



Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

La relación terapéutica en terapia ocupacional: la importancia del bagaje personal en el profesional durante el proceso de intervención.

Autor/a: María Melero Alonso

Tutor/a: Isabel Vidal Sánchez

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Desarrollo.....	7
Conclusiones.....	12
Anexos.....	13
Bibliografía.....	18

Resumen.

El siguiente trabajo trata sobre la relación terapéutica durante el proceso de intervención en terapia ocupacional. Para ello en el desarrollo se define brevemente qué es la relación terapéutica y las fases de las que consta para poder centrarse en los componentes del profesional que influyen en la relación y que en cierta parte están condicionados por el ámbito más personal del profesional.

Los componentes que se mencionan son las variables individuales de cada persona, la forma de entender al ser humano, el uso del lenguaje y las variables socioeconómicas.

Las conclusiones a las que he llegado son que para poder utilizar la relación terapéutica como un medio, instrumento o fin hay que ser conscientes de que jugamos un papel clave en el establecimiento de esa nueva relación y que tenemos que realizar un trabajo autoreflexivo para no caer en algo que se convertiría en otra cosa diferente a una relación con fines terapéuticos para el paciente.

Palabras clave: relación terapéutica, terapia ocupacional, modelo Taylor.

Introducción.

Este trabajo parte de la premisa de que los seres humanos son seres sociales y es gracias a sus experiencias compartidas como atribuyen significados únicos a los fenómenos (1), siendo estas experiencias y formas de ver el mundo lo que conforman su personalidad, asociaciones, gustos y heurísticos¹(2,3 y 4). Es por esto que todos hagamos y desempeñemos actividades de forma similar, pero los significados personales y sociales que atribuimos e imbuimos a nuestras propias actividades son profundamente especiales y únicos (1).

Todo ello influye en la forma en la que nos relacionamos, esta relación desde una perspectiva profesional se denomina relación terapéutica (en adelante R.T.) Según Moruno en terapia ocupacional (T.O.) la R.T. es fundamental y uno de los ejes sobre el que pivota la intervención y un catalizador para el cambio, es la esencia (5 y 6). Pero ¿qué entendemos por R.T.? Es la pregunta que intentaré responder en este trabajo y como el profesional, como persona, es influido por sus características en la intervención rehabilitadora.

“La T.O. conlleva el manejo de una serie de elementos, entre los que se incluye el propio profesional, conviene recordar que esta profesión se basa fundamentalmente en la atención al ser humano y todo profesional sabe como el trato condiciona el bienestar del usuario” (7). Por ello y por la poca mención que se ha hecho en el grado a un instrumento de intervención tan importante, me parecía interesante hacer un trabajo centrado en este tema, pero desde el punto de vista del profesional como persona; porque desde los comienzos de T.O. la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta a lo largo de un tratamiento puede ser la técnica más efectiva para conseguir los objetivos establecidos o, al menos, favorecer la motivación y las oportunidades de mejoría del paciente, cuyo bienestar personal, sus AVD y su relación con el entorno es, de alguna manera, insatisfactoria y/o disfuncional (8).

¹ Heurístico: se entenderá como los “atajos mentales” que se utilizan para simplificar la solución de problemas complejos, transformándolos en operaciones más sencillas.

Objetivos.

1. Revisión bibliográfica del tema en T.O.
2. Señalar importancia de la R.T. en los proceso de T.O.
3. Mencionar influencia de la empatía en la R.T.
4. Plasmar la importancia de la cultura, historia de vida, emociones y experiencia del profesional a la hora de la intervención en T.O.
5. Nombrar herramientas para realizar un trabajo autoreflexivo, teniendo en cuenta la transferencia y la contratransferencia para mejorar el proceso de intervención.

Metodología.

Busqué en dos bases de datos; Dialnet, y medline. Y dos revistas electrónicas específicas: TOG y AJOT.

La primera base de datos consultada fue dialnet, ya que es con la que más he trabajado. Las palabras claves con las que realicé la búsqueda fueron relación terapéutica, uso terapéutico del yo y proceso terapéutico en todos sus sinónimos y truncados que consideré posibles.

También busqué en el catálogo de la biblioteca universitaria los libros teóricos generales (Spackman, Teoría y técnicas de Dulce M^a Romero) de T.O., mirando el índice a ver si había algún tema que tratase del concepto que buscaba, y otros libros que por mi trayectoria estudiantil a lo largo del grado sabía que contenían información sobre el tema del que trata este trabajo.

Los criterios de búsqueda han sido:

- Cualquier referencia en artículos de revista que estuviera relacionado con la R.T. en T.O.
- Cualquier libro o capítulo de libro centrado directamente en la R.T. en T.O.
- Libros específicos o que contuviesen información sobre la R.T. desde otras disciplinas sanitarias, para ver los aspectos del profesional que se ponen en juego durante la intervención.
- Artículos que relacionasen T.O. y cultura.

Fueron excluidos materiales no procedentes del campo de la T.O., salvo diez por uno de los criterios anteriormente mencionado, y/o si no se relacionaban con temas de R.T.

Desarrollo

Empezaré diciendo que este trabajo desde el principio está condicionado por una perspectiva occidental (1), por mi cultura, ya que es mi experiencia de vida lo que me hace plantearme el tema desde este contexto.

Respondiendo a la pregunta antes formulada sobre que entendemos por R.T., diré que la R.T. es una relación recíproca (9), intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre profesional y persona, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-ausencia de esta. Por lo tanto, se considera como un método, proceso o instrumento, por medio del cual se transmiten los significados entre personas y grupos (10). Pero está contextualizada en un entorno terapéutico e influida por características personales, porque cada acto nuestro es un reflejo de nosotros mismos (9) y esta relación caracteriza a los profesionales por la necesidad de acompañar a la persona durante su proceso (10).

Claro está que los aspectos interactivos de la R.T. requieren habilidades interpersonales y de comunicación que un terapeuta puede, y debe, aprender y desarrollar a través de la práctica reflexiva (5), estas habilidades se denominaron “aptitud de empatía”²(11y 12) y surgen de la atención real, de las interacciones dinámicas y de respuesta, de la motivación intrínseca por el ser humano y su bienestar y tener una “visión optimista”³ sobre la realidad (13 y 14).

La AOTA identificó siete valores centrales que la caracterizan (13), y que tienen que darse para que se establezca una buena R.T.

Características de la r.t. según la AOTA.	
Altruismo Igualdad Libertad Justicia	Dignidad Veracidad Prudencia

Si bien es cierto que hay que tener esto en cuenta, no hay que olvidarse de que los motivos personales del terapeuta, el conocimiento personal que tenga de sí

² Aptitud de empatía (Gahnström-Strandquist, Josephsson y Borell (2000)) la definen como la capacidad emocional del terapeuta para percibir y responder con precisión a los clientes y sus experiencias para afinar en el proceso terapéutico (11).

³ Visión optimista se entiende como el ver las posibilidades de ejecución ocupacional, sea cual sea el nivel funcional en ese primer momento (14).

misma, su experiencia vital e historia personal, así como la deontología profesional también influyen.

Todo lo anterior es importante para que los profesionales podamos hacernos una “lectura coherente y sincera de nosotros mismos” (5). Pero cómo se desarrolla una R.T. es una pregunta que tenemos que hacernos para que esa autoevaluación sea más sencilla. Algunos autores han postulado la hipótesis de que la R.T. se desarrolla en fases (12)

Fases de desarrollo de la relación	Estrategias	Etapas del proceso terapéutico	Estrategias
Fase 1: Desarrollar la relación.	<ul style="list-style-type: none"> - Honrar la dignidad del cliente - Demostrar voluntad de experimentar la pena, la desesperación y la esperanza del cliente - Cumplir el nivel de intimidad deseado del cliente. 	Etapa 1: Estar allí y comprender al cliente	<ul style="list-style-type: none"> - “Estar con” socialmente - Preguntar sobre hábitos, roles, intereses, prioridades y recursos. - Generar imágenes narrativas pasadas y presentes del cliente
Fase 2: Establecer confianza	<ul style="list-style-type: none"> - Crear confianza pasando tiempo, brindando información y asegurando la elección del cliente. - Transmitir las mejores opciones de práctica dentro del entendimiento de las prioridades del cliente. 	Etapa 2: Comprometer al cliente en la terapia	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer que el cliente se autoevalúe a través del hacer, utilizando una escala de medición funcional, cintas de video y a otros clientes para aumentar la conciencia. - Ofrecer opciones significativas y explorar las posibilidades. - Explicar el propósito de las actividades de terapia.
Fase 3: Desarrollar una asociación cooperativa.	<ul style="list-style-type: none"> - En el rol del firmante del pacto, compartir el difícil camino hacia el conocimiento y la competencia. 	Etapa 3: Trabajar juntos	<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta y el cliente adoptan roles y esfuerzos activos e iguales. - El terapeuta lleva la experiencia profesional: el cliente lleva la experiencia sobre su propia vida. - Apoyar al cliente para establecer objetivos y tomar decisiones sobre las actividades de la terapia. - Transmitir confianza en las capacidades del cliente. - Descubrir y activar los recursos del cliente y la resolución de problemas. - Hacer que el cliente haga algo para explorar las limitaciones y las soluciones.

Fase 4: Mantener una r.t.	<p>-A medida que la fiabilidad y la confianza se profundizan, los roles terapéuticos, las estrategias y las actividades cambian.</p> <p>- El cliente fluctúa entre la necesidad de afiliación y la necesidad de autonomía.</p>	Etapa 4: Facilitar el desempeño ocupacional.	<p>-Acumular recursos y perseverar en la creación de soluciones.</p> <p>- Señalar discapacidades y logros.</p> <p>- Ajustar estrategias terapéuticas.</p> <p>- Enseñar la resolución de problemas y transmitir confianza a través de asumir riesgos; crear oportunidades para practicar en situaciones reales.</p> <p>- Ir con el ritmo de tiempo del cliente.</p> <p>- Cambiar los roles de director a monitor.</p>
Fase 5: La relación perdura.	<p>-La relación perdura una vez que termina la terapia.</p> <p>- El cliente es "tenido en cuenta".</p>	Etapa 5: Resultados	<p>-Los clientes alcanzan sus objetivos.</p> <p>- Los clientes viven vidas plenas haciendo sus ocupaciones.</p> <p>-Los resultados de la terapia son satisfactorios tanto para el cliente como para el terapeuta.</p> <p>El cliente tiene un sentido de control y autonomía sobre el manejo de su vida.</p>

Cuadro: Cómo se interseca la r.t con el proceso terapéutico. Adaptado de Terapia ocupacional de Willard y Spackman (12).

Cierto es que la importancia de la R.T. y las habilidades nucleares del terapeuta han ido variando según ha ido evolucionando la práctica en la historia⁴ de la T.O. (15 y 16). Actualmente Taylor ha desarrollado un modelo para hacer un uso terapéutico del yo en T.O.⁵, que complementa a los modelos centrados en la ocupación, propios de T.O.

Para esto hay que tener en cuenta las características de la R.T., ya que este proceso está cargado claramente de "influencias de corte personal en lo profesional" (17).

Factores del profesional:

Hay que tener en cuenta que en el intercambio que se produce en la R.T., los profesionales no sólo tienen una historia previa, sino que están enmarcados en un sistema social y cultural muy determinado (1).

Es por esto por lo que se afirma que los aspectos del profesional que influyen en la manera de posicionarse/relacionarse son los siguientes:

- Variables individuales.
- Forma de entender al ser humano, que conlleva la elección de modelos-foques-perspectivas profesionales.

⁴ Ver el anexo 1 para ver la evolución de la práctica en T.O.

⁵ Ver el anexo dos para saber en que consiste el modelo e Taylor.

- Uso del lenguaje.
- Variables socioculturales (5).

Las variables individuales se refieren a las características propias de la persona que tienen que ver con su organización interna y que se plasman en la conducta y la apariencia (18). Por esto considero importante que un terapeuta deba conocer sus límites, sus debilidades, prejuicios, valores, características, capacidades, que de una forma evidente pueden modificar su práctica profesional (19).

La forma de entender al ser humano se entiende como la concepción que cada uno tiene sobre nuestra forma de estar en la vida y de pertenecer al entorno que nos rodea (cultura, roles). Esto a la hora de establecer vínculo con el otro nos condicionará según este canon, ofreciéndonos una visión de lo que somos y lo que podemos ofrecer y/o pedir del otro (5). Esto hace que el profesional sea tendente a elegir unos modelos-ensfoques-perspectivas de trabajo que condicionan su práctica profesional.

Es por eso que la R.T. puede ser vista desde una orientación psicoanalítica; donde se tiene en cuenta la transferencia (20 y 21) y la contratransferencia (22); una orientación conductual; donde tiene importancia el rapport (5 y 13), la flexibilidad y la actitud docente; una orientación cognitiva; que también hace hincapié en la “transferencia y la contratransferencia” (5); y una perspectiva centrada en el cliente; donde lo importante es la empatía, la genuinidad y el respeto⁶ (5).

En cuanto al uso del lenguaje el cómo se dicen o se deja de decir algo, es fundamental, ya que no sólo transmitimos una cosa, además la sentimos y en este proceso se producen una serie de fenómenos que la “persona no controla si no los conoce y no los reproduce si no los entrena” (5, 13, 15, y 23). Es por esto que Rodríguez señala cuatro modelos de relación que se pueden llegar a desarrollar en la R.T. por parte del profesional (24).

- Paternalista. El terapeuta tiene obligaciones sobre la persona y el paciente es agente pasivo de la relación.
- Consumista. El profesional sigue teniendo obligaciones sobre la persona, mientras que ésta adquiere derechos, es decir, no adopta un papel puramente pasivo en la relación.
- De colaboración. El profesional y el paciente tienen derechos y obligaciones, y las demandas por parte del paciente pueden romper la relación.

⁶ Para más información sobre la importancia de los modelos-perspectivas-ensfoques escogidos ir al anexo tres.

- De autonomía. Ambos tienen derechos y obligaciones y los dos pueden reclamar.

Estos modelos de relación nos sirven para ver algunas de las actitudes que adquiere el profesional en el establecimiento de la relación siendo algunas contraproducentes, como la dependencia, la sobreprotección, la sobreimplicación y actitudes demasiado autoritarias y directivas no respetando los derechos del paciente (25).

Y por último las variables socioculturales hacen referencia a la edad, género, etnia, status social, etc. ya que “los seres humanos son seres encarnados en un tiempo y un espacio donde conviven con aspectos sociales, históricos y culturales” (26). Es por esto que hay que tener en consideración estos aspectos que por regla general nos pasan desapercibidos, ya que son tan cotidianos que no los solemos tener en cuenta.

Conclusiones.

Tras la revisión bibliográfica realizada las conclusiones a las que he llegado son:

- La importancia de la R.T en el proceso de la T.O como instrumento, medio o fin para conseguir la implicación del paciente-persona-usuario-cliente en su proceso rehabilitador.
- La necesidad de que los profesionales conozcamos una herramienta tan importante de trabajo.
- El autoconocimiento y una práctica clínica autoreflexiva para poder conocer las habilidades que poseemos los profesionales para potenciarlas y conocer los puntos débiles para trabajarlos y que no influyan en el proceso terapéutico de la persona.
- La importancia de un continuo autoanálisis para aprender de los errores cometidos y así poder mejorar para mantener una mejor R.T con los pacientes.

Para finalizar diré que para poder utilizar la R.T. como un medio, instrumento o fin hay que ser conscientes de que jugamos un papel clave en el establecimiento de esa nueva relación y que tenemos que realizar un trabajo autoreflexivo, para no caer en algo que se convertiría en otra cosa diferente a una relación con fines terapéuticos para el paciente, y mejorar así una parte de nuestra práctica clínica.

Anexo I:

- Evolución de la práctica de la terapia ocupacional (15 y 16).

En T.O. se identifican tres épocas distintas en las que cada una ofrece una perspectiva e importancia única en el papel de la R.T. en el proceso de terapia. Kielhofner las divide en:

Early Occupational Era que refleja los valores que se llevaron a cabo por los fundadores del campo. En esta época, la R.T. existía sólo como un medio para alentar a los clientes a participar de la ocupación y el papel del terapeuta era servir como un experto, guía, modelo de rol,, motivador a través de la persuasión, etc.

Era of Inner Mechanisms es en esta época cuando el deterioro subyacente del cliente se convirtió en el foco. El papel del terapeuta era entender los matices y corregir lo que se consideraban desviaciones internas del cuerpo y la mente. La R.T. fue vista como el mecanismo central para el cambio, y la comprensión de esta relación se basaba en parte en los principios influenciados por una perspectiva psicoanalítica. La relación era vista como un medio por el cual entender los motivos inconscientes del cliente, los deseos y el comportamiento hacia los demás y hacia las ocupaciones.

Return to Occupation (Contemporary Era) se volvió a insistir en el valor de la ocupación en vez de los mecanismos internos del "self". Esta nueva etapa representa una reacción a lo que se percibe como un énfasis excesivo en el papel de la R.T. en la época de los mecanismos internos. En esta época contemporánea, el fuerte enfoque en la R.T.⁷ ha sido anulado a favor de un renovado hincapié en la participación.

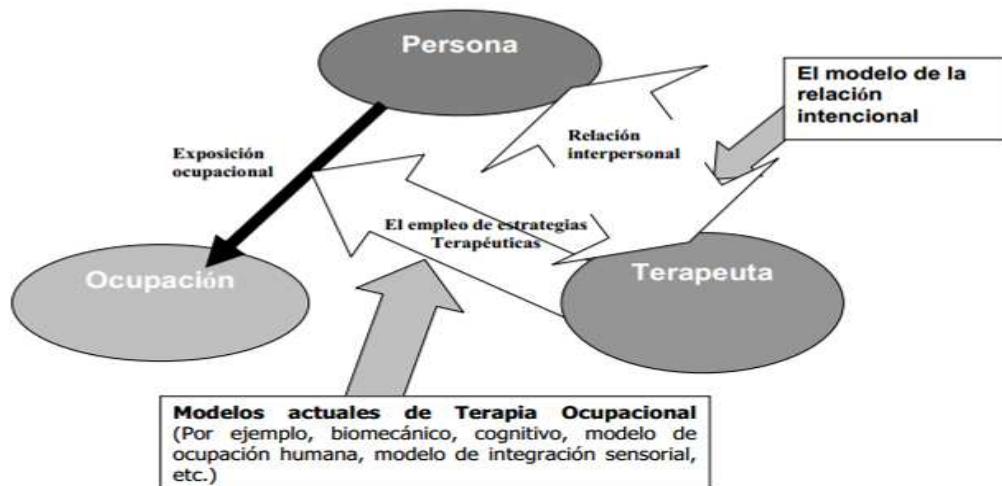
⁷ Me refiero a R.T. desde una perspectiva psicoanalítica, donde la R.T establecida entre el cliente y el terapeuta ocupacional es una herramienta de primer orden para ser utilizada como generadora de cambios fundamentales en su estructura de personalidad y los procesos psicopatológicos.

Anexo II :

Debido a la relevancia que ha tomado la R.T. en T.O. Taylor ha desarrollado un modelo propio para la práctica.

Para Taylor la R.T. está implícita en los siguientes elementos centrales que el terapeuta tiene que analizar y tener en cuenta a la hora de diseñar, implementar y evaluar su intervención:

- Características interpersonales del cliente: cómo reacciona el cliente, su identidad, etc.
- Acontecimientos interpersonales que ocurren en terapia: situaciones inevitables, imprevisibles que generan tensión en la R.T. Estos acontecimientos son la oportunidad de reparar o fortalecer la R.T. si los sabemos manejar.
- El terapeuta: que es el responsable de manejar estas tres capacidades:
 - Habilidades interpersonales básicas.
 - Los modelos terapéuticos y actitudes del profesional según el momento de la R.T.
 - Un razonamiento interpersonal de base que permita una "vigilancia" mental de las aspectos interpersonales de la terapia que posibilita al profesional anticipar nuestra respuesta más terapéutica (9 y 15).



Modelo de relación intencional como complemento a los actuales modelos de T.O.

Anexo III:

La R.T desde una orientación psicodinámica.

Se entiende como una forma de comunicación cercana que surge entre al menos dos personas, que sostienen un diálogo y que tienen en común una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles sean diferentes. Para poder entenderla hay que tener en cuenta dos principios fundamentales:

- La transferencia que es una dinámica que estudia el conjunto de efectos que el paciente proyecta sobre el terapeuta (20).
- La contratransferencia (22) que consiste en la interferencia en la comprensión del profesional respecto a la persona que puede aflorar un conflicto inconsciente en este profesional. En otras palabras, la persona pone en el profesional objetos de su mundo interno con los que se identifica el terapeuta o que despiertan algún tipo de sentimiento inconsciente en él (5).

Por esto la R.T. depende de los factores que aportan las dos partes en la relación, aunque el que más determina cómo se desarrolla esta relación es el profesional. Por tanto los factores que aporta el profesional en la R.T. son:

- El contacto empático: gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad.
- La calidez del terapeuta: gestos y tono de voz.
- La espontaneidad: creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, ajustándose el terapeuta a la situación pero sin dejar de ser él mismo.
- La iniciativa del terapeuta: vivacidad corporal.
- La actitud docente: utilización de los recursos para lograr una experiencia emocional correctiva.

La R.T. desde una orientación conductual.

Se refieren a la R.T. como un conjunto de técnicas y características comunes empleadas en la interacción. Los elementos que tiene que existir para que esto se dé son:

- El rapport: proceso de sentar las bases para la cooperación recíproca y el

vínculo terapéutico con la persona, confianza y entendimiento mutuo. Pero el profesional tiene que tener los siguientes aspectos para que esto se produzca:

- Estar atento a la descripción del problema y animar al cliente a hablar tratando de no interrumpirlo.
- Ser objetivo en el manejo de las emociones y los valores, de manera que no influyan de forma que hagan que el cliente se sienta juzgado.
- Escucha empática, comprender el problema desde el punto de vista del cliente.
- La confidencialidad, teniendo la seguridad de que estas experiencias no serán compartidas con nadie.
- La flexibilidad para saber qué técnicas y teorías debe recurrir en cada momento o situación.
- Actitud docente: aprendizaje de técnicas y estrategias que ayuden a la persona a disminuir la intensidad de su problema o a desarrollar conductas más adaptativas.

La R.T. desde la orientación cognitiva.

Esta perspectiva renombra y da un nuevo sentido a conceptos psicoanalíticos como:

“Transferencia”: denominada cognitivamente como “esquemas interpersonales” que son “las estructuras mentales prototípicas de cada individuo, que están compuestas a nivel cognitivo y emocional por experiencias interpersonales que tienen la función de guiar la elaboración de información sobre las relaciones, para generar representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en recíproca relación” (27).

“Contratransferencia”: las emociones del hombre están marcadas por determinados patrones expresivos; en cada persona existe la capacidad de reconocer y reaccionar emocionalmente a las expresiones del otro. Esto lleva al profesional a adoptar una determinada postura frente al paciente, a partir de la cual se genera la contratransferencia. Hay que tenerlo en cuenta ya que se puede caer en un círculo vicioso que estanque el proceso del paciente e interfiera en su evolución.

Esta teoría cognitiva otorga gran importancia al estudio de la R.T. como fenómeno específico ya que considera que determina en gran medida el éxito de la terapia. Y se dan dos corrientes: la R.T no tiene valor por sí sola y el valor curativo de la R.T.

La R.T en la terapia centrada en el cliente.

Las condiciones de este enfoque para que se produzca la R.T son:

- La empatía como capacidad para comprender al otro y para ponerse en su lugar, por lo que desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas.
- La genuinidad entendida como ser uno mismo en todo momento, participando en la relación de forma espontánea.
- El respeto como la capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de "dignidad" y se expresa en el compromiso, la comprensión, no juzgar, la protección y la cercanía por parte del terapeuta.

Bibliografía:

- (1) Iwama MK, Simó Algado S. Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2008 (8)
- (2) Nouvilas Pallejá E., Procesos de atribución. En: Gaviria Stewart E., Cuadrado Guirado I, López Sáez M. coordinadores. Introducción a la psicología social. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Sanz y Torres, 2009; 4; 123-155.
- (3) Molero Alonso F., Cuadrado Guirado I. Relaciones interpersonales íntimas. En: Gaviria Stewart E., Cuadrado Guirado I, López Sáez M. coordinadores. Introducción a la psicología social. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Sanz y Torres, 2009; 7; 257-274
- (4) Gómez Jiménez A., Gaviria Stewart E. Conducta de ayuda. . En: Gaviria Stewart E., Cuadrado Guirado I, López Sáez M. coordinadores. Introducción a la psicología social. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Sanz y Torres, 2009; 8; 285-310.
- (5) Talavera Valverde MA, Bartolomé Domínguez MJ. Relación terapéutica en terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P., Talavera Valverde MA., Terapia ocupacional en salud mental. 1^a Ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson 2012; 15; 333-350.
- (6) Peloquin SM. The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. American Journal of Occupational Therapy, Am J Occup Ther 1990;44; 13-22.
- (7) Noya Arnaiz B. Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. En: Polonio López B., Durante Molina P., Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2003; 21; 255.
- (8) Villares Martín A., Juanes Méndez JA. La relación terapéutica. Un instrumento clásico en terapia ocupacional. En: Talavera Valverde MA., Budiño Vieira I., compiladores. Terapia ocupacional y salud. 90 años de historia. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2007; (1): 72.
- (9) Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La relación terapéutica en terapia ocupacional. TOG Revista Terapia Ocupacional Galicia 2011(13):1-11.
- (10) Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global, Enferm Glob 2009; 8; 3; 17.
- (11) Gahnström-Strandquist K., Tham K., Josephsson S. y Borell L. Actions of competent in occupational therapy practice. Scandinavian Journal of

- Occupational Therapy 2000; 7(15); 1-25. En: Price P. La relación terapéutica. En: Crepeau EB., Cohn E.S., Schell B.a.B, Willard H.S, Spackman C.S et al. Terapia Ocupacional. 10^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2005; 33; 329.
- (12) Price P. La relación terapéutica. En: Crepeau EB., Cohn E.S., Schell B.a.B, Willard H.S, Spackman C.S et al. Terapia Ocupacional. 10^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2005; 33; 329-341.
- (13) Romero Ayuso D.M^a, Sánchez Garrido I. Habilidades clínicas generales: relación terapéutica, comunicación, orientación y consejo. En: Romero Ayuso D.M^a., Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. 1^a Ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson, 2003; 18; 265-283.
- (14) Ruiz Fernández MA, Villalobos Crespo A. Habilidades terapéuticas. Madrid, España Fundación Empresa, colección terapia de conducta y salud: 1994.
- (15) Taylor RR. Uso del "self" en terapia ocupacional: creando relaciones intencionales. TOG Revista Terapia Ocupacional Galicia 2011(13):1-29.
- (16) Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación 2^o Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana 2011.
- (17) Talavera Valverde MA, Bartolomé Domínguez MJ. Relación terapéutica en terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P., Talavera Valverde MA., Terapia ocupacional en salud mental. 1^a Ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson 2012; 15; 335
- (18) Muñoz Vallejo T. Los procesos psicológicos en enfermería. En: Mejías Lizanco F., Serrano Parra MD. Psiquiatría y salud mental. 1^o Ed. Madrid, España: DAE 2000; 58-83.
- (19) Polonio López B. Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En: Polonio López B., Durante Molina P., Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2003; 11; 133-151.
- (20) Gómez Tolón J. Salvanés Pérez R. Terapia ocupacional en psiquiatría.1^a Ed. Zaragoza, España: Mira Editores, 2003; 1; 28-30.
- (21) Maccoby M. El poder de la transferencia: por qué la gente sigue al líder. Harvard Bull 2004; 58-67.
- (22) Smith HF. La contratransferencia, la escucha conflictual y la relación analítica del objeto. Aperturas Psicoanalíticas, Apert Psic ,2001; 7
- (23) Noya Arnaiz B. Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. En: Polonio López B., Durante Molina P., Noya Arnaiz

- B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2003; 21; 263.
- (24) Rodríguez Rodríguez JC, García Laborda A. Descubriendo sentido. Entrevista clínica transcultural en salud mental. *Rol* 2004;29-36
- (25) Noya Arnaiz B. Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. En: Polonio López B., Durante Molina P., Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1^a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2003; 21
- (26) Drumond de Brito CM., Zocchi Santiago N, Agostini R. La terapia ocupacional y su relación con la cultura contemporánea. *TOG Revista Terapia Ocupacional Galicia* 2011(13):1-14.
- (27) Safran JC., Muran JD. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. 1^a Ed. Bilbao, España: Desclée De Brouwer; 2005.