



ISSN 1850-2512 (Impreso)
ISSN 1850-2547 (en línea)

UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Documentos de Trabajo

Departamento de Investigaciones
Área de Psicología Clínica
Serie: Métodos de Investigación en Psicología
Clínica Nº 2

Clasificación de intervenciones. Una
clasificación de intervenciones en psicoterapia
que posibilite la exploración de las diferencias
intra e inter marcos teóricos psicoanalítico y
cognitivo

Nº 129

Andrés J. Roussos,
Ignacio Etchebarne y
Vanina Waizmann

Departamento de Investigaciones

Julio 2005

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Para citar este documento:

Roussos, Andrés J.; Etchebarne, Ignacio; Waizmann, Vanina (2005). Clasificación de intervenciones. Una clasificación de intervenciones en psicoterapia que posibilite la exploración de las diferencias intra e inter marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo.

Documento de Trabajo N° 129, Universidad de Belgrano. Disponible en la red:

http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/129_roussos.pdf

Estudiar la forma en que un psicoterapeuta lleva adelante un tratamiento implica reunir numerosas estrategias de abordaje que permitan abarcar un fenómeno tan amplio y complejo como el que se desenvuelve en un consultorio. Una de las estrategias que se ha utilizado desde el comienzo de la psicoterapia es rastrear el tipo de intervenciones que se enuncian a lo largo del tratamiento.

Cada marco teórico, de forma más o menos sistematizada, presenta sus técnicas señalando cuáles son las intervenciones prescriptas y en algunos casos, en qué situaciones las mismas deben utilizarse. El mayor grado de sistematización en este sentido, se presenta en el caso de los tratamientos manualizados, los que, por otra parte, siguen siendo los de menor aplicación con relación a la indicación de tratamientos a nivel mundial, pese a que distintas organizaciones avanzan con relación a ese objetivo. Otro cuestionamiento, en relación con el control de las intervenciones a través de las manualizaciones, es que, como señala Strupp (1986), siguen presentando el problema de que por más que los tratamientos estén manualizados, la evolución de los mismos puede ser muy variada debido a las interpretaciones que el psicoterapeuta realice de lo prescripto por el manual.

Como contraparte de esta situación, son pocas las referencias teóricas que proscriban o estipulen cuáles son las intervenciones que no deben usarse en un tratamiento, con lo cual discriminar cuáles intervenciones pertenecen o no a un tipo de terapéutica es un tema complejo que requiere múltiples niveles de análisis.

Si se analizan las clasificaciones existentes sobre intervenciones se pueden observar dos grupos diferenciables;

- Un grupo constituido por esquemas construidos, principalmente, desde el punto de vista teórico (Sandler, Dare, y Holder, 1993; Wallerstein y De Witt, 2000), en el cual se puede observar que las clasificaciones sólo incluyen una pequeña parte del repertorio de intervenciones que realiza el terapeuta. De esta manera, si uno realiza un análisis sobre un material clínico grabado, representante de cualquiera de esos marcos teóricos, utilizando esos 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 de estas intervenciones son la síntesis, la repetición, la interrogación específica y las intervenciones de orden fáctico (entre otras). Al no incluirse estas intervenciones en los esquemas clasificatorios, se puede llegar a la idea distorsionada de que, por ejemplo, un psicoanalista sólo hace interpretaciones, señalamientos y confrontaciones; así también, se pierde de vista el valor o función de estas otras intervenciones no especificadas teóricamente.
- Otro grupo de clasificaciones se basa principalmente en información proveniente de psicoterapeutas de distintos ámbitos teóricos (Trijburg, 2004). Si bien han sido construidas inicialmente a partir de una base teórica, fundamentalmente se apoyan sobre la descripción que hacen los terapeutas acerca de su accionar. El riesgo asociado a este tipo de esquemas es que se pierde de vista el sentido que le atribuyen los participantes a la denominación de las intervenciones, es decir a la definición que se le da a cada intervención, ya que al tomar como fuente calificada a terapeutas de distintos marcos han generado una multiplicación de sentidos, no siempre tenida en cuenta a la hora de sintetizar la información recolectada.

En el presente trabajo se plantea una estrategia diferente para la construcción de un esquema clasificatorio de las intervenciones. Se toma como fuente principal de información al material clínico registrado en audio o en video. Sobre la base del mismo se realiza el análisis de las intervenciones, intentando asociar las mismas con las indicaciones teóricas de cada marco, en el caso de que existan referencias teóricas sobre dichas intervenciones y, en el caso de no registrarse correlatos teóricos, generando nuevas categorías para su asimilación.

Como parte de esta nueva estrategia de análisis, que surge a partir del material clínico, se incluye la consideración de que en el acto de intervenir, concurren múltiples variables que también deberían tenerse en cuenta. Por un lado, está el propósito del terapeuta al momento de intervenir; el «para qué» de la intervención. Asimismo, está la intervención en sí misma, ya que una misma intervención puede ser utilizada con distintos propósitos. Otras posibles variables se refieren al contenido o tema incluido en la intervención y a su unidad témporo – espacial; es decir, a qué momento y lugar se refiere.

Por estas razones, no parece posible investigar sobre el uso de intervenciones psicoterapéuticas, presentando únicamente un listado con la denominación de las intervenciones. Es necesario considerar las distintas variables mencionadas en los párrafos anteriores, así como también se debe tener en cuenta el hecho de que existen intervenciones con distinto grado de complejidad, resultando indispensable presentar qué se entiende por cada intervención, para asegurarse de que las premisas que se evaluarán en el material clínico, coinciden con las del investigador.

Acorde a las premisas recién presentadas, Roussos, Waizmann y Etchebarne (2003) han planteado 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* está conformado por las estrategias -considerando a éstas como una serie o conjunto de acciones encaminadas al logro de un objetivo-, sobre las que se fundamentan las intervenciones, que dan cuenta del sentido o propósito que acompaña a cada una de ellas, como por ejemplo el fortalecimiento de las defensas, identificación y modificación del modo de atribución, etc. Este nivel presenta una serie de complejidades extra. Entre éstas, se puede mencionar el hecho de que un conjunto de distintas intervenciones puede llegar a dar cuenta de una misma estrategia terapéutica o –como se mencionó anteriormente– que un mismo tipo de intervención responda a estrategias distintas. Otro obstáculo para la implementación de este nivel de análisis, es que no es posible realizarlo sin la participación del terapeuta tratante.

En el *nivel descriptivo* se observan las características formales de la intervención presentada por el terapeuta. Se analiza la enunciación de la intervención sin tomar en cuenta su contenido, ni la estrategia en la que se encuentra enmarcada. Así, para este nivel se definen las intervenciones en términos de su sintaxis y morfología. De esta forma, 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 (aquí el acento está puesto en llamar la atención sobre aspectos contradictorios); a las directivas como intervenciones del terapeuta, de carácter autoritario, que el paciente se ve obligado a cumplimentar y que, a diferencia de la puesta de límites, su incumplimiento no afecta la iniciación ni la continuidad del tratamiento; entre otras.

En el *nivel de contenido* se analiza la temática incluida en las enunciaciones, por ejemplo, temática interpersonal, procesos mentales, etiológicos, sexualidad, cogniciones, emociones, etc. Si bien a simple vista parecería ser un nivel común a toda psicoterapia, para la clasificación de los posibles contenidos, se debe respetar la conceptualización propia de cada marco teórico ya que contenidos que dentro de un marco de referencia pueden presentarse en forma integrada e indisoluble, en otro pueden estar concebidos en forma aislada. Así, por ejemplo, dentro del psicoanálisis, hablar de «procesos mentales» incluye aspectos tales como las cogniciones, emociones e imaginaria; todos ellos, aspectos considerados separadamente por el cognitivismo.

Con respecto al nivel de contenido témporo – espacial, éste describe el momento (pasado, presente o futuro) y el lugar físico al que hace referencia la intervención; por ejemplo, el ambiente de trabajo, lugar de pertenencia, etc. (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).

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.

Tabla 1

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones comunes e inespecíficas
No clasificable	No clasificable
Demanda de información	Solicitar información sobre un tema en particular. <i>Advertencia:</i> Toda pregunta que no sea cerrada no necesariamente cae dentro de esta categoría, ya que, por ejemplo, el terapeuta puede realizar un señalamiento en forma de pregunta. Lo importante es que aquí simplemente se está recolectando información (no se le explica ni se le explicita nada al paciente).
Interrogación Cerrada	Es un subtipo de demanda de información. El terapeuta realiza un pedido de información frente al cual se puede responder en pocas palabras («sí», «no», «no sabría decirlo», «33 años», etc.).
Demanda de mayor elaboración	El terapeuta solicita al paciente que aporte una descripción más detallada o en mayor profundidad (o que simplemente continúe hablando) sobre un tema en particular que acaba de mencionar.
Recapitulación	El terapeuta retoma cierta o ciertas temáticas (de manera sintetizada, en el segundo caso) que el paciente ha mencionado anteriormente dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras. <i>Advertencia:</i> se diferencia de la repetición y de la síntesis porque éstas tienen que ver con aquello que el paciente acaba de decir inmediatamente antes de la intervención del terapeuta; mientras que en la recapitulación hay un salto o discontinuidad temporal. Generalmente, esta intervención anticipa o se combina con un señalamiento, una confrontación o con una demanda de información (o de mayor elaboración).
Anticipación	El terapeuta anticipa (adivina) lo que el paciente está apunto de decir.
Repetición	El terapeuta repite las últimas palabras de lo que el paciente está relatando.
Síntesis	El terapeuta sintetiza en sus palabras lo que el paciente le acaba de relatar.
Intervención de Orden Fático	El terapeuta mantiene abierto el canal de comunicación (o mantiene en movimiento el flujo de información). Por ejemplo: «sí», «mj», etc.
Aprobación	Comentarios concisos en apoyo o aprobación de los comentarios o conductas del paciente (modificación de la definición de «afirmación» de Kaplan y Sadock, 2000).
Elogio	El terapeuta expresa una aprobación explícita y directa con relación a la conducta del paciente. (modificación de la definición de Kaplan y Sadock, 2000).
Sugerencia o consejo	El terapeuta propone al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales. Consiste en una sugerencia directa sobre cómo debe comportarse. (modificación de las definiciones de Fiorini, 2000; Kaplan y Sadock, 2000).
Información o explicación teórica al paciente	El terapeuta aporta datos al paciente sobre algo que éste desconoce y que considera útil o necesario que conozca (ej: el terapeuta suministra datos estadísticos sobre el padecer del paciente). <i>Advertencia:</i> Es una explicación que se diferencia de la interpretación 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). (modificación de la definición de Echegoyen).
Explicación del fundamento	Breve y sencilla exposición del modelo teórico que se va a aplicar, de las causas de su problema y de los objetivos de la terapia (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993).
Meta-intervenciones	Intervenciones del terapeuta cuyo objeto son sus propias intervenciones y que se dirigen a aclarar el significado de haber realizado determinada intervención, a cuestionar su propia intervención o a explicitar la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención (Fiorini, 2000).

Tabla 1 (continuación)

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones comunes e inespecíficas (continuación)
Instrucción u operaciones de encuadre	<p>Especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación el de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones y aspectos técnicos (modificación de la definición de Fiorini, 2000).</p> <p>A) Frecuencia de las sesiones. B) Sesiones de emergencia o complementarias: (i) en el consultorio. (ii) en el hogar del paciente. (iii) telefónicas o por medio de internet. C) Duración de la/s sesión/es. D) Modalidad de trabajo (diván, cara a cara, etc.). E) Terminación impuesta. F) Terminación gradual o por destete. G) Aumento o disminución de honorarios (sesión o tratamiento completo). H) Derivación 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», de Wallerstein y DeWitt, 2000).</p>
Puesta de límites	<p>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).</p>
Contactos con terceras partes	<p>Intervenciones del terapeuta que hacen referencia al establecimiento de contactos directos, por parte del terapeuta, con:</p> <p>A) Familiares del paciente. B) Personas pertenecientes a la red cercana del paciente. C) Profesionales que lo estén tratando (o que lo han tratado anteriormente). (modificación de la definición de Wallerstein y DeWitt, 2000).</p>
Cierre de sesión	<p>El terapeuta da por terminada la sesión.</p>

Tabla 2

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones específicas psicoanalíticas
Señalamiento	<p>Aclaraciones que no se refieren a lo inconsciente, sino a los procesos conscientes y preconscientes. El terapeuta le explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. (modificación de la definición de «Esclarecimiento», de Wallerstein y DeWitt, 2000).</p>
Confrontación	<p>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.</p>
Interpretación	<p>Formulaciones orientadas al material inconsciente, a las operaciones defensivas, a las tendencias instintivas inconscientes excluidas, a los significados ocultos de los patrones de conducta del paciente (Wallerstein y DeWitt, 2000).</p>

Tabla 3

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones específicas cognitivo – conductuales
Directivas	Intervenciones cognitivas específicas Intervenciones del terapeuta de carácter autoritario, que el paciente se ve obligado a cumplimentar. A diferencia de la puesta de límites, su incumplimiento no afecta la iniciación o 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	Es un subtipo de la asignación de tareas. El terapeuta acuerda con el paciente la realización de tareas en forma secuencial, empezando con las más básicas, y siguiendo así, sucesivamente, con otras más complejas (Saltzberg y Dattilio, 1996). Se diferencia del moldeado en tanto este último no es una asignación de tareas.
Autorregistro	Es un subtipo de la asignación de tareas. Consiste en pedir al paciente que anote sus pensamientos automáticos cuando aparezca una exacerbación de los síntomas, registrando, a la vez, en qué situación se dan, qué emociones le genera dicha situación y las respuestas adaptativas que se dan frente a dicha situación (Vallejo Ruiloba, 2000).
Uso de autoaserciones	Es un subtipo de la asignación de tareas. Consiste en la preparación de mensajes de enfrentamiento que el paciente se debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes y ansiosas (Feixas y Miró, 1993).
Técnica del rol fijo	Es un subtipo de la asignación de tareas. Procedimiento en que el paciente escribe una descripción de sí mismo y luego el terapeuta la rescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se le pide luego al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento (Feixas y Miró, 1993).
Biblioterapia	Es un subtipo de la asignación de tareas. Consiste en recomendar la lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte del paciente (Saltzberg y Dattilio, 1996) (Feixas y Miró, 1993).
Técnicas de distracción	Actividades agradables para el paciente que permiten dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos (Feixas y Miró, 1993). El terapeuta moviliza el foco atencional del paciente hacia áreas no conflictivas.
Técnicas primarias de relajación	Intervenciones cuyo principal objetivo es generar un estado global de reposo. Pueden ser de tipo muscular (por ejemplo: los ejercicios físicos de tensión-relajación del método de relajación progresiva de Jacobson, E.), ejercicios de respiración, entre otras (Payne, 1999).
Valoración del dominio y agrado o autoobservación	Consiste en pedir al paciente que registre mediante una escala (de 1 a 5 o de 1 a 100) el nivel de agrado o de dominio con que realiza sus actividades diarias (Feixas y Miró, 1993).
Ensayo conductual y role playing Ensayo cognitivo	Practicar en la consulta conductas que el paciente debería realizar en su contexto natural (Feixas y Miró, 1993). Consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea (Feixas y Miró, 1993).
Identificación de pensamientos disfuncionales	El terapeuta explicita un pensamiento disfuncional; es decir, llama la atención sobre el mismo para que el paciente se percate de dicho pensamiento.

Comprobación de hipótesis	Técnicas que llevan a la puesta en juego de las hipótesis del paciente. Puede hacerse mediante información que aporte el paciente y permita contrastar sus hipótesis, mediante el aporte de información por parte del terapeuta entre otras (Feixas y Miró, 1993).
---------------------------	--

Tabla 3 (continuación)

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones específicas cognitivo – conductuales (continuación)
Disputa racional	Intervenciones cognitivas específicas (continuación) Cuestionamiento abierto y directo de las creencias del paciente basada en argumentos lógicos. (modificación de la definición de Feixas y Miró, 1993)
Análisis de costes y beneficios	Supone analizar verbalmente o plasmar en una hoja de papel 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	Análisis detallado (en forma verbal o escrita) de las suposiciones del paciente acerca de las causas de determinados acontecimientos (Feixas y Miró, 1993).
Trabajo con imágenes	Trabajo con imágenes de enfrentamiento, o evocación voluntaria de imágenes placenteras y relajantes (Saltzberg y Dattilio, 1996) (Feixas y Miró, 1993) (Kaplan y Sadock, 2000).
Búsqueda de soluciones alternativas	Técnica en la cual, el terapeuta primero anima al paciente a «inventar» nuevas soluciones suspendiendo el juicio crítico durante el ejercicio (lluvia de ideas). Luego, terapeuta y paciente analizan las soluciones planteadas (Feixas y Miró, 1993).
Evaluación de los pensamientos automáticos	Actuando como profesor, el terapeuta ayuda al paciente a comprobar la validez de los pensamientos automáticos (Kaplan y Sadock, 2000).
Significado idiosincrásico	Esta técnica implica definir de modo preciso lo que el paciente quiere decir con los términos o declaraciones que utiliza para no asumir un sentido incorrecto (Saltzberg y Dattilio, 1996).
De-catastrofizar	Técnica que implica que el paciente se pregunte sobre las consecuencias de una situación, permitiendo al mismo ver si sobreestima lo negativo de la misma, subestima sus recursos para afrontarla, o ambas (Saltzberg y Dattilio, 1996).
Consecuencias fantaseadas	El terapeuta incita al paciente a fantasear una situación y describir sus preocupaciones para con la misma (Saltzberg y Dattilio, 1996).
Reencuadre	Encontrar el lado positivo de una situación que es vista por el paciente como negativa (Saltzberg y Dattilio, 1996).
Etiquetamiento de las distorsiones	Poner nombre a los pensamientos ilógicos del paciente. Paciente y terapeuta colaboran en la nominalización de dichos pensamientos. (Saltzberg y Dattilio, 1996) Intervenciones conductuales específicas
Desensibilización sistemática	Exponer al paciente gradualmente y en la imaginación, a las situaciones temidas, en una jerarquía que va desde la situación que le produce menos ansiedad a la que más ansiedad le genera (Feixas y Miró, 1993).
Técnicas de implosión/ inundación	El terapeuta expone al paciente de un modo continuo y repetido a los estímulos temidos y anteriormente evitados con el fin de producir una respuesta emocional intensa y facilitar el proceso de extinción (Feixas y Miró, 1993).

Técnica del modelado	Técnica en la cual hay un modelo que ejecuta conductas que el paciente debe adquirir y el paciente es observador del mismo (Feixas y Miró, 1993).
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).

Tabla 3 (2^{da} continuación)

Nombre	Análisis descriptivo de intervenciones específicas cognitivo – conductuales (2^{da} continuación)
Técnica del moldeado o método de las aproximaciones sucesivas	Intervenciones conductuales específicas (continuación) Es un subtipo de reforzamiento positivo. Técnica que consiste en reforzar las conductas que más se aproximan a la conducta deseada a lo largo de un continuo de aproximación hasta que el paciente realiza la conducta deseada (Feixas y Miró, 1993).
Reforzamiento de conductas incompatibles	Es un subtipo de reforzamiento positivo. Se intenta disminuir la frecuencia de la aparición de la conducta objeto de tratamiento a partir del refuerzo de conductas incompatibles con ella (Feixas y Miró, 1993).
Encadenamiento	Es un subtipo de reforzamiento positivo similar a la técnica del moldeamiento, que se utiliza cuando la conducta que se desea alcanzar se compone de una secuencia repetitiva (o cadena de estímulos y respuestas) (Feixas y Miró, 1993).
Terapia aversiva	Consiste en la utilización de estímulos aversivos para modificar la conducta (Feixas y Miró, 1993). Una vez que se logra la conducta deseada, se elimina el estímulo aversivo.
Práctica masiva	Consiste en la repetición continuada de un hábito involuntario y persistente hasta lograr un nivel de agotamiento (Feixas y Miró, 1993).
Extinción	El terapeuta dejar de reforzar una conducta que se desea disminuir en el paciente, o intenta eliminar todas las posibilidades de obtener refuerzos positivos de un modo contingente a la realización de dicha conducta (Feixas y Miró, 1993).
Castigo	Administrar estimulación aversiva de modo contingente a la aparición de una respuesta (Feixas y Miró, 1993).

Tabla 4

Nombre	Análisis de contenido común e inespecífico
No clasificable	No clasificable
Interpersonal	Forma en que el paciente se relaciona con sus pares, otras personas externas a su grupo primario (familia).
Situación familiar	Forma en la que el paciente se relaciona con sus familiares (estructura, funcionamiento y/o clima familiar del paciente).
Etiológico	Origen o causa de la condición psíquica actual del paciente.
Diagnostico	Asignación de una categoría diagnóstica a los síntomas del paciente
Pronostico	Observaciones sobre el curso futuro del tratamiento, posible eficacia del mismo, y sobre las consecuencias que puede traerle al paciente no iniciarlo.
Viabilidad de tratamiento	Se refiere a la posibilidad de iniciar o de continuar con la psicoterapia. Incluye consideraciones referentes a la existencia o no de una demanda de tratamiento.
Evolutivo	Etapas en el ciclo vital que el paciente se encuentra atravesando. Explica situaciones presentes y pasadas dentro de este marco.
Relación terapéutica	Papel o rol que le adjudica el paciente al terapeuta y viceversa.

Tabla 4 (continuación)

Nombre	Análisis de contenido común e inespecífico (continuación)
Sexualidad	Actividad sexual del paciente, su orientación sexual, etc.
Nutrición	Alimentación y peso del paciente.
Situación global actual	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	Cuestiones relacionadas con enfermedades de naturaleza orgánica o vírica, que el paciente padece o ha padecido en el transcurso de su vida.
Interjecciones	«mj», «ajá», etc.
Conductas	Se refiere al comportamiento (conductas) del paciente.
Otras actividades	Se refiere a actividades recreativas, laborales, hobbies, etc.

Tabla 5

Nombre	Análisis de contenido específico psicoanalítico
Procesos mentales / emocionales y exteriorización de los mismos	Mundo interno del paciente: fantasías, contenidos inconscientes, aspectos yoicos y superyoicos. Incluye: conflictos, mecanismos defensivos, emociones, constructos personales y sistema de creencias.

Tabla 6

Nombre	Análisis de contenido específico cognitivo – conductual
Afecto	Se refiere a los sentimientos y emociones del paciente.
Sensaciones	Se refiere a las sensaciones corporales del paciente, tales como calor, opresión en el pecho, etc.
Imaginería	Se refiere a las imágenes descritas por el paciente.
Cogniciones	Se refiere a los procesos cognitivos y modalidad atribucional del paciente.

Tabla 7

Nombre	Análisis de Contenido Espacio / Temporal
No clasificable	No se hace referencia a ningún lugar específico.
Lugar de origen	Se hace referencia al lugar del que proviene el paciente y/o su familia.
Lugar de residencia	Se refiere al lugar en que vive en este momento el paciente.
Lugar de trabajo	Se refiere a todo lo acontecido en el lugar en que trabaja el paciente.
Espacio recreativo	Se refiere a cualquier lugar relacionado con actividades ociosas, diversión y entretenimiento, etc.
Presente y pasado inmediato	La intervención del terapeuta hace referencia al aquí y ahora de la sesión.
Pasado mediato	Se refiere a todo aquello acontecido por fuera de la sesión y con no más de dos meses de antigüedad.
Tiempo futuro	La intervención del terapeuta hace referencia al futuro del paciente.
Pasado lejano	La intervención del terapeuta hace referencia al pasado lejano del paciente.

Referencias

- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fiorini, H. J. (2000). *Teoría y técnica de psicoterapias*. (18va ed.) Buenos Aires: Nueva Visión.
- Saltzberg J. A. y Dattilio, F. M. (1996). Cognitive Techniques in Clinical Practice. *Guidance and Counseling*. 11 (2). 27-31.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría* (8 ed.). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Payne, R. A. (1999). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Sandler, J., Dare, C. y Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Roussos, A., Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2003). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia. Publicado en *Memorias de las X Jornadas de Investigación Psicología: Salud, educación y trabajo*. Facultad de Psicología, UBA, Agosto. Tomo I, 98-101.
- Rutger W. Trijsburg, Germain Lietaer, Sjoerd Colijn, René M. Abrahamse, Stefan Joosten, and Hugo J. Duivenvoorden Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*. 2004 14: 346-366;
- Vallejo Ruiloba, (1980). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (4ta ed.). Barcelona: Masson.
- Strupp, H. H. (1986). The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: A current assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 513-520.
- Wallerstein, R. y DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. En 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.