

Consensos transteóricos de la psicoterapia contemporánea*

EDUARDO KEEGAN**

RESUMEN

En este artículo examinamos algunas de las variables que han contribuido a la marcada heterogeneidad del campo de la psicoterapia. Nuestro objetivo es, por el contrario, resaltar los aspectos comunes de las distintas tradiciones teórico-clínicas en el tratamiento de los problemas mentales. Para ello, examinamos la cuestión de la eficacia de la psicoterapia, los principios básicos del cambio psicológico propuestos por modelos transteóricos y el reciente debate sobre los sistemas diagnósticos en salud mental. PALABRAS CLAVE: psicoterapia, cambio psicológico, apego, modelo transteórico, diagnóstico.

ABSTRACT

TRANSTHEORETICAL CONSENSUS IN CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPY. In this paper we examine some of the variables that have contributed to the marked heterogeneity within the field of psychotherapy. Our goal is, in contrast, to highlight the common features of the different theoretico-clinical traditions in the treatment of mental problems. To this end, we shall examine the issue of the efficacy of psychotherapy, the basic principles of psychological change proposed by transtheoretical models, and the recent debate on diagnostic systems in mental health. KEY WORDS: psychotherapy, psychological change, attachment, transtheoretical model, diagnosis.

RESUM

CONSENSOS TRANSTEÒRICS DE LA PSICOTERÀPIA CONTEMPORÀNIA. En aquest article examinem algunes de les variables que han contribuït a la marcada heterogeneïtat del camp de la psicoteràpia. El nostre objectiu és, contràriament, ressaltar els aspectes comuns de les diferents tradicions teórico-clínicas en el tractament dels problemes mentals. Per aquest motiu, examinem la qüestió de l'eficàcia de la psicoteràpia, els principis bàsics del canvi psicològic proposats per models transteòrics i el debat recent sobre els sistemes diagnòstics en salut mental. PARAULES CLAU: psicoteràpia, canvi psicològic, aferrament, model transteòric, diagnòstic.

Uno de los aspectos más llamativos del campo de la psicoterapia es el elevado número de enfoques o corrientes que lo integran. Algunos autores (Bergin y Garfield, 1994) mencionan hasta cuatrocientas variedades de psicoterapia. Podría argüirse que esos abordajes emanan de cuatro o cinco tradiciones de clínica e investigación. Sea como fuere, puede afirmarse con seguridad que la diversidad de enfoques ha prevalecido por encima de los consensos.

Muchas variables importantes del campo contribuyen a esta situación. En primer lugar, los psicoterapeutas se entrenan, la mayoría de veces, en una determinada forma de psicoterapia específica y lo hacen en alguna institución formativa reconocida o habilitada para tal fin. Son muy raros los casos en los cuales el entrenamiento se da en el contexto de un programa nacional de formación de psicoterapeutas para un fin determinado. Por otro lado, los creadores de tratamientos psicológicos se

**El presente artículo representa una síntesis de los temas expuestos por el autor en un encuentro con profesionales de la salud mental en el espacio de sesiones clínicas del Departamento de Salud Mental de la Fundación Sant Pere Claver de Barcelona, en febrero de 2014.*

***Psicólogo, profesor universitario. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
Correspondencia: ekeegan@psi.uba.ar*

ven naturalmente inclinados a resaltar las singularidades antes que los factores comunes de sus intervenciones, ya que en alguna medida la popularidad y difusión de esas intervenciones depende, al menos en parte, de que sean percibidas como diferentes. Una de las reglas básicas del mercadeo señala que, cuando se trata de imponer un producto, es mejor destacar su singularidad que aquello que comparte con otros productos similares. Los investigadores, por su parte, usualmente se interesan por la producción de su propio paradigma y suelen estar menos al corriente de las innovaciones o avances que se van produciendo en otros modelos de psicoterapia. Todos estos factores conspiran, pues, contra la homogeneidad del campo de la psicoterapia, o al menos contra la posibilidad de crear algún tipo de psicoterapia genérica o de crear consensos fuertes en el campo.

El surgimiento del debate sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas alteró la convivencia relativamente pacífica de los distintos abordajes. Se inició así un enfoque competitivo en el que distintos tratamientos trataron de demostrar -o simplemente asumieron- que su eficacia era superior a la de los demás. Por otro lado, conforme la psicoterapia se fue convirtiendo en una intervención frecuente en el campo de la salud, y particularmente en el campo de la salud pública, resultó cada vez más evidente que su práctica no podría sustentarse solamente en el informe de intervenciones exitosas en algunos casos aislados, al modo de los historiales clínicos de los pioneros como Sigmund Freud o Pierre Janet.

Téngase presente que el famoso y muy frecuentemente citado artículo de Hans Eysenck (1952) sobre su estudio de eficacia de una intervención psicológica tenía por tema central la formación de los psicólogos en psicoterapia. En ese artículo, el afamado psicólogo alemán alertó sobre el riesgo de formar clínicos que habrían de llevar a cabo tratamientos cuyos datos de eficacia era desconocidos o fundamentados exclusivamente en un laxo consenso de expertos.

El trabajo de Eysenck dio origen a una tradición de investigación que se interesa por el impacto que un procedimiento de cambio psicológico produce en un problema mental determinado. El supuesto implícito de esta corriente de investigación, análoga a la investigación de un fármaco en el tratamiento de una enfermedad, es que el procedimiento es el factor más importante en la producción del cambio.

Pero los resultados obtenidos al cabo de años de investigación fueron de algún modo sorprendentes. Si bien se pudo establecer en muchos casos la superioridad de una intervención respecto de otra, también pudo observarse que tratamientos psicológicos muy diferentes mostraban resultados idénticos o muy similares. En otros estudios se observó que determinados terapeutas obtenían resultados consistentemente superiores a los de otros colegas (Okishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003). Naturalmente, esto puso en cuestión tanto la idea de la superioridad de un enfoque terapéutico por encima de otro como la idea de que siempre es el procedimiento el principal factor de cambio.

Estos hallazgos llevaron a algunos a postular modelos transteóricos de psicoterapia (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y Norcross, 2013). Estos autores describieron ciertas fases del cambio psicológico, que consideraron comunes a todos los abordajes. En otras palabras, este enfoque no se centra tanto en aquello que debe ser cambiado (los mecanismos psicopatológicos), sino en los estadios del cambio perseguido. Una vez postuladas dichas fases, estos autores se abocaron a identificar el tipo de estrategias que cada psicoterapia implementaba para lograr los objetivos propios de esa fase de cambio.

Otros autores, en cambio, adujeron que la psicoterapia opera a través de factores comunes, de allí que sus resultados fuesen similares a pesar de la variedad de procedimientos. Una investigación ampliamente comentada (Lambert, 1992) mostró que la mayor parte de los cambios durante el curso de un tratamiento psicológico se debía a factores extra-terapéuticos. Las cuestiones extra-terapéuticas hacían la mayor contribución al cambio, la calidad de la alianza terapéutica era el segundo factor, seguida bastante de lejos por los aspectos técnicos de la intervención.

Esto último también tuvo su impacto en la formación de los terapeutas. Entrenar a un psicoterapeuta para que realice de modo altamente competente una intervención específica es un proceso que demanda semanas o meses, que se suman a los años de entrenamiento básico que debe tener previamente. Dado que los tratamientos crecen rápidamente en número, y dado que la investigación ha mostrado muchas veces resultados similares, muchos expertos se han preguntado si tiene sentido continuar formando terapeutas en modos específicos de psicoterapia y sus protocolos, o bien si sería mejor enseñarles algunos principios básicos que

hacen a toda tarea psicoterapéutica exitosa. Veremos más adelante una propuesta en línea con la segunda opción.

El hecho de disponer de tratamientos con apoyo empírico permitió también observar con mayor claridad los aspectos compartidos por las diferentes intervenciones orientadas a los mismos problemas. Bateman y Fonagy (2004), por ejemplo, hacen un análisis de los factores compartidos por las intervenciones que demostraron su eficacia para el trastorno límite de la personalidad. Estos investigadores observan que estos tratamientos, algunos psicodinámicos y otros cognitivo-conductuales, están bien estructurados, dedican un considerable esfuerzo a mantener la adherencia a la intervención, están claramente focalizados (ora en la conducta problema, ora en los patrones de relaciones interpersonales), son muy coherentes teóricamente para paciente y terapeuta, son de término relativamente largo, están bien integrados con los otros recursos terapéuticos que recibe el paciente y promueven una fuerte relación de apego entre paciente y terapeuta, permitiendo una posición activa del profesional.

Siendo un campo aparentemente tan diverso, resulta interesante observar que virtualmente todas las psicoterapias acuerdan en que un buen vínculo terapéutico se caracteriza por la aceptación plena del consultante (Rogers, 1942), una actitud empática y compasiva por parte del terapeuta, previsibilidad y estructura en toda interacción terapeuta-consultante, el respeto mutuo por las diferencias y la creación de una base segura donde la exploración personal sea posible.

Una evidencia adicional de este consenso puede observarse en el hecho de que la investigación sobre el apego ha tenido una gran aceptación en modelos psicopatológicos muy diversos (Bowlby, 1960). Este hecho ha sido observado, por ejemplo, por Paul Gilbert (2010), el creador de la Terapia Focalizada en la Compasión, una psicoterapia del campo cognitivo-conductual que retoma muchas observaciones y conceptos de otros modelos psicoterapéuticos y los integra en un modelo nuevo y original. Gilbert (2010) señala que el apego seguro implica la desactivación del mecanismo de defensa-peligro, posibilita la exploración, permite el desarrollo de la mentalización y con ello el desarrollo de competencia en la regulación emocional. Como vemos, apela tanto al concepto de apego como al de mentalización, ambos generados por investigadores del campo psicodinámico o psicoanalítico.

Cuando esta experiencia, esta capacidad para la mentalización, está lograda (lo que se observa en pacientes con problemas sencillos), simplemente hay que activarla. Cuando es débil, se trata de potenciarla *en la experiencia vivida*. De modo afín, Semerari (2002) afirma que a las personas con déficits metacognitivos, esto es, con baja mentalización, su mente les resulta opaca. Por ende, los psicoterapeutas de todas las persuasiones sabemos que debemos realizar intervenciones para mejorar esas capacidades si queremos mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de esas personas, lo cual demandará, seguramente, plazos mayores que los de remover las inhibiciones de alguien afectado por un problema de ansiedad sencillo. Por eso, podemos decir que a menor nivel de mentalización, más crítica será la calidad de la relación terapeuta-paciente para el progreso terapéutico. A la inversa, a mayor nivel de mentalización, más fácil resultará aplicar protocolos o recursos técnicos específicos con buenos resultados, porque el consultante podrá implementar con facilidad estrategias terapéuticas que demandan recursos metacognitivos más o menos elevados.

Estas dificultades pueden deberse al grado de compromiso del desarrollo de su personalidad (Millon y Davis, 1996), pero son desafíos habituales en el tratamiento de niños, cuyos recursos para la mentalización están en construcción. Como ha señalado un colega (Enrique Ger Gómez, profesional de la salud mental pública en Cataluña, psicólogo clínico y psicoanalista, en una comunicación personal el 2012), “el niño quizás no pueda decirme lo que (le) pasa, pero siempre puede decirme lo que siente”. El psicoterapeuta provee su capacidad de mentalización para que el chico pueda comprender (o simbolizar, o poner en palabras) y, en consecuencia, regular mejor sus emociones negativas.

A modo de ejemplo, se podría decir entonces, sin arriesgarnos demasiado, que los psicoterapeutas que trabajan con pacientes con problemas de personalidad coinciden en al menos tres puntos. En primer lugar, en que el proceso terapéutico requiere de la desactivación del sistema de defensa-peligro, y la activación del sistema de tranquilización (calmado), para expresarlo en los términos propuestos por Gilbert (2010). En segundo lugar, la experiencia de contar con una base segura permite el desarrollo y fortalecimiento del apego seguro, precondition para lograr una identidad personal estable y una sensación de dominio sobre el mundo personal y la propia experiencia. En tercer lugar, es importante

la precisión del terapeuta en el trabajo de espejo (*mirroring*) o de reflexión metacognitiva (Bateman y Fonagy, 2004; Semerari, 2002) para permitirle al paciente comprender su propia experiencia interna.

Estos consensos se relacionan, a su vez, con otros. Todos estos tratamientos están basados en modelos psicopatológicos de los problemas de personalidad que dan un lugar primordial a las experiencias tempranas tóxicas, en combinación con un temperamento sensible. Todos estos enfoques coinciden en que los terapeutas buscan reparar las interacciones tempranas disfuncionales con interacciones que den lugar a experiencias que posibiliten una mejor integración de la personalidad y una consecuente mejora en la capacidad para la regulación emocional.

Principios y prescripciones

Tomando en cuenta todas estas perspectivas y datos que sugieren aspectos comunes y consensos de los diversos abordajes psicoterapéuticos, Beutler, Clarkin y Bongar (2000) propusieron una psicoterapia orientada por principios generales, que denominaron *prescriptiva*, sugiriendo líneas generales de acción que podrían prescribirse para atender a situaciones comunes con un alto grado de consenso desde varios enfoques diferentes. La explicación de la fundamentación teórica que dio origen a estos principios excede por mucho la extensión de este artículo, pero es nuestro interés mostrar algún ejemplo de esfuerzo de “destilado” de ideas consensuadas en el campo de la psicoterapia. Postularon unos diez principios generales, organizados por área temática. Así, comienzan por enunciar los referidos a la relación terapéutica:

Principio 1: el cambio terapéutico es máximo cuando el terapeuta puede transmitir confianza, aceptación, reconocimiento y respeto por el paciente en un contexto que, a la vez que alienta la toma de riesgos, provee la máxima seguridad frente a la crítica.

Principio 2: el cambio terapéutico es más probable cuando se informa al paciente de forma realista acerca de la eficacia y duración probable del tratamiento, y cuando éste comprende claramente los roles y actividades que se esperan de él durante el curso del tratamiento. Continúan con un principio referido a la intensidad de tratamiento.

Principio 3: el cambio terapéutico es más probable cuando la intensidad del tratamiento es congruente

con el nivel de compromiso funcional y psicológico del paciente. El resto de los principios se refieren al tratamiento diferencial.

Principio 4: el cambio terapéutico es más probable cuando los esfuerzos para el cambio se focalizan al inicio en la alteración de los síntomas disruptivos.

Principio 5: el cambio terapéutico es más probable cuando el paciente es expuesto a los objetos o blancos de la evitación emocional o conductual.

Principio 6: el cambio terapéutico es máximo cuando los focos internos o externos de las intervenciones seleccionadas corren en forma paralela a los métodos externos o internos de evitación característicos que el paciente usa para afrontar los factores de estrés.

Principio 7: el cambio terapéutico es más probable cuando los procedimientos terapéuticos no evocan resistencia terapéutica.

Principio 8: el cambio terapéutico es máximo cuando la direccionalidad de la intervención es inversamente proporcional al nivel actual de resistencia del paciente o bien prescribe la continuación de la conducta sintomática.

Principio 9: la probabilidad del cambio terapéutico es máxima cuando el nivel de estrés emocional del paciente es moderado (ni excesivamente bajo ni excesivamente alto).

Principio 10: el cambio terapéutico es máximo cuando el paciente es confrontado con conductas y experiencias evitadas, elevando el malestar emocional hasta que las respuestas problemáticas disminuyan o se extingan.

A estos principios se agregan otros, pero referidos a la selección de tratamientos. Dado que contamos con tantos tratamientos, y dado que muchos de ellos han demostrado su eficacia empíricamente, ¿qué criterios usar para seleccionar uno en detrimento de otro? Beutler y colaboradores (2000) sugieren diez principios, que denominan “básicos y razonables”. Los primeros se refieren al pronóstico:

Principio 1: la probabilidad de mejoría (pronóstico) es directamente proporcional al nivel de apoyo social e inversamente proporcional al grado de incapacidad funcional.

Principio 2: el pronóstico es atenuado por la complejidad y/o cronicidad del paciente, así como por la ausencia de malestar en el paciente. Facilitar el apoyo social aumenta la probabilidad de buenos resultados entre pacientes con problemas crónicos o complejos. Los siguientes se refieren al nivel e intensidad de atención.

Principio 3: la medicación psicoactiva ejerce efectos máximos en los pacientes con alta incapacidad funcional y con alta complejidad y cronicidad.

Principio 4: la probabilidad y magnitud de la mejoría se incrementan en pacientes con cronicidad y/o complejidad mediante la aplicación de terapias multipersonales.

Principio 5: los beneficios se corresponden con la intensidad de tratamiento en los pacientes con incapacidad funcional. Por último, se enuncian los principios referidos a la reducción de riesgos.

Principio 6: el riesgo se reduce mediante la evaluación cuidadosa de las situaciones difíciles al momento de establecer el diagnóstico y la historia clínica.

Principio 7: se reduce el riesgo y se aumenta la adhesión al tratamiento cuando se agregan intervenciones familiares.

Principio 8: el riesgo y la retención del paciente en tratamiento responden favorablemente si se le da al paciente información realista sobre la duración y eficacia del tratamiento. Lo mismo ocurre si el paciente tiene una comprensión clara de los roles y actividades que se esperan de él durante el tratamiento.

Principio 9: el riesgo se reduce si el terapeuta rutinariamente le pregunta al paciente sobre sus planes, intentos e ideación suicida.

Principio 10: los principios éticos y legales sugieren que la documentación del tratamiento y la interconsulta son aconsejables.

Como puede apreciarse, todos estos principios pueden ser suscriptos por terapeutas de muy variadas orientaciones sin pensar que por ello algo esencial de su enfoque ha sido violentado o seriamente comprometido. Estos principios, claro está, no son el resultado de un consenso de comité, sino de datos convergentes provenientes tanto de la clínica como de la investigación empírica.

La cuestión diagnóstica

La multiplicidad de concepciones psicopatológicas y abordajes terapéuticos no contribuyó, obviamente, al desarrollo de un sistema diagnóstico compartido. Dado que el psicoanálisis fue el primer gran sistema de psicoterapia, lógicamente los primeros sistemas diagnósticos fueron psicoanalíticos o bien fuertemente influidos por el psicoanálisis. Así, las primeras dos ediciones del *Diagnostic Statistical Manual* de la Asociación Americana de

Psiquiatría, el DSM-I (APA, 1952) y el DSM-II (APA, 1968), tuvieron una gran impronta psicoanalítica. Sin embargo, la declinante influencia del psicoanálisis en la psiquiatría estadounidense desde los años 70, llevó a que la tercera edición del manual DSM (APA, 1980) fuese completamente distinta.

El enfoque neo-kraepeliniano (Andreasen, 2007) que inspiró el manual parte del supuesto de que los signos y síntomas de un problema mental —al que eventualmente se decide denominar *trastorno* para usar un término neutro— son manifestaciones de una disfunción biológica o psicológica subyacente. Esa disfunción se presupone específica y discontinua tanto de la normalidad como de otros trastornos. El sistema resultante, por tanto, es de índole categorial. Cada diagnóstico se establece por el cumplimiento completo de una serie de criterios que definen la presencia o ausencia de cada trastorno particular.

Se decidió que el manual fuese descriptivo, no explicativo, lo que permitiría forjar un lenguaje común que podría ser utilizado por cualquier profesional de la salud mental. Este aspecto, por controvertido que haya sido, representó en la práctica una gran contribución. Así, se creó una suerte de *lingua franca* para la investigación y la comunicación entre expertos. Tres décadas de investigación orientadas por el sistema DSM han hecho un aporte sustancial a la comprensión tanto de la psicopatología como de las limitaciones y problemas del sistema de diagnóstico y clasificatorio.

Diversas organizaciones científicas de psicología y psicoterapia (por ejemplo, la American Psychological Association, 2012, o la British Psychological Society, 2011) han enarbolado múltiples críticas al sistema DSM que presentan muchos consensos y visiones comunes. Entre otras críticas, se ha señalado que el sistema patologiza la normalidad al usar puntos de corte arbitrarios, que el diagnóstico es producto del juicio subjetivo de un profesional y no de medidas objetivas, que el sistema tiene un foco excesivo en los síntomas y no atiende a la etiología y, también, que dado que distintas combinaciones de síntomas pueden dar lugar al mismo diagnóstico, las poblaciones son heterogéneas. Otra crítica importante señala que la cuestión de la comorbilidad no fue resuelta, siendo éste uno de los puntos más débiles del sistema. Se seguirá entonces usando mucho la categoría residual “no especificado”, ya que la mayoría de los pacientes no encaja limpiamente en ninguna de las categorías. Estas categorías, además, surgen del

consenso de expertos y su identificación depende más del juicio clínico que de la administración de pruebas objetivas. Estas objeciones también alcanzan al sistema de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, que en estos aspectos, al menos, sigue la misma línea del sistema de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Pero, claro, como se señaló antes, la ventaja de estos manuales reside en que proveen de un lenguaje común a todos los profesionales de la salud mental. Los psicoterapeutas se quejan con razón sobre las falencias de estos sistemas, pero pierden de vista su papel en la fragmentación del campo, que es un obstáculo muy grande en la creación de un sistema diagnóstico universal alternativo. Algunos autores (Hofmann, 2014) proponen sistemas alternativos, en este caso uno basado en el modelo cognitivo-conductual. Más allá de que la propuesta de Hofmann tiene la ventaja de que cuenta con un apoyo empírico muy sólido, uno puede ser escéptico respecto a la posibilidad de que psicoterapeutas de otras orientaciones adopten un sistema así. A menos que, en el futuro, el modelo cognitivo-conductual o algún otro adquieran una dominancia tal que les permita generar algo similar a lo que ocurría hace décadas atrás, cuando el modelo psicoanalítico-psicodinámico era claramente hegemónico.

En cualquier caso, la disconformidad con los sistemas diagnósticos contemporáneos representa otra oportunidad para iniciar una reflexión seria sobre consensos mínimos posibles acerca del padecimiento mental que pudiese dar lugar a un sistema de diagnóstico alternativo.

Discusión

El presente artículo no pretende minimizar las grandes diferencias que pueden existir entre distintas psicoterapias, tanto en los modelos psicopatológicos en los que se basan, como en sus procedimientos y sus resultados. La diversidad de ideas puede, hasta cierto punto, ser una fortaleza si representa una variedad de enfoques fértiles para abordar los problemas comunes. Nuestro interés ha sido el de resaltar algunas ideas comunes y consensos importantes que pueden ser pasados por alto en un campo más caracterizado por el enfrentamiento tribal que por la vocación de crear algún núcleo de coincidencias.

Resulta interesante observar que los acuerdos son mayores cuando se trata de pacientes complejos. Tal

vez eso se deba a que nos resulta más fácil ser humildes cuando no tenemos logros resonantes, o tal vez simplemente porque en otros campos la disparidad de resultados o la incompatibilidad de los enfoques son mayores.

En cualquier caso, creemos que resulta útil y necesario mantener una reflexión continua acerca de aquello que es medular en nuestra práctica, habida cuenta de que nuestra tarea es, al fin y al cabo, la de aliviar el padecimiento humano.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a Berna Villarreal Castaño, por su aliento para la redacción de este artículo. También para Enrique Ger Gómez, Mercè Mitjavila y Lluís Mauri por la organización del evento académico que diera lugar a este artículo, y la posibilidad que nos brindó de reflexionar sobre los aspectos comunes de esta sublime y compleja empresa que es la de conducir tratamientos psicológicos.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, EEUU: American Psychiatric Association Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Segunda edición. Washington, EEUU: American Psychiatric Association Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Tercera edición. Washington, EEUU: American Psychiatric Association Press.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2012). *APA's statement on the DSM-5 development process*. Recuperado en: <http://www.apa.org/monitor/2012/01/statement-dsm.aspx>

ANDREASEN, N. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-112.

BATEMAN, A. W. Y FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: metallization based treatment*. Oxford: OUP.

BERGIN, A. E. Y GARFIELD, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edition, New York, EEUU: Wiley.

BEUTLER, L. E., CLARKIN, J. F. Y BONGAR, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York, EEUU: Oxford University Press.

BOWLBY, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.

BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY (2011). *Position statement on DSM 5*. Recuperado en: <http://www.bps.org.uk/news/society-statement-dsm-5>

EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

GILBERT, P. (2010). *Compassionate-focused therapy*. Hove, Inglaterra: Routledge.

HOFMANN, S. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, vol. 45, 4, 576-587.

LAMBERT, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, New York, EEUU: Basic Books.

MILLON, TH. Y DAVIS, R. D. (1996) *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*, 2ª edición. New York. John Wiley and Sons.

OKIISHI, J., LAMBERT, M. J., NIELSEN, S. L. Y OGLES, B. M. (2003). Waiting for Supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.

PROCHASKA, J. O. Y DICLEMENTE, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, Vol. 19(3), 276-288.

PROCHASKA, J. O. Y NORCROSS, J. (2013). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Belmont, EEUU: BrooksCole.

ROGERS, C. R (1942). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston, EEUU: Houghton Muffin Company.

SEMERARI, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona. Paidós Ibérica.