

Recibido: 18/10/2016

Aceptado: 6/7/2017

Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: análisis teórico y aportes de la investigación empírica

Santiago Juan*
Ignacio Etchebarne**
Andrés Roussos***

RESUMEN

La elaboración de un pronóstico y el uso de intervenciones pueden considerarse aspectos claves de un proceso terapéutico. Sin embargo, aún no es un tema resuelto la forma en que diferentes marcos teóricos imprimen su especificidad a este tipo de elementos del proceso. Objetivos y métodos: mediante un estudio teórico, complementado con resultados de la investigación empírica, el presente trabajo analiza: a) las particularidades que los marcos psicoanalítico y cognitivo le imprimen al pronóstico y a las intervenciones clínicas, y b) los vínculos que pueden establecerse entre pronósticos e intervenciones, según el marco teórico del terapeuta sea psicoanalítico o cognitivo. Resultados y conclusión: la información reunida en este artículo ofrece criterios para vincular pronósticos e intervenciones en

ABSTRACT

The elaboration of a prognosis and the use of interventions can be considered as key aspects of a therapeutic process. However, the ways in which different theoretical frameworks imprint their specificity to such process' elements are still unresolved issues. Aims and Methods: by means of a theoretical study, complemented by results from empirical research, the present paper analyses: a) the distinctive features that psychoanalytic and cognitive frameworks imprint to prognosis and clinical interventions, and b) the links that can be established between prognosis and interventions depending on therapist's theoretical framework is psychoanalytic or cognitive. Results and Conclusion: the information gathered in this article offers criteria to link prognosis and interventions in psychoanalytic and

* Universidad de Buenos Aires (UBA). Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM), Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).

** Universidad de Belgrano (UB).

*** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad de Belgrano (UB).

terapia psicoanalítica y cognitiva. El análisis de dichos vínculos permite visualizar la interacción común-específico al interior de ambas modalidades de tratamiento, señalando también zonas de superposición y debate. Se concluye sobre la utilidad de esta información para la práctica clínica, el entrenamiento de terapeutas y la investigación de procesos en psicoterapia.

cognitive therapy. The analysis of such links permits to visualize the common-specific interaction within both treatment modalities, signaling also overlap and debate areas. Conclusions regarding the usefulness of such information for clinical practice, therapists' training and psychotherapy process' research are presented.

PALABRAS CLAVE: MARCO TEÓRICO – PROCESO TERAPÉUTICO – TERAPIA COGNITIVA – TERAPIA PSICOANALÍTICA – PRONÓSTICO – INTERVENCIÓN.

KEY WORDS: THEORETICAL FRAMEWORK – PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS – COGNITIVE THERAPY – PSYCHOANALYTIC THERAPY – PROGNOSIS – INTERVENTION.

Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: análisis teórico y aportes de la investigación empírica

Introducción

En un sentido muy amplio, el eje de las investigaciones de procesos recae en indagar por qué y cómo funciona la psicoterapia, mientras que aquellos estudios sobre resultados focalizan en si la psicoterapia funciona o no, o en si determinado tipo de tratamiento funciona mejor que otro.

Dentro de este marco, los estudios de proceso terapéutico se orientan a identificar los factores activos de la psicoterapia y buscan complementar los resultados provenientes de ensayos clínicos controlados (RCTs por su sigla en inglés) sobre eficacia de tratamientos (Persons y Silberschatz, 1998; Wampold, 2010; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004). Así, las investigaciones de proceso apuntan a explicar o contextualizar los resultados de los RCTs, o bien, identificar microprocesos vinculados con dichos resultados.

La complejidad de los estudios de proceso permite que éstos puedan clasificarse en base a diferentes ejes, siendo un eje fundamental la distinción entre investigaciones sobre la figura del paciente e investigaciones centradas en la figura del terapeuta (Roussos, 2001).

Considerando el proceso desde la figura del clínico, algunos estudios en nuestro medio (Etchebarne, 2014; Juan, 2014, Roussos, 1999; Waizmann, 2011) han enfatizado el rol del proceso inferencial clínico y de las intervenciones como ejes claves de una psicoterapia, en interacción con los aspectos específicos del marco teórico-clínico (véase también: Juan, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009). Esto último implica que un proceso terapéutico puede ser estudiado en términos de: a) las maneras en las que el clínico decodifica el material clínico y construye sus inferencias, b) las intervenciones que propone a sus pacientes, c) los modos en que vincula sus inferencias con las intervenciones utilizadas y d) las particularidades que cada punto anterior adquiere según el marco teórico del terapeuta.

Si bien existen estudios que han recorrido y analizado la producción inferencial clínica (véase, por ejemplo: Eells, 2010; Leibovich de Duarte, 2000), aún no son demasiados los trabajos que focalizan en el pronóstico que infiere el terapeuta y cómo este proceso puede vincularse con las intervenciones utilizadas. Cabe aclarar que, dentro de este contexto de estudios, por “inferencias pronósticas” se entiende el proceso por el cual el terapeuta decodifica el material clínico y plantea una potencial evolución para el paciente y/o el tratamiento (Juan, 2014; Leibovich de Duarte et al., 2001, 2009). Las intervenciones, a su vez, son entendidas como todas aquellas acciones verbales dirigidas por el terapeuta hacia el paciente en un contexto psicoterapéutico (Roussos, Etchebarne, y Waizmann, 2006; Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004).

Existe evidencia de que estos ejes del proceso terapéutico (pronóstico e intervenciones) no operan por fuera del marco teórico del clínico (Eells, 2010; Leibovich de Duarte, 2000; Roussos, Boffi Lissin, y Leibovich de Duarte, 2007). Estos trabajos han planteado que la orientación teórica del terapeuta puede comprenderse como el marco referencial de su contribución al proceso, brindando coherencia y sustento a su práctica clínica. De este modo, fundamenta y organiza tanto las intervenciones como las inferencias pronósticas elaboradas, en términos de la estrategia general de abordaje, el propósito de las intervenciones y las coordinadas teórico-clínicas a partir de las cuales se construye la conceptualización pronóstica de los casos. El marco teórico, así, otorga una cualidad específica a los procesos genéricos de pronóstico e intervención, y determina modalidades particulares en las que ambos aspectos del proceso interactúan (Juan, 2014).

Como será descrito en detalle más adelante, al modo de un estudio teórico complementado con resultados de la investigación empírica, el presente artí-

culo apunta a analizar los vínculos que se establecen entre proceso inferencial pronóstico e intervenciones, en función de las características específicas de un tratamiento psicoanalítico o cognitivo.

Consideramos que analizar cómo se vinculan las inferencias pronósticas con las intervenciones puede profundizar la investigación de procesos, poniendo el foco en la figura del terapeuta y su aporte a la situación clínica, tema aún no resuelto para nuestra disciplina (Beutler et al., 2004).

Siguiendo esta línea, resulta necesario precisar más y mejor cómo el pronóstico y las intervenciones se vinculan entre sí y toman forma según características distintivas de diferentes escuelas terapéuticas. Este tipo de análisis puede ser útil para la investigación de procesos y resultados, en la medida en que permita identificar el aporte cierto de cada marco teórico a la psicoterapia como disciplina científica (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2010; Wampold, 2015). Así, el presente trabajo buscaría contribuir al debate señalado por Lambert en relación al pobre aporte de los marcos teóricos y aspectos técnicos en el resultado general de la psicoterapia (Lambert y Ogles, 2004).

Finalmente, los datos y perspectivas de análisis que este artículo pone a disposición buscan también ser útiles al clínico y al estudiante, a fin de que logren una práctica y una formación más precisas, en términos de los procedimientos mediante los cuales elaboran sus inferencias pronósticas y sus intervenciones.

Objetivos y estructura del presente artículo

A modo de un estudio teórico, complementado con resultados de la investigación empírica, el presente artículo apunta a analizar los vínculos que se establecen entre proceso inferencial pronóstico e intervenciones, en función de las características específicas de un tratamiento psicoanalítico o cognitivo. A estos fines, se revisa la literatura sobre el rol de cada marco teórico en la investigación de dichas variables del proceso terapéutico, analizando cómo ambos aspectos pueden ser vinculados desde un punto de vista teórico-clínico, y qué desarrollos empíricos pueden sustentar dicha vinculación.

El objetivo de fondo de este artículo es sintetizar información disponible que sea útil para el clínico a la hora de pensar sus tratamientos, específicamente en lo que hace a cómo éste construye inferencias pronósticas y las vincula con intervenciones en su práctica clínica. Al incluir resultados de investigación empírica, el análisis realizado también apunta a brindar una breve visión de

conjunto, que permita acortar la brecha entre práctica clínica e investigación, intentando contribuir a uno de los desafíos más presentes de nuestra disciplina (Castonguay, 2011).

Se ha decidido enfocar el análisis comparativo tomando los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo, al ser dos de las tradiciones terapéuticas más difundidas, tanto local como internacionalmente, con lo que constituyen, por así decirlo, las dos grandes “familias” de escuelas de psicoterapia (véase, por ejemplo, los relevamientos de: Leibovich de Duarte et al, 2006, 2008; Muller y Palavezzatti, 2015; Orlinsky et al., 1999; Orlinsky y Rønnestad, 2005). Como ya fue mencionado, se focaliza en la interacción del modelo teórico con dos aspectos considerados claves del proceso terapéutico, a saber: 1) las inferencias pronósticas, entendidas como el proceso por el cual el terapeuta decodifica el material clínico y plantea una potencial evolución para el paciente y/o el tratamiento (Juan, 2014; Leibovich de Duarte et al., 2001, 2009) y 2) las intervenciones, entendidas como todas aquellas acciones verbales dirigidas por el terapeuta hacia el paciente en un contexto psicoterapéutico (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004).

La primera parte del artículo analiza las particularidades que cada marco teórico (psicoanalítico y cognitivo) le imprime al proceso inferencial pronóstico. La segunda parte recorre las relaciones complejas entre ambos marcos teóricos e intervenciones clínicas. A modo de una integración, la parte final del trabajo analiza los vínculos que pueden establecerse entre pronósticos e intervenciones, según el marco teórico del terapeuta sea psicoanalítico o cognitivo. Por último, se discuten las implicancias de la interacción analizada para la práctica clínica, la investigación en psicoterapia y la formación de terapeutas.

Cabe señalar que se utilizaron los términos “psicoanalítico” y “cognitivo” para referirse, en sentido amplio, a los dos marcos teóricos en estudio. Sólo se utilizaron otros términos para denominar el marco teórico (como “cognitivo-conductual” o “psicodinámico-interpersonal”) cuando se reseñaron investigaciones que hubieran utilizado dicha terminología.

Por último, y dado que excedería los límites de este trabajo abarcar la extensa variedad incluida dentro de los términos “psicoanalítico” y “cognitivo”, hemos optado por focalizar en una concepción estándar de terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983; Feixas y Miró, 1993), dejando por fuera los desarrollos de terapias cognitivas de tercera generación (para un resumen, véase: Keegan, 2007; Keegan y Holas, 2010).

Del mismo modo, para intentar una síntesis útil, hemos tomado sólo aspec-

tos fundamentales del psicoanálisis freudiano y post-freudiano (resumidos, por ejemplo, en: Etchegoyen 1986/2009; Fenichel 1945/1966; Freud 1913/2001; Liberman, 1972) y algunos desarrollos actuales en psicoterapia psicoanalítica, como los propuestos por Fiorini (2004-2005), las sistematizaciones de Gabbard (2000/2002) y del Grupo de Trabajo OPD (2006/2008).

Si bien, ni en uno ni en otro caso, se brinda la complejidad real que cada escuela presenta, creemos que el análisis realizado sí muestra denominadores comunes de cada tradición, útiles como puntos de partida para la reflexión que el presente artículo se propone.

La dimensión pronóstica para los marcos psicoanalítico y cognitivo

Como se mencionó más arriba, las inferencias pronósticas conforman el proceso por el cual el terapeuta decodifica el material clínico y plantea una potencial evolución para el paciente y/o el tratamiento (Leibovich de Duarte, 2001, 2009). La inferencia clínica, en general, y la actividad inferencial pronóstica, en particular, son aspectos centrales del proceso terapéutico cuya investigación empírica está aún en desarrollo; tanto en términos del proceso inferencial pronóstico en sí, como de la participación del marco teórico del terapeuta en dicho proceso (Juan, 2014; Leibovich de Duarte, 2000).

Los marcos teóricos (en este caso, psicoanalítico y cognitivo) aportan su contexto teórico-técnico específico, lo que se traduce en formas diferentes de comprender la situación clínica de un paciente, inferir un pronóstico y planificar posibles estrategias terapéuticas.

Pronóstico ideográfico y nomotético

Tal cual explica Etchebarne (2014), el proceso de conceptualización de un caso involucra un enfoque tanto ideográfico como nomotético. Así, la comprensión de un paciente busca resaltar lo específicamente singular y característico de ese caso (por ejemplo, su estilo atribucional o su perfil defensivo), enfocando el proceso desde un punto de vista ideográfico. Al mismo tiempo, dichos atributos únicos de un paciente son cotejados con las legítimas regularidades que existen entre los casos, apelando a categorías nomotéticas, es decir, a leyes o criterios generales que puedan aplicarse al material clínico. Dichas categorías

incluyen nociones diagnósticas como “trastorno de ansiedad generalizada” o entidades nosológicas como “neurosis”.

Dentro de este marco, puede plantearse que el campo psicoanalítico surgió mucho más enfocado en la perspectiva ideográfica, es decir, en aquello que distingue un paciente de otro; mientras que la tradición cognitiva, enfatizó desde su inicio el papel del enfoque nomotético, resaltando qué podemos aprender de lo que diferentes pacientes comparten entre sí, centralmente en lo que hace al trastorno mental específico que presentan. Consideramos que este énfasis diferente se traduce en modelos distintos de plantearse un pronóstico de un caso, al menos cuando se analiza el problema desde un punto de vista teórico.

Teniendo en cuenta lo anterior, las terapias de base psicoanalítica han pensado el pronóstico en función de la “analizabilidad” de un paciente y del uso que éste podría o no hacer de un tratamiento, en base a las posibilidades del paciente para establecer una neurosis de transferencia y sus posibles escenarios resistenciales (Fenichel, 1945/1966; Freud, 1913/2001). La cuestión del pronóstico dentro de un marco psicoanalítico también ha incluido, de manera especial, las inferencias que puede establecer el terapeuta sobre su propia capacidad para tratar al paciente, mediante el registro de sus primeras reacciones contra-transferenciales (Lieberman, 1972). Algunas corrientes y desarrollos psicoanalíticos posteriores han enfatizado el aspecto relacional en forma más genérica, que junto con las distinciones entre déficits estructurales y predominancia de conflictos, funcionan como brújulas pronósticas y de planificación terapéuticas (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El énfasis psicoanalítico en dichos aspectos ha sido históricamente de tipo ideográfico, resaltando lo que es único (incluso irrepetible) de cada paciente, y ponderándolo a la hora de pensar una potencial evolución de un tratamiento.

Por su parte, un denominador común de la tradición cognitiva ha radicado en plantear el pronóstico de un caso sobre la base de las evidencias de investigación disponibles para la eficacia del tratamiento, dependiendo del trastorno específico que motive la consulta del paciente. En este sentido, el hecho de que un paciente presente, por ejemplo, un trastorno de ansiedad generalizada (categoría nomotética), ya orienta al clínico sobre lo que puede esperarse o no de la potencial evolución del tratamiento, con cierta independencia de los aspectos más ideográficos del caso.

Como la tradición cognitiva suscribió desde sus comienzos el papel de la investigación de resultados y los manuales de tratamiento; y el campo psicoanalítico entró de manera tardía a la indagación sistemática de sus postulados y

procedimientos (véase, por ejemplo: Roussos y Vallejo, 2004), se generó una natural diferencia histórica en el énfasis que cada escuela ha realizado respecto de la distinción “ideográfico-nomotético”. Incluso, fue la investigación de procesos y no de resultados el punto de partida para la investigación psicoanalítica (Dahl, Thomä, y Kächele, 1988), donde la visión ideográfica cobra un protagonismo central como eje de análisis.

De cualquier manera, el marco psicoanalítico viene acumulando evidencias sobre tratamientos específicos para trastornos específicos, resaltando las legítimas regularidades entre pacientes y la importancia de estandarizar procedimientos (Barber y Crits-Christoph, 1995; Leuzinger-Bohleber, y Kächele, 2015). Al mismo tiempo, en terapia cognitiva se busca combinar la información de resultados de tratamientos con la conceptualización concreta del caso particular (Persons, 2008; Young, Klosko y Weishaar, 1950/2003), identificando, por ejemplo, los esquemas y creencias nucleares del paciente sobre sí mismo, los otros y el entorno que se consideren factores de vulnerabilidad vinculados –tanto directa como indirectamente– con los problemas manifiestos.

En este sentido, ambos marcos teóricos utilizan la distinción ideográfico-nomotético como polos de un continuo a la hora de pensar un pronóstico, si bien la tradición psicoanalítica se ha inclinado más por enfoques ideográficos y el campo cognitivo ha hecho un foco más central en lo nomotético.

El valor pronóstico del vínculo terapéutico

Es ya un dato consolidado que la calidad del vínculo terapéutico puede funcionar como predictor de los resultados en psicoterapia, independientemente de la modalidad de tratamiento (Lambert y Ogles, 2004). Así, el vínculo terapéutico posee un valor pronóstico en sí mismo, pero que cada orientación puede ponderar de manera diferencial, en tanto los marcos teóricos poseen coordenadas propias, que ubican la relación terapéutica dentro de un proceso.

Siguiendo esta línea, es de suponer que terapeutas cognitivos pongan el acento en el estilo relacional del paciente como prerrequisito para una buena alianza de trabajo, indispensable para la implementación de futuras técnicas específicas (Feixas y Miró, 1993). Para los terapeutas psicoanalíticos, en cambio, generar una buena alianza puede constituir el foco específico de trabajo, entendiendo a la generación de vínculo como el aspecto curativo central, al modo de una experiencia emocional correctiva o una restauración estructural (Alexander

y French, 1946; Kohut, 1984). Esto cobra aún mayor relevancia en el contexto de modelos psicodinámicos de tratamiento que toman como foco los patrones relacionales disfuncionales del paciente, considerando el cambio en los mismos como objetivo central de la psicoterapia (Luborsky y Crits-Christoph, 1990).

Teniendo en cuenta lo anterior, terapeutas psicoanalítico y cognitivos pueden hacer una consideración diferente del vínculo terapéutico, los primeros más orientados a tomarlo como un elemento necesario y suficiente para el cambio, y los segundos más inclinados a considerar que una buena alianza es sólo una condición para que el paciente pueda beneficiarse de futuras intervenciones (Gómez, 2010).

Es importante aclarar que este tipo de diferencias no es lineal. Se trata más bien de distinciones operativas entre ambas escuelas, respecto de la consideración pronóstica que tenga o no la relación con el paciente. Por sólo mencionar unas variantes, bajo el concepto de “reparentalización” de Young, Klosko y Weishaar (1950/2003) se ha reprocesado la noción psicoanalítica de “experiencia emocional correctiva”. Por ende, los autores proponen que la generación de vínculo es algo más que un prerrequisito para el tratamiento, en el marco de su “Terapia de Esquemas”, abordaje cognitivo-integrativo para pacientes con trastornos de personalidad. En forma similar, el Sistema de Psicoterapia basado en el Análisis Cognitivo-Conductual para pacientes con depresión crónica y resistente (Swan et al., 2014), otorga un rol central a la relación terapéutica, conceptualizando a las manifestaciones transferenciales del paciente como expectativas interpersonales aprendidas, y abordándolas activamente, así como a las propias reacciones contra-transferenciales del terapeuta.

Una mirada al pronóstico desde la investigación empírica

Los aspectos vinculados con la relativa diversidad que el marco teórico del terapeuta puede introducir en la elaboración de un pronóstico necesitan ser incluidos en la reflexión del clínico y del investigador. Así, sistematizar el proceso mediante el cual los clínicos inferen una potencial evolución para un paciente es una prioridad fundamental para nuestra disciplina, destacada en exhaustivas revisiones, como la de Lambert y Ogles (2004). Estos autores plantean, por ejemplo, la importancia de generar «sistemas de advertencia», es decir, métodos para identificar e intervenir sobre aquellos pacientes que están en riesgo de abandonar antes que de beneficiarse con el tratamiento. Es en este sentido

que cobra relevancia revisar la investigación empírica sobre proceso inferencial pronóstico en psicoterapia.

Dentro de este contexto, los estudios en conceptualización de casos han generado evidencia sobre el papel del marco teórico a la hora de comprender el material de un paciente. Trabajos como los de Eells y Lombart (2004) permiten pensar que los abordajes psicoanalíticos suelen asumir a los procesos inconscientes como factores de incidencia fundamentales para la producción de síntomas. Al mismo tiempo, esta conceptualización repercute en una actitud menos directiva por parte del terapeuta, quien orienta el proceso hacia el auto conocimiento del paciente y la generación de insight. Como contraparte, los abordajes cognitivos, basados de manera sustancial en la teoría del aprendizaje, tradicionalmente han sugerido estrategias de mayor control sobre el paciente, es decir, mayor directividad por parte del terapeuta, donde éste puede asumir un rol de “entrenador”, acompañando al paciente en la implementación de técnicas y prescripción de conductas específicas. Eells y Lombart (2003) observaron que la orientación teórica del terapeuta (psicodinámico-interpersonal o cognitivo-conductual) impactaba en diferencias a la hora de conceptualizar y abordar temas centrales del proceso terapéutico, como la duración del tratamiento, la causa de los síntomas, el rol de los eventos pasados, el pronóstico del caso y el plan global de abordaje. En nuestro medio, el estudio de Juan (2014) llegó a datos similares, como se describirá más adelante.

Otra fuente de evidencia empírica sobre el papel del marco teórico en el proceso inferencial puede observarse en el trabajo de Larsson, Kaldo y Broberg (2010). Los autores administraron un cuestionario a 416 psicoterapeutas (161 psicodinámicos, 188 cognitivo-conductuales y 67 integrativos), diseñado para evaluar aquellos elementos valorados por el participante como esenciales de un proceso psicoterapéutico. Además de mostrar la calidad psicométrica del instrumento utilizado, esta investigación evidenció que terapeutas psicodinámicos y cognitivo-conductuales valoraban diferentes aspectos del proceso psicoterapéutico, ponderando, al mismo tiempo, elementos en común.

Se observó, por ejemplo, que para los terapeutas cognitivo-conductuales, la potencial evolución de un paciente debía tener en cuenta la medida en que éste disminuía sus síntomas, incrementaba su actividad, se exponía a sus temores y lograba estrategias de afrontamiento más funcionales para situaciones futuras. Para los clínicos psicodinámicos, en cambio, la potencial evolución de un paciente debía tener en cuenta la medida en que éste incrementaba la conexión entre sus experiencias presentes y sus experiencias infantiles, y la medida en

que aprendía a diferenciar entre el estilo relacional del terapeuta y las maneras en que sus otros significativos lo habían tratado en el pasado. Como foco en común, ambos marcos teóricos consideraron prioritario que el paciente pudiera sentirse comprendido y aceptado por el terapeuta.

Algunos estudios naturalistas se han realizado en nuestra región al respecto. Por ejemplo, para el caso de terapeutas cognitivo-conductuales, Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2012) indagaron la forma en que las hipótesis explicativas de 61 terapeutas se relacionaban con la información del motivo de consulta provista por sus respectivos pacientes. Encontraron que la gran mayoría de los participantes construían su conceptualización del caso (incluido el pronóstico) con más elementos que la información aportada en la entrevista inicial. En esta conceptualización, los participantes incluían aspectos que no eran mencionados en una primera instancia por el consultante, pero que emergían a partir de explorar la información desde la perspectiva teórica. Por ejemplo, las hipótesis explicativas podían incluir la interpretación del material del paciente como pensamientos disfuncionales, respuestas de evitación o dificultades en la regulación emocional, directamente vinculados con las inferencias sobre la potencial evolución del proceso.

En un estudio naturalista sobre 30 casos de terapia psicoanalítica para pacientes adultos (con variados diagnósticos y motivos de consulta), Menéndez, Acosta, Bodón y Mayorga (2010) observaron que el acuerdo en la conceptualización global del caso entre admisor y terapeuta se asociaba con una menor cantidad de deserciones por parte de los pacientes. Los autores concluyeron en la importancia de compartir un marco teórico en el sistema asistencial admisor-terapeuta, a modo de eje de coherencia para la interpretación y evaluación del material, en tanto parecía cimentar una buena alianza de trabajo y generar una mayor adherencia del paciente al tratamiento.

Una idea que emerge con claridad del trabajo de Leibovich de Duarte y equipo refiere a que los terapeutas siempre trascienden la información dada por el paciente, construyendo hipótesis clínicas en las que el marco teórico juega un papel central (Leibovich de Duarte, 2000).

Leibovich de Duarte y equipo (2001, 2007, 2009) mostraron que la adhesión a una línea teórica no se reflejaba tanto en la naturaleza de los indicios a los que los psicoterapeutas atendían, sino más bien en la organización y explicación que los participantes realizaban de estos indicios. De esta forma, el marco teórico no suele repercutir tanto en el tipo de información priorizada, sino más bien en la manera de conceptualizarla. Una conclusión fundamental de esta línea

de trabajos es que la producción inferencial es presentada en forma distinta, en base a los distintos marcos teóricos. En efecto, Roussos, Boffi Lissin y Leibovich de Duarte (2007) constataron que los terapeutas cognitivo-conductuales y psicoanalíticos mostraban diferentes lenguajes utilizados y diferentes conceptos teóricos citados al momento de analizar un mismo material clínico.

En sintonía con estos hallazgos, Juan, Olcese, Pescio y Roussos (2013) pudieron observar que 15 terapeutas cognitivos y 15 psicoanalíticos focalizaban en información similar, a la hora de emitir una primera inferencia pronóstica respecto de un mismo caso de ansiedad generalizada. Sin embargo, se encontró que el sentido otorgado a esa información, en términos de pronóstico favorable o desfavorable, se asociaba con la orientación teórica del participante. Así, por ejemplo, cuando los terapeutas psicoanalíticos basaban su pronóstico en el diagnóstico inferido, planteaban una potencial evolución favorable, mientras que sus pares cognitivos operaban en sentido contrario: la información diagnóstica inferida era incluida en pronósticos más severos. En otras palabras, cuando lo que organizaba las hipótesis sobre el pronóstico del caso era la comprensión en términos diagnósticos de la situación del paciente, la potencial evolución planteada por los participantes psicoanalíticos era más favorable que la postulada por los participantes cognitivos. Utilizando la misma muestra y metodología, el estudio más amplio de Juan (2014) también llegó a resultados sobre los vínculos entre inferencias pronósticas e intervenciones, como se describe en la tercera parte de este artículo.

Del breve recorrido realizado hasta aquí se desprende una participación compleja de similitudes y diferencias en el proceso inferencial pronóstico vinculadas con el marco teórico. En tanto terapeutas psicoanalíticos y cognitivos confluyen en destacar el mismo tipo de información, o señalan la misma porción del material clínico como significativa, aparece una zona o factor común de varios marcos referenciales. Al mismo tiempo, cada orientación le otorga un sentido pronóstico a esos datos desde su propio marco específico.

La interacción “común-específico” brinda una perspectiva adecuada para entender cómo el proceso genérico de elaboración de un pronóstico interactúa con la orientación del clínico. En lo que sigue, se abordará este problema con foco en el fenómeno de las intervenciones.

El problema de las intervenciones comunes y específicas de los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo

En el contexto del presente trabajo, y como ya se adelantó en la introducción, definimos las intervenciones como todas aquellas acciones verbales, dirigidas por el terapeuta intencionalmente hacia el paciente, que tienen lugar en una situación clínica (Roussos, Etchebarne, y Waizmann, 2006; Waizmann, Etchebarne, y Roussos, 2004). Al igual que con el caso del proceso inferencial pronóstico, la existencia de diversos marcos teóricos le imprime a la definición y comprensión de las intervenciones psicoterapéuticas una complejidad particular.

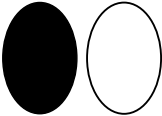
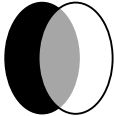
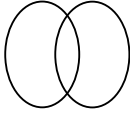
Una conclusión global al respecto alude a que las acciones psicoterapéuticas pueden tener grandes similitudes, pero cobran una parte de su sentido a través de la especificidad teórica en las que están enmarcadas. A su vez, diversas tradiciones teóricas comparten grupos de intervenciones. Esta situación genera zonas de superposición entre lo que diferentes marcos teóricos consideran como su arsenal técnico específico.

Intentando plasmar este tipo de particularidades, la tabla 1 ilustra diferentes situaciones en las que los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo se pueden relacionar con las intervenciones terapéuticas. Este esquema es una modificación del elaborado por Etchebarne (2014).

En el primer caso de la tabla 1, se observa que hay denominaciones semejantes para intervenciones específicas de diferentes marcos teóricos, dándole la apariencia de comunalidad para ambas orientaciones (por eso, “pseudo-comunes”). La “interpretación psicoanalítica”, definida muy ampliamente como una formulación del terapeuta que trasciende lo que el paciente ha dicho o reconocido conscientemente (Hill, 1948/ 2009; Wallerstein y DeWitt, 2000), no equivale a la definición de interpretación que puede encontrarse en modelos cognitivos como el de Lineham (1993/2003), donde con “interpretación” se alude a la tarea de reconocer y validar al paciente, legitimando su experiencia presente vía la comprensión de su sufrimiento.

El segundo diagrama de Venn de la tabla 1 muestra el ejemplo de la observación, intervención de tipo genérico que se superpone con el concepto psicoanalítico de “señalamiento”, cada vez que un terapeuta intervenga puntualizando, resaltando o llamando la atención sobre algún aspecto del paciente (Etchegoyen, 1986/2009). Tomar las observaciones como intervenciones comunes dejaría

Tabla 1. Vinculación entre el marco teórico y las intervenciones en psicoterapia psicoanalítica y cognitiva (Etchebarne, 2014).

INTERVENCIONES “PSEUDO-COMUNES”	INTERVENCIONES “PSEUDO- ESPECÍFICAS”	INTERVENCIONES “CUASI-COMUNES”
MISMA DENOMINACIÓN, INTERVENCIONES DIFERENTES	INTERSECCIÓN Y DIFERENTE DENOMINACIÓN	INTERSECCIÓN Y MISMA DENOMINACIÓN
		
EJEMPLO:	EJEMPLO:	EJEMPLO:
INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA Y COGNITIVA	OBSERVACIÓN (COGNITIVA) Y SEÑALAMIENTO PSICOANALÍTICO	INTERVENCIONES DE ENCUADRE

fuera al señalamiento como intervención específica psicoanalítica, por lo que se abre una zona de “pseudoespecificidad” de este tipo de accionar clínico. Por otra parte, autores cognitivos como Judith Beck (1995/2011) sugieren explicitar cambios no verbales del paciente en la sesión, a fin de detectar cogniciones “en caliente”, y también Linehan (1993/2003) indica el uso de observaciones en pacientes limítrofes. En todo caso, lo que puede ayudar a diferenciar el concepto de “observación” y de “señalamiento” radica en sus respectivas implicancias teóricas y clínicas, es decir, en el propósito de la intervención dentro de un tratamiento psicoanalítico o dentro de una terapia cognitiva (para un estudio detallado de este problema, véase: Etchebarne, 2014).

En el tercer diagrama de Venn de la tabla 1 se ilustra el problema ya señalado de que existen intervenciones comunes a diferentes marcos teóricos. En el ejemplo, tanto la tradición psicoanalítica como la cognitiva realizan intervenciones de encuadre (establecimiento de horarios, frecuencias, honorarios, actitud terapéutica, entre otros). Sin embargo, cada tradición ha teorizado de manera diferencial sobre el encuadre. Así, las terapias de base psicoanalítica enfatizan la importancia de la estabilidad, neutralidad y abstinencia del terapeuta, a fin de que éste pueda funcionar como pantalla de proyección hacia el paciente (Etchegoyen, 1986/2009). Por su parte, la estructuración de la sesión en las terapias cognitivas se orienta, entre otros objetivos, a hacer un uso eficiente del tiempo e interrumpir el “ventilar” del paciente, para prevenir un uso exclusivamente catártico del tratamiento, la pérdida de foco respecto a prioridades personales o la evitación cognitiva de temáticas emocionalmente cargadas (J. Beck, 1995/2011).

Siguiendo la misma línea, puede plantearse que cada orientación terapéutica le otorga un contenido específico a las intervenciones de encuadre. De este modo, en las terapias cognitivas las tareas de encuadre están frecuentemente asociadas con intervenciones psicoeducativas, de socialización del tratamiento y de indicación de actividades por fuera de la sesión. Dichas intervenciones son ajenas a una propuesta de encuadre psicoanalítica, que puede ser mucho más global y panorámica en la comunicación con el paciente, o a lo sumo asociarse con señalamientos e interpretaciones superficiales. Así, en sentido estricto, las intervenciones de encuadre son “cuasi-comunes”, en tanto tienen la misma denominación y algunos puntos en común, pero aluden a lógicas y objetivos de tratamiento muy diferentes.

A la luz del análisis efectuado, resulta claro que definir las intervenciones y su relación con el marco teórico implica un desafío tanto conceptual como empírico. Es necesario generar estrategias que ayuden a delimitar intervenciones específicas y comunes de ambos marcos teóricos, sin perder de vista la existencia de zonas de interacción, superposición e intersección. Una vez más, la indagación de antecedentes empíricos puede aportar un análisis más preciso del problema, punto que será descrito en lo que sigue.

Investigación empírica vinculada con la especificidad o comunalidad de las intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva

Si se intenta una síntesis del estado del arte sobre el tema, la mayoría de los antecedentes confluyen en observar que los terapeutas utilizan intervenciones prescriptas por su marco teórico, junto con intervenciones de uso común para varias tradiciones teóricas, como se mencionó más arriba. Así, ya desde los primeros esfuerzos empíricos de clasificación de intervenciones (reseñados en: Etchebarne, 2014) surgió evidencia de modalidades específicas y comunes de intervenir en terapeutas de diferentes orientaciones.

Los trabajos de Hill (1992), Stiles (1992) o Trijsburg y equipo (2002, 2004) son un antecedente importante de modelos comparativos de intervenciones de diferentes marcos teóricos. En particular, los estudios del equipo de Trijsburg, mediante análisis factoriales, arrojaron 7 factores específicos a una orientación terapéutica y 5 factores comunes a diversos marcos teóricos. Así, por ejemplo, intervenciones como la respuesta empática, la aceptación, el reaseguro, la sugerencia, la síntesis, y las tareas de encuadre, conformaron factores de intervenciones comunes a diversas orientaciones. Para el caso de intervenciones específicamente vinculadas con un marco teórico, se observó, por ejemplo, que la exploración de nuevas maneras de comportamientos se asociaba con el marco conductual, el reconocimiento de errores cognitivos, con el marco cognitivo, la interpretación de defensas, con el marco psicoanalítico y la confrontación, con el marco psicodinámico. Estas investigaciones brindaron evidencia y sustento metodológico para la identificación de intervenciones tanto específicas como comunes de diversos marcos teóricos.

Fruto de una extensa revisión bibliográfica sobre los instrumentos empíricos de evaluación comparativa de intervenciones, Blagys y Hilsenroth (2000,2002) identificaron diferentes tipos de accionar clínico que permitían distinguir un abordaje psicodinámico-interpersonal de un abordaje cognitivo-conductual estándar. Para los abordajes de corte psicodinámico-interpersonal, identificaron 7 acciones distintivas, a saber: 1) el foco en los afectos y la expresión emocional, 2) la exploración de los intentos del paciente por evitar temas o involucrarse en tareas que dificultan el proceso terapéutico, 3) el foco en los patrones de acción, pensamiento, emoción y relación del paciente, 4) la exploración de experiencias pasadas, 5) el foco en experiencias interpersonales, 6) la discusión de la relación terapéutica y 7) la exploración de deseos, sueños y/o fantasías del paciente. Para los abordajes cognitivo-conductuales estándar, observaron 6 accionares clínicos

característicos, a saber: 1) la asignación de tareas inter-sesión, 2) la dirección activa de las sesiones, 3) la enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento, 4) el foco en experiencias futuras del paciente, 5) la provisión de información sobre el tratamiento, el trastorno y los síntomas del paciente y 6) el foco en las experiencias cognitivas.

Desde otro ángulo, trabajos con muestras y metodologías muy variadas (Ablon y Jones, 1998; Banon, Perry, et al., 2013; Waizmann, Jurkowski y Rousos, 2006) mostraron que terapeutas cognitivos y psicoanalíticos utilizaban intervenciones específicas del otro marco teórico, generando un debate sobre la especificidad cierta de determinado abordaje psicoterapéutico. En el estudio de Ablon y Jones (1998) se clasificó el prototipo ideal de tratamiento (psicodinámico o cognitivo-conductual estándar), determinado por jueces expertos de cada marco teórico. Dichos jueces realizaron un perfil prototípico de cada orientación. El perfil fue luego comparado con la clasificación de sesiones de tratamientos, tanto psicodinámicos como cognitivo-conductuales. Finalmente, se comparó lo prototípico de cada tratamiento con los resultados del proceso. Entre muchos resultados, los autores observaron que el prototipo psicodinámico construido por los expertos estuvo significativamente correlacionado con resultados positivos, tanto para los tratamientos psicodinámicos como para los cognitivo-conductuales. El trabajo de Ablon y Jones (1998) dio pie a preguntas y discusiones sobre la relación entre lo prototípico de un abordaje y los resultados del tratamiento, volviendo sobre la cuestión antes señalada de los gradientes de especificidad de las intervenciones.

El estudio de Banon, Perry y colaboradores (2013), entre otras implicancias, ofreció evidencia empírica sobre la especificidad de la interpretación como intervención psicoanalítica, aunque al mismo tiempo encontró ciertas zonas de superposición entre las intervenciones utilizadas (tanto interpretativas como no interpretativas) en tratamientos cognitivo-conductuales, psicodinámicos y psicoanalíticos. Así, permitió identificar tanto elementos distintivos como aspectos comunes entre las modalidades de intervención de los marcos psicoanalítico y cognitivo.

Esta interacción “común-específico” fue indagada en algunos estudios realizados en nuestro medio, como el de Roussos, Waizmann y Etchebarne (2010). Los autores mostraron cómo, en dos casos únicos, uno de terapia cognitiva y otro de terapia psicoanalítica, cada tratamiento estuvo altamente impregnado de intervenciones comunes. Los autores observaron que, en promedio, sólo el 17% de las intervenciones del tratamiento psicoanalítico y el 16% de las

intervenciones del tratamiento cognitivo, eran específicas del marco teórico. Este estudio no sólo ofreció evidencia de la relativa escasa proporción de intervenciones específicas, sino que además mostró una proporción similar de intervenciones específicas y comunes para los dos casos estudiados.

Un hallazgo recurrente de los trabajos mencionados alude a que los terapeutas no sólo proponen intervenciones de su marco teórico. En este sentido, Lambert y Ogles (2004) concluyen en que, a la vista de la evidencia disponible, ninguna modalidad de intervención específica puede, por sí sola, explicar los resultados del proceso terapéutico. Es necesario vincular otras variables, como los efectos de la alianza terapéutica y todo el arco de factores comunes a diversas orientaciones. De variados estudios meta-analíticos reseñados por los autores, surge que, cuando mucho, sólo un 6 a 8% de los resultados es atribuible a intervenciones específicas. Si, en general, la investigación empírica en psicoterapia muestra que los tratamientos funcionan (véase, por ejemplo, la revisión de Wampold, 2010), evidentemente, para ser efectivos, los terapeutas utilizan mucho más que intervenciones específicas de su marco teórico en la interacción con sus pacientes.

Vínculos entre inferencias pronósticas e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva

El panorama ofrecido en las secciones anteriores permite delimitar procesos de generación de pronósticos e intervenciones, tanto psicoanalíticos como cognitivos, sin dejar de resaltar los aspectos comunes a ambas orientaciones. Teniendo en cuenta dicho recorrido, esta tercera parte se propone analizar cómo se vinculan ambos aspectos del proceso, según el marco teórico del terapeuta sea psicoanalítico o cognitivo.

Desde un punto de vista teórico, resulta claro que la visión pronóstica que se tenga influirá de manera decisiva en las formas de operar clínicamente sobre un caso. Al incluir una estimación de las posibilidades ciertas de cambio de un paciente, la visión pronóstica moldea o prepara determinadas intervenciones, mientras que proscribire otras.

Algunos estudios reseñados en este artículo (Eells y Lombart, 2004; Larson, Kaldo y Broberg, 2010) confluyen en que los terapeutas cognitivos infieren un pronóstico preguntándose por la posibilidad del paciente de disminuir sus síntomas, incrementar sus actividades agradables o con sentido, exponerse a sus

temores y lograr estrategias de afrontamiento efectivas para situaciones futuras. Estos logros terapéuticos que debieran ser alcanzables para el paciente suponen intervenciones compatibles con la tradición cognitiva, como por ejemplo, las técnicas de exposición, la asignación de tareas y el registro de pensamientos. De modo más amplio, también suponen la psicoeducación y una actitud general directiva por parte del terapeuta. En nuestro medio, el estudio ya mencionado de Juan (2014) también constató, en una muestra de 30 terapeutas (15 por cada orientación), que los participantes cognitivos, a diferencia de sus pares psicoanalíticos, priorizaban la disminución sintomática como brújula pronóstica, junto con la posibilidad del paciente de resolver situaciones problemáticas de manera más efectiva. Estos indicadores pronósticos también son afines con las intervenciones mencionadas.

El marco psicoanalítico, parece, en cambio, generar una visión pronóstica del caso focalizada en el uso que el paciente pueda o no hacer del vínculo terapéutico, en términos de hasta qué punto será posible para el paciente diferenciar entre el estilo relacional del terapeuta y las maneras en que sus otros significativos lo han tratado en el pasado. Este aspecto se vincula con clásicas intervenciones postuladas por el psicoanálisis, como la interpretación transference de Freud (1913/2001). De modo más amplio, ubica a la comprensión psicoanalítica del pronóstico en torno a la posibilidad del paciente de utilizar el tratamiento como una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1956). Esta noción, que ubica lo curativo del tratamiento en la oferta relacional inédita y reparatoria del terapeuta hacia el paciente, puede hoy ser considerada un denominador común del campo de la psicoterapia psicoanalítica, desde autores más clásicos como Kohut (1984) hasta más contemporáneos como Gabbard (2000/2002). A su vez, es coherente con el trabajo sistemático sobre los patrones relaciones disfuncionales del paciente, en el sentido en que Luborsky y Crits-Christoph (1990) formularon el modelo de los conflictos nucleares relacionales (CCRT por su sigla en inglés). La interpretación de los aspectos inconscientes de los CCRTs del paciente, así como el brindar un patrón relacional curativo en la relación terapéutica, son modalidades de intervención consistentes con esta visión pronóstica. En el mismo estudio de Juan (2014) mencionado más arriba, fueron sólo los 15 participantes psicoanalíticos quienes incluyeron en su pronóstico del caso la posibilidad de que el paciente resuelva sus conflictos a través del vínculo con el terapeuta, dato que apoya el foco diferencial que el vínculo terapéutico puede tener en una conceptualización pronóstica psicoanalítica.

De lo anterior se desprende un peso pronóstico diferente que cada tradición teórica le otorgaría al vínculo terapéutico, como fue adelantado al comienzo del artículo. Si bien ninguna modalidad terapéutica desconoce el valor pronóstico de una buena o mala alianza de trabajo, es plausible pensar que para un clínico cognitivo será importante que el paciente se sienta aceptado y comprendido en el tratamiento como un prerrequisito para la futura implementación de técnicas específicas, como las ya mencionadas, que asientan en la visión pronóstica antes descrita: es decir, la alianza terapéutica en terapia cognitiva estándar sería percibida como una condición necesaria pero insuficiente para lograr el cambio psicoterapéutico. En cambio, los clínicos psicoanalíticos podrán tender a considerar mucho más el vínculo paciente-terapeuta como un motor de tratamiento en sí mismo, como algo mucho más específico que inespecífico de su abordaje y su propuesta de tratamiento.

Analizando la interacción pronóstico-intervenciones desde otro ángulo, en la misma muestra ya mencionada de 30 terapeutas (15 por orientación), Juan (2014) encontró que una mayor variedad de intervenciones propuestas por el participante correlacionaba positivamente con pronósticos más favorables para el caso, en ambos marcos teóricos. Estos datos se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones positivas entre intervenciones utilizadas y pronósticos favorables emitidos [N = 30 terapeutas (15 psicoanalíticos y 15 cognitivos)] (Juan, 2014)

Intervenciones	Pronósticos	P valor	Rho
Variedad total intervenciones	Pronósticos favorables	> 0,01	0,564
Variedad intervenciones comunes	Pronósticos favorables	> 0,01	0,558
Variedad intervenciones específicas	Pronósticos favorables	> 0,05	0,446

Los valores P indican el nivel de significancia de la correlación. Los valores Rho indican la fuerza de las correlaciones positivas encontradas.

Los resultados que ilustra la tabla 2 permiten pensar que, independientemente de su orientación, cuanto más amplio en su abordaje es el terapeuta, más favorable es la evaluación pronóstica que realiza. Queda como hipótesis para futuros estudios si una mirada pronóstica más favorable por parte del terapeuta coincide o no con una conceptualización más precisa del caso. De confirmarse dicha hipótesis, aportaría datos a ser integrados en la formación de terapeutas, incentivando, por ejemplo, una mirada amplia sobre el paciente y la utilización de diversas intervenciones, a los fines de poder construir conceptualizaciones pronósticas más precisas. Del mismo modo, y considerando la posibilidad, a testear en futuros estudios, de que aquellos terapeutas concentrados en pocos aspectos sesgan su mirada negativamente desde el punto de vista pronóstico, el entrenamiento en psicoterapia psicoanalítica y cognitiva podría tomar nota de la necesidad del clínico de ser permeable a diferentes aspectos del paciente, a fin de lograr una mejor comprensión del caso.

Analizando según marco teórico, en el trabajo de Juan (2014) se observó que una mayor variedad de intervenciones comunes se asociaba con pronósticos más favorables en la muestra psicoanalítica, mientras que en los terapeutas cognitivos se encontró que los pronósticos más alentadores se asociaban con una mayor variedad y frecuencia de intervenciones específicas. Estos datos se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Correlaciones positivas entre intervenciones utilizadas y pronósticos favorables, según marco teórico [N = 30 terapeutas (15 psicoanalíticos y 15 cognitivos)] (Juan, 2014)

Intervenciones	Pronósticos	P valor	Rho
Variedad total intervenciones	Pronósticos favorables	> 0,05	0,526
Variedad intervenciones comunes	Pronósticos favorables	> 0,01	0,675
Frecuencia intervenciones específicas	Pronósticos favorables	> 0,05	0,517
Variedad intervenciones específicas	Pronósticos favorables	> 0,05	0,534

Muestra cognitiva (N=15)	Muestra Psicoanalítica (N=15)
--------------------------	-------------------------------

Los valores P indican el nivel de significancia de la correlación. Los valores Rho indican la fuerza de las correlaciones positivas encontradas.

Siguiendo la tabla 3, y dado que los 30 participantes escucharon todos el mismo caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), los resultados tienen una posible explicación en la diferente conceptualización del paciente, según el marco teórico. De esta manera, resulta plausible que los sujetos cognitivos, conforme fueron organizando la información del material bajo el diagnóstico de TAG, incentivaron la producción de intervenciones específicas para el trastorno (y para los trastornos de ansiedad en general), considerando, al mismo tiempo, que el diagnóstico de TAG no implicaba un alto nivel de severidad pronóstica. En contrapartida, los sujetos psicoanalíticos, al no contar con la noción de TAG como organizadora de los datos clínicos, pueden haber sido más inespecíficos en su abordaje, conforme fueron conceptualizando el caso de menor severidad pronóstica.

Desde otro ángulo, Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (2016) compararon la conceptualización teórico-clínica de terapeutas psicoanalíticos y cognitivos respecto de un mismo caso de TAG, llegando a conclusiones similares, en el sentido de cómo el marco teórico impactaba a la hora de considerar o no al TAG como entidad nosológica, conceptualizar un mismo caso de ansiedad generalizada o pensar teóricamente sobre dicho trastorno. Aquí se vuelve a la importancia que tiene la visión del terapeuta sobre el proceso y sobre el paciente, punto que constituye una de las reflexiones básicas que este trabajo busca sumar a la formación y entrenamiento de clínicos.

Conclusión

Mediante un estudio comparativo de carácter teórico, complementado con resultados de la investigación empírica, el presente artículo se propuso sintetizar información útil para el clínico a la hora de pensar sus tratamientos, específicamente en lo que hace a cómo éste construye inferencias pronósticas y las vincula con intervenciones en su práctica clínica. Este trabajo buscó, así, puntos de partida para la reflexión sobre aspectos complejos, como son el proceso pronóstico y la modalidad de intervenciones.

Aunque todavía permanecen importantes áreas de superposición y debate, los trabajos reseñados permitieron delimitar enfoques psicoanalíticos y cognitivos, en términos de las intervenciones prescriptas y las maneras en las que se organiza la visión pronóstica del caso. Del mismo modo, fue posible analizar cómo las intervenciones y las conceptualizaciones pronósticas se vinculan entre sí en función del marco teórico.

El hecho de haber combinado la revisión de trabajos teóricos con el análisis de investigaciones empíricas responde a la necesidad vigente de cotejar la evidencia acumulada con las tradiciones teórico-conceptuales, en este caso, cognitiva y psicoanalítica, respecto de sus intervenciones específicas, sus formas particulares de conceptualización pronóstica del caso y las maneras de vincular unas con otras. Futuros estudios podrán indagar cómo estos aspectos del proceso, al vincularse entre sí según la orientación del terapeuta, impactan o no en los resultados de los tratamientos.

Siguiendo la misma línea, muchos de los trabajos analizados en este artículo apoyan la importancia de indagar las relaciones entre la prescripción teórica y la acción clínica cotidiana. Este es un tema muy amplio, que alude a la heterogeneidad que puede subyacer a determinado marco teórico, en términos de cómo intervienen clínicos con la misma identidad y formación teóricas, y cómo piensan a sus pacientes. En otras palabras, en la medida en que avanza el estudio empírico sobre procesos terapéuticos, se va consolidando una tendencia de lo poco homogéneo que puede ser un mismo marco teórico. Por sólo hacer un paneo global de este aspecto, existen al menos tres generaciones de tratamientos cognitivos, no del todo compatibles entre sí, con numerosas propuestas teórico-técnicas, dentro y fuera de lo que es el abordaje de patologías específicas (Keegan y Holas, 2010; Kris, 1985/1990). Por su parte, el campo psicoanalítico contemporáneo convive con un complejo problema, referente a las diferencias, similitudes y complementariedades entre el psicoanálisis clásico y las psicoterapias psicoanalíticas (Fiorini, 2004-2005; Kächele, 2010).

En este sentido, los estudios reseñados constatan que siguen existiendo importantes zonas de intersección y debate, que dificultan determinar qué constituye, en definitiva, el aporte psicoanalítico o cognitivo que el terapeuta hace al proceso. Una de las claves para la comprensión de este fenómeno parece estar en el hecho de que los factores específicos interactúan permanentemente con los comunes. Una implicancia importante de este tipo de estudios radica, entonces, en la necesidad de analizar cómo lo específico toma cuerpo en los factores comunes y viceversa (Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004; Wampold, 2001, 2015). Este es un tema que se vincula con cuestiones teórico-ideológicas y de identidad terapéutica, por lo que la indagación empírica del proceso psicoanalítico y cognitivo se ofrece como una salida de dilemas relativamente inconciliables, brindando datos concretos que nos permitan configurar lo distintivo de cada abordaje y sus efectos.

Dentro de este contexto se podría plantear, siguiendo autores como Wampold

(2010), que tenemos un desafío actual en la identificación de los efectos del terapeuta sobre el proceso y los resultados, dado que en su estilo personal se pueden combinar aspectos comunes y específicos del marco teórico, que aporten más al resultado de la psicoterapia que la aplicación de un determinado manual de tratamiento o la adhesión a una línea teórica (García y Fernández Álvarez, 2007).

Otro problema vinculado que surge de la presente revisión alude al hecho de que terapeutas psicoanalíticos utilizan intervenciones cognitivas y viceversa, y que incluso las intervenciones específicas del otro marco teórico pueden tener una participación positiva en los resultados (Ablon y Jones, 1998). En un contexto donde los ensayos clínicos controlados al azar (RCTs por su sigla en inglés) parecen dominar los subsidios de investigación y las políticas asociadas de salud mental, resulta imprescindible reflexionar sobre la heterogeneidad que acompaña la aplicación de la psicoterapia en su contexto natural. Esto permitiría una más justa apreciación de la eficacia y la efectividad de cada modalidad de tratamiento, incluyendo diferentes niveles de significancia de los resultados obtenidos (Gómez Penedo y Roussos, 2012). En especial, puede ser útil debatir sobre el efecto particular que el terapeuta tiene en los resultados del proceso, independientemente de la modalidad de tratamiento que ofrece y los controles metodológicos de la investigación.

En suma, este estudio ha buscado una descripción, y un marco de generación de hipótesis, útiles para la investigación de procesos psicoterapéuticos, pero además susceptibles de ser integrados como aportes a la práctica clínica y a la formación de profesionales. La revisión realizada suscribe el acercarse al funcionamiento real de los terapeutas, más allá de los ideales de tratamiento que planteen los distintos marcos teóricos, con el fin de lograr una visión más integrada de la práctica clínica. En este sentido, el estudio de la interacción entre pronóstico e intervención puede ser un puente entre la investigación y la práctica clínica, ayudando a los terapeutas a precisar cómo construyen sus inferencias pronósticas y las vinculan con intervenciones en su práctica cotidiana, de acuerdo a su orientación teórica.

Finalmente, la información sintetizada en este artículo puede utilizarse para mostrar la diversidad del accionar clínico, con las zonas de convergencias y los aspectos que hacen específicas las modalidades cognitiva y psicoanalítica. Esto puede aportar no sólo un mejor conocimiento de los aspectos propios de cada orientación, sino también fomentar una perspectiva integrativa en psicoterapia, necesaria para nuestro medio, que muchas veces opera fuertes reduccionismos teóricos y clínicos en la formación de terapeutas.

En todo caso, y suscribiendo propuestas como las de Allen (2008), alentamos que cada escuela pueda ir incorporando los elementos que se enfatizan por fuera de su marco referencial, en busca de una saludable integración de recursos y perspectivas clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablon, J., y Jones, E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83. doi:10.1080/10503309812331332207
- Alexander, F. y French, T. (1956). *Terapéutica psicoanalítica. Principios y aplicación*. Buenos Aires: Paidós.
- Allen, J. G. (2008). Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapies. *European Psychotherapy*, 8(1), 103-121.
- Banon, E.; Perry, J.C.; Semeniuk, T.; Bond, M.; De Roten, Y.; Hersoug, A.G. y Despland, J.N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121-136.
- Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. New York: Basic Books.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979/1983). *Terapia cognitiva de la Depresión*. Buenos Aires: DDB.
- Beck, J. (1995/2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Beutler, L.; Malik, M.; Alimohamed, S.; Harwood, T.; Talebi, H.; Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, 5th edition ed. New York: J. Wiley.
- Blagys, M. D. y Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188.
- Blagys, M. D. y Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive features of short-term cognitive-behavioral psychotherapy: A review of

- the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706.
- Castonguay, L. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21(2), 125-140.
- Dahl, H., Thomä, H. y Kächele, H. (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag.
- Eells, Tracy D. (2010). The Unfolding Case Formulation: The Interplay of Description and Inference. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), 225-254.
- Eells, T., Lombart, K. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13 (2) 187-204.
- Eells, T; Lombart, K. (2004). Case formulation: Determining the focus in Brief Dynamic Psychotherapy. En: Charman, D. (2004). *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy*. Part II, Chapter 6, 119-143. New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308410318_Estrategias_psicoterapeuticas_iniciales_para_el_tratamiento_del_Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada_Initial_Psychotherapeutic_Strategies_in_the_Treatment_for_Generalized_Anxiety_Disorder
- Etchebarne, I.; Juan, S.; Gomez-Penedo, J. M. y Roussos, A. J. (2016). Theoretical and Clinical Considerations of Psychoanalysts and Cognitive Behavioral Therapists Regarding Generalized Anxiety Disorder in Argentina: A Qualitative Study of the Research-Practice Gap. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2), 92-114.
- Etchegoyen, R. H. (1986/2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. (3^{ra} ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Feixas, G.; Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fenichel, O. (1945/1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

- Fiorini, H. (2004-2005). Psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas. Complementariedades, diferencias, articulaciones. *Revista Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 7/8, 139-152.
- Freud, S. (1913/2001). Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII, 121-144.
- Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, 3ra edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI (2), 121-128.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Disponible en: http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf_Gomez.pdf
- Gómez Penedo, J. M. y Roussos, A. J. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 21 (2), 173-190.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hill, C. E. (1948/2009). *Web Form E: Helping Skills system*. Disponible en: <http://forms.apa.org/books/supp/hill3/pdf/student/webformE.pdf>.
- Hill, C.E. (1992). An overview of four measures developed to test de Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 70, 728-739.
- Juan, S. (2014). Inferencias pronósticas e intervenciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires. DOI: 10.13140/RG.2.2.33588.45442. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/310829042_PROGNOSTIC_INFERENCE_AND_INTERVENTIONS_IN_GENERALIZED_ANXIETY_DISORDER
- Juan, S.; Etchebarne, I.; Waizmann, V.; Leibovich de Duarte, A. y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronós-

- tico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XVI, Tomo I, 43-51. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Juan, S. Olcese, M. V., Pescio, N. y Roussos, A. (2013). La primera inferencia pronóstica propuesta por psicoterapeutas cognitivos y psicoanalíticos para un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, las XX Jornadas de Investigación y el IX Encuentro de Investigadores del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA, Tomo Psicología Clínica y Psicopatología, 82-85, ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Kächele, H. (2010). Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35-43; discussion 51-4; discussion 59-61. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00232.x
- Keegan, E. (2007). *Escritos de terapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Keegan, E. y Holas, P. (2010). Terapia cognitivo-comportamental. Teoría y práctica. Traducción de Ariel Dalla Valle, con revisión técnica de Eduardo Keegan. Publicado originalmente como: Keegan, E. y Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. En: Carlstedt, R. (Ed.) *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*. New York: Springer.
- Kohut, H. (1984). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Kris, J. (1985/1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lambert, M. J., y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, 5th edition ed. New York: J. Wiley.
- Larsson, B. P. M., Kaldo, V., y Broberg, A. G. (2010). Theoretical orientation and therapists' attitudes to important components of therapy: a study based on the valuable elements in psychotherapy questionnaire. *Cognitive behaviour therapy*, 39(3), 161-72. doi:10.1080/16506073.2010.486409

- Leibovich de Duarte, A. (2000) Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, Adela S.; Duhalde, C.; Huerín, V.; Juan, S.; Roussos, A.; Rubio, M.; Torricelli, F.; Zanutto, M.; Rutzstein, G. (2006). Autores que influyen en la práctica clínica de psicólogos en formación. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA. Tomo I, pp. 44-45. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Huerin, V.; Rutzstein, G. y Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Vertex, Revista de Psiquiatría*, 7(45), 194-203.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Rutzstein, G.; Torricelli, F.; Huerin, V. y Roussos, A. (2007). The nature and timing of first clinical inferences by psychotherapists with different theoretical approaches and levels of experience. Trabajo presentado en el 45th International Psychoanalytic Association Congress, Berlín, Alemania.
- Leibovich de Duarte, A.; Huerín, V.; Roussos, A.; Rubio, M.; Zanutto, M.; Juan, S.; Torricelli, F. (2008). Metas psicoterapéuticas que priorizan residentes y concurrentes psicólogos y médicos en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA. Tomo I, pp. 50-52. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leibovich De Duarte, A.; Rubio, M.; Zanutto, M.; Juan, S.; Roussos, A.; Huerín, V. y Torricelli, F. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en Salud Mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA. Tomo I, pp. 64-65. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Leuzinger-Bohleber, M. y Kächele, H (2015). *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*. Third Edition. London: International Psychoanalytical Association.
- Liberman, D. (1972). Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 461-509.
- Linehan, M. (1993/2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Buenos Aires, Paidós.
- Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York: Basic Books.
- Menéndez, P. A.; Acosta, S. R.; Bodon, M. C. y Mayorga, P. M. (2010). Descripción de observables clínicos y de cambios en el proceso de admisión y de su impacto en el inicio del tratamiento psicoterapéutico. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología, 1(1), 49-57.
- Muller, F. y Palavezzatti, M. C. (2015). Orientación teórica y práctica clínica: los psicoterapeutas de Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 13-22.
- Muñoz-Martínez, A. M., y Novoa-Gómez, M. M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica*, 30(1), 25-36.
- Orlinsky, D. et. al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*. 9 (2) 127-153.
- Orlinsky, D. y Rønnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Persons, J. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Publications
- Persons, J. y Silberschatz, G. (1998). Are Results of Randomized Controlled Trials Useful to Psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, n. 1, 126-135.
- Roussos, A. (1999). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Belgrano, Buenos

- Aires. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesis/4_roussos.pdf
- Roussos, A. (2001). Investigación empírica en psicoterapia en la Argentina. Panorama actual, métodos y problemas. *Revista Vertex*, 12(1), 179-187.
- Roussos, A. J.; Boffi Lissin, L. y Leibovich de Duarte, A. S. (2007). The Importance of the Theoretical Framework in the Formulation of Clinical Inferences in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(5), 535-543. doi:10.1080/10503300701216272
- Roussos, A.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones*. Vol. XIII, 51-61.
- Roussos, A. y Vallejo, M. (2004). El psicoanálisis y su relación con los modelos de salud mental basados en la evidencia. *Rev. de Psicoanálisis*, APA. LXI. pp. 817-835.
- Roussos, A.; Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 20, No. 3, 327-346.
- Stiles, W. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. London: Sage Publications.
- Swan, J. S.; MacVicar, R.; Christmas, D.; Durharm, R.; Rauchhaus, P.; McCullough Jr., P., y Matthews, K. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: Clinical characteristics and six month clinical outcomes in an open case series. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 268-276.
- Trijsburg, R. W.; Frederiks, G.; Gorlee, M.; Den Hollander, A. y Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scales (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12(3), 287-317.
- Trijsburg, R. W.; Lietaer, G.; Colijn, S.; Abrahamse, R. M.; Joosten, S. y Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 346-366. doi:10.1093/ptr/kph029
- Waizmann, V. (2011). *La alianza terapéutica y el tipo de intervenciones realizadas por los psicoterapeutas de dos marcos teóricos:*

- psicoanalítico y cognitivo*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires.
- Waizmann, V.; Etchebarne, I. y Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII (3), 233-244.
- Waizmann, V.; Jurkowski, L. y Roussos, A. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología*, UBA, Secretaría de Investigaciones. Vol. XIV, 41-48.
- Wallerstein, R.; DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: Una clasificación revisada. En J. Ahumada y J. Olagay; A. Kramer Richards y A. David Richards (Eds.), *Las tareas del psicoanalista. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen* (pp. 114-143). Buenos Aires, Polemos.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate, Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. (2010). *The Basics of Psychotherapy. An Introduction to Theory and Practice*. Washington, American Psychological Association.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14: 270-277.
- Westen, D.; Novotny, C. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, Vol. 130, N. 4, 631-663.
- Young, J. E.; Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (1950/2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, London: The Guilford Press.