



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2015/ 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

LA IMPORTANCIA DE LA RELACION TERAPEUTICA EN EL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN PATIENTS WITH ACQUIRED BRAIN INJURY.

Autor: Cardiel Bergasa, Francho

Director: Salavera Bordás, Carlos

Índice

Resumen	3
Introducción	4-5
Objetivos	6
Metodología	6-7
Desarrollo	
Resultados	8
Discusión	8-17
Conclusión	17-18
Bibliografía	19-21
Anexos	22-26

RESUMEN

La idea principal del trabajo es realizar una revisión bibliográfica, de la importancia que tiene establecer una relación terapéutica favorable con el paciente, ya que mediante este vínculo que se crea, se influye de manera positiva en la evolución del tratamiento de pacientes con daño cerebral adquirido. Para ello, estableceremos las características más importantes como son la comunicación, empatía, motivación, confianza, ilusión, esfuerzo mutuo.

La importancia de como comunicarnos con el paciente y lograr empatizar como piedra angular de este trabajo.

Y poco a poco ir llevando hacia el campo del daño cerebral, donde este vínculo es de vital importancia y donde más podemos apreciar las diferencias, dado su larga duración general de tratamientos.

Estableceré una búsqueda, que refleje las características que deben producirse y en qué orden, facilitando un posterior análisis.

Palabras clave: relación terapéutica, daño cerebral adquirido, tratamiento, empatía, uso terapéutico del yo, Modelo Taylor.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de relación terapéutica ha sido estudiado por diversos autores a lo largo de la historia. Entre otros Crepeau la define como "la alianza terapéutica basada en el manejo de la relación terapéutica del proceso grupal contextualizadas en nuestras intervenciones". Otros autores, como Yerxa, simplifica el concepto reduciéndolo a la "relación reciproca paciente-terapeuta de cuidado mutuo" (1).

También Mosey, introdujo uno de los conceptos más importantes dentro de la relación terapéutica la empatía definiendo la misma como "la importancia de empatizar" donde demostraba el peso que le daba dentro del concepto.

Partimos de la premisa que dijo Hobbes "todos los seres humanos somos seres sociales por naturaleza". Es decir generamos relaciones interpersonales, estableciendo un vínculo en cada relación paciente-terapeuta, dentro del campo de la terapia ocupacional este vínculo es especialmente importante.

"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" (2)

¿Pero en qué consiste la relación terapéutica, en qué se basa? Esta es un conjunto de actos que interactúan y fluyen entre el terapeuta y el paciente, entre ellos los más destacados son: La motivación, la empatía, la confianza y la comunicación. (3)

Según la AOTA estas características son: altruismo, igualdad, libertad, justicia, dignidad, veracidad y prudencia.

Estos conceptos se enlazan entre sí para hacer una comunión perfecta que conlleva a una relación positiva que favorece la evolución del tratamiento.

Es aquí donde este trabajo se desvía especificando esta relación en casos concretos como son los pacientes del daño cerebral adquirido

¿Por qué esta elección? Porque es una patología generalmente de larga duración con tendencia a la cronicidad por ello este vínculo es aun más importante, el papel del terapeuta pasa a ser de una persona importante en la vida del paciente donde comparten más que horas de tratamiento se comparten sentimientos ilusiones esperanzas....

Un buen manejo de estos sentimientos con el paciente puede lograr que este confíe en el tratamiento obteniendo mejores resultados.

Este trabajo busca responder a la siguiente hipótesis. ¿Podemos hablar de la importancia de la relación terapéutica en un tratamiento de larga duración como es una patología con daño cerebral adquirido?

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Comprobar la importancia que tiene la relación terapéutica en un tratamiento de larga duración con pacientes con daño cerebral adquirido

Objetivos específicos:

1. Realizar una revisión bibliográfica del tema
2. Obtener estrategias para establecer una buena relación terapéutica.
3. Investigar, el porqué se produce este vínculo y en qué aspectos del tratamiento con el paciente ayuda realmente.
4. Demostrar cómo afecta en la práctica de la terapia ocupacional de forma específica.
5. Identificar las fases y las etapas en el proceso terapéutico

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, mediante una búsqueda exhaustiva, las referencias bibliográficas han sido obtenidas a través de diferentes fuentes.

Como fuentes primarias, dos revistas específicas en Terapia Ocupacional como son la Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG) y la Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT). También se ha obtenido información en revistas de otros campos que trataban el tema como la revista mensual del colegio de enfermería y el CEEESC del Colegio de Educadores Sociales de Cataluña.

Como fuentes secundarias se ha realizado una búsqueda en bases de datos como son OTSHEEKER, dialnet y Scopus, donde se han encontrado casi 74.000 artículos relacionados, además de búsquedas en otras bases como Cochrane y PubMed, pero cuya información finalmente no ha sido relevante para la realización del trabajo.

Las palabras claves utilizadas para la obtención de los artículos han sido: relación terapéutica, empatía, confianza, motivación, uso terapéutico del yo

y el Modelo Taylor. Tanto en español como en inglés. De esta búsqueda se han obtenido numerosos artículos, entre los que se utilizan y citan los más relevantes en este trabajo.

También se ha realizado una búsqueda manual e informática en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza, consultando varios libros específicos de Terapia Ocupacional como el Libro de Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido.

Como fuente tercera la gran experiencia de contar con la ayuda de los profesionales de ATECEA, que me inspiraron y orientaron en el tema ya que uno de los principales ideales de trabajo en el centro es la importancia de establecer la mejor relación terapéutica posible, pudiendo disfrutar durante mi estancia en prácticas en este centro, de una fuente inagotable de información y aprendizaje.

La búsqueda se ha llevado a cabo de forma progresiva iniciando con la obtención general en todos las ramas sanitarias y poco a poco centrándolo hacia la terapia ocupacional, más concretamente en la terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido.

4. DESARROLLO

4.1 RESULTADOS

El número de artículos seleccionados, entre los 528 consultados, para realizar el análisis en esta revisión bibliográfica ha sido de ocho, de los cuales 6 son estudios descriptivos, uno no especificado y una revisión histórica. Los criterios de selección fueron: relación con la TO, trabajo con el paciente en primera persona, relevancia científica, actualizados,....

Dentro de esos 8 artículos, he seleccionado los cuatro más relevante, siguiendo los mismos criterios anteriores.

Para más información ver anexo 1 “tabla comparativa fuentes de información principales”

4.2 DISCUSION

“La alianza terapéutica es la consecuencia del manejo habilidoso de la relación con el paciente de forma individual y de la relación con el grupo de pacientes con las que comparte el espacio de terapia ocupacional, definiéndose de forma general como el uso intencionado del yo.” (1)

Según Hagedorn para establecer esta relación se debe seleccionar aspectos de nuestra personalidad, actitudes, valores y respuestas que pueden ser relevantes y de ayuda, a la vez que suprimir lo que pudiera ser menos apropiado. (1)

Este concepto forma parte fundamental en nuestra profesión, enmarcándose en la práctica centrada al cliente, que junto a la practicada centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia, forman las bases de nuestra profesión. (1)

Muchos autores nos indican las cualidades necesarias para este vínculo entre otros Early nos afirma que son:” el autoconocimiento, el manejo de la autorrevelación, la accesibilidad/proximidad del profesional, la coherencia, su flexibilidad, la escucha activa, la empatía, la comunicación verbal y no verbal y el liderazgo” (1)

Pero lo que prácticamente todos coinciden en es en el concepto de empatía como piedra angular de este vínculo, Rogers lo define como "la empatía significa entrar en el mundo privado y sentirse cómodo en él, consiste en ser sensible al miedo, al enojo, a la confusión, a la alegría o a cualquier cosas que se esté experimentando, significa vivir transitoriamente en su vida, moviéndose sin emitir juicios... en algún sentido significa que usted se coloca a un costado y esto solo puede ser realizado por una persona que está lo suficientemente segura de sí misma como para saber que no se perderá en lo que puede surgir del mundo extraño del otro" (3)

"En terapia la relación terapéutica es el aspecto central del proceso terapéutico y un catalizador del cambio" (4)

Y es aquí en esta vivencia en el mundo del otro donde aparecerán diferentes conceptos y donde vamos a justificar fundamentalmente este trabajo.

Al producirse este vínculo el usuario genera una respuesta; si existe una respuesta positiva se producirá una motivación, ilusión y confianza en el profesional que le está demostrando una comprensión que necesitaba para poder depositar sus esperanzas en él. Todo esto favorece la evolución del tratamiento, ya que facilita las actividades, sesiones y todo aquello que te propongas con el usuario. (5)

En cambio si este proceso resulta negativo "el usuario boicoteara de forma agresiva o pasivo-agresiva el tratamiento". (6)

Por lo tanto es aquí donde respondemos a la pregunta inicialmente planteada.

¿Podemos hablar de la importancia de la relación terapéutica en un tratamiento de larga duración como es una patología con daño cerebral adquirido?

Del análisis bibliográfico realizado, podemos observar, que todos los autores coinciden en la importancia de generar este vínculo, no solo con los pacientes también con la familia y la propia institución donde se trabaja.

Una vez definido el concepto de empatía y vista la importancia práctica, en las que incluye otros conceptos, vamos a pasar a tratar un poco qué importancia tienen estos y como llegamos a ellos.

La base de una relación interpersonal en este caso paciente-terapeuta se establece mediante la comunicación, es a través de ella, tanto verbal como no verbal, como llegamos al siguiente estadio, es decir, es la base de la pirámide. (7)

Para entender mejor la relación interpersonal, explicaremos primero en qué consiste la comunicación.

Que es la comunicación:

La comunicación es un proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite a un receptor algo a través de un canal esperando que, posteriormente, se produzca una respuesta de dicho receptor, en un contexto determinado. (8)

Existen tres tipos de comunicación:

- Verbal
- No verbal
- Escrita

En nuestro caso nos centraremos en la comunicación verbal y no verbal. (9)

La comunicación no verbal, como apoyo de la verbal, permitiéndonos ser más expresivos y manteniendo una comunicación más cercana. "Cuando el proceso comunicativo se pone al servicio de las acciones que favorecen el bienestar del paciente es cuando alcanza el calificativo de Terapéutica" (10)

La comunicación verbal debe darse en un tono neutro, simple, evitando tecnicismos, sincera y objetiva. (11)

Tipo de comunicación	Verbal	No verbal	Escrita
Funciones	Función comunicativa	Expresar sentimientos y emociones.	Función informativa
	Función cognoscitiva	Enfatizar el lenguaje verbal	Función expresiva
	Función instrumental para satisfacer las necesidades inmediatas	Regular el mensaje verbal	Función apelativa
	Función personal	Orientar para interpretar la comunicación verbal	Función poética
	Función informativa		
	Función adaptativa	Transmitir el mensaje por sí sola, es decir, sustituye a la palabra.	
	Función reguladora del comportamiento:		

Una vez establecida la comunicación, establecemos la primera fase de la relación, Rodríguez señala cuatro modelos de relación que se pueden llegar a desarrollar en la R.T. por parte del profesional (2)

- Paternalista: El terapeuta tiene obligaciones sobre el paciente, el cual actúa como agente pasivo en esta relación.

- Consumista: El paciente va adquiriendo derechos, por lo que deja de actuar como una agente pasivo.
- De colaboración: El profesional y el paciente actúan de una forma activa y en caso de no cumplirse las demandas esperadas el paciente puede romper el vínculo.
- De autonomía: En este modelo ambos son activos y ambos pueden romper el vínculo en un momento determinado si las demandas y/o características del vínculo no son las acordadas.

Establecida esta primera fase de la relación, siguiendo los modelos de Rodríguez, a través de la comunicación, establecemos una base de confianza.

Que es la confianza:

“Esperanza firme que se tiene de algo o de alguien” (12)

De esta manera se obtendrá una nueva ventana que nos lleva a que el paciente, realice las diversas propuestas establecidas con una mayor motivación. (13)

Que es la motivación:

“Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona. (12)

La motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo que una persona lleva consigo. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede influir por múltiples factores. Entendiendo la motivación como estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. (14)

Una vez tratados estos temas me centro de forma específica en la importancia de la relación terapéutica en el campo del daño cerebral adquirido.

"El daño cerebral adquirido está producido por una lesión en el cerebro, de naturaleza no degenerativa ni congénita, como resultado de una fuerza física externa o causa interna, que produce una alteración del nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico". (15)

Generalmente son patologías de larga duración, que acarrean unas consecuencias de gran peso en el terreno personal, familiar y social. (16)

Es importante especificar, que dentro del daño cerebral adquirido existen múltiples tipos de secuelas, desde déficits sensitivos-motores, como hemiparesia, hemiplejias, tetraparesias o tetraplejias, hipertonía, hipotonía, alteraciones de la coordinación, propioceptivas y cinestésicas....

- Déficits cognitivos como alteraciones de la atención, de las funciones ejecutivas, problemas de memoria, procesamientos de la información, falta de conciencia de las limitaciones
- Déficits conductuales y emocionales, como irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, conducta social inapropiada, egocentrismo, apatía....
- Déficits de comunicación y expresión, como anomia, parafasia, afasias, alexias, agrafias... (16)

Esta diferenciación es importante porque no todos los tipos de secuelas son compatibles con establecer una buena relación terapéutica ejemplo de ello son aquellos pacientes con déficits cognitivos o conductuales.

Esta relación terapéutica en estos casos deben establecerse con la familia, puesto que son los principales responsables de su cuidado diario generalmente por lo que deben de estar incluidos, para lograr los objetivos comunes. Así como con la institución (17)

En los casos que si podemos generar este vínculo con el paciente también es importante, incluir a la familia, así como en los casos anteriormente mencionados se trata de generar un vínculo, más sentimental, mediante gestos que profundicen en vez de comunicativos.

Desde terapia ocupacional, el tratamiento del daño cerebral adquirido es muy amplio y dependiendo de las características de cada patología y/o usuario, se establecerán unos criterios u otros, pero el objetivo es común:

"El objetivo fundamental de la Terapia Ocupacional consiste en capacitar al individuo para poder llevar a cabo aquellas actividades que considera esenciales en su vida. El terapeuta ocupacional evalúa las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interpersonales subyacentes, así como, las actividades y los roles personales" (18)

El terapeuta ocupacional facilita la realización de actividades a través de la mejora de las habilidades, enseñando y desarrollando estrategias compensatorias y recuperadoras para poder mantener la independencia personal, dependiendo del potencial de la persona para su recuperación. (16)

Y es en esta enseñanza cuando el proceso de la relación terapéutica entra a la acción:

Fases de desarrollo de la relación terapéutica

Fase 1. Desarrollo de la relación: entrada en el mundo vital del otro.

Consiste en dar prioridad a la dignidad del cliente, demostrándole comprensión e intento de interactuar con su pena, desesperación y esperanza, cumpliendo con la intimidad necesaria que incluye entrar en el mundo del cliente.

Fase 2. Establecimiento de la confianza.

Se basa en pasar tiempo con el paciente, en el cual le muestras la confianza que tienes en él y en la evolución con el trabajo, valorando sus prioridades a la hora de establecer las actividades y enfocar los objetivos.

Fase 3. Desarrollo de una asociación cooperativa

Se establece el rol del firmante del pacto (Peloquin, 1990), el cual consiste en "compartir el difícil camino hacia el conocimiento y la competencia".

Fase 4. Mantenimiento de la relación terapéutica

Conforme se va creando esta relación terapéutica satisfactoria, los objetivos, estrategias, actividades irán cambiando en función de lo que veamos que el usuario va demandando o que a nuestro juicio necesite.

Fase 5. Relaciones perdurables.

Tras la terapia el usuario sigue estando en la mente , se establece un vinculo mas alla de la terapia. (19)

Proceso terapéutico:

- Estar allí y comprender al cliente
- Comprometer al cliente de estar en la terapia
- Trabajar juntos
- Facilitar el desempeño ocupacional
- Lograr resultados. (19)

*ver anexo 2 cuadro comparativo fases y etapas del proceso, sacado del libro Willard y Spackman. (19)

"Todas estas habilidades no pueden ser aprendidas ni aplicadas en la práctica como una lista de procedimientos y técnicas; más bien, las relaciones terapéuticas surgen de la atención real, de las interacciones dinámicas y de respuesta, y del razonamiento tácito y explícito a medida que el terapeuta y el cliente trabajan juntos hacia el resultado deseado común". (19)

Todo esto hace que "la relación terapéutica y el proceso de intervención sean, dinámicos, entrelazados e interdependientes a medida que influyen entre sí". (20)

La relación terapéutica se considera de tal importancia que se ha generado un modelo basado en la relación entre usuario y terapeuta ocupacional.

Modelo Taylor.

Diseñado por Taylor, el cual implícita los siguientes elementos para analizar y tener en cuenta a la hora de diseñar, implementar y evaluar su intervención.

Características interpersonales es decir cómo reacciona cada cliente de forma específica ante diferentes situaciones y o estímulos.

Acontecimientos interpersonales en la terapia aquellas situaciones inevitables que en el transcurso de la terapia se producen generando una situación incómoda.

El terapeuta: según el modelo debe manejar tres capacidades

- Habilidades interpersonales básicas
- Los modos terapéuticos y actitudes del profesional según el momento de la relación
 - o Modos: defender, colaborar, empalizar, alentar, instruir y resolver problemas

Un razonamiento interpersonal de base que permita una vigilancia mental de los aspectos interpersonales de la terapia que posibilita al profesional anticipar nuestra respuesta más terapéutica. (1)

Principales dificultades:

La relación terapéutica exige de unas características personales del terapeuta, así como de una predisposición por parte del cliente, que pueden dificultar, que se genere el vínculo, entre otras las principales dificultades son (21).

- Nivel sociocultural:

Entre otras la edad, género o etnia son las principales variables.

- Escucha activa

Hace referencia a la comunicación bidireccional entre terapeuta y paciente.

Principales obstáculos:

- Del ambiente físico: cansancio, ruido, etc.
- Emocional. Derivados de los propios sentimientos del terapeuta.
- Cognitivos. Derivados de prejuicios ideológicos, éticos, culturales, etc.
- Variables individuales (2)

6. CONCLUSIONES

El gran número de pacientes que nos encontramos en la actualidad en Terapia Ocupacional que han sufrido un daño cerebral adquirido, y las dificultades que van surgiendo en un tratamiento de larga duración con estos pacientes, nos lleva a preguntarnos qué aspectos del tratamiento son los más importantes para que sean realmente efectivos.

Esta revisión trata de comprobar si realmente la relación terapéutica es un factor muy importante e influyente en el tratamiento.

Presenta algunas limitaciones ya que en la búsqueda bibliográfica realizada, no se han encontrado muchas evidencias o artículos de la relación terapéutica específicamente en el daño cerebral adquirido.

Así como no existe bibliografía que niegue o contradiga que esta relación terapéutica no afecta en el tratamiento, por lo que solo tenemos el punto de vista favorable.

Puede ser una buena línea de investigación llevar a cabo algún estudio de la relación terapéutica en el daño cerebral adquirido desde Terapia Ocupacional, así como intentar rebatir el tema.

En líneas generales, esta revisión, confirma, la importancia que tiene para el tratamiento de los pacientes con daño cerebral adquirido que se produzca esta alianza terapéutica, con el objetivo de conseguir una respuesta positiva en la predisposición del paciente, que nos permita un tratamiento más sencillo y eficaz.

Por lo que nos permite concluir la importancia de cuidar la relación con el paciente y usarla como herramienta terapéutica.

Como reflexión personal, establezco las diferentes fases, desde un punto de vista crítico, que el terapeuta debe ir siguiendo para establecer, la relación terapéutica.

FASES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	
FASE 1	Comunicación
FASE 2	Empatía Terapeuta-Paciente
FASE 3	Confianza
FASE 4	Motivación
FASE 5	Respuesta positiva/negativa

"Cuando me preparo para hablar a la gente, paso dos tercios del tiempo pensando qué quieren oír y un tercio pensando qué quiero decir".

Abraham Lincoln.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La relación terapéutica en terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [consultado el 20 de julio de 2016]; 8 (13): [20p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor.pdf>
2. Rodríguez Rodríguez JC, García Laborda A. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005; 25 (96): [p.29-36].
3. Sabela Bermudez M, Garcia Fernandez J. Comunicación Terapéutica II, La empatía como elemento básico para el desarrollo de habilidades de comunicación. Proyecto Lumbre. 2010. P 48-52
4. Castellanos Ortega, MC. La relación terapéutica en terapia ocupacional. Terapia Ocupacional: revista informativa de la Asociación Profesional de Terapeutas ocupacionales. 2010; 53: [23 p.].
5. Noya B. Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. P 255-268.
- 6 Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Research*, 2, 291-306.
7. Alfonso Martínez, G. Comunicación terapéutica y satisfacción del paciente: programa formativo para el equipo de enfermería de la unidad de hospitalización psiquiátrica. Investigación & Cuidados. 2015ene,abr,13(31). En:<http://www.indexf.com/icuidados/13/31029.php>
Consultado el 2-08-2016
8. Stickley T, Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. Mental Health practice. 2006; 9 (5): 12-18.
9. De Paz Ranz S, Maderna Dallasta R, Gutiérrez Sevilla JA. Comunicación Terapéutica. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. 2006; (4): p4-12-

10. Franco Ballesta P. Reflexión sobre la comunicación terapéutica y el establecimiento de una relación de confianza. *Ágora de enfermería*. 2013; 17 (4): p190-191.
11. Real Academia de la Lengua Española" ortografía de la lengua española". Rae.es[sede web]: Madrid: rae.es [acceso 8-08-16]. Disponible en: <http://www.rae.es>
12. Torres Valdés, R. M. y Santa Soriano, A. (2013) Necesidad de adaptar los procesos de comunicación en salud a la Sociedad Red. Nuevas formas relacionales entre profesional sanitario y paciente. *Historia y Comunicación Social*. Vol. 18. Nº Especial Noviembre. Págs. 651-661.
13. Marín M, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales, un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 2001; 13 (2): 247-251.
14. Miller W, Rollnick S. ¿Qué es lo que hace cambiar a las personas?. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 8^a Edicion. Madrid: Espasa libros; 2011. P 37-53
15. Garcia M, Sanchez A, Mijan E. evaluación funcional y terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. *Rehabilitación*. 2002; 36 (3): 167-175.
16. Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. TOG (A Coruña). 2005; (2): [34 p.].
17. Bascones Serrano LM, Quezada Garcia MY. Situación socio sanitaria del daño cerebral adquirido. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: editorial medica panamericana; 2010. P 3-14.
18. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3^a ed. Madrid: editorial médica panamericana; 2004.
19. WILLARD & SPACKMAN. La relación terapéutica. TERAPIA OCUPACIONAL (11^a ED.). Elizabeth BlesedellCrepeau, Ellen S. Cohn, Barbara A. Boyt Schell. Panamericana, 2011. P 328-341.

20. Talavera Valverde MA, Bartolomé Domínguez MJ. Relación terapéutica en terapia ocupacional. *Terapia ocupacional en salud mental*. Madrid: Elsevier España; 2011. P 333-350
21. Caillé P. La importancia de poder expresarse: la historia y el relato de la historia en la relación terapéutica. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. 2004; (12-13): p91-103.

8. ANEXOS

Anexo 1: Artículos específicos de la Relación Terapéutica mas relevantes.

Artículo	Resumen
Rodríguez Rodríguez JC, García Laborda A. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005; 25 (96): [p.29-36].	<p>El artículo comenta los principales factores personales en la relación terapéutica como son</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientación teórica- Uso del lenguaje- Variables sociológicas- Variables individuales <p>Da importancia a la observación como rasgo denominador del terapeuta el cual usa esta para lograr la relación terapéutica</p>
Caillé P. La importancia de poder expresarse: la historia y el relato de la historia en la relación terapéutica. Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. 2004; (12-13): p91-103.	Bateson como autor principal del artículo basa la relación entre los humanos en la historia que se comparte, esta evoluciona constantemente, el autor en el artículo rastrea la historia a nivel sensorial y proverbial, permitiendo revivir el relato y la relación.
Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La relación terapéutica en terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [consultado el 20 de julio de 2016]; 8 (13): [20p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor.pdf	Introduce el concepto, "uso intencionado del yo" como herramienta para generar el vínculo, así como nos plasma una gran variedad de autores que tratan el tema y realizan una definición del mismo, cada uno aportando su punto de vista, nos muestra las habilidades necesarias del terapeuta y los posibles

	<p>riesgos que pueden aparecer, para finalizar desarrolla el modelo de relaciones intencionales de Taylor</p>
Sabela Bermudez M, Garcia Fernandez J. Comunicación Terapéutica II, La empatía como elemento básico para el desarrollo de habilidades de comunicación. Proyecto Lumbre. 2010. P 48-52	<p>introduce el término "Einfühlung" que significa "sentir en" como origen de la empatía, nos relaciona la capacidad de imitación de los seres humanos con el concepto de la simpatía para generar esta empatía, integrando dos dimensiones del concepto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitiva - Afectiva <p>E incita al uso de un modelo integracionista que incluya a las dos dimensiones.</p> <p>Las cuales conllevan diferentes herramientas metodológicas según</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasgos persona: auto informes - Perspectiva situacional: evaluación respuesta.

Anexo 2 fases y etapas de la relación terapéutica.

Fases de desarrollo de la relación	Estrategias	Etapas del proceso terapéutico	Estrategias
Fase 1: Desarrollar la relación	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	Estar con socialmente Preguntar sobre hábitos, roles, intereses prioridades y recursos Generar imágenes narrativas pasadas y presentes del cliente. Observar las respuestas, las capacidades y el estilo adaptativo del cliente
Fase 2 Establecer confianza	Crear confianza pasando tiempo, brindando información y asegurando la elección del cliente Trasmitir las mejores opciones de práctica dentro del entendimiento de las prioridades del cliente	Etapa 2 Comprometer al cliente con la terapia	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	En el rol del firmante del pacto (Peloquin 1990). Compartir el difícil camino hacia el	Etapa 3 Trabajar juntos	El terapeuta y el cliente adoptan roles y esfuerzos activos e iguales

cooperativa	conocimiento y la competencia		El terapeuta lleva la experiencia profesional Apoyar al cliente para establecer objetivos y tomar decisiones sobre las actividades de la terapia Trasmitir la 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 relación terapéutica	A medida que la fiabilidad y la confianza se profundizan, los roles terapéuticos, las estrategias y las actividades cambian El cliente fluctúa entre la necesidad de afiliación y la necesidad de autonomía	Etapa 4 Facilitar el desempeño ocupacional	Acumular recursos y perseverar en la creación de soluciones Señalar discapacidades y logros Ajustar estrategias terapéuticas Enseñar la resolución de problemas y trasmitir confianza a través de asumir riesgos; crear oportunidades para practicar en situaciones reales Ir con el ritmo de tiempo del cliente Cambiar los roles de director a monitor
Fase 5 La relación	La relación persiste una vez que termina la terapia	Etapa 5 Resultados	Los clientes alcanzan sus objetivos

perdura	<p>El cliente es "tenido en mente" (Paddy y Cols, 2002; "siempre estarán allí para usted" (Mitchell, Price y Ward, 2006)</p>		<p>Los clientes viven plenas haciendo sus ocupaciones Los resultados de la terapia son satisfactorios tanto para el cliente como para el terapeuta El cliente tiene sentido de control y autoridad sobre el manejo de su vida.</p>
---------	---	--	--