

Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia

Martín Etchevers³ Natalia Putrino^{1,3}, Sheila Giusti³, Natalia Helmich³,

Martina Cantaro³ Ángel Tabullo² & Pablo Argibay¹

- 1- Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires
- 2- Centro Científico Tecnológico Mendoza- CONICET
- 3- Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El interés o la preocupación por comprender y mejorar la relación entre el enfermo y su médico pueden rastrearse en los orígenes de la medicina en la Grecia antigua y la Edad Media, a través de la Oda hipocrática y la Oración de Maimonides. El juramento hipocrático define los aspectos sobre el accionar correcto del médico, y el juramento de Maimonides se ocupa en mayor medida de la esencia del accionar médico potenciado por el amor hacia el paciente (Tauro et al, 2007).

Desde aquel entonces existe una visión amplia sobre el concepto de relación terapéutica que se aplica también a otros campos y posee como modelo la relación del maestro y su discípulo. Así como el primero brinda conocimientos y el segundo se apropia de ellos, entre ambos construyen un vínculo basado en distintos factores que promueven o interceden en el proceso de enseñanza-aprendizaje o en la mejora de padecimientos psicológicos.

En el campo de las diferentes escuelas en psicoterapias se ha oscilado a lo largo del tiempo por tópicos semejantes que van desde el modelo de relación profundamente asimétrico paternal y protector al de una psicoterapia organizada como una provisión de intervenciones específicas y efectivas en la cual la relación ocupa menos interés (Rogers, Tubert & Carmichael, 1981).

Además de los ricos desarrollos clínicos y conceptuales de las escuelas psicológicas, hacia fines del siglo pasado se comenzó a estudiar empíricamente el peso de la relación terapéutica dentro del proceso terapéutico y los resultados obtenidos han validado la fortaleza que poseen en común los tratamientos psicológicos de manera independiente al tipo de trastorno, duración u orientación del mismo. Es así, que autores como Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Ahn & Wampold, 2001; Lambert & Barley,

2001, han concluido que la relación terapéutica explica un 30% de la mejoría de los pacientes, funcionando como un factor común a la mayoría de las psicoterapias.

La relación terapéutica en psicoterapia

La relación terapéutica posee un valor relevante dado que diversos estudios coincidieron en que los resultados de un tratamiento psicológico se encuentran relacionados directamente al vínculo que se instala en el proceso terapéutico.

El concepto de alianza se originó en las teorías del psicoanálisis. Freud (1912, 1915) la denominó *transferencia*, como un proceso que se produce en el tratamiento, de la repetición de modelos de relaciones infantiles, dando lugar a la redirección inconsciente de los mismos de una persona a otra. Respecto de la contrapartida de este fenómeno en la persona del analista, *contratransferencia*, Freud (1910) llamó al influjo inconsciente que el paciente ejerce en la persona del analista y recomendó que fuera detectado y dominado a partir del análisis del propio analista. Freud no consideró al fenómeno contratransferencial como una fuente de conocimiento o un fenómeno posible de ser utilizado en beneficio del tratamiento, pero en posteriores corrientes psicológicas dentro y fuera del psicoanálisis se comenzó a evaluar la utilidad para el tratamiento de la contratransferencia o de la respuesta del terapeuta.

Históricamente, el concepto de la alianza fue una importante función en un momento en que la teoría psicoanalítica tendía a enfatizar los aspectos técnicos del tratamiento y a desenfatar la importancia de los aspectos humanos auténticos de la relación entre el terapeuta y su paciente ya que permitió la inclusión de aspectos no transferenciales en dicha relación. El concepto de alianza terapéutica proporcionó una sanción teórica permitiendo mayor flexibilidad terapéutica en un momento en que las prescripciones psicoanalíticas clásicas sobre la naturaleza de la postura del terapeuta y del encuadre terapéutico proveían poco espacio a los terapeutas para adaptarse de una manera sensible a las necesidades únicas de cada paciente y a la cada vez mayor atención de pacientes no neuróticos. Es por ello que el concepto de alianza terapéutica fue particularmente útil en momentos en que los psicoanalistas tendían a entender todo lo que ocurría en la relación terapéutica como un reflejo de la transferencia del paciente en lugar de como un producto de influencia mutua (tanto consciente como inconsciente) entre el paciente y el terapeuta (Safran & Muran, 2000)

Por lo tanto, comenzaron a surgir definiciones del concepto de relación terapéutica que explican los procesos que se encuentran dentro de la psicoterapia y que son parte del contacto entre dos personas diferentes, con pensamientos y comportamientos distintos por su rol en el vínculo, pero que poseen un interés en común: trabajar en conjunto para resolver algún malestar psicológico.

De manera que en la actualidad, la mayoría de las definiciones teóricas de la alianza terapéutica tienen tres temas en común: (a) la naturaleza colaborativa de la relación, (B) el vínculo afectivo entre el paciente y el terapeuta, y (c) la capacidad del terapeuta para ponerse de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y tareas (Bordin, 1979; Saunders, Howard, & Orlinsky, 1989; Horvath & Symonds, 1991).

El valor de los estudios y el crecimiento de los mismos por diferentes investigadores en el mundo, permitió que la Asociación de Psicología Americana (APA) cree en sus divisiones de trabajo, la división 29, fuerza de la tarea en psicoterapia con apoyo empírico: relación terapéutica (*Psychotherapy's Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships*). Los objetivos de la división 29 son identificar los elementos de la eficacia de la relación terapéutica y determinar los métodos efectivos para la adaptación de la terapia a cada paciente en particular (Norcross, 2001).

En relación a la fortaleza que poseen los estudios sobre la relación terapéutica, se realizó un meta análisis sobre las publicaciones en revistas científicas que evaluaron la alianza terapéutica y resultados de los tratamientos (Martin, Garske & Davis, 2000). Por ejemplo, se encontró que los pacientes tienden a ver a la alianza estable en los diferentes momentos de la terapia, mientras que los terapeutas y los observadores externos tienden a indicar más cambios en el tiempo al calificar la relación. Esta evaluación consistente de la alianza durante todo el tratamiento por parte de los pacientes permite inferir que los terapeutas deben ser eficaces en el establecimiento de alianzas positivas tempranas con sus pacientes en el proceso de terapia (Elkin et al. 2014).

A pesar de la importancia que posee la relación terapéutica, es complejo establecer una causalidad entre los resultados de un tratamiento y la relación terapéutica, dado que no se puede manipular experimentalmente (De Re et. al, 2012). Por lo tanto, si bien hay trabajos que investigan los resultados de un tratamiento y el

grado de implicación de la relación terapéutica, como el de Marcolino e Iacoponi (2003) quienes encontraron que mejores alianzas terapéuticas alcanzan mayores resultados psicoterapéuticos; los estudios actuales comenzaron a centrarse en las características y habilidades que poseen los psicólogos y que pueden favorecer una buena relación y a su vez, otra corriente de clínicos - investigadores se orientaron hacia el estudio de la ruptura dentro del proceso terapéutico.

Características y habilidades de los terapeutas: la empatía

Con el objetivo de indagar sobre las representaciones sociales que poseen los alumnos de psicología acerca de las características del terapeuta, en uno de nuestros estudios se intentó delimitar cuáles son las características profesionales valoradas por los estudiantes de psicología de la Universidad de Buenos Aires como potenciadoras de una buena relación terapéutica. En cuanto a los aspectos importantes para el establecimiento de la relación terapéutica y que son parte del rol del psicólogo, los primeros cinco elegidos han sido: “adaptación a las necesidades del paciente”, “actitud empática”, “expresión abierta de interés”, “actitud cálida” y “diálogo fluido”.

Las respuestas de los alumnos son congruentes con los estudios previos sobre alianza terapéutica, lo que demuestra que hay consistencia entre sus creencias y la evidencia empírica. A pesar de ello, los alumnos 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 (Etchevers et al, 2013).

Estos resultados podrían deberse a que los estudiantes más avanzados se encuentran más apegados al aprendizaje académico y tienden a alejarse del conocimiento general y colectivo. También podría deberse a la falta de experiencia clínica. Por ejemplo, el criterio de abstinencia no es considerado por los referentes de la relación terapéutica como un aspecto que fortalezca la alianza. La multiplicidad de significados de este concepto puede explicar en buena medida la diferencia en relación a lo que se considera “abstinencia”.

A su vez, Baringoltz (2005) desarrolló un estudio en el cual 97% de los terapeutas señaló a la empatía como una de las características más importantes en el rol profesional. Congruente con estos estudios, Carlozzy, Bull, Stein, Ray y Barnes (2002);

Etchevers, Simkin, Putrino, Giusti y Helmich (2014) hallaron que los psicoterapeutas consideran a la empatía como una habilidad necesaria para la profesión.

A medida que los estudios acerca de las características personales comenzaron a ampliarse en el área de investigación de la relación terapéutica, otro concepto empezó a ganar terreno en este estudio. La empatía dentro del proceso terapéutico es, en la actualidad, una de las características profesionales de preferencia para el estudio científico, de manera tal que estudios con valoraciones psicométricas, conductuales y hasta neurocientíficas se encuentran participando en la elucidación del valor importante que posee la empatía en el tratamiento de la salud (Olivera, Braun & Roussos, 2011).

En relación a la eficacia de la psicoterapia, diversas investigaciones señalan que la empatía del terapeuta podría ser un factor predictivo del resultado del tratamiento. Luego de realizar una revisión sistemática de 115 estudios, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) encontraron una correlación positiva entre empatía y resultado del tratamiento en el 54% de los casos. Un meta-análisis de 47 estudios que incluyó diferentes poblaciones de pacientes y mediciones del resultado (Bohart et al., 2002) indicó que la empatía explica alrededor del 4% de la varianza del resultado, lo cual refleja un tamaño de efecto pequeño a moderado. En este mismo trabajo, se observó que la alianza terapéutica, considerada el predictor más robusto y consistente de la mejoría de los pacientes (Castonguay, Constantino, & Gross Holtforth, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000) explicaba un porcentaje similar del resultado del tratamiento. Adicionalmente, otros autores han señalado que la empatía y la alianza terapéutica parecen explicar un porcentaje mayor de la varianza del resultado del tratamiento que las intervenciones terapéuticas específicas (Wampold, 2001).

A su vez, un importante trabajo realizado por Heinonen, Knekt, Jááskeläinen y Lindfors (2013) compararon la eficacia de los tratamientos psicodinámicos (LPP- long-term psychodynamic therapy) y psicoanalíticos (PA- psychoanalysis) 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 el caso de la terapia cognitivo-conductual, algunos autores han señalado la importancia de su rol en el tratamiento (e.g., Beck, 1995; Beck, Rush, Shaw, & Emery 1979) mientras que otros lo han minimizado (Ellis, 1962). Sin embargo, existe evidencia empírica de que la empatía juega un papel importante en el desarrollo de la terapia. Persons y Burns (1985) reportaron que las percepciones de los pacientes sobre la calidez y la empatía del terapeuta correlacionaron con el grado de mejoría durante las sesiones. En un estudio posterior, Burns y Nolen-Hoeksema (1992) examinaron la influencia directa e indirecta de la empatía en el resultado de un gran número de tratamientos cognitivo-conductuales para la depresión. Los resultados confirmaron que los terapeutas percibidos como más cálidos y empáticos lograron mejoras significativamente mayores en sus pacientes que aquellos con los puntajes de empatías más bajos.

Asimismo Watson, Steckley y McMullen (2014) afirman que la empatía es considerada un elemento específico de la relación psicológica y presenta resultados similares a los encontrados en los estudios de la alianza y los resultados de tratamiento. En efecto, al momento de distinguir ciertas características o habilidades que son elementos de la relación terapéutica, por mucho tiempo se asoció a la empatía como sinónimo de la relación terapéutica (Waizmann, 2010).

En consecuencia, varios estudios, específicamente evaluaron la empatía, intentando demostrar la importancia que posee un estilo empático del terapeuta, como la prosodia de sus intervenciones (Weiste & Perakyla, 2014) y la relación entre la capacidad de respuesta empática del terapeuta y la continuidad de los pacientes en los tratamientos (Elkin et al. 2014). Elkin et al. (2014) encontraron que el factor *atmósfera terapéutica positiva* (relacionado a la empatía emocional) parece ser el componente más importante de la capacidad de respuesta del terapeuta en las dos primeras sesiones de terapia, y a su vez, es un predictor significativo tanto de la evaluación positiva del paciente de la relación terapéutica y de la permanencia del paciente por más de cuatro sesiones.

No son pocos los trabajos que, además de ponderar la empatía, plantean la diversidad de acepciones y variantes conceptuales de la misma a lo largo de décadas de

existencia de este concepto. Desde una perspectiva amplia y útil se la puede definir como la capacidad de comprender los pensamientos y sentimientos de los demás, comprendiendo que los mismos son diferentes a los propios (López, Filippetti & Richaud, 2014).

La empatía es una habilidad que debe estar presente en los terapeutas para asegurar que el vínculo con sus pacientes sea profesional. De manera que los profesionales de la salud mental deberían considerar la capacidad de la empatía como una herramienta o aptitud para ejercer como psicoterapeutas. De la misma manera, Vidal y Benito (2013) afirma que habitualmente en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, el vínculo empático se desarrolla dependiendo de las capacidades naturales de cada profesional, dado que en nuestro país aún no se ha fomentado una formación destinada al desarrollo y entrenamiento de habilidades relacionales de los profesionales con sus pacientes.

Las rupturas de la relación terapéutica

Las rupturas de la relación terapéutica es otra área de interés del proceso terapéutico que involucra tanto a investigadores como a clínicos. Si bien los estudios se han centrado en los procesos psicoterapéuticos, consideramos que en toda relación social, como en el proceso de enseñanza, existen alianzas y rupturas que deben evaluarse y co-construirse.

La relación terapéutica no es estática, sino que es una negociación en constante cambio, una co-construcción entre el paciente y el terapeuta, involucrando tanto el nivel consciente como inconsciente. En ocasiones, esta relación puede sufrir rupturas, que siempre son producto de la mutua influencia de ambos participantes (Safran & Muran, 2006).

Las rupturas varían en intensidad, duración y frecuencia. Pueden no ser detectadas por el terapeuta ni ser conscientes para el paciente y al mismo tiempo, podrían no obstruir el progreso significativamente, o, en casos extremos, pueden llevar a la finalización prematura del tratamiento (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Sin embargo, podemos situar dos señales de alerta que dan a entender al terapeuta que se puede estar produciendo una ruptura. Una de ellas son las manifestaciones de confrontación por parte del paciente, donde éste demuestra sus preocupaciones oponiéndose al terapeuta, y

la otra es por abstinencia, donde el paciente responde con conductas de retirada, aplazo o incumplimiento.

Las causas de las rupturas en la relación terapéutica, según Safran y Muran (2005), pueden ser por desacuerdos en las tareas y objetivos, o en el plano del vínculo, siguiendo la conceptualización de Bordin de la alianza como constructo multidimensional. En base a eso, clasificaron las estrategias de intervención ante las rupturas como directas e indirectas, tanto para las rupturas por desacuerdos sobre tareas y objetivos como para problemas asociados al vínculo relacional. Por ejemplo, si un paciente plantea que no visualiza la utilidad de los objetivos acordados, el terapeuta puede optar por una intervención directa, justificando la utilidad terapéutica de esos objetivos; o por una intervención indirecta, produciendo un re-encuadre del sentido de los objetivos.

Las rupturas en la relación terapéutica, si bien están asociadas a problemas en la interacción paciente-terapeuta, pueden resultar reveladoras ya que permiten al terapeuta contemplar y comprender los modos de vincularse del paciente dentro y fuera de la terapia, y a cuestionarse sobre su propia contribución al vínculo terapéutico. En ese sentido, pueden constituir ventanas a una comprensión más profunda.

En suma, la teoría puede ofrecer lineamientos al terapeuta pero la verdadera tarea de éste consiste en implicarse en un diálogo con la siempre cambiante situación clínica, diálogo mediante el cual se comprueba, adquiere cuerpo y se modifica continuamente la teoría existente (Safran, 2005).

Formación en relación terapéutica. Ventajas en la práctica psicológica

Dado que cada vez son más concluyentes los estudios que indican que una buena formación en habilidades interpersonales favorece la relación terapéutica, el objetivo final de este capítulo es reflexionar sobre los avances que existen en ésta temática y la importancia de una buena formación en los estudios de grado y posgrado de un psicólogo como así también en aquellas personas profesiones del campo de la salud y la educación en las que el vínculo adquiere una mayor importancia.

Aunque la mayoría de los manuales, guías de tratamiento y práctica clínica mencionan la importancia de la relación terapéutica, pocos de estos especifican qué cualidades del terapeuta o intervenciones dentro del proceso terapéutica promueven una

relación curativa. Dado que las guías clínicas y los manuales de tratamiento son requeridos en la formación, investigación y práctica de la psicoterapia existe el peligro de que la relación terapéutica, las habilidades interpersonales del terapeuta y la afinidad (match) entre el terapeuta y el paciente sean pasadas por alto (Norcross, 2001).

Por otra parte, es bueno tener presente que capacitarse en los aspectos relacionales no sustituye a las herramientas técnicas específicas de los diferentes abordajes. Si bien la relación terapéutica es necesaria, de manera aislada no es suficiente para llevar a cabo un buen tratamiento. La relación entre paciente y terapeuta a diferencia de la de una de amistad conlleva una importante responsabilidad contemplada no sólo en las diferentes legislaciones y códigos de ética, sino también en la esperanza que deposita el paciente o consultante en nuestro conocimiento específico avalado socialmente para contribuir al mejoramiento de la situación que padece el mismo. Una formación que incluya el entrenamiento en las reglas de funcionamiento, las habilidades relacionales, el manejo de los propios sentimientos y la creatividad en el proceso terapéutico junto a los conocimientos del problema que está abordando permitirán una mejor psicoterapia.

Referencias

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251.
- Baringoltz, S. (junio, 2005). *La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas*. Presentación en el Congreso International Congress of Cognitive Psychotherapy. Suecia. Recuperado de la web de Centro de Terapia Cognitiva: <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/La-Importancia-del-Estilo-Personal-del-Terapeuta-y-el-Vinculo-Como-Herramienta-Terapeutica.pdf>

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: Guilford Press
- Bohart, Arthur C., Elliott, Robert, Greenberg, Leslie S., Watson, Jeanne C., & Norcross, John C. (Ed), (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 89-108). Nueva York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 441.
- Carlozzy, A. F., Bull, K. S., Stein, L. B. , Ray, K., & Barnes, L. (2002). Empathy theory and Practice: A Survey of Psychologists and Counselors. *The Journal of psychology*, 136 (2), 161-170.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271.
- 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.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & Mckay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford: Lyle Stuart.
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., & Korman, G. (2013). Creencias acerca de los factores que influyen en la relación terapéutica en estudiantes de psicología. *Anuario de Investigaciones*, 20(1), 39-47.

- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., & Helmich, N. Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de Investigaciones*, en prensa.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En O. C., Volumen XI (pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. O. C., Volumen XII (pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). O. C., Volumen XII. (pp. 159-173) Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Heinonen, E., Knekt, P., Jááskeläinen, T., & Lindfors, O. (2013). Therapists professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic and psychoanalysis. *European Psychiatry*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.002>
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 37–69). Nueva York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Lambert, M., Shapiro, D. B., & Bergin, A. AS (1986). The effectiveness of psychotherapy. *Hand/Jook, 1*, 157-211.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357.
- López, M. B., Aran Filippetti, V., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en psicología latinoamericana*, 32(1), 37-51.

- Marcolino, J.A. & Iaconi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345.
- Olivera, J., Braun, M. & Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 2(20), 121-132.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy— *Noch einmal*. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ta. ed., pp. 2170-376). Nueva York: Wiley.
- Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive therapy and Research*, 9(5), 539-551.
- Rogers, C. R., Tubert, S., & Carmichael, L. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría* ([1a reimp. en España]). Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. D., Segal, Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Safran, J., & Muran, C. (2005) *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). *Resolving therapeutic impasses: A training DVD*. Santa Cruz, CA: Custom-flix.com.

- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment, 1*, 323-330.
- Tauro, N., Musso, C., Argibay, P., Ceriani Cernadas, JM., Pace, R. & Rosso, V. (2007) Juramento para graduados. El producto de una reflexión colectiva. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, 27*(1), 43.47 .
- Vidal y Benito, M. D. C (2013) La Empatía en la Consulta. Un Recorrido desde la Filosofía a las Neurociencias. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Waizmann, V. (2010). Alianza terapéutica e intervenciones psicoterapéuticas en tratamientos cognitivos y psicoanalíticos. (Tesis doctoral inédita) Universidad de Buenos Aires.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24*(3), 286-298.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research, 24*(6), 687-701.