



INVESTIGACION Y PSICOTERAPIA. PACIENTES DIFICILES: ENFOQUES DESDE LA INTERSUBJETIVIDAD

Elena Diana Scherb*

Resumen

Lo que motiva el presente artículo es, por un lado, una búsqueda personal desde la práctica clínica de los métodos y técnicas que han demostrado su efectividad en el logro de los objetivos terapéuticos y, por otro lado, la observación frente a los datos de la realidad, del incremento de los problemas en salud mental en la población en general. De allí la necesidad creciente de ofrecer alternativas válidas desde el campo de la psicoterapia.

Los modelos para el tratamiento de los pacientes denominados “dificiles” se han convertido en un tema crucial en la literatura especializada sobre todo en la última década.

En el presente artículo se pretende dar un panorama acerca de la conceptualización más actualizada del problema, las razones que llevan a su estudio en el campo de la clínica y la investigación y algunas consecuencias para su aplicación en el trabajo con pacientes.

Luego se presentan lineamientos generales de un modelo de tratamiento (Fernández-Alvarez, 1992) de corte cognitivo-integrativo cuyas características permiten el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes. Entre ellas, se desarrolla la visión intersubjetiva del fenómeno psicoterapéutico en todas sus facetas y su rol en particular en estos casos. Focalizando en lo intersubjetivo, se presentan algunas viñetas clínicas a modo de ejemplo.

Finalmente, se delinean algunas conclusiones para la clínica y la investigación con el objetivo de ampliar las posibilidades de aprovechamiento de los recursos, no solamente para los pacientes y el mundo de otros significativos que los rodea, sino también para toda la comunidad de psicoterapeutas.

Palabras clave

Psicoterapia de pacientes dificiles; tratamiento cognitivo-integrativo; investigación en psicoterapia.

* Institución Aiglé
E-mail: baboon@fibertel.com.ar



Summary

This article was inspired on the one hand, by the personal searching for methods and techniques that had proven effective in pursuing therapeutic goals from a clinical point of view, and on the other hand, by the observation in front of social reality, of the increasing mental health problems in general population and, consequently, the growing need of valid responses coming from the field of psychotherapy.

Treatment models for the so called "difficult patients" have become a crucial issue in the literature, especially in the last decade.

In this article, I will picture the landscape of current conceptualizations, the reasons that lead to the study of this problem in the "real clinical world" and in research, and also current trends for treatment.

Then, I present some guidelines for the cognitive-integrative model (Fernández-Alvarez, 1992) that can be suitable for the treatment of these patients. The intersubjective vision of the whole psychotherapy phenomenon is explained, specially focusing on its role with these cases in particular. The functioning of this dimension is illustrated with some clinical vignettes.

Finally, conclusions are drawn for clinical practice and for research, aiming at broadening the possibilities to explore and utilize our resources, not only for the patients and their significant others, but also for the psychotherapists' community as well.

Key words

difficult patients' psychotherapy; cognitive-integrative treatment; psychotherapy research.

I. Introducción al problema del paciente difícil

Lo que motiva el presente artículo es, por un lado, una búsqueda personal desde la práctica clínica de los métodos y técnicas que han demostrado su efectividad en el logro de los objetivos terapéuticos y por otro lado, la observación frente a los datos de la realidad, del incremento de los problemas en salud mental en la población en general. De allí la necesidad creciente de ofrecer alternativas válidas desde el campo de la psicoterapia.

El tema de los pacientes difíciles es un terreno que brinda posibilidades no sólo para la investigación de qué es lo que funciona en la práctica, sino también para extender nuestros servicios a muchos pacientes que, por una u otra razón, que podría subsanarse, quedan fuera del sistema de asistencia. En definitiva, amplía las posibilidades de aprovechamiento de los recursos, no solamente para los pacientes y el mundo



de otros significativos que los rodea, sino también para los terapeutas.

II. Antecedentes en la bibliografía

La bibliografía existente acerca de alternativas para la conceptualización y tratamiento de “pacientes difíciles” viene creciendo exponencialmente a partir de la década del ‘90. Esto se debe a una serie de razones que expodré más adelante. En principio puede decirse que el trabajo clínico con estos pacientes representa un desafío tanto en el campo de la práctica clínica como en el de la investigación en psicoterapia. Tanto es así que han servido de argumento para confrontar la noción de que los manuales de tratamientos que exige el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, USA) para considerar una determinada terapia como reconocida formalmente, fueran la única alternativa válida. Como es sabido, los E.V.T. (Empirically Validated Treatments) son aquellos tratamientos que han demostrado su eficacia en estudios controlados de investigación, que pueden seguirse de acuerdo a pasos bien establecidos y por ende la denominación de “tratamientos manualizados”, lo cual les confiere desde el punto de vista científico grados aceptables de generalizabilidad. Estos altos grados de validez externa se reflejan en el hecho de que cumplen los requisitos para ser admitidos por los seguros de salud norteamericanos y pasar así a formar parte del repertorio de servicios brindados por el “managed care”. No obstante ello, han recibido cuestionamientos incesantes desde el campo de la práctica clínica y también de la investigación, dado que su efectividad y aplicabilidad no es tan fácil de lograr en la “vida real” de los psicoterapeutas y sus pacientes y porque también, en el afán de tomar en cuenta únicamente aspectos “comprobables” del proceso terapéutico, quedan fuera matices y peculiaridades que forman parte esencial de dicho proceso.

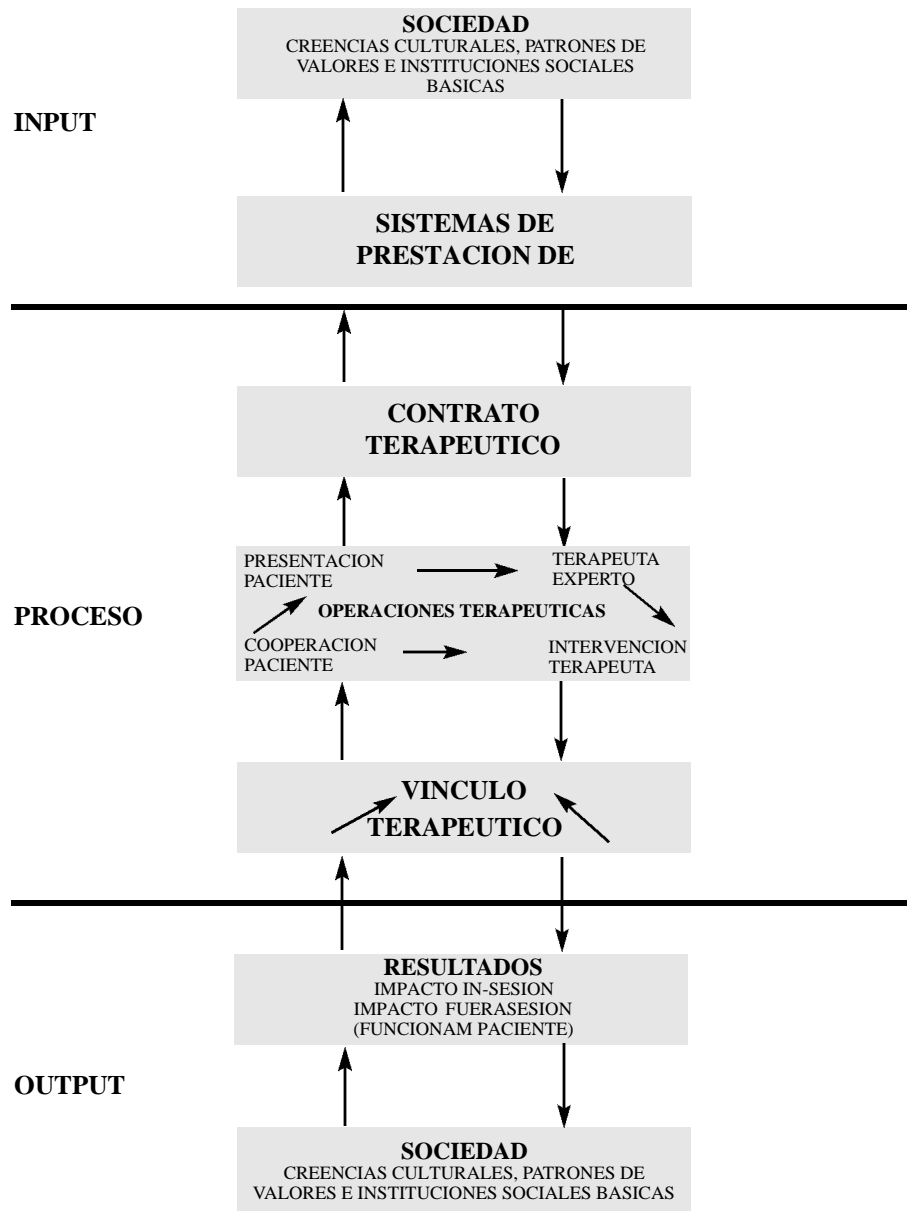
Las transformaciones en las modalidades de las terapias tradicionales mencionadas, ya constituyen los manuales de tratamiento de “segunda generación” tales como el modelo para la asistencia de pacientes borderline de Marsha Linehan (Linehan, 1993) y otros.

A diferencia de los manuales de tratamiento empíricamente validados (E.V.T.), aquellos están centrados no tanto en técnicas terapéuticas puras sino en estrategias, lo cual implica grados crecientes de complejidad y sensibilidad clínicas. Esto ha sido así por la necesidad de adecuar mejor la aplicación de ciertos principios en los pasos del tratamiento a los requerimientos de la problemática que planteaban los pacientes y también a cuestiones relativas a los modos de implementación de las técnicas por parte de los terapeutas. El seguimiento de la evolución de los tratamientos en grupos de pacientes especialmente resistentes o con frecuentes recaídas o con problemáticas de difícil remisión es, en parte, lo que viene llevando a este replanteamiento general.

De hecho, el paradigma de la investigación en psicoterapia hoy está centrado en encontrar el mejor ajuste entre tratamiento, paciente y terapeuta, superando el esquema



Tabla 1 - Adaptación Modelo Genérico Orlinsky 1994





rígido de “a tal problema, tal técnica”. Esta transformación nos permitirá en el futuro contar con elementos muchos más específicos para optimizar la efectividad de nuestros tratamientos.

Para algunos autores con larga trayectoria en investigación y en clínica como Larry Beutler (Beutler, 1999), estaríamos, hoy por hoy, desde el punto de vista de los hallazgos de investigación en procesos y resultados, en condiciones de optimizar la eficacia de cualquier situación que se le presentara a la psicoterapia como problema.

III. Explicitación del enfoque teórico-conceptual

Es necesario, a fines de hacer inteligible el desarrollo del artículo, realizar algunas consideraciones acerca de qué es lo que entendemos por psicoterapia. Ya Orlinsky, en su Modelo Genérico (Orlinsky & Howard, 1984), describía el feed-back entre la generación de la oferta y la demanda como in-put, y los resultados de la psicoterapia como out-put, que a su vez revierte en la generación de oferta y demanda, como el modelo subyacente a todas sus formas. En esta circularidad quedaba representando el interjuego entre lo social y la generación de la oferta y la demanda, en medio del cual se desarrollaba el proceso psicoterapéutico.

Este modelo fue uno de los puntos de partida desde donde se encararon los diversos proyectos de investigación que allí se desarrollaron fundamentalmente en el seno de la Society for Psychotherapy Research, de la cual el mencionado autor fue uno de los fundadores y que lleva ya más de 33 años en vigencia.

Siguiendo con un enfoque de la psicoterapia que trascendiera los modelos teóricos, se encararon muchos trabajos, particularmente en el área la relación terapeuta-paciente. Algunos años más tarde, y ya en el terreno más específicamente académico, surge el movimiento de integración en psicoterapia representado por la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration que busca elaborar, desde las teorías, nuevas conceptualizaciones para los denominadores comunes a las terapias. Retomando algunos conceptos históricos del movimiento de integración, podemos citar como ejemplo, por la vinculación que tiene con el tema de la relación terapéutica y de la intersubjetividad, el renombrado trabajo de Paul Wachtel acerca de la integración entre el concepto de transferencia del psicoanálisis y el de las invariantes funcionales de Piaget (Wachtel, P., 1981). Aquí se inaugura una visión de la intersubjetividad que se irá desarrollando más adelante en otros modelos terapéuticos. El autor demuestra que la transferencia y la contratransferencia no son solamente representaciones alojadas en la mente del clínico en la cual el paciente “proyecta” sus representaciones, sino que, a través de los mecanismos de asimilación y adaptación característicos en todo proceso cognitivo, el clínico también “proyecta” sus representaciones en el paciente. Deja así atrás toda posibilidad de considerar una “neutralidad” pura del analista, o una “objetividad”, como opuesta a subjetivi-



dad, para dar lugar a una concepción intersubjetiva de la realidad interpersonal.

El movimiento desde la psicología de “una persona” hacia una psicología “de a dos” fue ganando cada vez más adeptos y actualmente la perspectiva de una relación terapéutica en términos de actos discretos que implican un tipo de transferencia y contratransferencia, en donde uno de los participantes de la díada (el terapeuta) experimenta “lo correcto” y otro de los participantes de la díada (el paciente) “lo distorsionado”, ha quedado en desuso, para dar lugar a una concepción en la cual se trata de un proceso en el cual se logran cambios a través del interjuego de subjetividades. Más adelante ampliaré este último punto.

Originadas en Estados Unidos hacia finales de los años ‘60 y principios de los ‘80 respectivamente, ambas sociedades tienen hoy amplia representación internacional y nuclea a las personalidades más importantes a nivel mundial en lo científico-académico en el área. En esta perspectiva, es decir, integrando niveles psicológicos y sociales y también integrando elementos teórico-técnicos, se ubica nuestro modelo de trabajo.

V. Definiciones operacionales: ¿en qué sentido paciente difícil?

Con relación al tema específico que nos ocupa, el tratamiento de los pacientes difíciles, si admitimos que los cambios en el ejercicio de la práctica de la psicoterapia (por ejemplo, en términos de oferta y demanda) pueden originarse también a partir de los cambios en la demanda, y que el proceso psicoterapéutico implica la participación activa de al menos dos subjetividades, es esto lo que le otorga a la psicoterapia su carácter intrínsecamente interaccional. No es sólo que el terapeuta o la terapia transforman al paciente, sino que el paciente también transforma a la terapia y al terapeuta. Entonces el paciente difícil lo es en tanto y en cuanto lo define el contexto de la relación y de la situación terapéutica.

Esta cosmovisión interactiva nos obliga entonces a hablar no ya de pacientes difíciles sino de “pacientes en situaciones difíciles” (Fernández-Alvarez, Héctor, 2001). De esta manera superamos la perspectiva del terapeuta que se sitúa fuera de la situación y observa al “paciente difícil” (que anteriormente significaba simplemente un diagnóstico severo o complejo) para pasar a integrar paciente y terapeuta en una unidad de análisis. Necesariamente debemos tomar en cuenta la mayor cantidad de elementos que conforman la totalidad de la situación terapéutica, es decir, todos los componentes de las variables paciente, terapeuta y tratamiento.

En este punto definimos lo intersubjetivo, en lo cual ambos participantes sujetos desempeñan roles bien diferenciados y llevan adelante un proceso de co-construcción y cambio que debe conducir a un resultado, dado que se trata de una práctica psicoterapéutica. La definición general de Fernández-Alvarez permite incluir estas trans-



formaciones: “la psicoterapia es un conjunto de procedimientos científicos que utilizan medios psicológicos en busca de alivio para el sufrimiento humano” (Fernández-Alvarez, H., 1999).

Esto implica que “el paciente en situación difícil” puede serlo en función de los diferentes niveles o dimensiones que implica todo el proceso de la psicoterapia, lo cual abarca la mayor cantidad de variables posibles, desde la conformación de oferta y demanda (por ejemplo, motivaciones y expectativas tanto en paciente como en terapeuta, o vicisitudes relativas a la contratación del servicio), hasta la cantidad e implementación de recursos de parte del terapeuta en medio del proceso, o disponibilidad de recursos de parte del paciente, el ajuste de metas, influencia de variables externas, como la distancia de vínculos significativos en diferentes momentos del tratamiento, las dificultades en la terminación, las expectativas del terapeuta, la vida personal del terapeuta y muchas otras situaciones. Los pacientes pueden ser difíciles en función de una o más de una de estas circunstancias y no necesariamente solamente en función de los tipos de trastorno. Lo cierto es que, como el término mismo lo define, en estos casos lo difícil es establecer claramente la relación entre implementación de la técnica (por ejemplo, psicoterapia) y resultado (logro de los objetivos) como genérico para determinar la eficacia del procedimiento.

V. Contexto desde donde surge el fenómeno de los Pacientes (en situaciones) difíciles

¿Cuáles son las razones que explican tanta producción científica y preocupación por hallazgos contundentes desde distintas tradiciones teórico-técnicas en este grupo que, justamente en los primeros trabajos de investigación controlada, caía generalmente fuera de los protocolos por no ajustarse a los criterios de inclusión en la muestra o simplemente por abandonar los tratamientos antes de tiempo? Las razones pueden encontrarse en diferentes niveles de análisis y voy a esquematizarlas a continuación:

a) Económicas: Costo-eficacia: las compañías de seguros de salud (sobre todo en USA) que financian tratamientos en salud mental ejercen una presión creciente sobre los clínicos para cuantificar los resultados de los tratamientos y poder evaluar la relación costo-beneficio. Según algunos estudios, los pacientes que permanecen en el sistema yendo de uno a otro clínico o terapeuta generan gastos enormes a las compañías con resultados pobres. Del mismo modo, quienes requieren tratamientos intensivos (internados recurrentes) y prolongados (medicación de por vida) con la consecuencia secundaria del ausentismo, la incapacidad laboral, el deterioro familiar, etc., generan gastos crecientes no sólo para el sistema de salud sino para quienes terminan quedando a cargo de ellos. Se hace necesario entonces encontrar alternativas válidas para lograr mejores resultados en estos casos.



“Fightig the Goliath H.M.O.s

“Luchando con el Goliath de la Organización de Salud Mental (U.S.A.)

b) Técnicas: Investigación y clínica: la investigación en psicoterapia ya ha atravesado varias etapas en su desarrollo desde sus primeros trabajos, y se requiere un refinamiento cada vez mayor en sus hallazgos. En una conferencia dictada en ocasión del III Foro de Investigación en Psicoterapias del Cono Sur, celebrado en Buenos Aires en 1996 juntamente con la Society for Psychotherapy Research, la Universidad de Belgrano y otros centros privados, Orlinsky se refirió a la evolución de la investigación en psicoterapia en el mundo y lo resumió de la siguiente manera:

- La primera etapa consistió en la confirmación de la eficacia de la psicoterapia en general.
- La segunda en la comparación de la eficacia entre distintas terapias y distintas problemáticas.
- La tercera, en curso, en encontrar la mejor combinación entre problema-técnica y terapeuta.

El tratamiento de “pacientes en situaciones difíciles” requiere justamente la habilidad para combinar de la mejor manera los recursos disponibles. Representa un desafío tanto para el investigador como para el clínico experto, ya que es la situación en donde suceden los éxitos y los fracasos menos esperados. Es decir, se encuentra la mayor impredecibilidad de logros; por lo tanto existe un afán creciente por identificar los factores específicos a los que atribuir dichos resultados.



A modo de ejemplificación de lo dicho, el último número del 2001 de la revista oficial de la S.P.R., comienza con un artículo dedicado al tema de los pacientes difíciles. En él la autora reflexiona acerca de la paradoja que encuentra en el hecho de que, si bien los avances en la investigación en psicoterapia son enormes, no se ha logrado reducir el nivel de los problemas mentales de la población en general (Najavits, 2001).

c) Teóricas: Concepto de enfermedad mental: debido al auge de las ciencias cognitivas, las teorías de la información y de la comunicación y su integración en las teorías psicológicas, se vienen produciendo cambios profundos en la conceptualización de la psicopatología en su conjunto. Sin mencionar lo relativo a la epistemología de la ciencia, que excedería grandemente el foco del presente trabajo, la integración de los campos biológico, psicológico y social para comprender la enfermedad requieren de cambios permanentes en la cosmovisión de la salud mental y de las terapéuticas. No es posible extendernos en este punto en particular, pero baste con mencionar el hecho de que los abordajes psico-sociales en enfermedades severas, como diferentes tipos de esquizofrenias y otros tipos de psicosis, han demostrado su efectividad en muchos centros especializados de asistencia en el mundo no obstante ello, son más difundidos los resultados de los tratamientos farmacológicos, que constituyen sólo una parte del abordaje terapéutico integral.

Los sistemas de evaluación y los manuales de clasificación (DSM IV) también se ven afectados por la continua evolución del concepto de salud mental. Varios autores han intentado nuevas maneras de categorizar y organizar la información para que pueda ser de mayor utilidad al clínico. Ejemplos de ello son la teoría personológica de Millon, donde la clasificación psiquiátrica parte de una perspectiva más holística de la personalidad (Millon, 1996) o los trabajos de Benjamin que incluyen la dimensión de lo interpersonal a partir del modelo circumplejo (Benjamin, 1995) en los diagnósticos del DSM IV.

Sin embargo, las taxonomías tradicionales de la psiquiatría ofrecen poca información vinculada a las posibles intervenciones terapéuticas y por lo tanto se trata de hallar un nexo más conducente entre el aspecto meramente descriptivo de la sintomatología y la operatoria de la intervención terapéutica y sus resultados. Si bien los manuales estilo DSM IV son necesarios por su valor descriptivo y su función en la comunicación entre profesionales de la salud, a la hora de diseñar las intervenciones no aporta comprensión acerca de lo que le ocurre a la persona, lo cual es imprescindible para encarar cualquier proceso terapéutico con posibilidades de éxito.

d) Sociales: Marginalidad: a partir de la vertiginosidad con que se producen los cambios sociales, éstos generan a su vez consecuencias psicológicas diversas y complejas. Los ejemplos pueden ir desde las constantes migraciones y los problemas de



aculturación que éstas acarrearán, hasta las distancias socio-económicas que posicionan de maneras tan diferentes los dispositivos asistenciales disponibles y requieren un alto grado de flexibilidad y adaptación a los clínicos para trabajar en condiciones adversas. En el plano vincular, las nuevas conformaciones familiares, con sus familias uniparentales, de homosexuales, y otras configuraciones no tradicionales, plantean desafíos constantes en el campo de la terapia familiar. También la aparición de enfermedades en grandes grupos poblacionales, como la anorexia en adolescentes o el SIDA en los grupos de riesgo, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones, requieren de tecnologías efectivas. Hoy por hoy, la asistencia psicoterapéutica es también solicitada en víctimas de desastres climáticos, del terrorismo, de las guerras étnicas, de abuso sexual y también en las cárceles. El surgimiento de nuevos problemas entonces también conduce a la necesidad de disponer de nuevas tecnologías para enfrentarlos.

VI. Contribuciones de la clínica y la investigación al problema del paciente difícil

Perspectivas desde los pacientes: Si bien hasta el momento, dada la complejidad del fenómeno, no existen estudios controlados de investigación sobre procesos y resultados en pacientes difíciles que tengan grados aceptables de generalización, a través de estudios de casos en contextos naturales y de la revisión de la bibliografía existente, es posible hacer algunas observaciones útiles a la clínica. En primer lugar, para identificar este tipo de pacientes deberíamos decir que no cumplimentan en particular ninguna categoría o clasificación diagnóstica sino que se presentan como una situación difícil en relación con el logro del objetivo en los tratamientos. Estas dificultades pueden presentarse en distintos aspectos del proceso psicoterapéutico. Ejemplos característicos de estas situaciones son:

- En el nivel de conformación de oferta y demanda, es decir, en el sistema de salud: consultan recurrentemente, sin reportar resultados definidos, ni negativos ni positivos, de tratamientos anteriores (pueden implicar conjuntamente también problemas físicos de tipo crónico).
- En el nivel del tipo de problema: presentan diagnósticos severos y complejos, que frecuentemente implica co-morbilidad en ejes I y II del DSM IV, o complicaciones con adicciones u otros comportamientos con alto grado de auto-destructividad. También presentan índices altos de recaídas o recurrencias en problemas o síntomas que habían alcanzado algún grado de remisión.
- En el nivel de la relación terapéutica: grandes dificultades en el cumplimiento de las consignas y frecuentes desafíos a la continuidad de la alianza de trabajo.
- En el nivel de las relaciones con los otros significativos: problemas frecuentes con



la agresión que pueden manifestarse fuera de los tratamientos pero también dentro del contexto terapéutico.

- En lo social: cierto grado de marginalidad, debido al empobrecimiento de las redes sociales como consecuencia de sus problemas o debido a que pertenecen a grupos especiales.

Perspectivas desde terapeutas y técnicas: Hay consenso entre los distintos autores en cuanto a la importancia de la “variable del terapeuta” en la determinación de los resultados de la psicoterapia en general; por lo tanto, es de esperar que en estos casos esta variable cobraría mayor relevancia aún.

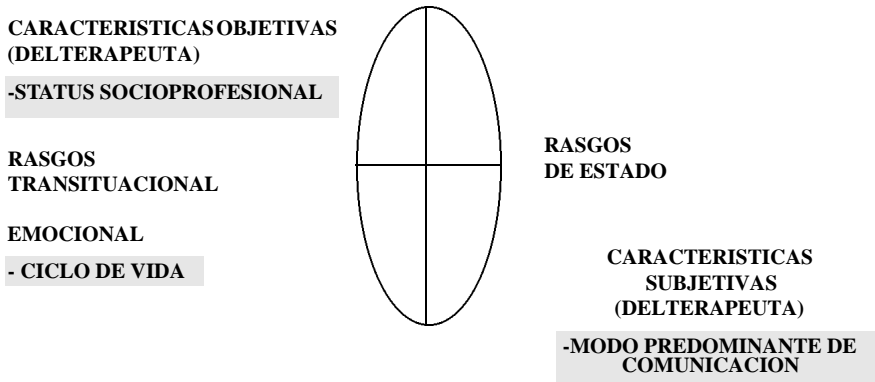
Tabla 3: Esquema general de la variable terapeuta

**BACHELOR & HORVATH
1999**

*** LACALIDAD DE LA RELACION TERAPEUTICA COMO FACTOR TERAPEUTICO COMUN A TODAS LAS TERAPIAS**

**BEUTLER et al.
2000**

*** LA VARIABLE DEL TERAPEUTA SE CONFORMA DE CUALIDADES ESPECIFICAS Y LA MEJOR COMBINACION TERAPEUTA/TECNICA/PACIENTE ARROJARA LOS MEJORES RESULTADOS**



CONSIDERAMOS LAS VARIABLES SEÑALADAS COMO RELEVANTES PARA OPTIMIZAR EL EJERCICIO DEL ROL DEL TERAPEUTA



Es necesario destacar dos dimensiones: por un lado, la de la persona del terapeuta, tema que más adelante ampliaremos; por otro lado, la de la estrategia terapéutica utilizada, pero también la particular manera que tiene el terapeuta de implementar la estrategia terapéutica. En relación con las estrategias, los tratamientos deben diseñarse cuidando tres aspectos fundamentales:

- Por un lado, en la combinación de técnicas. Se requiere de un conocimiento exhaustivo y manejo de diferentes opciones, además de la capacidad del terapeuta de funcionar con grados ajustados de flexibilidad.
- Por otro lado, la referencia permanente al caso en particular. Es necesario ir adaptando el tratamiento a los niveles de malestar y disfuncionalidad del paciente. A su vez, es necesario acomodar los principios técnicos a su estilo cognitivo y de afrontamiento.
- Por último, en el tipo y calidad de la relación terapéutica. Este punto es factor decisivo, ya que reside en él la esencia de las posibilidades de éxito del tratamiento. Con estos pacientes, por la forma que toman los aspectos resistenciales, el mantenimiento y el enriquecimiento de la relación terapéutica es un desafío permanente.

Combinación de técnicas: Para la asistencia de pacientes en situaciones difíciles, está comprobado que las estrategias terapéuticas que combinan distintas técnicas son más efectivas que las técnicas puras. Sin embargo, debe tenerse especialmente en cuenta que lo fundamental para asegurar grados de efectividad es la adecuada combinación de técnicas, lo cual implica conocer lo más específicamente posible cuáles son las indicaciones y los efectos de cada una y sus posibles efectos en el paciente en particular. Un ejemplo puede ser la inclusión de entrevistas y sesiones familiares en los tratamientos individuales. En el caso de pacientes con diagnósticos severos y complejos con comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio, por ejemplo) puede ser necesaria la inclusión de sesiones familiares o vinculares. Sin embargo, tendrá efectos positivos siempre y cuando esté indicada en el momento adecuado y con la estrategia de intervención apropiada (objetivo y tipo de intervención), porque de lo contrario la inclusión de las sesiones familiares puede resultar no solamente inocua sino también perjudicial. Lo mismo puede ocurrir con depresiones asociadas a parejas disfuncionales, donde el trabajo en lo interpersonal debe dirigirse muy cuidadosamente.

A partir de algunos estudios de técnicas comparadas, pueden obtenerse datos en relación a la supremacía de algunas estrategias sobre otras para determinados problemas. Por ejemplo, en el caso de las depresiones con índices altos de recaídas o resistentes a las terapias tradicionales (medicación o psicoterapia), la combinación de psi-



coterapia y medicación ha dado mejores resultados que cualquiera de las aplicaciones por separado. Son conocidos los trabajos de Bernard Beitman, quien ha publicado dos volúmenes sobre la integración de psicoterapia y medicación (Beitman, Bernard, 1991) para estos casos. Otro ejemplo se da en trastornos de ansiedad de difícil remisión, como el caso de ciertos trastornos obsesivo-compulsivos, donde distintas combinaciones de técnicas cognitivo-comportamentales han dado evidencia clínica suficiente sobre sus posibilidades de éxito en trastornos anteriormente considerados intratables (OCD).

Todos estos trabajos se apoyan en metodologías de investigación empírica, o como se denominaría actualmente, basados en evidencia, como el caso de Edna Foa con los tratamientos para OCD. Más allá de su conocida obra sobre el tratamiento de las obsesiones (Foa, 1993), los manuales de auto-ayuda para el paciente y para el clínico, son importantes sus innumerables artículos de investigación clínica publicados en prestigiosas revistas científicas especializadas en los que se basa para la elaboración de sus modelos de tratamiento.

El campo del tratamiento de esquizofrenias, psicosis y trastornos borderline es quizás el más prolífico en cuanto a innovaciones en combinaciones de técnicas psicossociales, comunitarias, vinculares, psico-educativas que han demostrado ampliamente su efectividad por sobre los tratamientos tradicionales psiquiátricos y coercitivos. La lista sería interminable y paradójicamente, si bien los resultados son elocuentes por sí mismos y las ventajas se hacen notar también en el área del costo-eficacia, estos tratamientos no están todavía tan masivamente difundidos como los tratamientos psiquiátricos tradicionales.

Conceptualización del caso en particular: Para el tratamiento de problemas complejos y severos, se ha notado que las modalidades de tratamiento por etapas o fases suelen dar los mejores resultados, con el establecimiento de manera colaborativa con el paciente y su entorno las sucesivas metas del trabajo terapéutico. Este último punto lo vamos a ampliar más adelante, ya que nos conduce necesariamente al establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica. Son muchos los ejemplos en la bibliografía de diseños de tratamiento por etapas o fases, como en el caso de los 12 pasos para la recuperación de los alcohólicos o la confrontación progresiva con esquemas nucleares disfuncionales en el tratamiento cognitivo de trastornos de personalidad. Pero, una vez más, es en la implementación de los pasos donde se puede hallar la dificultad.

En este sentido, los primeros trabajos de investigación que buscaron vincular procesos terapéuticos y resultados han logrado demostrar una robusta relación entre la calidad global de la alianza terapéutica y los resultados (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Un reciente estudio (Hilliard, R., Henry, W. & Strupp, H., 2000) trabaja con



la hipótesis de vincular experiencias tempranas en díadas de pacientes con proceso terapéutico, alianza terapéutica y resultados. Hasta el momento, se ha hallado fuerte evidencia empírica a favor de la influencia positiva que el aspecto colaborativo de la alianza terapéutica tiene en el proceso terapéutico y en los resultados.

Esto coincide con la observación de clínicos con diferentes posturas teóricas acerca de la importancia –dentro de la motivación general del paciente para el cambio–, de la utilización de los recursos del paciente. Muchos autores hacen hincapié en el hecho de que la función del terapeuta no es develarle al paciente “lo que le pasa” sino facilitar que el paciente se deleve en el conocimiento de sí mismo y de sus posibilidades. Vinculado también con estos conceptos, el hecho de ir acordando con el paciente los pasos por seguir otorga un elemento adicional al tratamiento que ha probado su eficiencia. Este elemento adicional consiste en el incremento del grado de participación y consecuentemente de responsabilidad del paciente en su mejoría, lo que también ayuda a aumentar la motivación en ambas partes del proceso terapéutico.

La motivación en el terapeuta en los tratamientos de pacientes en situaciones difíciles es un aspecto delicado, ya que si bien el desafío que implican puede desempeñar un importante rol a favor de mantenerla alta, la dificultad en el logro de los objetivos puede jugar en contra y provocar, en él o ella, desazón y desesperanza. Hay evidencia que apoya la idea de que en el caso de que esto ocurra, el tratamiento tendrá pocas posibilidades de éxito, de no revertirse esa situación. Un ejemplo de esto último puede ser el caso de pacientes que cuentan con pocos recursos intelectuales para un trabajo de elaboración y reflexión y el terapeuta insiste en interpretaciones tendientes a incrementar grados de autoconciencia de la participación del paciente en tal o cual conflicto con un otro significativo. El paciente quiere (está motivado para) mejorar sus relaciones con los demás y salir de su aislamiento pero no logra moverse un centímetro de su posición a pesar de las intervenciones del terapeuta. El fracaso recurrente de estas operaciones terapéuticas puede desmoralizar al clínico y consecuentemente desmotivarlo, a menos que recurra a otro tipo de técnicas que tal vez funcionan mejor para ese paciente. En este caso en particular podría intentarse con algunas intervenciones de tipo psico-educativo o de modelado. El hecho de insistir con determinadas operaciones independientemente del resultado que se obtenga con ellas suele ser un vicio en el que los terapeutas incurrimos y que está más al servicio de confirmar nuestros supuestos que de ayudar al paciente. Pero a la larga estos “estancamientos” en los tratamientos desmoralizan a uno y a otro y generan la sensación de que el tratamiento “no funciona”, cuando en realidad el problema no es éste sino que determinada intervención no es efectiva con ese paciente en ese momento del tratamiento.

Calidad de la relación terapéutica: Volviendo a un punto mencionado anteriormente (ver Tabla 2), las técnicas más sofisticadas no pueden evaluarse independientemente



del terapeuta y del modo en que éste las está implementando. La así denominada “variable del terapeuta” sigue siendo uno de los aspectos más estudiados en la bibliografía especializada. Una concepción que nos resulta particularmente útil para el manejo de esta variable, también en investigación, es la que contempla no solamente al terapeuta dentro sino fuera de la sesión, sus características personales, estilos, y el modo como lo afectan en el desempeño de su rol.

No obstante existir instrumentos de medición muy difundidos que se utilizan para medir aspectos de la relación terapéutica, como los cuestionarios de alianza terapéutica (Horvath, 1994) o el CCRT (Luborsky, 1976, 1990), que también se emplea para evaluar proceso, todavía no se ha alcanzado el suficiente grado de especificidad que se requiere para medir la perspectiva interaccional.

Desde nuestro enfoque intersubjetivo, este punto es de capital importancia si pensamos en el proceso terapéutico como “interjuego entre subjetividades” más que como intercambio sujeto-objeto. Diríamos que el terapeuta expresa su subjetividad a través de los modos en los que implementa su rol. Algunos autores han conseguido definir algunas dimensiones o funciones en las que se desarrolla el rol del terapeuta que permiten avanzar un trecho en este área. De esta manera, se han logrado identificar modos particulares de implementación del rol que funcionan mejor que otros en relación con algunos problemas. Por ejemplo, la directividad del terapeuta ha demostrado ser más efectiva con pacientes más perturbados, mientras que una mayor neutralidad en el terapeuta lo es con pacientes con menor severidad de los síntomas. A su vez, determinados aspectos en la expresividad, tono de voz y otras variables en el modo de comunicación del terapeuta, se asocian más o menos con diferentes momentos de cambio en el paciente durante el transcurso de una sesión.

Para el tema que nos ocupa es especialmente relevante el trabajo de Jeremy Safran acerca de las rupturas y reparaciones en la alianza terapéutica (Safran, J. & Muran, J., 1996). En él los autores plantean que estos fenómenos en la alianza terapéutica constituyen obstáculos que indican una oportunidad única para explorar y entender los procesos disfuncionales que subyacen al malestar del paciente. En la medida en que el terapeuta asume su participación activa en el proceso relacional, puede contribuir en un grado mayor a la toma de conciencia por parte del paciente de los esquemas disfuncionales implicados en su modo de relación. El caso de la hostilidad dentro del marco terapéutico con pacientes en situaciones difíciles es paradigmático. Los autores plantean que es la actitud del terapeuta frente a estos comportamientos lo que marca la diferencia entre una adecuada resolución o reparación y una ruptura, que generalmente termina en abandono temprano o fracaso terapéutico. Es justamente el momento en que se manifiestan las amenazas a la alianza terapéutica cuando el paciente involuntariamente intenta involucrar al terapeuta en sus patrones disfuncionales de relación, y la ponen en riesgo de constituirse en otra confirmación de su impo-



sibilidad de vincularse adecuadamente con los otros. Aquí es donde estarían actuando sus mecanismos regresivos o los esquemas nucleares disfuncionales. Pero también el terapeuta pone en juego sus propios mecanismos y estrategias de afrontamiento interpersonales. Paciente y terapeuta en este punto experimentan una realidad que es intersubjetiva. El terapeuta es un otro, pero debe funcionar como un otro que es distinto de los demás otros del paciente. Es decir, de alguna manera le confirma al paciente sobre los efectos de su comportamiento con los otros, pero también le disconfirma la creencia subyacente acerca de las consecuencias de esos comportamientos, que son las que llevan a dicho paciente a encontrarse con su “profecía autocumplidora” y realimentan su patrón interpersonal disfuncional. Según estos autores, una gran parte de los fracasos en terapia se debe a una mala resolución de las rupturas en la alianza terapéutica. Esto es particularmente cierto en relación con grupo que nos ocupa.

Viñeta clínica a modo de ejemplo (algunos datos fueron modificados por confidencialidad): La paciente, de 55 años en el momento de la consulta, presenta síntomas de larga data que se intensifican a partir de su separación y divorcio. Ya estaba en tratamiento cuando se desencadena la ruptura y fue cambiando de terapias en el transcurso de los ocho años antes del tratamiento al que nos referimos.

De acuerdo a las entrevistas de admisión, clasifica para un diagnóstico de Distimia (300.4) en el Eje I, juntamente con problemas varios en el área de apoyo social en Eje IV y elementos, aunque no contundentes, para un diagnóstico en el área de Trastorno de Personalidad cluster B en el Eje II, de acuerdo al DSM IV. Cuenta con un muy buen nivel intelectual y profesional y una situación económica media. Sin embargo, en el ámbito laboral ya se encuentra muy dañada. En el momento de la consulta está sin trabajo.

La paciente vive sola, tiene un hijo de 25 años que a partir de no querer vivir más con su madre ni con su padre, vive en una pensión. El padre y la hermana de la paciente, junto con un tío materno, murieron en el lapso de seis años, consecutivamente, antes de la fecha de admisión, y sólo queda viva su madre. El motivo de consulta manifiesto que presenta la paciente es la imposibilidad que siente de resolver un conflicto de lealtades en la relación con su madre anciana, de quien ella se encuentra a cargo, a raíz del cual hace dos meses que no la ve. El conflicto es, también, de larga data.

La indicación es psicoterapia individual a largo plazo con una frecuencia de dos veces por semana, dentro del modelo de trabajo del centro, de corte cognitivo-social.

Debido a que se encontraba tomando algunos psicofármacos, resultado de tratamientos anteriores y de una elaboración disfuncional del duelo por la muerte de su hermana (acaecida hacía tres años), se indica combinación con tratamiento psicofarmacológico.



lógico a cargo de una psiquiatra del equipo. Se plantean objetivos vinculados al tema que más le preocupa, el vínculo con su madre, pero con perspectivas de ampliarlos en sucesivos pasos.

El momento del proceso terapéutico que he seleccionado para ejemplificar transcurre aproximadamente entre las sesiones 230 y 240, a dos años de comenzado el tratamiento.

La paciente había conseguido empleo y estuvo trabajando por más de un año, aunque, como se trataba de un puesto político, había sido declarada prescindible hacía unas semanas atrás. También había resuelto bastante favorablemente para ella la situación conflictiva con su madre. Se encontraba en un equilibrio estable, hecho que condujo a que progresivamente se le fuera retirando parte de la medicación. Se encontraba fuerte y con cierta disposición a volver a hacer proyectos.

Unos tres meses antes de este momento había fallecido su madre. Su reacción fue una mezcla de depresión (culpabilidad exagerada, reincidencia en trastornos del sueño y de la alimentación que habían remitido) y ansiedad (querer resolver todo lo pendiente de una sola vez, impaciencia, sudores y mareos), con algunas manifestaciones de su "casi" trastorno de personalidad (susplicacia aumentada frente a diferentes personas, enojos más frecuentes, conductas impulsivas como decidirse en una noche a viajar sola a Pinamar para tirar las cenizas de su madre, creyendo que la podía estar persiguiendo la policía, grandes dificultades para cumplir horarios y citas). En medio de este panorama, tiene una fuerte discusión con su hijo.

A partir de esta discusión, que se produce en el momento en que muere la madre, vuelve a resguardarse en posiciones desventajosas en relación con los demás, como la víctima, que venía abandonando paulatinamente antes de esta recaída. Vuelve a hacer atribuciones externas masivas de todo lo que le sucedió en la vida, como si lo que se hubiera elaborado hasta ese momento en relación con su participación activa en aquello de lo que padece se hubiera borrado de golpe. Todas sus producciones en la sesión se remiten a quejas vinculadas a que venía padeciendo un abandono tras otro, primero de su ahora ex-marido, luego de sus amigos y finalmente de su único hijo, de 27 años. En términos del modelo de trabajo que se viene manejando con esta paciente, esto implicaba una regresión a esquemas de representación de sí mismo anteriores y disfuncionales.

Si bien ella había elaborado en las distintas terapias que "algo debía de hacer para que todos la dejen" (virando hacia un polo más activo en su relación con los demás), lo único que atinaba a reconocer ahora era que siempre tenía una actitud de entrega, con su marido, con sus padres y hermana, con su hijo, con sus amigos (lo cual efectivamente era así) y nunca pedía nada a cambio. A pesar de que ella había comenza-

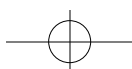


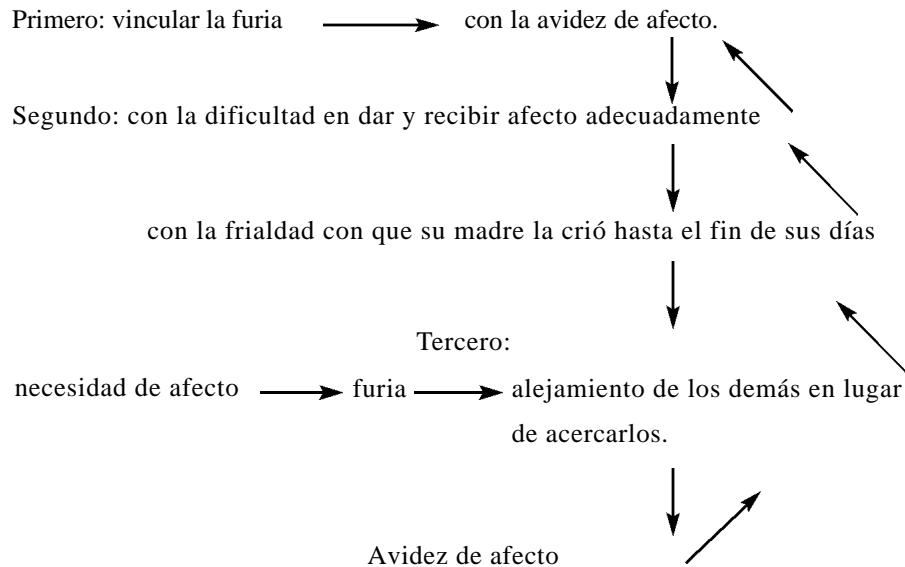
do a hacer algunas conexiones entre esa falta de reciprocidad y la hostilidad consecuente, y advertido que esa hostilidad debía de estar presente en alguna forma, ella no entendía por qué ella, que tanto daba a los demás, siempre quedaba sola. También sabía que sus dificultades de relación en la adultez estaban vinculadas a sus experiencias tempranas. Había sufrido abandonos reales de sus padres a los pocos meses de vida primero (probablemente a consecuencia de una depresión su madre debió ser internada cuando ella tenía meses y quedó al cuidado de una niñera) y pocos años después (sus padres volvieron a Europa para rescatar familiares luego de la guerra y dejaron a las hijas al cuidado de unos parientes en una granja). También sabía de la influencia en su vida de una educación rígida y autoritaria. Pero a pesar de todas las terapias, en este particular momento parecía que nada había cambiado su conciencia de qué hacía ella para quedarse sola. Su situación iba de mal en peor. Su soledad y sus síntomas aumentaban. Ella aceptaba intelectualmente que estaba experimentando una recaída pero igualmente comenzó a especular con la idea de que la terapia ya no le estaba sirviendo. Al mismo tiempo aseguraba que este tratamiento iba a ser la última oportunidad que se daba para cambiar y que nunca había logrado en terapia lo que había logrado con él. La tensión aumentaba.

No fue hasta que expresó abiertamente su furia irracional con el terapeuta en una sesión, que la paciente pudo por primera vez tener un mínimo grado de conciencia de qué es lo que ella hacía para provocar que los demás la abandonaran. Nunca antes había podido tener esa conciencia de su participación activa en aquello de lo que tanto padecía. O sea: no sólo sufría pasivamente que los demás la abandonasen sino que ella hacía para alejar activamente a los demás. Las intervenciones (interpretaciones) que se le habían hecho desde distintas perspectivas para mover a la paciente de su posición de víctima habían dado resultados, pero transitorios. Ella nunca se había reconocido a sí misma teniendo esos ataques y generando activamente el rechazo en los otros.

El hecho de que esa reacción se hubiera podido dar dentro del ámbito de la terapia y de que el terapeuta hubiera podido aceptar (relacionarse) con ese patrón particular y que a partir de su aceptación la paciente hubiera podido (se hubiera permitido) reconocer su irracionalidad sin temor a ser nuevamente abandonada (debido a la actitud del terapeuta), y también aceptar que le pasaba eso, fue quizás lo que permitió resignificar todo lo que sabía intelectualmente hasta ese momento.

Este es un esquema nuclear disfuncional vinculado a la necesidad de afecto y cómo satisfacerla, en el cual la paciente re-edita una y otra vez una estrategia de afrontamiento interpersonal que la conduce a la confirmación de su creencia errónea relacionada con el hecho de que los demás terminan abandonándola.





A los 57 años comenzó a entender lo importante que era aprender a pedir.

Tiempo después, relataba dentro del mismo tratamiento que había tenido experiencias terapéuticas anteriores que habían comenzado bien, pero que al tiempo había abandonado prematuramente a causa de episodios confusos de “discusiones” que había tenido con los terapeutas, que para ella nunca habían quedado claros. Esto también funciona como otra confirmación más de lo dicho. El ejemplo es válido en tanto y en cuanto permite ver cómo la involucración intersubjetiva del terapeuta, en este caso un cierto grado de aceptación de conductas en otros contextos inaceptadas y luego intervenciones ajustadas, puede funcionar como un pivote para torcer el rumbo de un patrón circular de comunicación disfuncional, o no. En el momento que estoy describiendo en este tratamiento, en el proceso de construcción de la alianza terapéutica, claramente las opciones estaban entre continuar o abandonar el tratamiento. Poder sortear exitosamente esta tensión brindó una oportunidad para ahondar en estructuras a las que de otra manera hubiera sido difícil tener acceso y a partir de allí, continuar el proceso de cambio.

Este último punto, la inteligibilidad de patrones de relación interpersonal en relación a esquemas nucleares disfuncionales primitivos, es quizás lo que más determina la difícil situación del paciente. En este caso la paciente reinicia a partir de aquí una nueva manera de vincularse con sus otros significativos (su hijo, sus amistades), que



le brinda la posibilidad de ver su situación vital como una oportunidad y no como un camino sin salida. Si bien este momento marca un hito, no es suficiente para producir un cambio consolidado, y será necesario re-editar y re-actualizar muchas veces más el esquema. Pero marca un antecedente en el cual las mismas condiciones externas (estar separada, tener un sólo hijo de 27 años, ser profesional) pueden implicar representaciones diferentes: un límite o una posibilidad. En este caso, el cómo se ubica frente a su futuro (pasiva o activamente) y el cómo resignifica sus pérdidas (elecciones o sumisiones) se re-actualizan en la manera como se ubica frente a los otros significativos. Y ese cambio intersubjetivo en las estrategias de afrontamiento interpersonales hace toda la diferencia.

VII. Conclusiones

El objetivo de los tratamientos psicoterapéuticos no se agota en la remisión de los síntomas solamente sino que implica una perspectiva más amplia que tiene que ver también con el desarrollo de la persona en relación con los otros. En términos de nuestro modelo, la psicoterapia debe contribuir a la expansión de las potencialidades y el logro de un mayor bienestar general. En última instancia, todo padecimiento psicológico está de alguna manera ligado a la ruptura del guión personal, y el objetivo general de todo tratamiento es ayudar al paciente a continuarlo (Fernández-Alvarez, 1992). Esto se aplica también al caso de los pacientes en situaciones difíciles. En estas situaciones es particularmente importante ampliar el foco de atención para poder dar cuenta acabadamente de su complejidad y para disponer de una diversidad de alternativas. Será necesario contar con especial pericia para identificar por dónde comenzar el tratamiento, cuáles serán las técnicas y demás recursos disponibles por utilizar, cómo deben manejarse las expectativas tanto de paciente, de su contexto y del terapeuta, y, finalmente, cuál será el mejor terapeuta para cada caso.

En este último sentido está orientado el proyecto general de investigación que se está llevando a cabo en la Fundación Aiglé (Fernández-Alvarez, 2001). Parte del mismo consiste en la elaboración de un instrumento para evaluar un constructo que sintetiza las funciones más importantes que debe desempeñar el terapeuta en el ejercicio de su rol denominado: Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Alvarez & García, 2000).

De acuerdo a los autores, el estilo personal constituye una función compleja que reúne varias características del terapeuta, a saber: condición socio-económica, situación vital en el momento de ejercer la clínica, y modos comunicacionales particulares en el ejercicio de su rol. El instrumento se focaliza en el último aspecto, a partir de la definición de algunas funciones esenciales que hacen a la implementación de las técnicas, cualesquiera que estas fueran. Sintéticamente, estas funciones son: a) instruccional, b) atencional, c) evaluativa, d) operativa, e) expresiva y f) de compromiso. En



cada terapeuta, el conjunto de funciones se combinará de una manera particular, lo cual conforma un perfil. Actualmente esta investigación se encuentra en una etapa final de construcción del instrumento que probablemente pueda brindarnos una herramienta suficientemente refinada para estudiar las combinaciones óptimas entre tipos de problemas, tipos de técnicas y tipos de terapeutas desde nuestro medio.

Otro estudio en un contexto natural, realizado sobre seguimientos en una muestra de terapeutas y pacientes en situaciones difíciles realizado en nuestro ámbito (Scherb, 2001), aportó evidencia en favor de la importancia de factores vinculados a aspectos interaccionales (estilo atribucional, nivel de reactancia) por sobre otros aspectos (tipo de diagnóstico, severidad del trastorno) en la determinación de resultados positivos en los tratamientos.

Para poder realizar análisis de procesos más refinados se requerirá la utilización de técnicas de análisis multivariados, metodologías de estudio de caso único, comparaciones sistematizadas de tratamientos en estudios colaborativos internacionales que se realicen en contextos naturales con pacientes y terapeutas reales. Estos estudios han probado ser útiles para poblaciones especiales y grupos pequeños; no obstante, no se obtienen altos grados de generalizabilidad en los resultados.

En nuestro país, a partir de la puesta en funcionamiento del capítulo sudamericano de investigación en psicoterapia de la S.P.R., están comenzando a desarrollarse diferentes proyectos en instituciones privadas y públicas. En la medida en que las condiciones puedan darse para que se sigan llevando a cabo, tanto en el nivel nacional como en colaboración con otros países, estaremos en condiciones de decir que podemos mejorar seriamente nuestra práctica. El camino está iniciado y la esperanza es que pronto sus resultados puedan enriquecer el arduo trabajo de los terapeutas en las trincheras de la clínica en sus distintos ámbitos también en nuestra región.

Bibliografía

Beutler, Larry E. & Harwood, Mark T. (2000), Prescriptive psychotherapy, Oxford University Press, U.S.A.

Beitman, Bernard (1991), "Integrating pharmacotherapy and psychotherapy", Beitman & Klerman, Eds., USA.

Fernández-Alvarez, Héctor (1992), Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia, Paidós, Buenos Aires.

(1999), La psicoterapia vista por los médicos, Ed. Nuevo Hacer, Buenos Aires.

(2001), "Updating research informed conceptualizations on difficult patients", pre-



sentado en SPR International Conference, Montevideo, Junio, 2001.

Fernández-Alvarez, Héctor & García, Fernando (2000), "El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación", en SPR Society for Psychotherapy Research, Capítulo Latinoamericano, Sylvia Gril, Ana Ibáñez, Inés Mosca & Paulo Luis Rosa Sousa (Eds.), Investigación en Psicoterapia, Educat, Brazil

Foa, Edna (1993), Venza sus obsesiones, Robin Book, Barcelona.

García, F., Fernández-Alvarez, H. (2001), "Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica", Vértex, XII, 45, Sept./Oct./Nov. 2001.

Hilliard, Russell, Henry, William & Strupp, Hans (2000), "An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and Therapist Developmental History, Therapeutic Process, and Types of Outcome", Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68, No. 1, (125 – 133), American Psychological Association, U.S.A.

Horvath, Adam (1994), "Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective", in A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds) The working alliance: Theory, Research and Practice, Wiley, USA.

Linehan, Marsha (1993), Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder, Guilford Press, USA.

Lorna, Benjamin (1995), Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders, Guilford Press, USA.

Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990), Understanding transference - The CCRT method, Basic Books, USA.

Millon, Theodore (1996), 'Personality and Psychopathology: Building a Clinical Science: Selected Papers of Theodore Millon, Wiley - Interscience, USA.

Najavits, Lisa (2001), "Helping 'difficult' patients", Psychotherapy Research, 11, 2, 131-152, 2001.

Orlinsky, D. E.; Howard, K. I. (1986), "Process and outcome in psychotherapy". (pp. 311-381). En: S. L. Garfield & A.E. Bergin: 'Handbook of psychotherapy and behavior change, Nueva York, John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994), "Process and outcome in psychotherapy", en S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and be



havior change, (3rd. Edition, pp. 311-381). Nueva York, Wiley. Safran, J. D. & Murrin, J. C.

(1996), "The resolution of ruptures in the therapeutic alliance", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 447-458.

Scherb, E. (1998), "Investigación acerca de pacientes difíciles y fracaso terapéutico", Investigaciones en Psicoterapia, S.P.R., Gril, Ibáñez, Mosca y Souza (op.cit.)

Wachtel, Paul (1981), "Transference, Schema and Assimilation: The Relevance of Piaget to the Psychoanalytic Theory of Transference", Annual of Psychoanalysis, 8, 59-76; posteriormente en Action and Insight, 1987, Guilford, USA.

Primera versión: 30 de abril de 2002

Aprobado: 26 de octubre de 2002