

Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia

Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina

Pablo Gagliesi

Médico psiquiatra. Tel. (5411) 4832-2498. E-mail: pablogagliesi@fibertel.com.ar

Andrea Lardani

Licenciada en psicología. Centro Privado de Psicoterapias. Tel. (5411) 4798-0463. E-mail: lardani@cpp.com.ar

María del Carmen Salgueiro

Médica psiquiatra y licenciada en psicología. Fundación AIGLE. Tel. (5411) 4784-9088 E-mail: fundacion@aigle.org.ar

Introducción

“Los terapeutas deben transformarse en mejores artesanos. Esto no significa ignorar los principios, sino aplicarlos de manera creativa, consistente con las variaciones y permutaciones de problemas y características presentados por sus pacientes. Si el terapeuta es sólo un técnico, nunca podrá afrontar los problemas complejos que se presentan en la práctica clínica” (6).

Beutler, 2000

La investigación en psicoterapia de fines de la década de 1970 y la del 80, enfatizó la necesidad de:

1. identificar de manera confiable los componentes de los tratamientos psicoterapéuticos,
2. homogeneizar los grupos de pacientes a los cuales se aplicaban los tratamientos, y
3. comparar modelos de diferentes premisas teóricas (para conocer su utilidad y eficacia, costos o recursos).

De este modo, aparecieron las terapias manualizadas, terapias estandarizadas y transformadas en manuales que se utilizaron para comparar psicoterapias de diferentes tradiciones. Estos manuales se aplican a grupos homogéneos de pacientes, tomando en cuenta el diagnóstico como criterio gregario.

En la actualidad, después de casi tres décadas de intenso desarrollo en salud mental, se expandió el número de diagnósticos de un puñado a casi 400, y existen más de 250 diferentes teorías disponibles para ser utilizadas por los profesionales (13).

La introducción de manuales en la investigación en psicoterapia fue considerada como una manera de aumentar la confiabilidad, el control, y la eficacia de la capacitación en la práctica clínica. Se ha demostrado también que su uso aumenta la adherencia del terapeuta a las técnicas de un modelo, suponiendo que esto redundará en un incremento de la efectividad del tratamiento. Sin embargo, y a pesar de las ventajas mencionadas, surgieron tres problemas que no han sido resueltos:

Resumen

A pesar de que los terapeutas valoran la validez científica, existen evidencias que indican que la mayoría de sus prácticas psicoterapéuticas están basadas en creencias y experiencias personales. Por otro lado, las terapias basadas en la evidencia o terapias manualizadas, son rechazadas por la mayoría de los terapeutas que las consideran inflexibles y, por ende, poco adaptadas a la realidad de cada caso particular. Larry Beutler y sus asociados han desarrollado un método basado en resultados de investigación, llamado Selección Sistemática de Tratamiento (STS), que guía al clínico en la toma de decisiones sobre el tipo de intervenciones más apropiadas para cada caso particular. La Fundación Aiglé y el Centro Privado de Psicoterapias han desarrollado un programa de validación de dicho método, a partir del estudio de una muestra local de trescientos pacientes. El siguiente artículo presenta los conceptos principales del STS, así como los pasos y resultados preliminares del programa de validación llevado a cabo en Argentina.

Palabras clave: Psicoterapia – Evidencia – Selección sistemática de tratamiento – Resistencia – Estilo atribucional – Malestar.

SYSTEMATIC SELECTION OF TREATMENT, A MODEL OF PSYCHOTHERAPY BASED ON THE EVIDENCE. BACKGROUND AND DEVELOPMENT OF A PROGRAM OF VALIDATION IN ARGENTINE.

Summary

Evidence suggests that while clinical practitioners generally value scientific validity, most clinical practices are supported by personal experience and belief. On the other hand, the Empirically Supported Therapies are rejected by most therapists who consider them inflexible and poorly adapted to each particular case. Larry Beutler et al. have developed a method based on scientific evidence called Systematic Treatment Selection (STS), that guides the clinician in the decisions about which are the most appropriate type of interventions for each particular patient. Fundación Aiglé and Centro Privado de Psicoterapias have developed a validation program with a local sample of three hundred patients. The following article will present the principal concepts of STS, as well as the steps and preliminary results of the validation program in Argentina.

Key words: Psychotherapy – Evidence based – Systematic treatment selection – Resistance – Attributional style – Distress.

1. Los manuales resultaron rígidos e inflexibles. Aun cuando los pacientes puedan ser homogenizados por sus diagnósticos, la variabilidad entre ellos requiere una mayor flexibilidad que la permitida por aquéllos. Y, por otra parte, un estudio realizado por Anderson y Strupp(2), constató que los terapeutas más eficaces se apartaban de los manuales cuando surgían situaciones particulares. Por lo tanto, podríamos decir que los manuales impiden que el terapeuta se adapte a múltiples estados y necesidades particulares del paciente, no relacionados específicamente con el diagnóstico.

2. También existen algunas evidencias de que el entrenamiento en terapias manualizadas aumenta las actitudes negativas del terapeuta, como la disminución de la motivación y un menor nivel de empatía con el consultante. Esto está relacionado con el sentimiento de rechazo producido por quien debe seguir rigidamente los pasos del manual y, a pesar de hacerlo, no logra que el consultante *cumpla con lo esperado según el manual*.

3. La mayoría de las investigaciones en este campo han demostrado que diferentes tratamientos (de hecho existen cientos de ellos) producen efectos similares. Esto genera una nueva serie de preguntas sobre qué hace realmente eficaz una psicoterapia(14). Considerar el diagnóstico como criterio para agrupar pacientes es un método poco sensible a las características específicas que distinguen las diferentes psicoterapias y los diversos pacientes.

Estas críticas aluden fundamentalmente a los problemas potenciales en el uso de manuales, su inflexibilidad y el hecho de no haber sido probados para los tipos de problemas complejos que se enfrentan usualmente en la práctica clínica(12).

Para 1995, el Grupo de Tareas para la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos, creado por la División 12 de la Asociación Psicológica Norteamericana, identificó algo más de 20 tratamientos manualizados que cumplían con los requerimientos mínimos de validación empírica(8, 9, 14).

Posteriormente, otra división de la Asociación Psicológica Norteamericana –en este caso la División 29– liderada por John Norcross propone hablar de “Relaciones Empíricamente Validadas” en lugar de “Tratamientos Empíricamente Validados”(18, 17). Esto produce un cisma entre quienes enfatizan como instrumento de cambio el rol de las técnicas versus quienes enfatizan el rol de los procesos interpersonales.

El campo de la investigación en psicoterapia queda así dividido en dos grupos.

- Uno de ellos orientado hacia las técnicas, que sostiene que la mejor manera de optimizar la práctica es identificar aquellos modelos de tratamiento que efectivamente funcionan para un grupo de pacientes con un diagnóstico dado y estimula a los clínicos a aprender y usar estos tratamientos expresados en un manual.

- El otro grupo, orientado hacia los procesos interpersonales, sostiene que son los factores que facilitan el desarrollo de la relación terapéutica, más que el modelo de tratamiento usado, los que contribuyen a un trabajo terapéutico efectivo. Tanto clínicos como investigadores en este grupo, sostienen que los tratamientos efectivos pueden ser identificados en términos de cómo paciente y terapeuta interactúan para generar y sostener una buena alianza de trabajo.

Lo cierto es que las comparaciones entre las distintas

modalidades de tratamiento muestran resultados que van cabeza a cabeza. La mayoría de los estudios indica que las diferencias en los tratamientos dan cuenta solamente de un 10% de la variancia. Más aún, a esta altura se han identificado más de 150 abordajes y modelos de tratamiento que son efectivos, cada uno de ellos acompañado por su correspondiente manual y dirigido a un específico grupo de pacientes.

Basándose en dicha línea de investigación Beutler y Clarkin(4) decidieron estudiar terapeutas de diferentes tradiciones y cuáles eran las características que los volvían eficaces. En relación con los manuales, observaron que era importante que los mismos sirvieran para: a) incentivar el uso de la terapia estructurada, b) permitir a la vez el desarrollo del juicio intuitivo, c) tener validez empírica y d) tomar en cuenta las diferencias que existen entre distintos pacientes.

Beutler y Clarkin supusieron que la investigación debía focalizarse en estudiar el problema de la planificación del tratamiento de una manera más compleja, en lugar de buscar un tratamiento eficaz para un diagnóstico particular. Desarrollaron así un modelo dimensional para seleccionar el tratamiento, adecuado a partir de familias de intervenciones, en lugar de teorías psicopatológicas específicas, considerando cinco dimensiones de los pacientes, en lugar de los diagnósticos.

Demostraron empíricamente que estas dimensiones son mejores predictores de los resultados y permiten seleccionar intervenciones que hayan generado mayor eficacia en los tratamientos. Dichos trabajos instalan la idea de una psicoterapia prescriptiva: El problema es *cuándo hacer qué con quién*(4).

Las cinco *dimensiones*, que se encuentran validadas son las siguientes:

- I. Nivel de severidad o deterioro funcional
- II. Estilo de afrontamiento
- III. Complejidad
- IV. Nivel de malestar o distrés
- V. Nivel de resistencia.

Sobre la base de la evaluación del paciente, se determinan entonces:

- el *contexto* del tratamiento, la *intensidad*, el *setting* (internación o tratamiento ambulatorio), la *modalidad* (farmacológico o no) y el *formato* (individual o con inclusión de otros), y

- el *tipo de intervenciones* o *familias de intervenciones* recomendadas que hayan demostrado ser eficaces para esas características.

Si bien cada dimensión puede ser evaluada por métodos estandarizados, el modelo tiene un formato de evaluación clínica –similar a una escala prolongada similar en extensión a un Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI(10)– que se encuentra validada en su comparación con otros métodos de objetivación. Este formato tiene dos modalidades: una a completar por el paciente y otra a completar por el clínico. Actualmente se encuentran en vigencia sendas traducciones y un *software* de análisis que genera la información necesaria sobre las dimensiones, provee de sugerencias de tratamiento demostradas como eficaces en casos similares y permite el seguimiento de los casos. Éste es el modelo que denominamos Selección Sistemática de Tratamiento o STS de Beutler y Clarkin.

Veremos a continuación, simplificada, qué preguntas debe hacerse el clínico para generar datos so-

bre estas dimensiones, las cuales serán ejemplificadas a través de breves viñetas clínicas.

1. ¿Cuál es el nivel de deterioro del paciente en su funcionamiento diario y cuán necesitado está de obtener nuevas fuentes de apoyo social? (Nivel de severidad)

La primera decisión a tomar está relacionada con la *intensidad* del tratamiento y está basada en el nivel de deterioro funcional del paciente y en sus posibilidades de acceder a fuentes de apoyo social. Podríamos definirlo como el grado de severidad con que el problema interfiere en la vida del consultante. Otra vez, el diagnóstico no siempre se correlaciona con el deterioro funcional. Puede resultar útil para una rápida evaluación el uso de la Escala de Evaluación de la Actividad Global, Eje V del DSM IV(1).

Viñeta clínica de alto nivel de severidad

María (24 años), presenta rituales obsesivos severos desde hace aproximadamente cuatro años e ideación de muerte recurrente. Desde hace seis años tiene una diabetes insulino dependiente, de la cual no logra ocuparse por sí misma; ha tenido varias internaciones por descompensación y genera disturbios vinculares especialmente con su madre. En su vida cotidiana refiere tener pocos amigos, no pudo sostener sus estudios terciarios por la interferencia de sus problemas, no trabaja y su familia es muy crítica respecto a sus síntomas (dificultades sociales, ocupacionales y familiares). En el eje V del DSM IV el puntaje es de 50 puntos.

Esto determinó: entrevistas para pautar un programa psicoeducacional conductual y exposición in vivo, medicación psiquiátrica e internación domiciliaria; se estableció un lazo importante con el médico diabetólogo; se pautaron entrevistas familiares para resolver la elevada emoción expresada y las estrategias de cuidado; se favoreció el armado de red social y agenda diaria, y la inclusión en un grupo de pares etarios diabéticos.

Como se observa la severidad determinó la intensidad, y modeló los modos y formatos del tratamiento.

2. ¿Cuál es la modalidad típica del paciente para interactuar con otros y para afrontar o manejar eventos estresantes? (Estilos de afrontamiento)

Los *estilos de afrontamiento* han sido descriptos en la literatura desde Lazarus con diferentes connotaciones. Sin embargo, aquí nos referimos específicamente al patrón de afrontamiento utilizado por el paciente para adaptarse a los cambios, y éste es más obvio frente a las situaciones de estrés y pérdida, o cuando la persona percibe alguna amenaza.

Este patrón se mantiene estable durante la vida adulta de una persona y puede considerarse como un *continuum* en uno de cuyos extremos se ubica a las personas *externalizadoras* y, en el otro, a las *internalizadoras*. Dado que no es una variable dicotómica, en la mayoría de los casos las personas pueden utilizar combinatorias de ambos estilos, dependiendo de la naturaleza del estresor o de la situación.

Los *externalizadores* son individuos que tienden a ser impulsivos, socialmente activos, agresivos y que, por lo general, presentan dificultades interpersonales relacionadas más con un exceso de conducta que con la inhi-

bición. Suelen comer, beber y hacer dieta en demasía, sobre-reaccionar, sobre-dramatizar y presentar síntomas físicos. Cognitivamente temen ponerse en contacto con las emociones fuertes.

Los *internalizadores*, en cambio, tienden a la autocrítica y el autocontrol excesivos. Suelen ser más proclives a sentir dolor que enojo, a pensar, preocuparse o intelectualizar antes de actuar, entre otras características.

La evaluación del estilo de afrontamiento puede hacerse a partir de sub-escalas del MMPI-2 (la sub-escala de socialización CPI) y sub-escalas del sistema de evaluación del STS, y sirve para definir el foco del tratamiento.

La recomendación para pacientes *externalizadores* es focalizar en la modificación de síntomas y problemas (por ejemplo en el control de los impulsos). Con pacientes *internalizadores*, en cambio, se debe trabajar poniendo énfasis en la toma de conciencia y el *insight*.

Viñeta clínica de externalización

H. y E. tienen un hijo, Iván (10 años), con diagnóstico de ADHD y ODD y dificultades escolares, quien ya ha pasado por varias escuelas.

Ellos se muestran en desacuerdo a la hora de educar al niño (H. le pega al niño y E. lo frena para que no lo haga). Desautorizan a los maestros, manifiestan que en el colegio aprende "mañas". La madre refiere: "¿Es que en el colegio no aprenden nada? Alguien tiene que hacer algo, si no las cosas seguirán igual".

El padre refiere que esto se debe a que la madre ha sido demasiado condescendiente con el niño, aunque reconoce que las dificultades podrían ser hereditarias, como indica la profesional, ya que en la familia de E. hay varios casos de enfermedades psiquiátricas. De todos modos, coincide en algo con su mujer, especialmente en lo referido con las escuelas a las que concurrió Iván. Por otra parte, reconoce que se irrita mucho con las dificultades del niño y se descontrola, pero no cree que él pueda hacer algo al respecto.

La madre sostiene que el problema se debe a las características violentas del padre y que no está dispuesta a esperar mucho para que finalmente los profesionales hagan algo respecto a la curación de su hijo, especialmente sabiendo que ella trabaja para la empresa prestadora del sistema de salud. La terapeuta intenta realizar psicoeducación para este diagnóstico, señalando lo doloroso y dificultoso que es para ellos tener que lidiar con el problema. Los padres faltan alternadamente a algunas sesiones.

Viñeta clínica de internalización

Fernanda, 47 años, es empleada pública. Concorre a una entrevista de admisión porque se ha quedado sin terapia ya que la terapeuta anterior se mudó a otra ciudad. Realiza tratamiento desde hace tres años (éste es su tercer tratamiento). Reconoce que necesita alguien a quien contar, pero poco puede precisar acerca del porqué de su consulta.

Refiere ser un "verdadero desastre" como madre ya que ha tenido una hija con síndrome de par 21 que ya cumple los 14 años. Intenta constantemente contener sus emociones, se muestra amable y correcta, pero el terapeuta intuye que a duras penas puede con la vida cotidiana. Su casa y su situación familiar son, según la consultante, caóticas. Su esposo es una persona violenta, actualmente desocupado, a quien Fernanda justifica

diciendo que ella sirve de gatillo de las situaciones. Tiene poca vida social, comenta que no transmite su malestar a sus amigas para no molestarlas o porque cree que ellas tienen problemas que a veces son más graves. Actualmente se encuentra en tratamiento por un síndrome de colon irritable.

3. ¿El consultante refiere que el problema que lo trae a la consulta es algo recurrente en diferentes momentos de su vida o es algo situacional? (Complejidad)

La presente *dimensión* es una variable dicotómica, es decir que los consultantes o presentan problemas complejos o problemas no complejos.

Los problemas *complejos* son temáticos, recurrentes en distintas situaciones de la vida, o bien podríamos decir que los conflictos actuales son expresiones del pasado. Se relacionan con el principio de *rasgo* (algunas escalas expresan esta diferencia entre rasgo y estado), que se define como un estilo, hábito o modo de ser (aquí, ahora, como siempre). Un ejemplo es cuando se dice que alguien "Es ansioso". La evaluación de esquemas de Young(19) suele ser útil a la hora de mostrar esta característica.

Por el contrario, los problemas *no complejos* son más sintomáticos que temáticos, tienden a ser restringidos o discretos por las áreas de las personas que afectan, pasajeros y situacionales. Están vinculados con un evento disparador, mantenido por refuerzo positivo o por conocimiento inadecuado. Se podría decir que son reactivos o adaptativos (aquí y ahora). Se relacionan con el principio de *estado* y un ejemplo de ello es cuando nos referimos a un consultante diciendo que "Está ansioso".

Es evidente que los primeros requerirán abordajes más narrativos y los segundos más focalizados, podrán ser tratados con métodos de resolución de conflictos o reducción sintomática.

Viñeta clínica de Complejidad Temática

Es la cuarta vez que Alejandro, 42 años, consulta a un terapeuta de su obra social, pero en realidad es su sexta psicoterapia. Es una persona atenta, afable e inteligente, con una carrera profesional como bioquímico en un centro de investigaciones que no resulta tan exitosa como sus potencialidades le permitirían. Su primera consulta se relacionó con el uso de drogas, intensa depresión con ideas de suicidio y problemas con su familia de origen. Después tuvo otros episodios de intensa angustia y tristeza, aunque siempre en relación con problemas vinculares (entre ellos una tormentosa relación emocional de la que no puede despegarse). Militó en partidos progresistas durante la época de la dictadura y tiene muchos recuerdos dolorosos. Ha recibido medicación antidepressiva y tranquilizante varias veces con resultados parciales. Inició un nuevo tratamiento por falta de deseos sexuales, angustia y tristeza. Ha vuelto a vivir con sus padres, octogenarios, y tiene pocos vínculos sociales. En el EDS(19) aparecen esquemas de privación emocional, abandono, vulnerabilidad y auto sacrificio.

Durante las numerosas sesiones realizadas se intentó focalizar, infructuosamente, sobre diversos problemas (pareja, trabajo, baja autoestima, sacrificio por otros, padres), algunos de los cuales fueron resueltos y la timia general del consultante mejoró. Luego el foco de atención fue el

vínculo terapéutico, donde se reiteran los esquemas anteriores y algunos patrones que se repitieron a lo largo de su vida, encontrándose algunas metáforas coloquiales. El terapeuta se sintió tentado a prescribir estilo y predijo –a sus colegas en una reunión de equipo– que posiblemente Alejandro reconsulte en el corto plazo.

Viñeta de Complejidad Sintomática

Marta, 50 años, es la primera vez que consulta a un terapeuta. Su madre murió hace un mes. Está triste, angustiada y siente que todos le reclaman que esté bien. Se prescribe el duelo, se "naturaliza" su dolor y se propone una tarea ritual para conjurar su dolor. Se evalúa en quince días, la consultante está más descansada porque ha dormido, faltó unos días al trabajo y pidió a su familia que le permita estar triste por sugerencia del médico.

4. ¿El paciente es proclive a resistirse a la influencia y a las intervenciones terapéuticas? (Nivel de resistencia)

Esta *dimensión* está relacionada con la resistencia y/u oposición a las intervenciones del terapeuta. Parece evidente que esta característica atraviesa la vida del sujeto, no sólo en la relación con el terapeuta sino también en cualquier relación en la que pueda percibir una amenaza a su libertad o sometimiento y control. Es una variable montada en un *continuum* donde podemos ver extremos de resistencia alta o baja.

Suele evidenciarla la escala de resistencia de Dowd(11) y se define como rasgo a partir de puntajes obtenidos del *MMPI-2* y la sub-escala de Resistencia del STS. Estos puntajes se utilizarán para decidir si durante la terapia se designan tareas y de qué tipo. Para detectar la resistencia situacional y determinar los cambios en la receptividad del paciente durante la sesión, el terapeuta debe aprender a observar patrones verbales y no verbales del paciente. Las investigaciones han establecido que el tono de voz, la intensidad de la expresión verbal, la expresión facial y la postura, son indicadores confiables para identificar el nivel de receptividad a la influencia terapéutica del paciente.

Esta *dimensión* define la posibilidad de directividad de una terapia. Por lo tanto, cuanto mayor sea el nivel de *resistencia* del paciente, menor deberá ser el nivel de directividad del terapeuta y viceversa.

Viñeta clínica de Bajo Nivel de Resistencia

Helena (35 años) es arquitecta, está casada y tiene un bebé de año y medio. Se mudarán a San Luis por motivos laborales en un par de meses. Refiere haber tenido otro tratamiento que connota como exitoso en la adolescencia. Es suave, afectuosa y tiene aspecto de cansada. Consulta porque relata que se siente mal consigo misma, muy culpable por trabajar en lugar de cuidar de su hijo y con dificultades para satisfacer a su marido porque no tiene deseos sexuales. Se le propuso una tarea cognitiva de registro de pensamientos automáticos, se la confrontó con relación a su autoexigencia y se la contradujo respecto a la "necesidad" de la sexualidad de su marido, después de la psicoeducación sobre la depresión. Debido a su inminente mudanza se le sugirió trabajar con un libro de autoterapia con controles bimensuales de las tareas y chequeo de la evolución.

Actualmente, Helena está muy contenta, y se ha vuelto eficaz y segura. Según ella, aún recuerda la pri-

mera entrevista en la que el terapeuta le preguntó cuándo iba a tratarse a sí misma como a una cálida, afectuosa y buena amiga.

Viñeta clínica de Alto Nivel de Resistencia

Liliana (48 años) fue despedida de su trabajo hace seis meses en situaciones poco claras (aparentemente relacionadas con dificultades interpersonales); convive con Julio, una persona alcohólica en franca recaída. Tiene un largo recorrido en diversas terapias con diferentes líneas. En la primera entrevista solicita aclaraciones específicas sobre el modo de tratamiento que utiliza el terapeuta. La segunda entrevista fue dedicada al contrato: si puede fumar o no, cuánto tiempo de sesión tendrá, frecuencia, entre otros temas.

Se le solicita que haga una breve historia de sus tratamientos anteriores, qué recuerda de ellos, duración y resultados. En la tercera entrevista refiere que no piensa realizar tareas fuera de la sesión porque no dispone del tiempo para ello. El terapeuta le entrega un artículo publicado en un diario que sustenta que se ha demostrado el poder curativo de las tareas escritas. Liliana se siente ofendida y falta a la siguiente sesión como protesta, según su comentario posterior.

El profesional nota que han pasado varias sesiones y no ha podido discutir aún el motivo de consulta pero, frente al enojo de la paciente, decide escucharla acotando comentarios relacionados con los sugeridos en la admisión. Saliendo del consultorio la consultante reclama: "¡Yo vengo, hablo de Julio y usted no me dice nada!".

En la sexta sesión Liliana cree que hubo un malentendido respecto del horario. La consultante llama al admisor para solicitar cambio de terapeuta y deserta en la séptima entrevista sin avisar.

5. ¿Cuál es el nivel de malestar emocional del consultante? (Nivel de malestar)

Esta *dimensión* se describe como el nivel de angustia subjetiva, malestar o distrés respecto del problema que presenta el consultante. Puede cambiar con frecuencia y requiere ser evaluada de sesión a sesión. Es una variable de un *continuum* donde los extremos son alto o bajo. Un método útil para evidenciarla es el uso de la Escala de Depresión de Beck(3), no como medida de depresión sino como forma de observar esta *dimensión*.

Sin duda alguna, el nivel de malestar define la *intensidad* de la sesión e incide en la motivación al cambio. Indagar si el nivel de incomodidad es suficiente para mantener la motivación al cambio, permite definir si el terapeuta deberá intervenir para aumentar o disminuir el nivel de malestar del paciente.

Un bajo nivel de malestar viene acompañado de poca motivación al cambio y los esfuerzos deberán dirigirse a aumentar el nivel de arousal. Si el malestar es demasiado alto, disminuye la capacidad del paciente para focalizar en la resolución del problema o es un síntoma en sí mismo; el terapeuta deberá intentar reducir el nivel de distrés o malestar.

Viñeta clínica de Bajo Nivel de Malestar

Eugenia, de 19 años, tras la mudanza familiar a otro país por motivos laborales, decide continuar viviendo con su abuela en Buenos Aires para proseguir sus estudios universitarios. Está por perder el año lectivo porque habi-

tualmente se queda dormida hasta muy tarde en la casa del novio. Para encubrir esta situación ha engañado a su abuela y a sus padres. Su motivo de consulta es poder evitar hacer esto y cumplir con sus responsabilidades. Manifiesta poca angustia y poca incomodidad en relación al problema. Según su novio, la consultante está muy desganada y desinteresada la mayor parte del tiempo.

Se la confronta con las ventajas y desventajas de seguir de este modo, y las reacciones probables de la red social si no se introducen cambios prediciendo los resultados. Se prescriben pequeñas tareas sin mucho éxito. Se evalúan los sentimientos de inutilidad y baja autoestima. Se genera un clima de intimidad y se establece un vínculo colaborativo no crítico. Se intenta aproximar la idea de que la partida de sus padres la ha dejado muy sola y con sentimientos de abandono.

La consultante llega repetidas veces tarde o falta a las entrevistas hasta la llegada de sus padres de visita a mitad del año. El terapeuta decide invitarlos a participar de unas sesiones familiares.

Viñeta clínica de Alto Nivel de Malestar

R. (38 años) es un exitoso abogado. Está casado desde los 18 con una ex compañera del secundario, con quien cursó también la universidad, y tienen dos hijas. Hace dos meses tuvo una relación amorosa con una cliente. Tuvo un par de encuentros con ella sin practicar sexo seguro. Desde entonces vive asediado por intensa disforia con relación a una infección HIV, a pesar de haberse realizado a la fecha cuatro serologías, visitado tres médicos y charlado con amigos. Como teme que su mujer se entere y contagiarla, no tienen relaciones sexuales; además toma 5 mg/día de alprazolam indicados por su clínico. Duerme pocas horas, ha perdido cuatro kilos y su eficacia laboral ha decaído.

Se establece una relación de confianza y empatía. Se le indica realizar un registro de los pensamientos, ideas e imágenes para "conocer mejor el problema". Luego aprende técnicas de relajación y control de la ansiedad (se indican horas precisas para dedicarle a su preocupación y se propone evitarla o posponerla fuera de esas horas mediante técnicas de distracción). Se connota su preocupación y sus sentimientos de culpa. Después de unas pocas sesiones decide hablar con su señora y, si bien el vínculo se encuentra en crisis, el consultante está más tranquilo.

Principios del tratamiento

Los principios del tratamiento, tal como los define Beutler, son afirmaciones de carácter general que identifican las condiciones, las conductas del terapeuta y los tipos de intervención que producen cambios para cierto tipo de consultantes. Las *características de los principios* son las siguientes:

1. son suficientemente flexibles como para ser aplicados desde diferentes modelos teóricos (a diferencia de las terapias manualizadas);
2. se basan en la evidencia empírica (el clínico debe ajustarse a principios científicos en lugar de apoyarse en sus creencias personales);
3. guían al terapeuta en el uso de estrategias y le permiten seleccionar las técnicas con las que esté más familiarizado y

4. son principios descriptivos generales, en lugar de teorías generales o técnicas específicas.

Los 18 principios de tratamiento validados fueron divididos en dos clases: principios óptimos y principios básicos.

Principios óptimos

Comenzaremos definiendo los ocho *principios óptimos* que son predicciones sobre la relación entre las variables del consultante y ciertas clases de intervenciones psicoterapéuticas. Requieren de la observación de los procesos terapéuticos para ser validados.

1. *El cambio terapéutico es mayor cuando el terapeuta es hábil y provee al consultante confianza, aceptación, reconocimiento, colaboración y respeto en un medio ambiente que al mismo tiempo tolere el riesgo y otorgue máxima seguridad (de la relación).*

Durante las primeras sesiones del tratamiento, el terapeuta debe dedicar al menos la mitad del tiempo al desarrollo de la relación terapéutica. Desarrollar una relación cálida, de aceptación y seguridad es fundamental para lograr y mantener tanto la colaboración como la motivación durante el tratamiento para aumentar la probabilidad de cambio. Además, la relación terapéutica debe apoyar e incentivar al paciente a cambiar. La terapia deviene así en un proceso de quiebre y reparación de la relación terapéutica. Cada intervención del terapeuta crea un potencial quiebre de la relación. Éstas ocurren cuando el terapeuta confronta, sugiere una acción o interpreta; en otras palabras, ocurren cuando el profesional incentiva al paciente a asumir los riesgos de cambiar. Los cambios repentinos en el ánimo, en la actitud o en la energía del consultante, pueden ser indicadores de un quiebre, y el terapeuta deberá dedicarse a reparar volviendo a centrarse en los principios de la relación.

2. *El cambio terapéutico es más probable cuando los procedimientos terapéuticos no evocan la resistencia del paciente (de la relación).*

La resistencia aparece cuando la sensación de libertad, auto-imagen, seguridad, integridad psicológica o autodeterminación del paciente se ve amenazada. La aparición de la resistencia en una relación interpersonal indica que el consultante intenta prevenir dichas amenazas o reparar las pérdidas. La resistencia se manifiesta como rasgo (duradero) y como estado (situacional). El terapeuta debe adaptar el tratamiento tanto a las reacciones de rasgo como a las situacionales que reducen el cumplimiento del paciente.

La regla básica es que, con los pacientes resistentes, el terapeuta debe evitar los desacuerdos y tratar de incrementar los niveles de percepción de autonomía y capacidad para autodirigirse. A los pacientes no resistentes se los debe guiar y dirigir.

Los patrones de resistencia situacional están directamente relacionados con las limitaciones impuestas por el contexto terapéutico. Estos patrones requieren que el terapeuta se adapte a los cambios momentáneos que se dan durante las sesiones, como forma de reducir los efectos negativos que pueden producir en la relación. El nivel de resistencia como estado que se presenta durante la sesión, puede evaluarse a partir de las conductas verbales y no verbales (tono de voz, expresiones faciales, movimientos corporales) que sugieran la presencia de enojo o retraimiento.

3. *El cambio terapéutico es más probable cuando se expone al paciente a objetos o blancos de evitación conductual o emocional (exposición y extinción).*

4. *El cambio terapéutico es mayor cuando se estimula al paciente a la expresión emocional en un ámbito seguro, hasta que sus respuestas problemáticas disminuyan o se extingan (exposición y extinción).*

La terapia prescriptiva está diseñada para reducir las consecuencias positivas de las conductas indeseadas, llevando al paciente a la confrontación repetitiva con consecuencias externas o procesos internos que provocan miedo, infelicidad y evitación.

Como regla general las personas evitan dos tipos de experiencias:

- a. las circunstancias externas que provocan distrés (externalizadores), y
- b. las sensaciones internas de distrés, incomodidad o temor (internalizadores).

En ambos casos el tratamiento debe centrarse en la exposición y extinción. Por ejemplo, una persona excesivamente impulsiva puede estar evitando la falta de estimulación. El tratamiento estará entonces centrado en la exposición a ambientes de poca estimulación, hasta que tales ambientes dejen de provocar respuestas evitativas y temor.

En cambio, las personas que evitan determinados sentimientos suelen tener una baja tolerancia a la intensidad emocional y buscan reducir la estimulación. Son personas que intentan evitar los sentimientos indeseados (enojo, amor, intimidad) o temen ser rechazados. Con estos pacientes, el tratamiento debe centrarse en enseñarles a que se permitan sentirse enojados, tolerar el distrés o la expresión de amor e intimidad. La meta es exponerlos a ambientes de mucha estimulación que incrementen los estados emocionales (mediante la exposición en vivo, por ejemplo, o la interpretación repetitiva de un tema) hasta que tales ambientes dejen de provocarles temor y evitación. Para esto el terapeuta debe tener la convicción de que la ansiedad y el temor, declinarán luego de mantenerlos elevados un tiempo. Es más difícil tratar este tipo de pacientes, ya que las experiencias evitadas son subjetivas.

Como se observa, la estrategia de exposición debe utilizarse de manera mucho más amplia que lo habitual. Se recomienda para todos los casos, salvo para pacientes con un nivel de malestar emocional excesivamente alto.

5. *El cambio terapéutico es más probable si los esfuerzos iniciales de cambio se centran en desarrollar nuevas habilidades y alterar síntomas disruptivos (secuencia).*

Una regla fundamental del STS es que, durante las primeras etapas de tratamiento, los procedimientos deben centrarse en la eliminación de síntomas disruptivos con todos los pacientes por igual. El tratamiento se centrará en la eliminación de los síntomas problemáticos (por ejemplo el abuso de sustancias) o las conductas que ponen al paciente en riesgo de continuar con esos síntomas (tales como las presiones sociales y los pensamientos automáticos que se asocian con el abuso de drogas o lo preceden). Para ambas situaciones, la meta es la eliminación de los síntomas y el desarrollo de nuevas habilidades.

Para ello se deben seguir dos pasos:

- a. organizar y priorizar los síntomas que se van a modificar (por ejemplo: impulsos destructivos, uso de drogas, conductas de riesgo), y

b. identificar qué habilidades le faltan para tolerar el distrés o para interactuar con otros.

Las técnicas más utilizadas para el cambio sintomático incluyen los tres aspectos siguientes:

1. *Automonitoreo* de la conducta problemática para identificar las consecuencias positivas de los síntomas, las consecuencias temidas para iniciar la conducta deseada, y los efectos de las intervenciones.

2. Incentivación de los pacientes a intentar *nuevos comportamientos*, sin presionarlos ni apurarlos para que cambien a un ritmo aceptable para ellos.

3. Oportunidades para *autoevaluación* y *feedback* luego que el cambio se ha producido.

6. *El cambio terapéutico en los consultantes externalizados es mayor cuando el balance relativo de intervenciones favorece el desarrollo de habilidades y procedimientos de remoción de síntomas. En los internalizadores es preferible el uso de intervenciones orientadas al insight (diferencial de tratamiento).*

La tarea de ajustar las intervenciones según el estilo de afrontamiento, implica seleccionar el foco y el objetivo del tratamiento.

Para los *externalizadores* el tratamiento preferencial consiste en la modificación de los síntomas –conductas excesivas– y el desarrollo de habilidades para facilitar conductas alternativas. Es decir, todo el tratamiento estará focalizado en lo que hemos descrito en el principio número 5.

Las estrategias y métodos son: procedimientos que ayuden al paciente a identificar metas positivas incentivando la motivación al cambio, como la “entrevista motivacional” de Miller y Rollnick(16) ; análisis de costos y beneficios de la conducta problemática; programas de doce pasos (similares a los de Alcohólicos Anónimos); provisión de comportamientos alternativos; registro de pensamientos diarios; control del estímulo y tareas graduadas, entre otros. También se recomienda evitar las técnicas de *insight*.

Si el estilo de afrontamiento es *internalizador*, en cambio, el tratamiento preferencial sí se focalizará en el *insight* y la toma de conciencia de las emociones evitadas. La meta es la exposición a conocimientos y emociones evitadas. Algunas técnicas incluyen el reflejo emocional, interpretaciones, preguntas, procedimientos experienciales (por ejemplo, el *role playing* y las fantasías o la imaginación dirigidas).

7. *El cambio terapéutico es mayor cuando la directividad de la intervención es inversamente proporcional al nivel de resistencia actual del paciente. Si la resistencia es muy alta, es útil prescribir la continuación de la conducta sintomática (diferencial de tratamiento).*

Como dijimos en el principio 2, los consultantes *reactantes* temen perder la autonomía y la libertad. Por eso, con pacientes que presentan niveles altos de resistencia (rasgo), la estrategia de tratamiento deberá enfatizar la baja directividad del terapeuta. El terapeuta debe *sugerir* en lugar de dar tareas, y el trabajo en general debe ser autodirigido. En casos de extrema resistencia se debe considerar la posibilidad de utilizar una intervención paradójica prescribiendo el síntoma o sugiriendo que no cambie por el momento.

Otras técnicas posibles son: la biblioterapia, con una lista de la cual el consultante elige el libro a utilizar, preguntas abiertas, tareas automonitoreadas (el terapeuta participa lo menos posible), intervenciones no dirigidas

(reflejo, dar apoyo, método de acercamiento-alejamiento [*approach-retreat*] en el cual se introducen temas difíciles pero luego el terapeuta se retira quedando en silencio).

En cambio, con consultantes que presentan bajos índices de *resistencia*, el terapeuta puede usar intervenciones directas y dar tareas, entre otras indicaciones. Las sugerencias, la guía, las tareas y las interpretaciones son por lo general bien recibidas.

8. *La probabilidad del cambio terapéutico es mayor cuando el nivel de malestar emocional del paciente es moderado, ni muy alto ni muy bajo (diferencial de tratamiento).*

El nivel de malestar emocional tiene propiedades motivacionales. El terapeuta debe identificar la intensidad del malestar para saber si está contribuyendo al cambio o si, al contrario, está interfiriendo con el cambio. Esto definirá si las estrategias de tratamiento se centrarán en aumentar o disminuir el nivel de malestar con el fin de mantener la motivación. Cuando es alto, las estrategias se deben centrar en proveer de estructura, apoyo y procedimientos para el manejo del distrés. El fin es evitar que la intensidad emocional interfiera con la concentración y planificación del proceso de cambio. Algunas técnicas que se utilizan con el objetivo de reestablecer la sensación de control son la relajación, la hipnosis, la autoinstrucción, la catarsis y las técnicas cognitivo-conductuales.

Para aumentar el nivel de malestar, las estrategias se deben centrar en procedimientos de confrontación, exposición y poca estructura, el terapeuta intentará aumentar el nivel de *arousal* para motivar el cambio. Suelen ser útiles los procedimientos experienciales tales como el *role playing*, las técnicas motivacionales como la citada de Miller y Rollnick, las confrontaciones familiares y la exposición en vivo, entre otros.

Los procedimientos para reducir el malestar están mucho más desarrollados en psicoterapia que los procedimientos para pacientes apáticos, y se puede decir que es más difícil trabajar con consultantes con bajo nivel de malestar que no tienen necesidad de cambiar y/o que no les interesa estar en terapia.

Principios básicos

Son predicciones sobre cualidades del consultante que predisponen al uso de diferentes *modalidades* (farmacológica o no), *formatos* (individual o con inclusión de otros) e *intensidades* de tratamiento. No requieren de la observación de los procesos terapéuticos para ser validados.

1. *La probabilidad de mejoría es una función positiva del nivel de apoyo social y una función negativa del deterioro funcional (pronóstico).*
2. *El pronóstico tiende a empeorar en el caso de cronicidad-complejidad y en ausencia del malestar del paciente. Facilitar el apoyo social aumenta la probabilidad de buen resultado entre pacientes con problemas crónico-complejos (pronóstico).*
3. *La medicación psicoactiva ejerce sus mayores efectos entre consultantes con alto deterioro funcional y alta complejidad-cronicidad (modalidad e intensidad del tratamiento).*
4. *La probabilidad y la magnitud de la mejoría se incrementan en los consultantes con problemas complejo-crónicos por la aplicación de terapia multipersonal (modalidad e intensidad del tratamiento)*

5. *Entre aquellos con alto deterioro funcional los beneficios se corresponden con la intensidad del tratamiento (modalidad e intensidad del tratamiento).*
6. *El riesgo se reduce por la evaluación cuidadosa de las situaciones de riesgo al confeccionar la historia clínica y establecer el diagnóstico (reducción del riesgo).*
7. *El riesgo se reduce y el cumplimiento del consultante aumenta cuando el tratamiento incluye la intervención familiar (reducción del riesgo).*
8. *El riesgo baja y el nivel de retención mejora cuando se informa al consultante de manera realista sobre la probable duración y efectividad del tratamiento, y cuando tiene una clara comprensión de los roles y actividades que se esperan de él durante el curso del tratamiento (reducción del riesgo).*
9. *El riesgo se reduce si el terapeuta pregunta rutinariamente al consultante acerca de sentimientos, deseos o planes suicidas (reducción del riesgo).*
10. *Los principios éticos y legales sugieren que es aconsejable mantener documentación y disponer de supervisores (reducción del riesgo).*

Estudio colaborativo Universidad de Santa Bárbara-Centro Privado de psicoterapia-Fundación AIGLE

El principal objetivo del estudio colaborativo fue, en realidad, doble:

1. Realizar una validación cruzada y evaluar la aplicación en una muestra argentina de un instrumento desarrollado en Estados Unidos. Los procesos de validación de instrumentos estudian el grado en la efectividad y la certeza con que miden los atributos de las personas que dicen medir. Existen distintos tipos de validez: concurrente, predictiva, cruzada, entre otras. La validación cruzada es un procedimiento de verificación de los resultados obtenidos de un estudio de validación previo mediante la aplicación de la prueba o batería de pruebas a una muestra diferente.

2. Evaluar la heterogeneidad de los indicadores de cambio en los pacientes que concurren a consulta con un pedido de psicoterapia.

Con respecto al primer objetivo el estudio demostró la confiabilidad y validez de la versión española del STS en una muestra de 313 pacientes distribuidos entre los dos centros.

En el segundo se utilizó el instrumento a evaluar junto a otra información diagnóstica: puntajes provenientes del BDI, de la escala de Resistencia de Dowd y de inventarios de personalidad como el MMPI y el Millon-II.

Esta evaluación se llevó a cabo en una muestra más reducida de pacientes y se exploró la capacidad de las siguientes variables en la predicción de los índices de mejora en el curso de una intervención relativamente breve (menos de 20 sesiones):

- Diagnóstico.
- Deterioro funcional.
- Nivel de resistencia.
- Estilo de afrontamiento.

De todas estas variables la que demostró una correlación más significativa con los resultados fue la interacción entre nivel de resistencia en el paciente con el grado de directividad del terapeuta. Los distintos análisis estadísticos se realizaron en la Universidad de Santa Bárbara por el equipo coordinado por Larry Beutler y la descripción de la metodología empleada (modelos estadís-

ticos utilizados, niveles de significación, entre otras) fue presentada en el Congreso de la SPR (*Society for Psychotherapy Research*) de 2001.

Para cumplir estos objetivos los coordinadores de ambos centros en Argentina realizaron diferentes tareas. Éstas se iniciaron con la traducción y adaptación al castellano de los instrumentos de evaluación inicial y seguimiento, el entrenamiento de un grupo de terapeutas de ambos centros en las tareas necesarias para cumplimentar las diferentes fases del proyecto y la instalación y puesta a punto del *software* necesario para la administración de los instrumentos de evaluación y seguimiento.

La recolección de los datos se efectuó durante un período de aproximadamente 18 meses durante el cual se fueron administrando al grupo de pacientes de Capital Federal y Gran Buenos Aires, los instrumentos de evaluación inicial y de seguimiento.

Los datos recogidos consistieron en:

- *STS versión del clínico y versión autoadministrable* (ambas en formato digital)
- *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* en versión castellana.
- *BDI (Beck Depression Inventory)* en versión castellana.
- *Dowd Reactance Scale* en versión castellana.

Una vez efectuada la derivación del paciente a los terapeutas entrenados por Larry Beutler en el modelo, éstos debían tomar registros en audio de las entrevistas y administrar los seguimientos [*follow-ups*] del *STS versión del clínico* y *versión autoadministrable* y el *BDI* cada tres sesiones (esto permite medir la evolución del paciente a lo largo de la terapia). Estos datos de seguimiento son los que permitieron desarrollar las hipótesis referidas más arriba respecto de las mejores dimensiones predictivas del instrumento.

Finalmente, estamos abocados a la realización de evaluaciones de los procesos terapéuticos, a través del *STS Process Rating Scale*, sobre una porción menor (100 pacientes) de aquellos que fueron derivados a los terapeutas que participaron en el proyecto. Esto se realiza a partir de observadores externos entrenados, que escuchan los audios de las sesiones y puntúan determinados aspectos de la terapia: el nivel de directividad del terapeuta, si la terapia está focalizada en el *insight* o en la modificación de conductas, el nivel de malestar del paciente y si el terapeuta trabajó para aumentarlo o disminuirlo y el nivel de alianza terapéutica, entre otros.

También se realizaron múltiples tareas de adaptación y ajuste sobre la marcha:

- Realización de correcciones en la versión castellana a partir de las dificultades que surgieron en la práctica (por ejemplo, pacientes que no comprendían ciertas preguntas).
- Detección de incongruencias entre la versión del clínico y la versión autoadministrable.
- Detección de irregularidades en el reporte que surge de la evaluación inicial.
- Identificación de determinados tipos de pacientes que presentaron dificultades para responder la versión autoadministrable (por ejemplo, personas mayores con dificultades cognitivas, pacientes con bajo nivel de educación y pacientes con desórdenes psicóticos).

Comentario final

Luego de realizar las evaluaciones iniciales de cientos de pacientes y monitorear la evolución de cada uno de ellos, podemos concluir que el STS presenta significativas ventajas tanto para los pacientes como para los terapeutas y las organizaciones que trabajan en salud mental.

Los *consultantes* son evaluados entre sesiones durante todo el tratamiento; esto permite conocer la evolución de los síntomas en comparación con la evaluación inicial y corregir el curso de acción, si resulta necesario, porque no se está obteniendo la mejoría esperada. El *software* permite comparaciones entre pacientes de similares características y saber así si la evolución es la esperada o no.

En los *terapeutas*, la posibilidad de utilización de su experiencia clínica y sus habilidades terapéuticas de manera flexible para cada caso particular, genera sentimientos positivos que colaboran con el vínculo terapéutico y los resultados. Por otra parte, contar con principios basados en la evidencia, les permite tomar decisiones sustentadas en datos de investigación, en lugar de guiarse intuitivamente.

En cuanto a las *organizaciones de salud mental*, consideramos que las ventajas son también interesantes. La evaluación exhaustiva del paciente –antes y durante el tratamiento– y la obtención de un reporte con recomendaciones sobre el tipo de intervenciones a seguir por el terapeuta, reduce considerablemente las posibilidades de fracasos terapéuticos. Además, el *software* informa al admisor sobre los terapeutas que han tenido más éxito con pacientes similares (selección de *matching*). Por lo tanto, se agiliza la decisión sobre a qué terapeuta derivar y esta decisión está basada en datos concretos en vez de apoyarse en impresiones personales del admisor.

Usando palabras de Beutler: “Este modelo de tratamiento ofrece la promesa de ayudar a los clínicos a manejarse de un modo flexible, hábil y específico, al emplear técnicas derivadas de sus propios modelos respondiendo a las necesidades y disposición a la influencia de cada paciente particular” (5) ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM - IV. Washington D.C., 30-31
2. Anderson T, Strupp HH. (1996) The ecology of psychotherapy reaserch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782
3. Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX: Psychological Corporation
4. Beutler LE, Clarkin J. (1990) *Systematic Treatment Selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York, Brunner/Mazel
5. Beutler LE, Harwood MT. (2000) *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. p. 9, Nueva York: Oxford University Press
6. Beutler LE. *Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment*, Volume 3, Article 27, August 2000. American Psychological Association
7. Brenlla ME, Diuk W, Maristany MP. (1992) *Evaluación de la Personalidad. Aportes del MMPI-2*. Picoteca Editorial, Buenos Aires. 13-96
8. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler J, Haaga DAF, Johnson SB, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Sticle T, Williams DA, Woody SR. (1998) Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16
9. Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson SB, Pope KS, Crits-Christoph P, Baker MJ, Johnson B, Woody SR, Sue S, Beutler LE, Williams DA, McCurry, S. (1996) An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49(2), 5-14
10. Dalhstrom WG, Wesh GS, Dalhstrom LE. (1972) *An MMPI handbook: Vol. 1. Clinical interpretation*. Minneapolis. University of Minnesota
11. Dowd ET, Milne CR, Wise SL. (1991) The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545
12. Garfield SL. (1996) Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229
13. Henrik ST. (1980) *The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to more than 250 Different Therapies in use Today*. Nueva York: New American Library
14. Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Chrits-Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, y O'Brien CP. (1980) Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471-481
15. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. (1975) Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-10081
16. Miller WR, Rollnick S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Nueva York: Guilford Press
17. Norcross J. (ed.) (2003) *Therapists' Relational Contributions to Effective Psychotherapy*, Oxford University Press, New York
18. Prochaska JO, Norcross J, Diclemente CC. (1995) *Changing for Good, Morrow, William & Co*, New York
19. Young J. (1995) *Early Maladaptive Schemas: EMS*. Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York