (1932), fue

el primero establecer que solo la simpatía cura , sosteniendo que la compresión es necesaria “para poder aplicar la simpatía en el lugar correcto (análisis) de la manera correcta , sin simpatía no hay curación (A lo sumo , intelecciones sobre la génesis del padecer)”(Ferenczi,1932 p.267.) .De esta manera Ferenczi, entendió la simpatía como una cualidad y a la vez un instrumento del terapeuta en el análisis.

La empatía y la calidez son otras cualidades que debe tener el terapeuta. Según lo plantea Salvo, en la actualidad existe evidencia de que la relación terapéutica se ve beneficiada si existe un terapeuta, calido, empático y acogedor. Siendo requisitos para establecer una relación. (Arredondo y Salinas, 2005).

La empatía se da a través del contacto visual, de forma no verbal, centrándose mas en la emoción, no es mutua y requiere un aprendizaje.

Jimenez (2005), sostiene que el encuentro empático, se da con las características mencionadas pero también hace referencia a las posiciones del cuerpo y del ajuste en el tono de voz y la expresión facial afectiva entre paciente y terapeuta.

Krause, fue quien señalo que la falta de un ajuste emocional o sintonía (entendida como un sentimiento de simpatía y confianza hacia el terapeuta) pone en riesgo el proceso de cambio y con frecuencia puede terminar en una ruptura de la relación de ayuda. Los pacientes mencionan que ya la primara sesión pueden saber si podrán establecer una relación positiva con el terapeuta. (Santibáñez , Román , Vinet,2009).

En relación a las actividades técnicas y acciones del terapeuta y su correspondencia con el desarrollo de la alianza se contemplo que la capacidad del terapeuta en concentrarse en la actividad en el aquí y ahora y orientarla temáticamente afecta positivamente en la alianza. (Corbella y Botella, 2003)

2.2.5 Interacción entre terapeuta y paciente como variable para el desarrollo de la alianza.

Siendo de igual importancia tanto las actitudes y las características del paciente y del terapeuta que influyen en la alianza terapéutica, como el modo de interacción que se establezca será esencial para ésta y para el desarrollo psicoterapéutico.

En relación con la línea interaccional, ciertos investigadores se dedicaron a estudiar las

diferentes modos de apego del terapeuta, y también la consecuencia de diferentes combinaciones específicas de las variables entre terapeuta y cliente en el desarrollo de la alianza terapéutica. (Ojeda, 2010).

.De acuerdo a Rubino, Barker,Roth y Fearon , investigaron la correspondencia entre los estilos de apego del terapeuta y la determinación del terapeuta de romper la alianza , de este modo hallaron que los terapeutas mas ansiosos se inclinan a responder con menor empatía , especialmente con pacientes ansiosos y seguros de sí mismos.(Corbella y Botella, 2003).

La oportunidad de una determinada modificación de la técnica del tratamiento a las características de cada paciente, dependerá de la destreza del analista de adaptar sus particularidades personales (empatía) y profesionales (estilo terapéutico) de forma de abordar el encuentro apropiadamente a la oferta relacional que el paciente trae a la terapia (Jiménez, 2005).

2.2.6 Variables del paciente

Según (Corbella y Botella,2003) las variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica serian : índice de eventos estresantes , relaciones sociales y familiares del cliente , calidad de las relaciones de objeto , motivaciones expectativas y las actitudes, entre otras tienen resultados significativos en la alianza.

En cuanto a las expectativas y motivaciones por parte del paciente es poder encontrar una relación mas simétrica con el paciente aumenta la posibilidad de establecer una buena alianza.

Sobre la calidad de las relaciones de objeto, las personas con riqueza significativa en sus relaciones interpersonales, tienen más probabilidad de desarrollar una buena alianza terapéutica.

Acerca de las actitudes del paciente, que se relacionan con la dificultad en constituir una buena relación terapéutica; el desgano., la hostilidad ,la dominancia del paciente y problemas interpersonales asociados a la frialdad ,la inseguridad , la evitación social y experiencia de sucesos estresantes.

Por otra parte, la severidad de los síntomas del paciente tiene poco impacto en el establecimiento de la alianza terapéutica de buena calidad En pacientes con esquizofrenia en relación el desarrollo de la alianza, se encuentra que esta enlazado con una aceptación de la farmacología y menor ausencia en la terapia.

En investigaciones sobre evaluación de alianza se estudiaron la relación y el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la primera fase y hallaron que los pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza en tanto que los paciente con apego confiado se relacionaron con puntuaciones altas (Corbella y Botella, 2003).

2.2.7. Rupturas de la Alianza Terapéutica. Impasse.

Desde una técnica flexible, Muran sostiene que las rupturas de la alianza son la via regia para llegar a comprender el núcleo de los principios organizadores del paciente. Estos explican las construcciones de las relaciones de objeto internas del paciente, la solución que se produce de estas rupturas son la esencia del cambio (Ojeda, 2010).

El cambio es elemental para que se pueda entender las rupturas en la alianza terapéutica. Estas se generan por la desacuerdo acerca de las tareas o los objetivos de la terapia o por un conflicto en el vínculo, aunque las dificultades con los objetivos y las tareas revelan tensiones en el vínculo y recíprocamente.

Otros de los autores que se interesó por las rupturas de la alianza terapéutica fue Safran, entendiéndola como periodos de ruptura o quiebre en la comunicación entre paciente y terapeuta. Éstos momentos, varían en intensidad y van desde una relativa tensión percibida levemente por uno de los integrantes hasta la mayor tensión que lleva al quiebre de la colaboración. Safran retoma el concepto de negociación, desarrollado por Bordin, para explicar donde paciente y terapeuta se favorecen de la colaboración constructiva, diseñando metas y tareas específicas, siendo esta conceptualización más dinámica y que se centra en la reciprocidad, en oposición a la noción clásica de alianza, esta reformulación es planteada desde el pluralismo teórico propio del pensamiento relacional. (Etchevers, et al 2010).

Safran y Muran se refirieron a la alianza terapéutica “como un proceso de negociación intersubjetiva” (Ojeda, 2010, p.290). Esto aludía a un acuerdo constante que se debía hacer entre las necesidades la de afiliación de establecer y mantenerse afiliado a otros (condición innata del ser humano) y la de agencia relacionado con la necesidad de autodefinirse y auto-individuarse, en el curso de la relación. A partir de esto, coexistirían estas dos tendencias elementales en los seres humanos, que se encontrarían en una tensión permanente entre sí y servirían para entender los conflictos o rupturas que se manifiestan, durante el desarrollo de la alianza terapéutica. Es en el transcurso de todo proceso psicoterapéutico donde se ponen en juego la negociación de estas dimensiones es ahí donde se requiere el reconocimiento y contribución constante de parte del terapeuta en la relación para lograr la solución a los conflictos. Una alianza fuerte, colabora con el paciente para poder enfrentar los aspectos dolorosos que surgen en la

terapia. La cualidad positiva del vínculo, como ser la capacidad del paciente de confiar en la aptitud del terapeuta para ser ayudado, y de esta forma nace, la posibilidad de negociación entre el terapeuta y el cliente en relación a las tareas o metas de la terapia. De este modo se puede ver la interdependencia entre componentes técnicos y relacionales en la psicoterapia.

A partir de un enfoque intersubjetivo, Atwood, Stolorow y Tropol han abordado el tema de los momentos de estancamiento en la relación terapéutica, sostienen que los “impasses” en psicoterapia son obstáculos que se manifiestan durante el proceso psicoterapéutico, estos autores sostienen al igual que Safran y Muran al pensar que la solución de los impasses en psicoterapia son el camino para la comprensión psicoanalítica. En estos dos modelos impasses y rupturas, se sugiere que el buen manejo de estos obstáculos en la terapia, sería el responsable del logro de un mejor insight y la probabilidad de llegar a la experiencia de uno mismo y de la relación (Ojeda, 2010).

En la misma línea, Coderch, (2010) incluyó una perspectiva intersubjetiva del impasse para el logro de una comprensión amplia de éste y de la corresponsabilidad del paciente y analista, en su consolidación.

Para el psicoanálisis, el impasse es un estancamiento durante el curso del proceso psicoanalítico. Se puede entender que este estancamiento y la ausencia de progreso, esta sujeta a una experiencia subjetiva del analista, del paciente o de los dos a la vez.

Según la opinión obtenida por la experiencia de Coderch, en base a la lectura de varios trabajos clínicos, es que muchos de los análisis que se han dilatado a lo largo de muchos años y que finaliza con limitados resultados, son análisis donde se ha instaurado un impasse, en un período relativamente temprano en el análisis o ya avanzado en su curso y que desde ese momento uno de los integrantes decide dar por terminada la terapia. Sostiene que en muchas oportunidades se confunde el impasse con el término del tratamiento psicoanalítico, argumenta que esto debe en parte a la idealización del análisis por parte del analista y de la escuela en que se formó. Coderch (2010),

3. Investigaciones de proceso

En cuanto a investigaciones en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, se puede visualizar que formas de intervención, pueden ser más apropiadas para producir un cambio terapéutico (Jiménez, 2005) ¿Cómo se produciría este cambio terapéutico? Depende de las condiciones del paciente y la relación que se establezca con el analista. La pluralidad de teorías y la permeabilidad de hallazgos en interdisciplinarios en neurociencias, en investigación en

proceso y resultado de psicoterapia, han liberado al adelanto del psicoanálisis de cargas ideológicas.

El desafío, ante el cual estamos es el de integración. La investigación clínica, teórica y empírica, tiene como tarea actual, tratar de integrar de forma acorde, la gama de diferentes posibilidades terapéuticas. Se pretende llegar a una integración coherente, que permita una reformulación, un replanteo de la relación existente entre lo psicoanalítico y lo terapéutico (.Jimenez, 2005).

El mismo autor propone tres puntos, el primero el tema de la especificidad de las intervenciones terapéuticas, frente al alcance de los factores curativos comunes en terapia, la segunda la concepción diádica de la técnica y la forma de comprender, la acción de la alianza terapéutica y la última la idea estratégica o heurística de la terapia psicoanalítica.

Surgen así que tanto la disposición del paciente y el terapeuta como potentes factores curativos comunes a toda forma de psicoterapia. “Ambos factores se unen en el establecimiento de la alianza terapéutica que aparece entonces como el factor central y genérico de cambio“(Jiménez, 2005, p.153).

Los cambios genéricos, fueron investigados y estudiados también por (Krause, et al, 2006) que expresan que los resultados revelan., que se puede identificar los momentos del cambio en psicoterapia.

Se realizó un estudio, de episodios de cambio, en cuatro procesos de psicoterapia, de corrientes distintas: psicoterapia breve, psicoanalítico-cognitiva, familiar construccionista –social e integrativa de grupo., se utilizó métodos cualitativo y confirmatoria.

Se empleó como instrumento de análisis, una escala de indicadores de cambio genérico, común a distintas modalidades psicoterapéuticas, que se estableció a partir del consenso intersubjetivo del grupo de investigadores-psicoterapeutas de líneas teóricas diferentes. “los contenidos del cambio son efectivamente genéricos; y, los indicadores de cambio identifican el momento de evolución de las terapias y la antigüedad de los consultantes, pudiendo tener un valor predictivo que es de relevancia no sólo teórica, sino práctica”(Krause, et al, 2006,p.300).

En este estudio, se articulan dos líneas de investigación, la investigación del proceso terapéutico, con la de los factores comunes .En base al estudio empírico elaborado, se abordan el problema de lo específico, frente lo inespecífico y de la investigación en proceso versus el resultado.

Con la introducción “indicadores de cambio”, se refleja lo común de las distintas terapias como lo propio lo característico de cada una. En referencia a la evolución del cambio, puntualizado a través de estos indicadores, posibilitará un camino, una puerta de entrada al proceso mismo y a su relación con los resultados terapéuticos.

Es frecuente en los procesos terapéuticos, la existencia previa de búsqueda de ayuda, es decir una fase previa al inicio de psicoterapia. Habitualmente los cambios comienzan en esta fase cuando no sucede, son tarea principal de las primeras sesiones de psicoterapia.

Como plantea Santibáñez, han pasado varias décadas, desde que Eysenk cuestiono, la efectividad de la práctica psicoterapéutica. En todo este tiempo, ha pasado ha ser un tema de relevancia de estudios de investigación; la evaluación de resultados terapéuticos en el ámbito de la psicoterapia y su importancia se halla en que conclusiones, admiten tanto un avance en la comprensión en el cambio psicológico, como una optimización en la practica clínica. (Santibáñez, et al, 2009).

Actualmente se entiende a la psicoterapia como “un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial..”. (Santibáñez, et al.p.271 .2009).

La psicoterapia alcanza acciones, en todo el nivel etario, desde los niños hasta adultos de edad avanzada y no implica una orientación específica o enfoque científico profesional especializado.

De esta manera en las últimas décadas Bernal sostiene ,que han surgido distintas modalidades de tratamiento y un incremento importante de aproximaciones teóricas , se puede deducir que los estudios sobre la efectividad de las intervenciones no se ha mantenido en relación con los desarrollos clínicos . (Santibáñez, et al 2009).

Esta disparidad puede estar dada, por la característico de la interacción que se conforma entre los integrantes involucrados en una terapia, proceso en el cual se establece en un espacio de intimidad, donde sus partícipes tienen roles diferenciados y el poder esta configurado de forma asimétrica.

Reflexiones finales

En la lectura realizada por diferentes autores psicoanalíticos, se pudo ver que existen varios usos de la transferencia, de forma general el psicoanálisis tradicional la define como un proceso inconsciente con aspectos regresivos y pulsionales, que se establece en un análisis entre paciente y analista, siendo una herramienta de gran utilidad para el clínico.

Desde otra perspectiva, en la psicoterapia relacional, será fundamental el vínculo que se establezca con el paciente en esta *relación diádica*, es que surge la alianza terapéutica, en la cual terapeuta y paciente trabajan juntos en común acuerdo y armonía. En este sentido se puntualizara en la interacción paciente –terapeuta jerarquizando aspectos reales de la relación y la figura del terapeuta. Existen aspectos inconscientes, (transferencia y análisis transferencial) y conscientes (respeto, confianza, amistad) de la relación, desde donde se trabajaran de manera conjunta en el aquí y el ahora, adquiriendo relevancia la dimensión relacional desde elementos como la participación, interacción, empatía y el dialogo para el logro del establecimiento de una alianza terapéutica positiva en el proceso psicoterapéutico.

Se problematizan en este trabajo ideas precedentes de los límites del positivismo como fundamento que subyace en el psicoanálisis, que promueven una imagen idealizada y objetiva del terapeuta, negando el involucramiento subjetivo del mismo estableciéndose de esta forma una excesiva asimetría en la relación, se enfatizaría de esta forma la necesidad de cuestionar y reconsiderar estos aspectos de la teoría.

Desde la perspectiva del psicoanálisis relacional se considera a la alianza terapéutica como una gran influencia sobre el resultado del proceso en psicoterapia, siendo uno de los prerequisites esenciales del proceso de cambio.

En cuanto a las rupturas de la alianza se entendería, como periodos de quiebre en la comunicación entre terapeuta y paciente, una crisis en la alianza implica la posibilidad de analizar aspectos no vistos anteriormente con el paciente. desde esta óptica es una oportunidad para ambos.

Como herramienta para el clínico, la alianza terapéutica, favorece del espacio terapéutico, la adhesión del paciente al tratamiento y el compromiso del mismo.

Todo esto facilita que el paciente adquiera un mayor conocimiento de sí, la toma de consciencia de los conflictos, la capacidad de pedir ayuda, de mostrar su dolor psíquico, le da poder de decisión sobre como resolver los conflictos de ahí en mas. De este modo se determinara el éxito del proceso terapéutico y la importancia de la alianza terapéutica, que

posibilitara la incorporación del paciente.

Para finalizar parecería importante hacer referencia, acerca del rol del terapeuta como agente de cambio en el paciente principalmente mediante el desarrollo de una alianza positiva en el proceso psicoterapéutico.

Referencias Bibliográficas

Arredondo, M., y Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en Psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*. (Memoria de grado). Universidad de Chile. Santiago. Recuperado de

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/arredondo_m/sources/arredondo_m.pdf

Coderch, J. (2010) Impasse. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(3), 531-541. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N3_2010/03_Coderch_Impasse_CeIRV4N3.pdf

Coderch, J. (2012). Identidad, contexto y mentalización. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(2), 218-234. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/09_Coderch_TraumatismosEmocionalesInfanciaAdolescencia_CeIR_V7N2.pdf

Corbella, S., y Botella. L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.

De la Parra, G. (2006). Investigación, vínculo y cambio ¿algo nuevo bajo el sol?. *Aperturas psiconalíticas*, 23. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000386&a=Investigacion-vinculo-y-cambio-algo-nuevo-bajo-el-sol>

- Etchevers, M., Gonzalez, M., Sacchetta, L., Iacaponi, C., Muzzio, G. y Miceli, C. (2010). *Relación terapéutica su importancia en la psicoterapia*. Trabajo presentado en II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, Buenos Aires. Recuperado de www.aacademica.com/000-031/197.pdf
- Ferenczi, S., y Dupont, J. (Comp.) (1997). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1986). Sobre la dinámica de la transferencia en *Obras Completas* (Vol.12, pp 93-105) Buenos Aires, Amorrortu (Trabajo original publicado 1912)
- Jiménez, J. (2005). La investigación empírica apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*, 101, 146-177
- Krause , M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdez, N., y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Laplanche, J., y Pontails, J.-B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. (3a ed. rev.). Barcelona: Labor
- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU* , 6(3), 284-285. Recuperado de <http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20%28PDF%29/REV%20Origen%20y%20evo.pdf>
- Rodríguez Sutil, C., y Ávila Espada, A. (2013). Reseña de la obra de André Sassenfeld, J. Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1), 234-237. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N1_2013/Rodriguez-Avila_Review_Sassenfeld-Principios-Clinicos_CeIR_V7N1.pdf
- Rodríguez Sutil, C (2010). Reseña de la obra de Joan Coderch “La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis” *Clínica e Investigación Relacional*,5 (1)

,188-206. Recuperado de

http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1_2011/Review_Code_rch_2010_CRSutil_CeIR_V5N1.pdf

Sachs, D. (2006). Reflexiones para el caso Dora de Freud 48 años después. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 20. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000332&a=Reflexiones-para-el-caso-Dora-de-Freud-despues-de-48-anos>

Santibáñez, P., Román, M., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668

Velasco Fraile, R. (2009). Qué es el Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional, Revista electrónica de Psicoterapia*, 3(1), 58-67