

UN ESQUEMA CLASIFICATORIO PARA LAS INTERVENCIONES EN PSICOTERAPIA COGNITIVA Y PSICOANALÍTICA

A CLASSIFICATORY SCHEMA FOR PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN PSYCHOANALYTIC AND COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

Roussos, Andrés J.¹; Etchebarne, Ignacio²; Waizmann, Vanina³

RESUMEN

En el presente artículo se describe un esquema clasificatorio de intervenciones psicoterapéuticas psicoanalíticas y cognitivo-conductuales. Dicho esquema clasificatorio distingue diferentes niveles de análisis, discriminando, de este modo, las estrategias psicoterapéuticas, la estructura propia de las intervenciones, las temáticas incluidas en las intervenciones y su orientación en tiempo y espacio. Asimismo, diferencia a las intervenciones en términos de su especificidad o no al marco teórico cognitivo-conductual y psicoanalítico, y en términos de su implementación exclusiva o compartida entre ambos marcos de referencia.

La presente clasificación fue específicamente diseñada para analizar material clínico proveniente de sesiones psicoterapéuticas. Esta herramienta está siendo desarrollada para realizar estudios intra-sesión, sin embargo también puede ser utilizada para el estudio de procesos de tratamientos psicoterapéuticos o de sus resultados (por ejemplo, modelos de mediación y moderación, entre otras posibles aplicaciones).

La sistematización de las modalidades de intervención en psicoterapia, posibilita delimitar las acciones propias de los distintos marcos teóricos así como de los posibles tratamientos a desarrollarse para las distintas patologías.

Palabras clave:

Intervenciones psicoterapéuticas - Esquemas clasificatorios - Marco de referencia

ABSTRACT

In the present paper we describe a classificatory schema of psychoanalytic and cognitive-behavioural psychotherapeutic interventions. The schema distinguishes diverse levels of analysis, which make it possible to discriminate the psychotherapeutic strategies, the structure of the interventions, the themes addressed by the interventions and their orientation in time and space. Likewise, it differentiates the interventions in terms of their specificity or not to the cognitive-behavioural or the psychoanalytic frameworks, and in terms of their exclusive or shared implementation between both frameworks (cognitive-behavioural or psychoanalytic).

The present classification was specifically designed to analyze clinical material. This tool is oriented to research that is focused in the study of intra-session; nonetheless, it can be utilized, also, for process studies of psychotherapeutic treatments and their results (for example, mediation and moderation based methodologies, among other possible applications).

The systematization of the intervening modalities in psychotherapy enables the delimitation of the specific actions that correspond to the different theoretical frameworks and the development of possible treatments for different disorders.

Key words:

Psychotherapeutic interventions - Classificatory schema - Theoretical framework

¹Doctor en Psicología. Investigador de carrera del CONICET. Profesor de la carrera de grado y postgrado en diversas universidades.

²Lic. En Psicología. Coordinador del equipo de investigación en Psicología Clínica a cargo del Dr. Andrés Roussos.

³Lic. En Psicología. Coordinadora del equipo de investigación en Psicología Clínica. Docente de grado y postgrado en diversas Universidades.

Estudiar la forma en que un psicoterapeuta lleva adelante un tratamiento implica evaluar numerosas y variadas acciones que se realizan en un encuadre tan amplio y complejo como aquel que se desarrolla en un consultorio.

Las pautas generales de acción que guían las actividades que se llevan adelante en los distintos tratamientos psicoterapéuticos, se encuentran más o menos sistematizadas por los modelos teóricos que las enmarcan. Sin embargo, en términos de las intervenciones que utiliza el psicoterapeuta en las sesiones, el nivel de precisión suele ser bastante bajo. Como excepción se puede mencionar los manuales de tratamientos estandarizados, los cuales, no obstante, representan una mínima proporción de los tratamientos psicoterapéuticos existentes en la actualidad.

Pero no es sólo la prescripción de intervenciones en psicoterapia la que se encuentra poco sistematizada; tampoco están desarrolladas las referencias teóricas que proscriben o estipulan cuáles son las intervenciones que no deben usarse en un tratamiento específico. Consecuentemente, se convierte en un trabajo difícil discriminar cuáles son las intervenciones que pertenecen o no a un determinado tipo de terapéutica.

Tanto en el campo teórico como en el de la investigación empírica, el estudio de las intervenciones y su organización en esquemas o escalas se ha desarrollado de distintas formas, utilizando estrategias diversas de comprensión y organización de las mismas. Milbrath y colaboradores postulan la existencia de dos modalidades de abordaje para el análisis de las intervenciones (Milbrath et al., 1999). En la primera de ellas, denominada modalidad "microanalítica", se analizan las intervenciones al nivel de una frase o alocución; mientras que en la segunda se las analiza dentro del contexto de la totalidad de la sesión; a esta segunda modalidad se la denomina "macroanalítica".

De acuerdo a Milbrath y sus colaboradores (1999), la modalidad macroanalítica resulta más útil para realizar estudios globales sobre las sesiones clínicas o los resultados de la psicoterapia. La microanalítica, en cambio - sugieren estos autores-, es más adecuada para el estudio del impacto inmediato de diferentes intervenciones psicoterapéuticas, a través del análisis del diálogo terapéutico.

En lo que se refiere a los intentos por delimitar los distintos tipos de intervenciones utilizados en psicoterapia, las clasificaciones y escalas existentes son confeccionadas siguiendo distintas metodologías. Un grupo de clasificaciones está constituido, principalmente, sobre la base de constructos teóricos, contrastados con la experiencia clínica de los terapeutas (Fiorini, 2000; Sandler, Dare, y Holder, 1993; Wallerstein y DeWitt, 2000). Con respecto a este tipo de esquemas clasificatorios, es posible observar -tal como se discute más adelante- que los mismos sólo incluyen una pequeña parte del repertorio de intervenciones implementadas por los terapeutas; estas

son, aquellas descritas a priori en la literatura. De esta manera, si se realiza un análisis sobre un material clínico registrado, utilizando este tipo de esquemas, se corre el riesgo de omitir intervenciones no contempladas en términos teóricos, pero que se dan muy a menudo como parte del fluir del diálogo terapéutico. Ejemplos para la terapéutica cognitiva y psicoanalítica de estas intervenciones son la síntesis, la repetición y las intervenciones de orden fáctico, entre otras.

Trijsburg y sus colaboradores (Trijsburg, Frederiks, Gorlee, den Hollander, y Duivenvoorden, 2002; Trijsburg et al., 2004) propusieron una modalidad diferente para el análisis de las intervenciones. Desarrollaron la Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scale (Trijsburg et al., 2002) que opera en forma sistemática con ítems (intervenciones) definidos operacionalmente y que pueden contener puntos de anclaje para facilitar el registro de las intervenciones de los terapeutas. Para la construcción de dicho instrumento, Trijsburg y sus colaboradores llevaron a cabo un plan en dos fases al momento de seleccionar las intervenciones. Primero, realizaron una revisión bibliográfica de la literatura publicada después de 1980, rastreando cuestionarios y escalas clasificatorias. En la segunda fase, recolectaron estudios empíricos llevados a cabo con los cuestionarios y clasificaciones encontradas en la primera fase. De esta manera su esquema toma como fuente, exclusivamente, la literatura científica; se trate la misma de trabajos de tipo teórico o resultados empíricos.

MÉTODOS

En el presente artículo, se presenta una metodología diferente para la construcción de un esquema clasificatorio de las intervenciones psicoterapéuticas. Es necesario aclarar que el objetivo de la misma no fue el de construir una escala clasificatoria comparativa, sino un esquema de comprensión adecuado para identificar tipos de intervenciones en un material clínico. Asimismo, dado que la fuente principal de material clínico utilizado para construir esta clasificación fue material audio grabado, este esquema sólo incluye intervenciones de tipo verbal.

El esquema clasificatorio está basado en las acciones que realiza el terapeuta; sin embargo, dichas acciones deben ser comprendidas como parte de la interacción que se da con el paciente. Por este motivo, para la clasificación de las intervenciones, la lectura del discurso del paciente es parte necesaria. A su vez, numerosas intervenciones no pueden ser observadas como acciones aisladas, como por ejemplo los silencios, ya que los mismos rara vez pueden adjudicarse a uno de los participantes del tratamiento, dado que se construyen en común. Es por ello que sólo pueden ser evaluados en términos de la interacción paciente - terapeuta, tal como lo realizan en su estudio Cassab, Yeomans y Clarkin (2005).

La modalidad seguida para la construcción de la clasificación de intervenciones que se presenta en este trabajo combinó, en parte, las estrategias previamente descritas en los trabajos de Sandler y colaboradores (1993), Wallerstein y DeWitt (2000), Trijsburg y sus colaboradores, 2002, 2004) y Bond, Banon y Grenier (1998). Se extrajeron definiciones de las intervenciones a partir de la teoría, se entregó a los evaluadores definiciones descriptivas de dichas intervenciones y, además, la clasificación se diseñó de modo tal que permita su aplicación tanto a nivel micro como macroanalítico.

La diferencia con las metodologías antes mencionadas consiste en que la configuración de los criterios categoriales se gestó a partir de un análisis cualitativo del material clínico por parte de jueces y psicoterapeutas y no solamente a través de la teoría o de resultados de estudios. Inicialmente se generó un esquema clasificatorio primario a partir de la teoría y del criterio de los terapeutas. Luego, el esquema clasificatorio fue modificado sobre la base del análisis de nuevo material clínico. Es decir que para el análisis de las intervenciones, se comenzó intentando asociarlas con las indicaciones teóricas de cada marco de referencia, en aquellos casos en los que existían referencias teóricas sobre dichas intervenciones. En aquellos en los que no se encontraron correlatos teóricos, se generaron nuevas categorías para su asimilación.

Además de las metodologías de análisis de intervenciones previamente descritas, se consideró necesario tener en cuenta el complejo sistema en el que se despliegan las intervenciones. De este modo, para la construcción de la presente clasificación se tomaron en cuenta las siguientes variables que coexisten en el acto de intervenir: el propósito del terapeuta al momento de intervenir (el «para qué» de la intervención; la estrategia psicoterapéutica), la intervención en sí misma (su estructura y morfología), el contenido de la intervención (el tema incluido en la misma) y su orientación témporo - espacial (lugar y momento al que se refiere la intervención).

A partir de la inclusión de dichas variables coexistentes, y con el propósito de construir una clasificación de intervenciones que permita abordarlas, Roussos, Waizmann y Etchebarne (2003) diseñaron los siguientes niveles de análisis de las intervenciones:

- el nivel estratégico,
- el nivel descriptivo,
- el nivel de contenido, y
- el nivel de contenido témporo - espacial.

El *nivel estratégico de análisis de las intervenciones* está conformado por lo que se ha denominado “objetivos de las intervenciones psicoterapéuticas”, entendidos estos, como la meta perseguida por las intervenciones en el corto plazo; es decir, su propósito, lógica o dirección a nivel intra-sesión.

Toda intervención persigue un objetivo, tanto si el mismo está explicitado o no; pero dicho objetivo y la estrategia

para alcanzarlo no son la acción concreta -la o las intervenciones-, sino que representan la guía sobre la cual se direccionan las intervenciones. De hecho, si bien toda intervención responde a un objetivo y a su estrategia, puede suceder que una sola intervención no alcance para lograr dicho objetivo en forma total, requiriendo de más intervenciones para la consecución de tal fin. Por este motivo, este nivel de análisis, en vez de focalizarse en la intervención en sí, se centra en el análisis de dichos objetivos o propósitos psicoterapéuticos.

Ejemplos de estos objetivos en tratamientos psicoanalíticos son: fortalecer las defensas del paciente, fomentar la identificación con el terapeuta, hacer consciente un aspecto inconsciente de la conflictiva del paciente, etc. En el caso de la terapia cognitiva se puede mencionar como ejemplos de objetivos, modificar del modo de atribución del paciente, incrementar o desarrollar habilidades de afrontamiento, generar una reestructuración cognitiva, etc.

Este nivel de análisis posibilita discriminar entre objetivo e intervención y, de esta forma, permite estudiar cómo se interrelacionan ambos factores en general y, específicamente, las estrategias psicoterapéuticas, definidas como la estructuración de las intervenciones en torno al logro de uno o más objetivos psicoterapéuticos. De hecho, esta división entre intervención y objetivo no resulta artificial ya que en la clínica puede suceder que un terapeuta realice distintos tipos de intervenciones siguiendo un mismo objetivo terapéutico; o bien, que un terapeuta realice el mismo tipo de intervención, pero con objetivos distintos. Es justamente por este motivo que no se considera posible estudiar los objetivos psicoterapéuticos únicamente a través del análisis de las intervenciones. Sólo el terapeuta conoce el propósito de sus intervenciones, la lógica del caso, y esto representa el principal obstáculo para la implementación de este nivel de análisis: no es posible realizarlo sin la participación del terapeuta tratante

Son pocos los estudios controlados que han evaluado estas estrategias psicoterapéuticas. Un ejemplo de ellos es la investigación de Linden y colaboradores (2005), quienes desarrollaron la Pivotal Topic Measure para evaluar las estrategias psicoterapéuticas seguidas en tratamientos cognitivo-conductuales de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, por medio de la participación de los terapeutas tratantes (los mismos debían completar la Pivotal Topic Measure al final de cada sesión).

En el *nivel de análisis descriptivo de las intervenciones* se define a las mismas como acciones concretas realizadas por el terapeuta y dirigidas hacia el paciente, y se observan las características formales de dichas acciones llevadas a cabo por parte del terapeuta. Dado que la presente clasificación se construyó en base a material clínico audiograbado, las acciones que se analizan en este nivel son las verbalizaciones del terapeuta.

Así como el nivel de análisis estratégico de las interven-

ciones se centra en el estudio de las estrategias psicoterapéuticas, el nivel de análisis descriptivo se focaliza en las intervenciones per se. Por este motivo, considera únicamente la enunciación de la intervención (las alocuciones del terapeuta) -en términos de su sintaxis y morfología- sin tomar en cuenta el contenido o temática tratada por la intervención, ni la estrategia u objetivo que enmarcan dicha intervención. En otras palabras, el nivel de análisis descriptivo de las intervenciones es el estudio exclusivo de las distintas formas de intervenciones psicoterapéuticas y, para su implementación, se incluyeron en la clasificación que aquí se presenta, definiciones operacionales de los distintos tipos de intervención, en términos de distintas acciones realizadas por el terapeuta. De esta forma, y a modo de ejemplo, se definió a la confrontación como un subtipo de señalamiento consistente en dirigir la atención del paciente hacia aspectos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas; a las directivas, como intervenciones del terapeuta de carácter autoritario que el paciente se ve obligado a cumplimentar y cuyo incumplimiento no afecta la iniciación ni la continuidad del tratamiento.

En el *nivel de análisis de contenido de las intervenciones* se analiza la temática incluida en las enunciaciones de las intervenciones; es decir, en este nivel de análisis, se deja en un segundo plano la forma o tipo de intervención, para centrarse en el estudio de la trama de cada intervención. Ejemplos de contenidos son la temática interpersonal, procesos mentales, etiológicos, sexualidad, cogniciones, emociones, etc. Las temáticas referidas en este nivel fueron extraídas del análisis realizado por Leibovich de Duarte (Leibovich de Duarte et al., 2002; Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerin, Rutzstein, y Torricelli, 2001) en sus estudios sobre las inferencias psicoterapéuticas en diferentes marcos teóricos.

Si bien a simple vista pareciera ser un nivel común a toda psicoterapia, para la clasificación de los posibles contenidos, se debe respetar la conceptualización propia de cada marco teórico -al igual que con los niveles estratégico y descriptivo- ya que contenidos que dentro de un marco de referencia pueden presentarse en forma integrada e indisoluble, en otros, pueden estar concebidos en forma aislada. Así, por ejemplo, dentro del psicoanálisis, hablar de «procesos mentales» engloba aspectos que serían considerados separadamente por el cognitivismo, por ejemplo las cogniciones y la imaginación.

Con respecto al *nivel de análisis de contenido témporo-espacial de las intervenciones*, éste describe el momento (pasado, presente o futuro) y el lugar físico (espacio terapéutico, lugar de trabajo, etc.) al que hace referencia la intervención (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2003). La adición del nivel espacio-temporal a esta clasificación obedece a los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Goldfried, Castonguay,

Hayes y Shapiro (1997) y Goldfried, Raue y Castonguay (1998), que muestran diferencias entre el marco teórico psicoanalítico y el cognitivo, con respecto a la orientación espacio-temporal de las intervenciones realizadas en tratamientos adherentes a dichos modelos. De acuerdo a estos autores, las intervenciones de tratamientos psicoanalíticos están dirigidas, en su mayoría, al pasado infantil y adulto del paciente y a lo que ocurre durante la sesión. En cambio, estos autores sostienen que las intervenciones de tratamientos cognitivos suelen estar dirigidas hacia eventos futuros o resaltan material en el cual el momento histórico no es relevante, y el foco de dichas intervenciones suele estar puesto en las circunstancias situacionales externas de la vida del paciente. Con lo cual, la inclusión de este nivel de análisis permite estudiar cómo se están manejando las intervenciones en relación al tipo de tratamiento que se lleva adelante. La clasificación que a continuación se presenta, se basa en los distintos niveles que se han formulado, a excepción del nivel estratégico, el cual no será incluido en este trabajo ya que el mismo se encuentra aún en desarrollo.

Es importante tener en cuenta que los niveles de análisis que aquí planteamos presentan interacciones entre sí y que, si bien se los puede evaluar y utilizar en forma independiente, los mismos no son excluyentes, sino que son distintas formas de analizar el mismo evento. Por esto, muchas veces, se presentan naturalmente asociaciones entre uno y otro nivel.

Otro eje considerado en esta categorización se refiere a la especificidad o inespecificidad de las intervenciones con respecto a los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo. Waizmann, Etchebarne, y Roussos, (2004) describen a las intervenciones psicoterapéuticas en términos de su asociación con los factores comunes y específicos en psicoterapia; tomando como base las conceptualizaciones realizadas por Frank (1960), Lambert (1992), Lambert, Shapiro y Bergin (1986), Orlinsky y Howard (1986) y Wampold (2001), de la siguiente forma:

Así como se puede caracterizar a los factores participantes en los tratamientos psicoterapéuticos como comunes, específicos y no específicos, se puede utilizar esta misma terminología para la evaluación de las intervenciones. De esta forma, definimos a las intervenciones comunes como aquellas compartidas por dos o más marcos teóricos. En este sentido, puede tratarse tanto de intervenciones específicas como no específicas. Lo específico y no específico se refiere al hecho de que los marcos teóricos posean o no una conceptualización en relación con las acciones a llevarse adelante por parte de los terapeutas. El nivel de análisis de lo común se refiere al grado en que los distintos marcos teóricos comparten distintas acciones, más allá de que éstas estén o no teorizadas.

Las intervenciones no específicas son aquellas que no están declaradas como parte de ningún marco teórico,

es decir, la teoría no define dicha intervención explícitamente como uno de sus componentes (en el caso de la clasificación que aquí se presenta, las intervenciones no específicas son aquellas que no están definidas por el marco psicoanalítico ni por el cognitivo). Por lo general, son comunes a la mayor parte de las psicoterapias, pero esto no necesariamente ocurre siempre.

En relación con las intervenciones específicas, se trata de aquellas acciones de los psicoterapeutas que se encuentran teorizadas o definidas por un modelo teórico en particular.

Por otro lado, se ha incluido en la clasificación un glosario con las definiciones operacionales de las intervenciones -en este punto, coincidiendo con la modalidad seguida por Trijsburg y colaboradores (2002)- ya que se encontraron intervenciones disímiles con el mismo nombre tanto a nivel intra como inter-marcos teóricos (por ejemplo, la interpretación cognitiva y la interpretación psicoanalítica, las intervenciones de encuadre en diferentes marcos teóricos, entre otras).

El esquema categorial se conforma de la siguiente manera:

1. Análisis descriptivo de las intervenciones no específicas (*Tabla 1*).
2. Análisis descriptivo de las intervenciones específicas cognitivo-comportamentales (*Tabla 2*).
3. Análisis descriptivo de las intervenciones específicas psicoanalíticas (*Tabla 3*).
4. Análisis de contenido no específico (*Tabla 4*).
5. Análisis de contenido específico cognitivo y contenido específico psicoanalítico (*Tabla 5*).
6. Análisis de contenido espacio-temporal (*Tabla 6*).

Ejemplo de evaluación en un encuadre psicoanalítico:

Extractos de sesiones clínicas.

T: A ver, vos me contás que tus compañeros de trabajo se aburren de vos, que se enojan porque no parás de hablar y los interrumpís, constantemente cada vez que intentan decir algo. [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Síntesis (intervención no específica)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Interpersonal (contenido no específico)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo presente y pasado inmediato y Lugar de trabajo y/o estudio*] Esto también te pasa acá, con tus monólogos interminables, que citás autores y vos sólo te interpretas a vos mismo. [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Señalamiento (int. específica psicoanalítica)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Relación terapéutica (cont. no específico)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo y pasado inmediato y Espacio terapéutico*]

P: Sí, es como que no puedo dejar de hablar. Siempre me pasa eso (silencio de 5 segundos de duración) es como que si no tengo algo para decir, me empiezo a angustiar (silencio de 2 segundos de duración) No sé, cuando se genera un silencio, me pongo nervioso, siento que el otro se va a aburrir y me va a dejar.

T: Lo que pasa es que hay algo de los silencios frente a otro que no podés soportar, porque tenés miedo del abandono, del mismo abandono que sufriste en tu adolescencia, cuando tu padre dejó a tu madre y se fue de la casa (interrumpe el paciente). [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Interpretación (int. especif. psicoanal.)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Situación familiar (cont. no especif.) y Procesos intrapsíquicos/afectivos y exteriorización de los mismos (cont. especif. psicoanal.)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo pasado remoto (b) y Lugar de residencia*]

P: Sí

Ejemplo de evaluación en un encuadre cognitivo:

P: Y ahora lo que me pasó es que, esta semana ya no voy más al grupo de canto porque, este, va justo un compañero nuevo que me dijo como (silencio de 2 segundos) que, me estaba jodiendo porque me dijo que tenía una muy linda voz y que no sé qué y, yo sé que me está jodiendo, y lo miré y le dije, "¡Qué me estás jodiendo!", y ahora no lo quiero ni ver.

T: No querés ni verlo (silencio de 3 segundos de duración). [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Repetición (int. no especif.)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Relaciones interpersonales (cont. no especif.)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo pasado mediato y Espacio recreativo*] Ya van varias veces que me contás que cuando se te acerca alguien a decirte un piropo, pensás que te están jodiendo (interrumpe el paciente). [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Recapitulación (int. no especif.)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Relaciones interpersonales (cont. no especif.) y cogniciones (cont. especif. cognitivo)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo y Espacio no clasificables*]

P: Sí, es verdad.

T: Supongamos que volvés al grupo y entra este chico y te empieza a hablar. Me gustaría que te imagines esta situación y me cuentes qué pensás que es lo peor que te podría pasar. [ANÁLISIS DESCRIPTIVO: *Consecuencias fantaseadas (int. especif. cogn.)* - ANÁLISIS DE CONTENIDO: *Relaciones interpersonales (cont. no especif.) y cogniciones (cont. especif. cogn.)* - ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL: *Tiempo futuro, y Espacio recreativo*]

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Tal como se mencionó anteriormente, los niveles de análisis de las intervenciones, presentes en esta clasificación pueden ser manejados en forma independiente, pudiéndose evaluar por separado, acorde a las necesidades propias de la investigación que se esté llevando adelante. Sin embargo, consideramos que esto sólo es viable cuando se quiere estudiar un aspecto en particular de las intervenciones, como puede ser, por ejemplo, su contenido -siguiendo la línea de los trabajos de Leibovich de Duarte (Leibovich de Duarte, et al. 2001, 2002), o su orientación témporo-espacial -como en el caso de los trabajos de Goldfried y Castonguay (Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd, y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue, y Castonguay, 1998).

Si se quiere realizar un estudio integral de las intervenciones es necesario incluir todos estos niveles de análisis así como, el análisis del discurso del paciente y de su interacción con el discurso del terapeuta (las intervenciones). Esto es necesario ya que existen intervenciones que son idénticas en alguno de los niveles y sólo se diferencian a partir del estudio de los múltiples niveles de análisis de las intervenciones. Por ejemplo, si se realiza un corte unidimensional y se observa la clasificación aquí presentada, exclusivamente desde el nivel descriptivo, podría suponerse que la clasificación no incluye la distinción entre interpretación de las defensas e interpretación transferencial (Banon, Evan-Grenier, y Bond, 2001). Sin embargo, no se realiza dicha distinción a nivel descriptivo porque que a nivel de contenido dichas intervenciones pueden diferenciarse fácilmente; es decir, es el contenido de las mismas lo que las vuelve transferenciales o defensivas y no su estructura.

Asimismo, la diferencia entre las interpretaciones transferenciales y las interpretaciones extra-transferenciales (Fiorini, 2000) o no-transferenciales (Etchegoyen, 1999) radica no sólo en su contenido y orientación temporal, sino, además, en su orientación espacial, ya que las primeras siempre van a hacer referencia a aquel retorno de lo reprimido transferido al terapeuta y actuado durante la sesión que, consecuentemente, tiene lugar dentro del espacio terapéutico; mientras que las segundas generalmente se referirán a fenómenos que se dan por fuera de la sesión terapéutica. Otro ejemplo similar, pero referido al nivel estratégico es el caso de las interpretaciones erróneas (Cooper, 1987), donde la diferencia radicaría en la estrategia subyacente a la intervención (el fortalecimiento de las defensas) y en su relación al discurso del paciente.

Por otro lado, la distinción entre estos niveles de análisis otorga a la presente clasificación una flexibilidad y dinamismo tal, que permite el registro de combinaciones entre los distintos niveles que no hayan sido prefijadas por la teoría y que estén más relacionadas con otras variables clínicas como pueden ser el estilo personal del terapeuta, el lenguaje propio de la diada paciente - tera-

peuta, etc.

La tarea general de evaluar el tipo de intervenciones que utilizamos en psicoterapia posibilitará delimitar claramente que tipo de acciones llevamos adelante en nuestros tratamientos. Esto permitirá, contribuir a diferenciar modelos para la evaluación de su eficacia o como contraparte plantear modelos integradores de psicoterapia que no sean una simple "mezcla" de prescripciones teóricas, sino que puedan obedecer a una planificación sistemática de las acciones que se llevan adelante con los pacientes.

Otro de los efectos de una clasificación de este tipo es presentar a la comunidad de clínicos la variedad de acciones que se llevan adelante en los tratamientos, ya que si bien todos conocemos la multiplicidad y riqueza de nuestra interacción con los pacientes, rara vez somos conscientes de lo nutrido y diverso de nuestro accionar o de cómo se clasifican acciones que hasta ahora no han sido tenidas en cuenta dentro de las distintas teorías sobre las que se basan las intervenciones psicoterapéuticas.

Tabla 1: Análisis descriptivo de intervenciones no específicas

Nombre	Definición
No clasificable	El terapeuta realiza algún tipo de intervención no incluida dentro de la presente clasificación de intervenciones o la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para ser claramente identificada. En caso de dudar entre varias categorías existentes se debe registrar todas ellas en forma conjunta.
Demanda de información	El terapeuta solicita información sobre un tema en particular. Advertencia: No debe asignarse esta categoría basándose en el uso del modo interrogativo por parte del terapeuta, ya que, por ejemplo, el terapeuta puede realizar una observación (o un señalamiento) en forma de pregunta. Aquí solamente se está recolectando información (no se le explica ni se le explicita nada al paciente).
Demanda de mayor elaboración	El terapeuta solicita al paciente que dé una descripción más detallada, en mayor profundidad o que continúe hablando sobre el tema que acaba de mencionar.
Interrogación cerrada	Subtipo de demanda de información en el cual, el terapeuta realiza un pedido de información específica frente al cual el paciente puede responder en pocas palabras ("sí", "no", "puede ser", "33 años", etc.).
Recapitulación	El terapeuta retoma cierta o ciertas temáticas (en forma sintetizada, en el segundo caso) que el paciente ha mencionado anteriormente dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras.
Anticipación	El terapeuta anticipa (adivina) lo que el paciente está a punto de decir.
Repetición	El terapeuta repite las últimas palabras de lo que el paciente está relatando.
Síntesis	El terapeuta sintetiza o resume en pocas palabras lo que el paciente acaba de relatar.
Intervención de orden fático	El terapeuta mantiene abierto el canal de comunicación (es decir, mantiene en movimiento el flujo de información) utilizando interjecciones tales como "sí", "m", etc. Advertencia: Toda intervención per sé es de orden fática; por lo tanto, sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención no cumpla, descriptivamente, ninguna otra función que la de mantener abierto el canal de comunicación.
Afirmación o aseveración	El terapeuta realiza un comentario conciso en apoyo o aprobación de una declaración o conducta realizada por el paciente (modificación de la definición de "afirmación" de Kaplan y Sadock, 2000).
Elogio	El terapeuta realiza una aprobación explícita y directa de un comentario o conducta realizada por el paciente (modificación de la definición de (Kaplan y Sadock, 2000).
Sugerencia o consejo	El terapeuta propone al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia la realización de ensayos originales. Más específicamente, consiste en una sugerencia directa sobre cómo debe comportarse el paciente. Advertencia: Esta categoría no debe aplicarse cuando la sugerencia es parte de una técnica de distracción (que es una intervención cognitiva) (modificación de las definiciones de Fiorini, 2000; Kaplan y Sadock, 2000).
Información o explicación general	El terapeuta aporta al paciente datos sobre algo que éste desconoce (ej: el terapeuta suministra datos estadísticos sobre el padecer del paciente, o le explica cómo tomarse un colectivo, etc.). Advertencia: Es una explicación que se diferencia de la interpretación psicoanalítica porque no se refiere a aspectos inconscientes y se diferencia del señalamiento porque este último no es una explicación, sino una explicitación (muestra, señala algo).
Explicación del fundamento teórico (macro)	El terapeuta realiza una breve y sencilla exposición del modelo teórico que se va a aplicar durante el tratamiento, de las causas del problema del paciente y de los objetivos de la terapia (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993).
Meta-intervención (micro)	El terapeuta realiza intervenciones cuyo objeto son sus propias intervenciones; es decir, realiza aclaraciones sobre el significado de haber realizado determinada intervención, cuestiona su propia intervención o explicita la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención (Fiorini, 2000). Advertencia: Esta intervención se diferencia de la Explicación del fundamento teórico en que es más específica (micro). Por medio de esta intervención, el terapeuta clarificará el significado de una intervención o grupo específico de intervenciones realizadas por él o ella. En cambio, la Explicación del fundamento teórico es más abarcativa y general (macro).
Puesta de límites	Requisitos especiales para aceptar o mantener al paciente en tratamiento (como por ejemplo, el control de determinados síntomas o conductas). Todos llevan consigo la connotación de un ultimátum (modificación de la definición de Wallerstein y DeWitt, 2000).
Observación	El terapeuta le explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. Advertencia: Esta categoría no se aplica cuando la intervención se describe mejor como una identificación de pensamientos disfuncionales (que es una intervención específica cognitiva).
Instrucciones u operaciones de encuadre	Especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar físico (dirección de la institución o consultorio privado del terapeuta), ubicación y rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones y aspectos técnicos (modificación de la definición de Fiorini, 2000). <ul style="list-style-type: none"> a) Frecuencia de las sesiones. b) Sesiones de emergencia o complementarias: <ul style="list-style-type: none"> a. en el consultorio. b. en el hogar del paciente. c. telefónicas o por medio de internet. c) Duración de las sesiones. d) Modalidad de trabajo (cara a cara, diván, etc.). e) Terminación impuesta. f) Terminación gradual. g) Aumento o disminución de honorarios (sesión o tratamiento completo). h) Derivación del paciente a otro terapeuta. i) Suspensión momentánea del tratamiento por motivos personales o accidentales del terapeuta. j) Suspensión momentánea del tratamiento por motivos personales o accidentales del paciente (modificación de la definición de "parámetros" realizada por Wallerstein y De Witt, 2000).

Contactos con terceras partes	Intervenciones del terapeuta que hacen referencia al establecimiento de contactos directos, por parte del terapeuta, con: a) Familiares del paciente. b) Personas pertenecientes a la red cercana del paciente. c) Otros profesionales que también estén tratando al paciente (o que lo han tratado anteriormente) (modificación de la definición de Wallerstein y De Witt, 2000).
-------------------------------	---

Tabla 2: Análisis descriptivo de intervenciones específicas cognitivo-comportamentales

Intervenciones específicas cognitivas	
Nombre	Definición
Interpretación cognitiva	El terapeuta ofrece su propia perspectiva sobre la experiencia o conducta del paciente (Goldfried y Wiser, 1996). Esta intervención se diferencia de la disputa racional porque no consiste en un cuestionamiento abierto y directo de la perspectiva del paciente. De desembocarse en tal cuestionamiento, el terapeuta habrá pasado de una interpretación cognitiva a una disputa racional.
Directivas	El terapeuta realiza intervenciones de carácter autoritario, que el paciente se ve obligado a cumplimentar. A diferencia de la puesta de límites, su incumplimiento no afecta la iniciación ni la continuidad del tratamiento.
Asignación de tareas	Cualquier tarea que el terapeuta le asigne realizar al paciente, que no esté incluida en ninguno de los subtipos de asignación de tareas, descritos en la presente clasificación.
Asignación gradual de tareas	Subtipo de asignación de tareas en el cual, el terapeuta le asigna al paciente la realización de tareas en forma controlada y progresiva (de menor a mayor complejidad) (Saltzberg y Dattilio, 1996; Feixas y Miró, 1993).
Auto-registro	Subtipo de asignación de tareas en el cual, el terapeuta solicita al paciente que anote los pensamientos automáticos que le surgen cada vez que se produce una exacerbación de sus síntomas, registrando, a la vez, en qué situación/es ocurre, qué emociones le genera dicha/s situación/es y qué respuestas adaptativas surgen frente a la/s misma/s.
Uso de auto-aseseriones	Subtipo de asignación de tareas en el cual, el terapeuta solicita al paciente la preparación de mensajes de afrontamiento que el paciente se debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes y ansiógenas (Feixas y Miró, 1993).
Técnica del rol fijo	Subtipo de asignación de tareas en que el terapeuta solicita al paciente que escriba una descripción de sí mismo, para, luego, reescribirla de forma tal, que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Una vez realizado esto, el terapeuta le solicita al paciente, además, que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas, con la debida preparación y entrenamiento (Feixas y Miró, 1993).
Biblioterapia	Subtipo de asignación de tarea en el cual, el terapeuta recomienda al paciente la lectura de textos específicos (Saltzberg y Dattilio, 1996; Feixas y Miró, 1993).
Técnicas de distracción	El terapeuta ofrece o propone al paciente la realización de actividades agradables (Feixas y Miró, 1993).
Intervenciones corporales	El terapeuta solicita al paciente la ejecución de cierta actividad muscular específica [por ejemplo, los ejercicios físicos de tensión-relajación del método de la relajación progresiva, desarrollado por Jacobson (Payne, 1999), ejercicios de respiración, etc.
Valoración de dominio y agrado o auto-observación	El terapeuta solicita al paciente que registre el nivel de agrado o de dominio con que realiza sus actividades diarias, mediante el uso de una escala de 1 a 5 o de 1 a 100 (Feixas y Miró, 1993).
Ensayo conductual y role playing	El terapeuta solicita al paciente la práctica, durante la sesión, de conductas que el paciente debería realizar en su contexto natural (Feixas y Miró, 1993).
Ensayo cognitivo	El terapeuta solicita al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea o comportamiento específico (Feixas y Miró, 1993).
Identificación de pensamientos disfuncionales	Tipo específico de observación en el cual, el terapeuta explicita al paciente un pensamiento disfuncional; es decir, llama la atención sobre el mismo para que el paciente se percate de dicho pensamiento.
Comprobación de hipótesis	El terapeuta asiste al paciente en el testeo de sus hipótesis, creencias y/o pensamientos automáticos, proporcionándole información y actuando como un profesor, o a través del análisis de información provista por el paciente, etc.
Disputa racional	El terapeuta realiza un cuestionamiento abierto y directo de las creencias y/o conductas del paciente, basándose en argumentos lógicos modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993).
Análisis de costos y beneficios	El terapeuta propone al paciente (y lo implementa junto con él) analizar (en forma verbal o escrita) de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien, de realizar una determinada conducta (Feixas y Miró, 1993).
Técnicas de reatribución	El terapeuta propone al paciente (y lo implementa junto con él) analizar detalladamente (en forma verbal o escrita), las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos (Feixas y Miró, 1993).
Trabajo con imágenes	El terapeuta provee al paciente imágenes mentales placenteras, relajantes y/o de afrontamiento, o bien, se sirve de su evocación voluntaria, por parte del paciente, incorporándolas a su intervención (Saltzberg y Dattilio, 1996; Feixas y Miró, 1993; Kaplan y Sadock, 2000).
Búsqueda de soluciones alternativas	El terapeuta anima al paciente a concebir nuevas soluciones a un problema específico, por medio de la suspensión del juicio crítico (por ejemplo, una lluvia de ideas); para, posteriormente, analizar junto con el paciente las soluciones encontradas. Esta intervención puede realizarse tanto verbalmente como en forma escrita (Feixas y Miró, 1993).
Significado idiosincrásico	El terapeuta solicita al paciente que defina de modo preciso lo que quiere decir con los términos o declaraciones que utiliza, para no asumir un sentido incorrecto (Saltzberg y Dattilio, 1996).

Consecuencias fantaseadas	El terapeuta solicita al paciente que imagine las posibles consecuencias temidas de una situación específica (Saltzberg y Dattilio, 1996).
Reencuadre	Subtipo de observación en la cual, el terapeuta señala al paciente aspectos positivos de una situación que éste percibe como negativa (Saltzberg y Dattilio, 1996).
Etiquetamiento de las distorsiones	El terapeuta asiste al paciente en la nominalización (ponerle un nombre) de sus pensamientos disfuncionales. (Saltzberg y Dattilio, 1996).

Intervenciones específicas comportamentales

Nombre	Definición
Exposición situacional	El terapeuta solicita al paciente que se exponga a situaciones u objetos temidos y evitados por éste. Dicha exposición puede realizarse en forma lenta y gradual, rápida y/o directa. Asimismo puede realizarse asistiendo al paciente mientras se expone a la situación u objeto temido, o solicitándole que lo haga en forma auto-asistida (Antony y Swinson, 2000).
Exposición interoceptiva	El terapeuta solicita al paciente que se exponga a sensaciones físicas temidas y evitadas por éste, por ejemplo, solicitándole que dé vueltas repetitivamente hasta provocar sensación de mareo, pidiéndole que se ponga ropa abrigada para provocar transpiración excesiva, etc. (Antony y Swinson, 2000).
Modelado o exposición vicaria	El terapeuta solicita al paciente que actúe como observador de un modelo que ejecuta determinadas conductas. El modelo puede ser el mismo terapeuta o un tercero (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993; Antony y Swinson, 2000).
Reforzamiento positivo	El terapeuta administra estimulación agradable cada vez que el paciente se comporta de una manera en particular (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993).
Práctica masiva	El terapeuta solicita al paciente que repita en forma continua un hábito involuntario y persistente (Feixas y Miró, 1993).
Castigo	El terapeuta administra al paciente estimulación aversiva en forma contingente, cada vez que éste responde de un modo en particular (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993).

Tabla 3: Análisis descriptivo de intervenciones específicas psicoanalíticas

Nombre	Definición
Señalamiento	El terapeuta llama la atención al paciente sobre sus procesos conscientes y preconcientes. El terapeuta explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. Este tipo de intervención no se focaliza en procesos inconscientes (modificación de la definición de «Esclarecimiento», de Wallerstein y DeWitt, 2000).
Confrontación	Es un subtipo de señalamiento que consiste en dirigir la atención del paciente hacia aspectos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas (Wallerstein y DeWitt, 2000).
Interpretación	El terapeuta presenta el significado inconsciente de expresiones y/o patrones de conducta del paciente, operaciones defensivas y tendencias instintivas inconscientes excluidas (modificación de la definición de Wallerstein y DeWitt, 2000).

Tabla 4: Análisis de contenido no específico

Nombre	Definición
No clasificable	La intervención del terapeuta incluye un contenido no comprendido en la presente clasificación o la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para identificar su contenido. En caso de dudar entre varias categorías existentes se debe registrar todas ellas en forma conjunta.
Interpersonal	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con sus pares o cualquier otra persona externa a su grupo primario (familia). Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas.
Situación familiar	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con sus familiares (estructura, funcionamiento y/o clima familiar del paciente). Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas.
Etiológico	La intervención del terapeuta se refiere al origen o causa de la condición psíquica actual del paciente.
Diagnóstico	La intervención del terapeuta incluye la asignación de una categoría diagnóstica a los síntomas del paciente.
Pronóstico	La intervención del terapeuta incluye observaciones sobre el curso futuro del tratamiento, posible eficacia del mismo, y sobre las consecuencias que puede traerle al paciente no iniciarlo.
Viabilidad del tratamiento	La intervención del terapeuta se refiere a la posibilidad de iniciar o de continuar con el tratamiento. Incluye consideraciones referentes a la existencia o no de una demanda de tratamiento.
Evolutivo	La intervención del terapeuta se refiere a la etapa del ciclo vital que el paciente se encuentra atravesando. Explica situaciones presentes y pasadas dentro de este marco.
Relación terapéutica	La intervención del terapeuta se refiere al papel o rol que le adjudica el paciente al terapeuta y viceversa. Esta categoría incluye cualquier contenido que haga referencia al vínculo entre el paciente y el terapeuta.
Sexualidad	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con la actividad sexual del paciente, su orientación sexual, etc.
Nutrición	La intervención del terapeuta se refiere a los hábitos alimentarios y peso del paciente.
Situación global actual	La intervención del terapeuta se refiere a la situación actual nacional y/o problemáticas internacionales de incidencia mundial. Incluye cuestiones de seguridad social, desempleo, situaciones de crisis o catástrofes sociales, etc.

Enfermedades médicas y salud física en general	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con enfermedades de naturaleza orgánica o virósica que el paciente padece o ha padecido en el transcurso de su vida.
Interjecciones	La intervención del terapeuta contiene expresiones del tipo "mj", "ajá", "sí", "claro", "ok", "bueno", etc.
Conductas	La intervención del terapeuta se refiere a las conductas del paciente, en términos de sus acciones y reacciones a nivel comportamental, ya sea ante situaciones o acontecimientos específicos, como en general y que no estén comprendidas por ninguna otra categoría en la presente clasificación.
Otras actividades	La intervención del terapeuta se refiere a actividades recreativas, laborales, hobbies, etc.
Encuadre y procesal	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con el establecimiento, sostén y/o modificación del encuadre, así como, a la descripción que acompaña a la implementación de cualquier procedimiento implicado en el tratamiento (por ejemplo, cuando el terapeuta le explica al paciente en qué consiste la técnica de la asociación libre o la desensibilización sistemática).

Tabla 5: Análisis de contenido específico cognitivo y contenido específico psicoanalítico

Contenidos específicos cognitivos	
Nombre	Definición
Afecto	La intervención del terapeuta se refiere a los sentimientos o emociones del paciente.
Sensaciones	La intervención del terapeuta se refiere a las sensaciones corporales del paciente, tales como calor, opresión en el pecho, etc.
Imaginería, metáforas y/o analogías	La intervención del terapeuta contiene imágenes mentales, metáforas o analogías propuestas por él o ella y/o aquellas descritas por el paciente.
Cogniciones	La intervención del terapeuta se refiere a los procesos cognitivos y modalidad atribucional del paciente.
Contenidos específicos psicoanalíticos	
Nombre	Definición
Procesos intrapsíquicos / afectivos y exteriorización de los mismos	La intervención del terapeuta se refiere al mundo interno del paciente: fantasías, contenidos inconscientes, aspectos yoicos y superyoicos. Incluye: conflictos, mecanismos defensivos, emociones, constructos personales y sistema de creencias.
Sueños	La intervención del terapeuta se refiere a los sueños descritos por el paciente. Advertencia: Esta categoría se diferencia de la imaginería en cuanto a que, en este caso, las imágenes que puedan ser descritas por el paciente son producción onírica (en todo caso podrían ser consideradas como un subtipo específico de imágenes).

Tabla 6: Análisis de contenido espacio - temporal

Nombre	Definición
Lugar no clasificable	La orientación espacial a la que hace referencia la intervención del terapeuta no es clasificable porque la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para identificar dicho contenido. En caso de dudar entre varias categorías existentes se debe registrar todas ellas en forma conjunta.
Tiempo no clasificable	La orientación temporal a la que hace referencia la intervención del terapeuta no es clasificable porque la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para identificar dicho contenido. En caso de dudar entre varias categorías existentes se debe registrar todas ellas en forma conjunta.
Lugar de origen	La intervención del terapeuta se refiere al lugar del que proviene el paciente y/o su familia.
Lugar de residencia	La intervención del terapeuta se refiere al lugar donde vive el paciente durante el transcurso del tratamiento.
Lugar de trabajo y/o estudio	La intervención del terapeuta se refiere a todo lo acontecido en el lugar donde trabaja y/o estudia el paciente.
Espacio recreativo	La intervención del terapeuta se refiere a cualquier lugar relacionado con actividades de ocio, diversión y/o entretenimiento, etc.
Espacio terapéutico	La intervención del terapeuta se refiere al lugar donde el tratamiento se lleva a cabo.
Tiempo futuro	La intervención del terapeuta se refiere al futuro del paciente.
Tiempo presente y pasado inmediato	La intervención del terapeuta se refiere a todo lo que acontece durante la sesión.
Tiempo pasado mediano	La intervención del terapeuta se refiere a todo aquello acontecido por fuera de la sesión y con no más de dos meses de antigüedad.
Tiempo pasado remoto	La intervención del terapeuta se refiere a: a) Todo lo acontecido por fuera de la sesión y con más de dos meses de antigüedad. b) Todo lo acontecido durante la adolescencia y pubertad del paciente (de 12 a 18 años, aproximadamente). c) Todo lo acontecido durante el período de latencia del paciente (entre 6 y 11 años aproximadamente). d) Todo lo acontecido durante la infancia del paciente (desde el 2do año de vida hasta los 6 años de edad). e) Todo lo acontecido durante el primer año de vida del paciente. f) Todo lo acontecido en tiempos previos al nacimiento del paciente, con relación a la historia de sus familiares actuales y antepasados (la "prehistoria" del paciente).

REFERENCIAS

- Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2000). Phobic Disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment. American Psychological Association: Washington, DC.
- Banon, M., Evan-Grenier, M., y Bond, M. (2001). Early Transference Interventions With Male Patients in Psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 79-92.
- Cassab, J.E. Yeomans, F. y Clarkin, J. (2005). Therapist-Patient Interaction Rating Scale (Tpirs): Instrument Development And Preliminary Reliability. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. poster abstract.V53 (4).1311-1315.
- Cooper, A. M. (1987). Changes in Psychoanalytic Ideas: Transference Interpretation. *JAPA*, 35(1), 77-98.
- Etchegoyen, H. (1999). *Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica*: Polemos.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Fiorini, H. J. (2000). *Teoría y técnica de psicoterapias* (18 ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frank, J. D. (1960). Breaking the thought barrier: psychological challenges of the nuclear age. *Psychiatry*. 23,245-266.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., y Shapiro, D. A. (1997). A Comparative Analysis of the Therapeutic Focus in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 740-748.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., y Castonguay, L. G. (1998). The Therapeutic Focus in Significant Sessions of Master Therapists: A comparison of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803-810.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2000). Sinopsis de psiquiatría (8 ed.). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., y Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211). New York: Wiley.
- Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Roussos, A., Rutzstein, G., y Torricelli, F. (2002). *An Open Door Review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association.
- 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.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., y Perry, J. C. (1999). Sequential Consequences of Therapists' Interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 40-54.
- Orlinsky, D. E., y Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4 ed.). New York: J. Wiley and sons.
- Payne, R. A. (1999). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo.
- Roussos, A., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2003). *Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia*. Paper presented at the X Jornadas de Investigación Psicología: Salud, educación y trabajo.
- Saltzberg J. A. y Dattilio, F. M. (1996). Cognitive Techniques in Clinical Practice. *Guidance and Counseling*. 11 (2). 27-31.
- Sandler, J., Dare, C., y Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., E., K., den Hollander, A. M., y Duivenvoorden, H. (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.
- 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.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate, Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Wallerstein, R., y DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. In J. Ahumada y J. Olagay y A. Kramer Richards y A. David Richards (Eds.), *Las tareas del Psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen* (pp. 114-143). Buenos Aires: Polemos.
- Wiser, S., & Goldfried, M. R. (1996). Verbal Interventions in Significant Psychodynamic- Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy Sessions. *Psychotherapy Research*, 6(4), 309- 319.

Fecha de recepción: 19 de Diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2006