

**UNIVERSIDAD ADOLFO IBAÑEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DEL URUGUAY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FUNDACIÓN CHILENA DE PSICOLOGÍA ANALÍTICA C.G. JUNG

**POSTITULO DE ESPECIALIZACIÓN ACADEMICA
EN PSICOLOGIA ANALÍTICA**

TRABAJO FINAL

LA RELACION TERAPEUTICA

*SEMINARIO: PSICOTERAPIA TRANSFERENCIA Y
CONTRATRANSFERENCIA*

DOCENTE: Ps. Mariana Arancibia.

FECHA: Julio 2004

ALUMNO: Arlette Gillet J.

FECHA DE ENTREGA: Marzo 2005

I.- INTRODUCCIÓN

Siempre sentí que era fundamental el vínculo que el paciente establece con su terapeuta y viceversa, para poder estar juntos en el enfrentamiento del dolor y el sufrimiento que él nos trae al consultar.

El hecho de sentirse trabajando en conjunto, personalmente me ha producido un tremendo alivio, sintiendo que somos dos los que llevamos conjuntamente un proceso “alquímico”; cambia mi paciente y también, y sin duda eso me hace cambiar a mi. Antes, de alguna forma “cargaba” con mis pacientes, sentía que debía “ayudarles” proporcionándoles los medios necesarios para salir adelante. Actualmente, creo que esos recursos están allí y debemos en conjunto buscarlos o descubrirlos.

Al leer diversos autores en relación al tema sentí como se fueron poniendo en palabras lo que a mi me ocurría con mi quehacer como terapeuta. Claramente nunca me sentí un espejo y eso me complicaba la vida. Vibro con cada una de las penas y alegrías, dolores, deseos y logros de mis pacientes. No soy un observador científico, vivo cada fenómeno, acompañándolo e intentado permitirle al paciente realizar su propio proceso, lo que para ser honesta, no me pasaba antes. Intento atender permanentemente a mis sentimientos y pensamientos para no proyectarlos y así poder darme cuenta de lo necesario que es el darle tiempo al paciente, sin presionar y permitir que el símbolo entre a la conciencia, pues si no es así no se realiza el proceso e incluso puede ser perjudicial. Siento que es necesario revisarse momento a momento al estar ejerciendo nuestro “arte, oficio, profesión” de terapeutas. Se trata de un complejo proceso alquímico, como señala Jung.

Quizá compensatoriamente y por lo misterio que siempre me ha resultado el saber que es lo que da cuenta en esencia de los cambios en psicoterapia y hasta donde es tan significativa la relación terapéutica; decidí para el presente trabajo exponer sintéticamente los resultados de diversas investigaciones que fueron revisadas por Bachelor y Horvath (1999). Dicha revisión fue publicada como un capítulo del libro *The Heart & Soul of Change*.

Cabe señalar que esto es prácticamente el opuesto de lo que señala Jung en su libro *La Psicología de la Transferencia*, pero también creo que es un aporte complementario y pienso que es importante conocerlo. Me llamó la atención que no aparecen investigaciones en la línea jungiana. ¿Será imposible investigar de esta forma en la psicología profunda? o ¿no se ha encontrado el lenguaje para hacerlo?

II.- DESARROLLO

En este trabajo, y siguiendo en parte el esquema de los autores, se realizará primero una breve síntesis histórica acerca de la relación terapéutica. Posteriormente se hará un resumen de los rasgos característicos y resultados de investigaciones respecto a dicha relación.

A.- BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Freud identificó tres aspectos en una relación terapéutica:

1.- **Transferencia**, que define como la identificación inconsciente que hace el paciente del terapeuta con figuras significativas de su pasado.

2.- **Contratransferencia**, sería la ligazón inconsciente que hace el terapeuta del paciente con aquellas figuras significativas o conflictos no resueltos de su pasado.

3.- **Alianza Terapéutica** que es la ligazón amistosa y positiva que hace el paciente con el terapeuta, con las personas benevolentes y amables de su pasado.

Independientemente del constructo psicodinámico respecto a lo que era una relación terapéutica; Carl Rogers (1951) conceptualizó una relación terapéutica ideal, semejante a un encuentro existencial más que a una reunión entre un experto (el terapeuta) y un aprendiz (“el cliente”). Rogers identificó las condiciones suficientes y necesarias del terapeuta que harían de ésta una relación sanadora: empatía, aceptación incondicional y autenticidad; además de la percepción de estas condiciones por el “cliente”.

Otros autores notaron que el modelo rogeriano se centraba casi exclusivamente en la contribución del terapeuta en la relación y enfatizaron los atributos del paciente como lo central en el éxito de una psicoterapia. Se destacaba lo que los pacientes creían acerca de lo experto que era su terapeuta, su credibilidad y lo atractivo que podría ser. El supuesto teórico aquí era que el grado en el cual los pacientes creían que los terapeutas tenían estas cualidades sociales, tendrían “el poder de influir” en el pensamiento, sentimiento y conducta del paciente y lograr el cambio terapéutico (Heppner, Rosenberg, Hedgespeth, 1992; La Crosse, 1980; Strong, 1968).

Por otra parte, Skinner (1985) y otros conductistas clásicos se resistieron a la noción respecto al rol significativo que jugaban los aspectos interpersonales en el cambio conductual producto de la terapia. Skinner visualizaba una terapia exitosa como un proceso de aprendizaje en la cual era más significativo la calidad de las intervenciones (técnicas) de un “profesor o entrenador”, que la relación entre los participantes.

Eysenck en 1952 realizó una recopilación de investigaciones donde se comparaba el éxito de pacientes tratados con psicoterapia verbal (incluyendo psicoanálisis) con pacientes no tratados con psicoterapia. Los resultados concluyeron que aproximadamente dos tercios de pacientes neuróticos mejoraban fuesen o no tratados con psicoterapia durante un período de dos años. Esta crítica y el reclamo respecto a la superioridad de la terapia conductual en relación a las terapias verbales, generó una tremenda polémica y comenzó a investigarse en psicoterapia.

La síntesis posterior de cientos de investigaciones concluye que, aunque la mayoría de las terapias de diversas orientaciones teóricas eran beneficiosas, no mostraban diferencias significativas en términos de resultados. Esta observación lleva a hipotetizar que ciertos aspectos del tratamiento que eran comunes a todas

estas diferentes psicoterapias podría dar cuenta de una parte significativa de los resultados beneficiosos de la psicoterapia. Así comenzó el interés de investigar el efecto de la relación terapéutica para responder preguntas como: ¿Qué proporción de los resultados beneficiosos de una terapia se deben a la calidad de la relación? ¿Qué aspectos de esta relación están más ligados a los resultados exitosos?

Luborsky (1976) y Bordin (1975, 1979, 1980, 1989, 1994) señalaron que una alianza terapéutica positiva y basada en la realidad era ubicua y universal en toda labor de ayuda exitosa. El concepto de alianza terapéutica de Luborsky era cercano a la concepción psicoanalítica. El postula dos conceptos básicos: el primero centrado en el agrado mutuo y en el apoyo percibido por el paciente; y el segundo focalizado en la colaboración y responsabilidad compartida en terapia. Bordin (1979) propone tres componentes esenciales: lazos interpersonales, acuerdos en las metas terapéuticas, y colaboración en las tareas terapéuticas. Según este autor el desarrollo positivo y la mantención de la alianza, por si mismas son sanadoras.

Se han desarrolla escalas de medición empírica de la alianza terapéutica que se utilizan en investigación (Helping Alliance Questionnaire, Luborsky, 1976; Vanderbilt Psychotherapy Process Scale, Gomes-Schwartz, 1978; Working Alliance Inventory, Horvath, 1981; California Psychotherapy Alliance Scale, Gaston & Marmar, 1994). Estas escalas están basadas en leves diferencias de conceptualización de lo que es la alianza. Actualmente la alianza es un tema vital de la investigación.

B.- PUNTO DE VISTA ACTUAL, RASGOS CARACTERÍSTICOS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIONES EN LA RELACION TERAPEUTICA.

Aún cuando se siguen desarrollando definiciones respecto a lo que es la alianza, pareciera existir acuerdo que el constructo incluye aspectos de la relación que facilita el trabajo de colaboración entre terapeuta y paciente en contra de un enemigo común que es el dolor y sufrimiento del paciente (Bordin, 1979).

Kolden et al. (1994) señala que además de ser una alianza de trabajo, de la resonancia empática (comprensión recíproca) y afirmación mutua (respeto y apego afectivo) existen otros componentes esenciales en la relación terapéutica.

Gelso y Carter (1985, 1994) propusieron que la relación, incluye, además de la alianza de trabajo una “verdadera relación” (las percepciones realistas y no distorsionadas de los participantes) y el componente de transferencia (esto es la repetición de conflictos y sentimientos del pasado con el terapeuta) – y contratransferencia.

Existe debate respecto a como definir cada componente; sin embargo, hay acuerdo respecto a que la relación terapéutica sería un determinante importante en todas las formas de terapia y de que su calidad global influye en resultado final de la terapia. Se ha encontrado específicamente que la alianza terapéutica juega un rol de similar importancia en diferentes enfoques como el conductual, ecléctico, y terapias de orientación dinámica (Gaston, Marmar, Thompson & Gallager, 1988; Horvath, 1994). Se ha demostrado que la alianza es un factor significativo tanto en la terapia individual, como grupal y en la terapia de grupo matrimonial (Bourgeois, Saborin & Wright, 1990; Pinsof, 1994). Pareciera que también la alianza terapéutica puede ser también un factor de ayuda en relaciones no estructuradas específicamente como terapias (por ejemplo, farmacoterapia combinada con un mínimo contacto de apoyo (Krupnick, Stotsky, Simmens, & Moyer 1992). Como conclusión de lo expuesto, los autores Bachelor y Horvath señalan que “sería importante para los terapeutas atender desde muy cerca la relación que desarrollan con sus pacientes y monitorear regularmente su calidad”.

Diversos estudios han investigado el impacto que tiene en el resultado de la terapia una alianza terapéutica temprana, estableciéndose que la alianza temprana (esto es entre la tercera y la quinta sesión) es un predictor significativo del resultado final del tratamiento. Aunque es significativa la relación entre la alianza medida en etapas tardías y el cambio del cliente, se ha visto que dichos cambios son más pequeños. Estos resultados revelan que el desarrollo de una relación terapeuta-paciente positiva, puede ser crítica en la etapa inicial de la

terapia (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang, & Cordell, 1991; Plotnicov, 1990; Tracey, 1986). Concluyendo, “los terapeutas deben estar atentos al clima relacional generado tempranamente, y trabajar cualquier dificultad en la relación paciente-terapeuta durante esas primeras sesiones” (Bachelor y Horvath, 1999)

Se han obtenido resultados complejos respecto a como evoluciona la relación paciente-terapeuta a lo largo de la terapia, ¿se mantiene estable, fluctúa o aumenta? Al considerar el promedio de casos en grupo, la alianza muestra poco cambio a lo largo del tiempo o un aumento en algún componente específico como puede ser la relación afectiva, una buena alianza de trabajo, etc. (Adler, 1988; Bachelor, 1992; Gaston et al., 1991; Marzali, 1984). Sin embargo, al examinar los casos individualmente existe evidencia de dicha relación fluctúa (Horvath & Marx, 1988, 1990; Safran, Crocker, McMain & Murria, 1990; Safran, Muran & Wallner Samstag, 1994). “Lo más probable es que los diferentes patrones de desarrollo de la alianza son diferentes de un paciente a otro. En algunos pacientes, fluctúa la percepción acerca de la alianza, en otros permanece sin cambios, aumenta o se deteriora” (Gaston & Marmar, 1994).

Pareciera que terapeutas y pacientes varían en cuanto a la percepción que cada uno tiene de la relación terapéutica. Investigaciones al respecto, en forma consistente, han encontrado un bajo grado de acuerdo al comparar las puntuaciones otorgadas por los pacientes versus las dadas por los terapeutas (Goleen & Robbins, 1990; Gurman, 1977; Horvath & Mar, 1990; Tehenor & Hill, 1989). Aunque no está clara la fuente de esta divergencia, puede ser que terapeutas y pacientes utilizan diferentes referentes en base a los que evalúan la relación. Quizá los terapeutas se apoyan primero en su postura teórica al realizar la evaluación y los pacientes lo hacen comparando esta relación con otra relación personal cercana (Mallinckrodt, 1991), o en base a su terapeuta ideal. Entonces, cabe señalar que, “los terapeutas no pueden suponer que su evaluación respecto a la calidad del clima terapéutico corresponde a la percepción de su paciente. Sería por lo tanto, aconsejable, chequear con los pacientes sus sentimientos y

percepciones acerca del terapeuta y de la interacción terapéutica, y clarificar los juicios dispares que pueden amenazar la calidad de la interacción” (Bachelor y Horvath, 1999).

Pareciera que el paciente y el terapeuta enfatizan en forma diferente los distintos componentes de la relación terapéutica que contribuirían a un resultado más favorable de la terapia. Los terapeutas tienden a enfatizar el rol que tienen las contribuciones del paciente (su activa participación en el proceso) en el cambio del paciente; quizá porque visualizan a sus pacientes como agentes de su propia mejoría. Sin embargo, los pacientes tienden a valorar las características del terapeuta como la ayuda prestada por el terapeuta, su calidez, cuidado y su compromiso emocional (Bachelor, 1991, 1995; Lambert & Bergin, 1983; Lazarus, 1871; Murphy, Cramer, & Lillie, 1984). Concluyen Bachelor y Horvath que “sería aconsejable asegurar que aquellas características del terapeuta valoradas por los pacientes como las que contribuyen a un resultado favorable, sean comunicadas y experienciadas efectivamente por el pacientes”.

El nivel de experiencia del terapeuta, en general, no parece mejorar la fuerza de la relación terapéutica. Se ha visto que terapeutas con mucha experiencia no difieren de aquellos novatos - incluyendo profesores y voluntarios no entrenados - respecto a las actitudes terapéuticas, como son la calidez y amabilidad o comprensión y compromiso, o de la contribución del paciente como es la participación y compromiso (Duyinkle & Friedlander, 1969; Gaston, 1991; Gomes-Schwartz & Schawrtz, 1878). Sin embargo, pareciera que las evaluaciones de la relación de terapeutas con mayor experiencia se acercan más a las realizadas por los pacientes (Mallinckodt & Nelson, 1991). Esto sugiere según Bachelor y Horvath que, “con la experiencia y el entrenamiento, los terapeutas pueden aprender a comprender mejor lo que experimentan sus clientes en la relación terapéutica”.

C.- REVISIÓN EMPÍRICA DE LA CONTRIBUCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Se han identificado las actitudes y conductas que contribuyen en la calidad de la relación terapéutica. Aun cuando la relación terapéutica es una interacción, el proceso mismo ha sido poco investigado empíricamente. Las investigaciones recientes se han focalizado en la complementareidad de la comunicación momento a momento de los participantes y como ésto se relaciona con la relación terapéutica y la terapia.

C.1.- LA CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA: ACTITUDES FACILITADORAS E INTERVENCIONES

Las actitudes del terapeuta identificadas por C. Rogers y col. entre 1950 y 1960, continúan siendo importantes componentes para una relación terapéutica positiva, especialmente si se toma en cuenta el punto de vista de los pacientes. Según Rogers (1957) estas condiciones (empatía, calidez y autenticidad) eran “necesarias y suficientes” para lograr un resultado positivo. Los resultados de investigaciones (realizadas por más de tres décadas) llegan al acuerdo que estas cualidades facilitadoras (especialmente empatía y calidez) tienen un rol importante, aunque no suficiente en el cambio terapéutico.

Desde mediados de 1980 se realizaron pocas investigaciones de las condiciones rogerianas. Se encontró que la empatía estaba fuertemente asociada con la mejoría clínica de pacientes tratados por depresión con terapia cognitiva conductual (Burns, & Nolen-Hoeksema, 1992). La empatía seguía recibiendo un fuerte apoyo, aunque evidentemente era un constructo más complejo que el que previamente se pensaba (Duan & Hill, 1996). Algunos constructos relacionados como “comprensión y compromiso” (Gaston & Marmar, 1994), o “calidez y cordialidad” (Gomes-Schwartz, 1978), estudiados en el contexto de la alianza, se han ligado a resultados positivos terapéuticos o satisfacción del paciente (Bachelor, 1991; Gaston, 1991).

La evidencia empírica no es clara respecto a las intervenciones del terapeuta (por ejemplo, la utilización de técnicas o estrategias para iniciar el cambio terapéutico; Bleuter et al., 1994) que contribuyen a beneficiar el proceso y los resultados. Es posible que diferentes pacientes reacciones en forma distinta a estas intervenciones o que el impacto de ellas esté mediado por factores diversos tanto del paciente como del terapeuta. Respecto al impacto de este tipo de intervenciones se ha visto que demasiada valoración y aprobación por parte del terapeuta puede restarle valor a la formación de la relación. También, se ha señalado que los pacientes pueden no estar preparados, al comienzo de la terapia para explorar áreas más profundas (Kivlighan, 1990). "Pareciera que los pacientes que presentan dificultad con la relación pueden beneficiarse más con técnicas de apoyo, mientras que los que forman alianzas positivas pueden profitar de intervenciones exploratorias" (Gaston & Ring, 1992).

Es difícil de determinar si la auto apertura del terapeuta otorga mayor éxito al proceso y el resultado de la terapia. Algunos estudios señalan que la apertura fortalece el compromiso en la terapia y otros señalan que produce poco impacto. Así pareciera que esta variable contribuye a la calidad de la relación para algunos y no para todos los pacientes.

Las interpretaciones –vistas como las intervenciones explicativas que intentan aclarar el sentido de una acción o experiencia- pareciera que serían en general un modo efectivo de intervención (Beutler et el., 1994). Pareciera que las interpretaciones que se focalizan específicamente en la transferencia serían menos beneficiosas de lo que se pensaba anteriormente. La utilización frecuente de dichas interpretaciones no ha mostrado una asociación positiva con los resultados obtenidos en estudios recientes y con un mayor peso metodológico (McCullough et al., 1991; Piper, Azim, Joyce, & Mc Cullum, 1991; Piper, Debbane, Bienvenu, Carufel & Garant, 1986). Un estudio reportó que la interpretación frecuente de la transferencia tenía un efecto negativo en la alianza terapéutica; especialmente en pacientes con alta calidad en sus relaciones interpersonales.

Interpretaciones excesivamente frecuentes pueden hacer que el paciente se sienta criticado y puede aumentar sus defensas (Piper et al., 1991).

Los hallazgos equívocos y falta de conclusiones definitivas respecto a las investigaciones en relación a las respuestas del terapeuta que fueron revisadas por Bachelor y Horvath se pueden atribuir a muchos factores, desde métodos de medición hasta los procesos de investigación. Sin embargo, aunque los resultados sean contradictorios pueden reflejar la diferente responsividad de los pacientes, y consecuentemente, la importancia para los terapeutas que se sepan adaptar y calzar con las actitudes y las intervenciones en cada caso individual.

C.2.- RESPUESTAS EFECTIVAS DEL TERAPEUTA ANTE SU PACIENTE

Pareciera que desde la perspectiva del paciente, no existe una respuesta empática facilitadora única e invariable. Los pacientes responden de una forma idiosincrásica a los intentos de respuestas facilitadoras del terapeuta, dependiendo de sus necesidades propias y únicas. En síntesis, las respuestas efectivas del terapeuta son aquellas actitudes e intervenciones que son apropiadas para cada paciente en forma individual (Bachelor y Horvath, 1999). Pareciera importante lograr captar en forma sensible los diferentes mundos fenomenológicos, como también las necesidades y expectativas de los pacientes con el fin de desarrollar una relación terapéutica efectiva. El terapeuta puede lograr respuestas adecuadas, atendiendo a las necesidades y reacciones expresadas por los pacientes, así como también buscando confirmar la ayuda percibida por parte de los pacientes en relación a los procedimientos implementados y a las conductas específicas desarrolladas. La respuesta apropiada también debe considerar la calidad de las intervenciones, la dosificación y el timing (fase en que está la terapia, cuan preparado está el paciente) para las acciones y actitudes del terapeuta.

C.3.- CONTRIBUCIONES DEL PACIENTE: COLABORACIÓN Y COMPROMISO

Tanto el terapeuta como el paciente contribuyen en forma importante a mantener la calidad de la relación terapéutica. Diversos estudios han demostrado que la variable “compromiso del paciente” (reflejando la activa participación en la interacción terapéutica así como un bajo grado de desconfianza y de hostilidad) es un predictor más fuerte en el resultado de la terapia que lo que son variadas técnicas o actitudes del terapeuta (Gomez-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh, & Strupp, 1983; Windholz & Silberschatz 1988).

El compromiso del paciente y su capacidad de trabajo, pareciera no estar influido por la orientación teórica del terapeuta; sin embargo, los terapeutas de más experiencia, pueden tener más éxito en lograr la cooperación de sus pacientes (evidenciándose como una mayor “coordinación” con las intervenciones del terapeuta; Westerman & Foote, 1995).

Establecer una buena alianza de trabajo pareciera ser más difícil con pacientes que rechazan el enfrentar sus problemas y que expresan hostilidad. En esos casos se debe priorizar el trabajar en terapia con las conductas evitadoras o antagonistas como para favorecer la colaboración activa del paciente (Gaston et al., 1988). Sin embargo, no todas las verbalizaciones y sentimientos negativos durante las sesiones deben tomarse como indicadores de una relación terapéutica pobre. Inicialmente las respuestas afectivas negativas pueden ser liberadas y reemplazadas por sentimientos positivos (Orlinsky et al., 1994).

Bachelor y Horvath señalan que “por la importancia que tienen la activa colaboración y compromiso de los pacientes en los resultados de la terapia, estas características deberían ser reforzadas por el terapeuta cuando están en un nivel bajo”.

Muchos pacientes pueden no darse cuenta del valor de su contribución en el proceso terapéutico, o esperar que el terapeuta (visto como un experto) asuma

toda la carga del proceso. Para lograr una buena alianza terapéutica se ha señalado como esencial que paciente y terapeuta compartan la visión respecto a metas y métodos de tratamiento (Bordin, 1979, 1994). Debido a todo lo anterior podría ser necesario aclarar a los paciente las expectativas y que comprendan el proceso terapéutico.

C. 4.- MALOS ENTENDIDOS Y ROMPIMIENTOS

Un profundo examen de las sesiones terapéuticas que fueron identificadas por pacientes y terapeutas como problemáticas revelaron cinco indicadores que pueden atribuirse a los pacientes: 1.- expresión de sentimientos negativos encubiertos o indirectos hacia el terapeuta, 2.- desacuerdo respecto metas o tareas terapéuticas, 3. – quejas y evitación en relación a ciertas maniobras (ignorar las apreciaciones del terapeuta, llegar tarde), 4.- comunicaciones de una elevada auto estima y 5.- el no responder a las intervenciones del terapeuta (Safran et al., 1990).

También existen diversos aspectos por parte del terapeuta que interfieren con la alianza. Conductas y actitudes que contribuyen a estresar la relación son los errores en la técnica (falta de estructuración, excesivo empleo de técnicas), diversas actitudes contraproductivas (crítica, insensibilidad), y dificultades personales (manejo de la rabia). Las últimas han sido estudiadas en la literatura psicodinámica bajo el nombre de “contratransferencia”, designando la influencia de factores personales (asuntos no resueltos y conflictos), que sesgan las percepciones y juicios que hace el terapeuta de su paciente e interfieren la responsividad óptima. Sea como sea, es un acuerdo que las reacciones personales del terapeuta deben ser atendidas, comprendidas y manejadas con eficiencia (Hayes & Celso, 191; Van Wagoner, Celso, Hayes & Digmer, 1991). Por lo tanto, sería importante para los terapeutas el conocer su vulnerabilidad personal (puntos ciegos, conflictos, complejos) pues si no es así, ésta puede activarse con determinados pacientes provocando reacciones contraterapéuticas. Para evitar este tipo de problemática es ayudador el acceso a un feedback apropiado (psicoterapia personal opcional) y a la supervisión.

D.- EL PROCESO DE INTERACCION: LA COMPLEMENTAREIDAD PACIENTE-TERAPEUTA.

Pocos estudios han examinado el proceso interaccional en si mismo – la influencia o cambio en la conducta de uno de los participantes como función de la conducta del otro. Una mayor complementariedad se supone que indicaría un mayor grado de satisfacción y de armonía interaccional, por lo tanto el grado de complementariedad en la interacción terapéutica debería estar relacionado con una buena alianza terapéutica y con resultados terapéuticos exitosos (Kiesler, 1986; Tracey & Ray, 1984).

La complementariedad de los intercambios se mide típicamente en términos de dos características: dominancia (control) y afiliación, vistas como dimensiones básicas de la conducta interpersonal (Wiggins, 1982). Las interacciones complementarias se definen como respuestas distintas en la dimensión dominante (por ejemplo comunicaciones dominantes elicitán respuestas sumisas) y respuestas similares en la dimensión afiliación (esto es, las respuestas amistosas otorgan respuestas amistosas, y la hostilidad elicitá hostilidad). La más alta complementariedad se da cuando una interacción se activa en ambas dimensiones.

Existe cierta evidencia en relación a que la complementariedad en los intercambios paciente-terapeuta permitiría discriminar entre un resultado favorable de uno desfavorable.

Concluyendo se ha visto que la complementariedad negativa es más frecuente en díadas no exitosas y se encuentra prácticamente ausente en los casos exitosos, por lo tanto la complementariedad negativa pareciera ser muy poco productiva en terapia. En vez de enfrentar la hostilidad del paciente con hostilidad, una respuesta de mayor ayuda sería alentar al paciente a explorar sus reacciones negativas respecto al terapeuta (Friedlander, 1993). Los métodos de entrenamiento tradicional de terapeutas parecen no otorgar una preparación adecuada en cuanto a recibir y responder complementariamente a los procesos problemáticos interpersonales (Henry et al., 1990). Aún terapeutas bien entrenados parecieran ser vulnerables a engancharse en relaciones

interpersonales potencialmente dañinas con sus pacientes lo que sugiere la influencia en el proceso interpersonal de disposiciones preexistentes en el terapeuta (Henry et al., 1990; Herry & Strupp, 1994).

III.- CONCLUSIONES

Consideré importante mostrar los aportes de resultados de la extensa revisión de evidencia empírica realizada por Bachelor y Horvath. Aunque dichos aportes son significativos, la psique es mucho más compleja y las investigaciones deben ser complementadas con otras posiblemente realizadas con una metodología diferente. Personalmente creo que aún no se ha descubierto el método más idóneo para investigar en nuestra psique pues quizá no es uno, sino varios. Creo que las investigaciones se han realizado tomando siempre en consideración un modelo "científico" proveniente de las ciencias naturales, que no es el que realmente logra dar cuenta de lo que ocurre en nuestra psique. ¿Cómo podemos acceder verdaderamente a nuestro inconsciente más profundo? ¿Cómo evaluamos la transferencia/ contratransferencia? ¿Qué pasa con los diferentes niveles del inconsciente personal? ¿Cómo accedemos a la dimensión arquetípica? Pienso que recién estamos en los albores de poder penetrar en el significado real de lo que es nuestra psique. Considero sobresalientes los aportes de Freud, Jung, Neumann, Hillman, Adler, por nombrar a algunos de los autores que más me han tocado. Creo que sería necesario crear otra forma de investigar y no se si llegaremos a lograrlo algún día.

Siento la existencia de algo misterioso e inaccesible desde nuestro consciente limitado que sería imposible develar completamente. De alguna forma Jung nos muestra parte de este misterio como un proceso alquímico, que simbolizaría un arte místico para la transformación de la conciencia. A la alquimia se le llama también "arte espagírico", término derivado del vocablo griego que significa "desgarrar" y "reunir". Como arte místico, tiene sus fuentes en varias tradiciones espirituales incluyendo la hermética, el gnosticismo, el Islam, la cabala, el taoísmo y el yoga. Para la mayoría aún es un misterio el develar lo que

realmente sucede en esta difícil y compleja relación terapéutica; sin embargo, podemos en la medida de nuestras capacidades conscientes ir comprendiendo lo maravilloso que allí ocurre: dos conciencias, dos inconscientes personales y colectivos y todas las interacciones que se van dando entre ellos

IV.- BIBLIOGRAFIA

BACHELOR, A. AND HORVATH, A (1999). The Therapeutic Relationship. In Mark A. Hubble, Barry L. Duncan, Scott D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. (pag. 133 – 178). Washington, D.C.: American Psychological Association.

BELFORD ULANOV, A. (1984). Contratransferencia/Transferencia: Una perspectiva Jungiana. En Stein, M. (Ed.), *Jungian Analysis* (pag. 68-87). London: Shambhala.

HELMET, T. Y HORTS, K. (1989). Teoría y Práctica del Psicoanálisis. En *El Modelo Freudiano* (pag. 65-119). Barcelona: Ed. Herder.

JUNG, C.G. (1993). *La psicología de la transferencia*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

KAHN, M. (1997). *Between Therapist and Client The New Relationship Revised Edition*. United States of America: W.H. Freeman and Company.

MATCHINGER, H. (1995). Countertransference. In Stein, M. (Ed.), *Jungian Analysis* (2º ed.) (pag. 210-237). Chicago and La Salle, Illinois: Open Court.

Surfing the Internet: Disponible en Google:

www.loosenigmas.com.ar/parapsic/alquimia.htm