

Kächele, H. & Kordy, H. (2000): Indicación como proceso de decisión.  
*Actualidad Psicológica (Argentina)*, 24, 11-17.

## **Indicación como proceso de decisión<sup>1</sup>**

Horst Kächele (Ulm) & Hans Kordy (Heidelberg)

### **1. La psicoterapia es necesaria**

En una investigación epidemiológica realizada en la ciudad de Mannheim se comprobó que de la muestra de 600 probandos cuyas edades oscilaban entre 25 y 45 años, el 22,8 % consideraban necesarios y deseables, a los tratamientos psicológicos (Schepank 1987). Además sólo la mitad de los probandos fue considerada estimativamente como motivada para una terapia o con la probabilidad de ser motivada. Cuando se le hizo a los necesitados de realizar una terapia, una oferta concreta para una psicoterapia ambulatoria, ésta sólo fue aceptada por el 35%. Y no por el 50% como se había estimado ( Franz y col. 1990). De modo que las cifras estimadas debieron ser corregidas. Igualmente las cifras muestran la magnitud de la necesidad de recibir atención psicoterapéutica: aproximadamente el 8% de los sujetos entre 25 y 45 años, de una población urbana requerirían un tratamiento psicoterapéutico, y tienen a su vez conciencia y aceptación del tratamiento ofrecido. En las poblaciones rurales los porcentajes de aquellos que buscan un tratamiento son generalmente inferiores. Las conclusiones de Meyer y col. (1991), llegan en sus investigaciones a la estimación del 5,3% para la población total de la ex R.F.A. Sin duda el camino a la psicoterapia no se presenta sin obstáculos, deben ser tomadas muchas decisiones de modo mediato e inmediato por los futuros pacientes. Esto lleva a que aún habiendo una sintomatología profusa, pase largo tiempo hasta que se comienza con un tratamiento psicoterapéutico. De

---

<sup>1</sup> Traducción: Angélica Ernst

todos modos puede afirmarse que el cuadro divulgado en la comunidad científica ya no se corresponde totalmente con la realidad.

Potreck-Rose y Kocha (1994) re-analizan diferentes estudios y demuestran que aproximadamente un tercio de los pacientes que al momento de realizarse la muestra se encontraban en un tratamiento psicosomático, o psicoterapéutico presentaban una enfermedad de larga data y podían considerarse como pacientes crónicos. Entre el 30 y 40% de los pacientes realizan tratamientos de hasta dos años de duración. Hay por lo tanto, pacientes que pudieron encontrar tempranamente, o quizás a tiempo, el camino adecuado a la psicoterapia..

Muchas personas buscan ayuda a sus problemas espirituales, realizando al comienzo monólogos internos, o bien conversando con familiares o conocidos. La búsqueda de un profesional, es a menudo la última instancia de una larga cadena de intentos de resolución del problema por parte de ellos mismos. Los tratamientos psicoterapéuticos deben ser considerados sólo una parte, dentro de una mayor cantidad de intentos de resolver los problemas psicológicos y somáticos por ellos mismos. El camino hacia la terapia incluye una serie de decisiones que pasan por distintas etapas, las cuales pueden ser clasificadas del siguiente modo (cuadro 1)

Hay entonces una serie de alternativas, escalones previos, hasta llegar a la psicoterapia profesional. ¿Deben ser consideradas todas las decisiones que son tomadas por los interesados en la búsqueda de una psicoterapia o en los pasos previos a recibir ayuda psicoterapéutica consideradas como decisiones indicativas? ¿Cómo pueden trazarse los límites entre las decisiones indicativas y otras decisiones, y como puede describirse la relación con respecto a otras decisiones? Antes de poder dar una explicación conceptual para llegar a un modelo indicativo, mostramos esta temática ilustrándola con tres ejemplos típicos.



En el desarrollo crónico de su enfermedad, deben destacarse brotes inflamatorios masivos, lo cual muestra cuán importante sería para ella poder tener una relación duradera con un médico que la contenga, y le inspire confianza. El diagnóstico diferencial de la superación en la enfermedad, muestra sin embargo, con respecto a esta relación, una actitud escéptica, frente a las posibilidades terapéuticas y además tiene una autocompasión pronunciada. Todo esto podría conducir a un proceso de desmejoría y no a la superación de la enfermedad.

Esta es la situación típica para un terapeuta, dentro de un equipo interdisciplinario con un coordinador. La desoladora situación psicosocial, así como un desarrollo desfavorable de la enfermedad y la falta de confianza en los tratamientos médicos, y en los profesionales, marcarían las metas para un tratamiento psicoterapéutico. En su historia vital, así como en la actualidad, se presentan de modo significativo vivencias de separación, las cuales conformarían el potencial foco para una terapia orientada hacia el tratamiento del conflicto. Sería tarea del terapeuta poder discutir con la paciente si está dispuesta a recibir ayuda terapéutica, y qué clase de terapia podría adecuarse a sus necesidades. Ambos deberían ponerse de acuerdo para ver si se focalizara la terapia a los fines de que la paciente pueda desenvolverse mejor, a pesar de su enfermedad, o si en cambio hubiera que elaborar los supuestos conflictos debido a las vivencias de separación.

Al pensar en una recomendación terapéutica y al presentarle diferentes alternativas de tratamiento, se reflexionará sobre las posibilidades de la paciente. Por ej. Su disposición a realizar una terapia, y también las posibilidades concretas de realización (por ej. encontrar terapeutas con sesiones libres). Para este caso, podría indicarse una terapia de apoyo, que podría ser o bien una terapia cognitivo-conductual, como así también una terapia profunda. La paciente y el médico coordinador se pondrían de acuerdo si debe intentar realizar una terapia, y qué alternativa elegir.

## Ejemplo 2

Una estudiante de medicina de 22 años, presenta luego de terminar su pubertad una anorexia leve, y desde hace años padece una bulimia, como así también angustia frente a las relaciones sexuales, y trastornos de

concentración. Diferentes internaciones por períodos breves en clínicas psicosomáticas, produjeron muy poca mejoría, ya que la paciente no se sentía comprendida por los terapeutas. Una consulta con un psicoanalista, dio como resultado el consejo de entrar en un grupo de autoayuda, ya que su síntoma se encontraba cronificado.

Por último se dirige a un servicio de tratamiento psicoterapéutico ambulatorio. La primera entrevista previa al tratamiento no se desarrolla sin complicaciones: “yo necesito a alguien que pueda responder a mis preguntas que no sea opaco como un espejo, sino asible y comprensible “.

Al contrario que en el caso anterior, en el cual el médico coordinador toma la iniciativa, y determina que debe realizarse una terapia, esta paciente puede formular sus deseos claramente. Teniendo en cuenta la situación adolescente de la paciente, las indicaciones del terapeuta desembocan en la propuesta que hace a la paciente. Ella misma debe imaginar una terapia en el cual pudiera sentirse cómoda. La paciente se decide a realizar una terapia prolongada, y desea tener sesiones que duren entre una y dos horas (Kächele y Hettinger 1993). El exitoso tratamiento duró algo más de dos años ( Gitzinger y col. 1997).

### Ejemplo 3:

Un naturalista de 32 años, recurrió a un médico clínico, debido a su impotencia sexual cuyo origen psicosomático le era conocido. Ambos acordaron intentar en un comienzo con un entrenamiento autógeno, el cual está muy difundido en este campo de las psicosomáticas. Esta intervención condujo por un corto tiempo hacia la disminución del miedo a las relaciones sexuales. La recurrencia de la sintomatología indujo al médico de cabecera a recomendarle una terapia conductista. El paciente comenzó junto a su pareja la correspondiente consulta, focalizada hacia ese síntoma. Esta intervención condujo hacia un cambio positivo de las relaciones sexuales. Cuando la prometida, la cual hasta ese momento vivía a 80 km. de distancia, pretende modificar la relación, establecida hasta ese momento sólo durante los fines de semana, y presiona al paciente para que se case con ella, aparece nuevamente la impotencia, acompañada por depresiones y trastornos laborales. A pedido del paciente, el médico de cabecera lo remite a un psicoanalista, con el fin de realizar una terapia orientada hacia el problema. En la primera entrevista, se diagnostica

una impotencia basada en una neurosis del carácter. Esta sutil manera del “no poder” del paciente, se refería preconscientemente, a la temida pérdida de jerarquía de su jefe, e inconscientemente estaba conectada con el triunfo sobre los limitados logros de su padre, quien sólo pudo llegar a ser un funcionario público de rango intermedio. Su inhibida sexualidad, además, estaba determinada por mandatos maternos internalizados. Su madre dictaminó el rechazo de lo sucio y lo sexual.

Se lo diagnostica como estructura obsesivo-esquizoide, debido a lo cual el psicoanalista indica un tratamiento psicoanalítico, con una alta frecuencia semanal. Puede hacer comprender al paciente, que sólo elaborando totalmente las inhibiciones en casi todas sus esferas vitales, puede prometerse una mejoría duradera ( Thomä y Kächele 1997)

## **2. Aclaración conceptual**

El concepto indicación describe un tradicional concepto dentro de la medicina: se trata de encontrar una terapia adecuada, para un determinado paciente. La sola formulación del problema, no promete empero, una solución, sino que los tres componentes aquí implícitos se modifican dinámicamente:

- Las ideas de salud y enfermedad se modifican en el individuo, así como también en la sociedad
- Determinadas enfermedades, pierden significación, y otras, hasta ese momento desconocidas, comienzan a llamar la atención
- Surgen nuevas formas de terapia, algunas se continúan aplicando, (o se desarrollan) ya que han demostrado ser eficaces, y otras son dejadas de lado
- Debido a la influencia recíproca se modifican de este modo también las ideas sobre aquello que se considera “adecuado”.

Durante largo tiempo tuvo validez la noción causal – encontrar una terapéutica adecuada - luego de diagnosticarse la enfermedad. Su basamento era la medicina naturalista. El paciente sufriente con sus deseos individuales de curación, y sus posibilidades de mejoría, no era tenido en cuenta, como así tampoco el terapeuta con sus competencias y preferencias tanto personales como profesionales. Casi no se reflexionaba sobre el marco de trabajo

terapéutico, fuera éste institucional, social o económico. Su significación para la indicación tenía poca importancia. La obra standard para la “indicación en la psicoterapia”, lo formula aún de este modo: se trata de la “correcta averiguación de la forma de terapia adecuada para ese trastorno, y para ese paciente” (Baumann y Von Wedel 1981, pág. 3). Este leitmotiv se encuentra hoy en la variante actualizada de la indicación orientada al tratamiento del síndrome (por ej. Baumann y Perrez 1992).

Muchas esperanzas e ilusiones hay de encontrar una praxis derivada de las conclusiones arrojadas por las investigaciones, están conectadas con esta forma de interrogante sobre la indicación. Hoy queda claro que esta pregunta sólo se compone de un complejo manojó de preguntas parciales, las cuales sólo pueden ser más o menos elaboradas sobre la base de soluciones parciales bien fundamentadas. Los principales intervinientes - paciente y terapeuta- sólo se ponen de acuerdo sobre las condiciones generales de la terapia, con respecto a pocas de estas soluciones parciales. La visión de una terapia “hecha a medida” (Goldstein y Stein, 1976) se discute hoy más que nunca (Kordy 1986). Igualmente la investigación sobre terapéutica que resulta de gran utilidad, es la que sigue el modelo sistemático empírico. Sólo se observa bajo otra luz la relación entre investigación e indicación, en lugar de arribar a conclusiones lógicas, pero simplistas, se valora más el modelo fundamentado en el diálogo, en el cual las diferentes posibilidades terapéuticas, se sopesan basándose en conocimientos previos y desde diferentes perspectivas. Los resultados no serían más las indicaciones “correctas” o “erróneas”, sino elecciones “bien” o “mal” fundamentadas.

### **3. Modelo complejo de indicación, no ligado a determinadas escuelas**

Tal como lo ilustran los casos presentados como ejemplo, las decisiones sobre las indicaciones, resultan de complejos procesos sociales escalonados.

Diferentes personas con diferentes motivaciones y necesidades, competencias y recursos son en los distintos roles, los participantes de este proceso: por Ej. paciente, terapeuta, partener, familiar o empleador.

Se trata de procesos retroactivos ya que las decisiones anteriores influyen las actuales. Muchas informaciones detalladas deben ser evaluadas en su

conjunto, de modo tal que hay que resolver problemas parciales conectados entre sí. Finalmente estas resoluciones parciales deben integrarse en decisiones importantes a los fines de la acción.

Beutler y Clarkin (1990) han propuesto para este problema clave, de toda terapia “el modelo para una elección diferencial de tratamiento”, (cuadro 25-1). Su enfoque es un intento de aplicar “lo que sabemos sobre ‘cuando puede ser efectivo, qué para quién’ y así estimular el uso de procedimientos técnicos de tratamiento para tipos especiales de pacientes y de constelaciones problemáticas”.

Con esto se ubican dentro de una tradición de una línea de autores como Goldstein y Steín (1976). Si bien vemos el modelo americano con cierto escepticismo, debido a su orientación técnica, consideramos que es útil y metodológicamente aplicable. Éste sistematiza una gran cantidad de resultados disponibles que han arrojado diversas investigaciones y a su vez permiten clarificar qué vacíos posee aún nuestro saber. En ese sentido se adecua excelentemente para el desarrollo de un programa sobre la indicación. En cuanto a su significación estratégica puede ser confrontado con el “modelo genérico de la psicoterapia” (Orlinsky y Howard 1986). El modelo relaciona cuatro casos de variables, las cuales juegan un rol central en las consideraciones sobre la indicación:

### **3.1. Condiciones iniciales del paciente.**

Aquí pueden considerarse dos aspectos relevantes para el diagnóstico: su personalidad y las circunstancias personales de vida del mismo. El cuadro 25-2 muestra la multiplicidad de estos puntos de vista. Contrariamente al modelo médico somático, se observa que el diagnóstico para la indicación de una psicoterapia, juega un rol subordinado. La hipótesis de especificidad, es decir, la suposición de que determinadas enfermedades se fundan en conflictos específicos, no pudo ser demostrado en estudios empíricos (Kordy y col. 1991). Para una terapia basada en la efectividad causal, que ha sido la esperanza de un grupo de terapeutas, faltarían los argumentos convincentes que la demuestren. Sin embargo, estos juicios son significativos para la discusión clínica. Ellos simplifican la comunicación entre colegas de diferentes especialidades y llevan a tomar en consideración aspectos de la personalidad



(y los mecanismos de defensa) y las circunstancias vitales individuales (por ejemplo: familiares, profesionales, de pareja, de amigos, etc.) ayudando así a encontrar una orientación con respecto a las metas terapéuticas de un posible tratamiento. Para determinados diagnósticos, (como por ejemplo agorafobia), los terapeutas conductistas actualmente defienden la tesis de que si se trata de un diagnóstico diferencial bien realizado, ciertas indicaciones terapéuticas encuentran apoyo en los estudios empíricos. (Fiegenbaum y col. 1992, Schulte 1992). La relevancia de la puesta en práctica de estos resultados, sin embargo aún es muy discutible.

### **3.1.1. Apéndice: Indicación pronóstica.**

Tradicionalmente, la discusión se concentra sobre la temática de la indicación. En la literatura técnica, se la trata en general bajo el concepto indicación pronóstica. Esta denominación muestra claramente que la atención se dirige inmediatamente a la situación del comienzo de una psicoterapia. A consecuencia de ello, son de gran interés las características que el paciente trae consigo, las cuales son de importancia predictiva para la obtención de resultados.

Heigl (1987) diferencia entre dos criterios pronósticos: pronóstico fenoménico y pronóstico estructural, los cuales se pueden subdividir como lo indicamos a continuación:

- Tipo y severidad de la sintomatología
- Severidad y significación de la situación desencadenante.
- Tipo de desarrollo premórbido (infantil), que es la así llamada sintomatología primordial.
- Estructura psicodinámica
- Importancia de las circunstancias sociales que conducen a la cronificación.

El saber sobre las condiciones iniciales dirige las consideraciones sobre qué medidas terapéuticas pueden producir modificaciones positivas en el paciente. ¿Cómo podría fundamentarse sino la elección de determinada terapéutica?. Aún continúa la discusión sobre si esta primera elección debe respetarse obligatoriamente. ¿No pertenecen acaso estas consideraciones sobre la

continuación eventual de la terapia, cambio o finalización, etc., a la misma indicación?. Esta concepción se encuentra en la literatura bajo el concepto “indicación adaptativa”.

Mediante la inclusión de los potenciales resultados de éxito o fracaso, se amplía así el concepto de la indicación pronóstica, denominándola entonces “indicación pronóstica condicionada”.

La pregunta sobre la indicación de un determinado tipo de terapia (o desistir de continuar con ella) se convierte aquí en la pregunta sobre las posibilidades de éxito de una medida terapéutica, para determinados pacientes, trastornos, terapeutas y característica de las metas fijadas (Baumann 1981; Schneider 1990). La “indicación pronóstica condicionada” es de este modo un intento de especificar las condiciones bajo las cuales pueden esperarse ciertas modificaciones. A pesar de existir algunas investigaciones ambiciosas sobre este tema, hay muy pocas interesantes que relacionen las características individuales, y el éxito de la terapia (compárese por ej. Luborsky y col. 1988; Smith y col. 1980; Kächele y Fiedler 1985). Esto tiene validez al menos cuando se sopesan cuidadosamente las comprobaciones estadísticas (y no sólo se piensa en la superioridad de la propia escuela). Si bien Luborsky y col. (1988) informan de la existencia de una larga lista de comprobaciones empíricas, al observar con más exactitud, la correlación que arrojaron en sus estudios, fue sólo de  $r = 0,30$ . Para el estudio dirigido por Luborsky, también es válida la afirmación de que los factores pronósticos, sólo muestran una probabilidad predictiva modesta. Se utilizó una muestra de 73 pacientes y se pudo comprobar una relación significativa entre las variables de la entrevista clínico-pronóstica, con una mayor correlación en la psicoterapia psicoanalítica ( $r = 0,54$ ). El texto dice que sólo cerca del 25% de la varianza del éxito terapéutico pudo ser esclarecido mediante las variables pronósticas estudiadas. Las categorías que se mostraron importantes para poder realizar un pronóstico exitoso fueron: “libertad emocional”, “iniciativa propia”, “flexibilidad” y “expectativas positivas”, en los pacientes que las presentaban.

### **3.2. El encuadre terapéutico.**

El encuadre se conforma por:

- El tipo de marco terapéutico  
(por Ej. ambulatorio o internación)
- El tipo de terapia (por ejemplo:  
psicológica, farmacológica, individual,  
grupal, familiar, combinada).
- Alcance global de la terapia  
y su distribución con respecto a la longitud

En el caso de tratamientos ambulatorios, se puede diferenciar muy bien entre sus componentes, aun cuando estos se influyen recíprocamente. De este modo, y teniendo en cuenta la frecuencia de sesiones semanales en el psicoanálisis (1 a 4), se puede realizar una estimación empírica sobre la duración total del tratamiento. En caso de permanencia en el centro de salud, la duración de la internación se ve limitada por quien costea los gastos, aun cuando, dentro de los programas de tratamiento, se pueden considerar diferentes “paquetes de tratamiento” (Kächele y col. 1999). En este sentido, los tres componentes parciales se observarán superpuestos. Esto es válido sobre todo para las decisiones sobre los costos de la terapia, la frecuencia y la duración que siempre se refieren a un marco terapéutico y tipo de terapia especial.

Así surge otra dimensión la cual a menudo es considerada por los participantes del proceso terapéutico como algo externo: “la tarea principal consiste en identificar la terapia que produce el efecto más importante sobre los problemas relevantes y más abarcativos, e implique la menor inversión económica”(Beutler y Clarkin 1990). Justamente este último aspecto es de gran actualidad, ya que se discute sobre la limitación de costos en el sistema de salud.

La comisión de expertos para la acción dentro del sistema de salud, remarca expresamente que tanto la rentabilidad como la efectividad deben ser consideradas (Comisión de Expertos en Salud, 1989). Los pocos estudios que actualmente existen apoyan la tesis de que los pacientes reaccionan a una velocidad diferente frente a la terapia (Howard y col. 1986). Para poder asegurar a los pacientes con trastornos de diversa gravedad, las mismas chances de arribar a una terapia exitosa y rentable, deben considerarse las posibilidades terapéuticas en forma más diferenciada. En algunos escritos

sobre problemas parciales con respecto a este tema de la cuestión de la indicación, se utiliza el concepto de la “indicación diferencial”.

Es indiscutible que la experiencia clínica se ha ampliado y ha crecido en las últimas décadas. Esto suministra buenas razones para poder decidir entre alternativas terapéuticas que compiten entre sí. Las comprobaciones empíricas sobre la investigación de los resultados obtenidos, no alcanzan sin embargo para poder fundamentar una “indicación prescriptiva diferencial”. Este juicio no simplifica el quehacer cotidiano en la clínica. Aún así, investigadores experimentados, se dejan tentar, y de este modo dan recomendaciones indicativas que van mucho más allá de las conclusiones de sus estudios científicos (Grawe y col. 1990). El saber empírico no alcanza para poder tener puntos de orientación seguros, en el proceso indicativo. También tienen influencia sobre los resultados concretos del proceso indicativo. Estos serían los métodos terapéuticos disponibles en un determinado momento, lugar, y para ciertas personas. Las experiencias personales que, tanto el terapeuta como el paciente mismo han tenido, o les son conocidas, no son tenidas en cuenta lo suficiente. (Rudof, 1991)

### **3.3 Variables de la estructuración del vínculo terapéutico.**

No cualquier paciente puede trabajar con cualquier terapeuta. Esto se puede observar en la experiencia diaria, cosa que no se ha tenido en cuenta en los programas de formación universitarios, o de post-grado, ni tampoco en el marco de las teorías psicológicas. A veces se postula que el terapeuta debería tener acceso a cualquier paciente gracias a su competencia terapéutica, y a menudo se considera que cuando aparecen dificultades se deben exclusivamente a problemáticas del paciente (v. Krigalski, 1979; Strupp, 1988). En cuanto a la práctica concreta, este problema se regula mediante una selección más o menos conciente, llegando los terapeutas experimentados a elegir los pacientes con los cuales pueden trabajar (Kantlgraber, 1982) .

Consideraciones sobre la indicación subjetiva: Del mismo modo comienzan los pacientes a tomarse la libertad de elegir el terapeuta que ellos consideran que necesitan. En la actualidad aún se desconoce según qué criterios pueden los pacientes elegir “su” terapeuta. El porcentual de tratamientos que los pacientes no aceptan se eleva hasta el 50% (Kordy 1982; Hohage y col. 1987; y Rudolf

1991). Esto demuestra que la carencia de conocimientos sistemáticos con respecto a la adecuación terapeuta-paciente oculta importantes riesgos, si consideramos el resultado de una psicoterapia. Si aparece junto a la decisión de la indicación, un cambio de terapeuta o de institución, muy a menudo sucede que esta interrupción lleva a que los esfuerzos por iniciar un tratamiento fracasen. La relación que hay entre la adecuación terapeuta-paciente, y el éxito terapéutico, está sin embargo más investigada, pero aún no lo suficiente. En los pocos estudios concentrados sobre este tema, se consideraron las diferencias o bien, las similitudes entre paciente y terapeuta. Ellos demuestran una leve tendencia hacia una correlación positiva, pero en general baja, en el caso de haber similitudes entre terapeuta y paciente (Luborsky y col. 1988). La estimación se limita a variables socio-demográficas fácilmente aseguibles (Grande y col. 1987; Rudolf y col. 1987). Algunos autores los consideran indicadores que demuestran que las convicciones y puntos de vista del paciente y terapeuta, deben al menos rozarse para poder así facilitar la mutua comprensión. Sin embargo no hay investigaciones empíricas sobre esta temática tan interesante (Tjelveit, 1986). Es posible que no se realicen investigaciones sobre este tema, y esto tenga relación con la realidad terapéutica cotidiana, por eso los estudios que se han realizado sobre el primer contacto entre terapeuta y paciente, son muy escasos.

Luborsky y col. (1982) pensaron estudios preparatorios, los cuales posibilitaban al paciente la elección entre dos terapeutas, luego de haber tomado contacto con ello. Los resultados terapéuticos, fueron en general, mejores que al faltar la posibilidad de elección. Desgraciadamente nunca se llevó a cabo la investigación principal. Dejaremos en suspenso la cuestión referida a las limitaciones que se producen debido a condiciones tangenciales y si estas son causantes de que no se lleven a cabo investigaciones importantes sobre la característica de los terapeutas observadas desde la posición de los pacientes. La habilidad intuitiva tanto del paciente como del terapeuta, para elegir el partener correcto, sería sólo un aspecto. Este debe completarse sumándole la habilidad adquirida por el terapeuta como para poder además de elegir a su paciente, estar en condiciones de establecer una relación favorable que pueda de este modo hacer florecer la intuición (Beutler y Clarkin, 1990).

El terapeuta tiene la posibilidad, (y también la responsabilidad) de preparar al paciente para la terapia, y de interpretar sus expectativas y esperanzas dentro de este proceso de indicación indicativa. Los pacientes desconocen los diferentes métodos psicoterapéuticos (Moras y Strupp 1982), y esto no sucede solamente en las clases más bajas.

Entre tanto hay suficiente material editado como para informar y ayudar en el momento de la decisión (Tschuschke 1998) Se trata de armonizar las condiciones iniciales con las necesidades de los pacientes (esto no significa hacerse cargo de ellas). (Frank 1982). De este modo se fortifica la relación interpersonal, creando una base firme, para un tratamiento efectivo.

### **3. 4. Estrategias y técnicas**

El modelo de Beutler-Clark (véase gráfico 1) reproduce las instancias del proceso de indicación independientemente de las distintas escuelas. Según el modo de ver de ambos autores, alcanzarían exactamente cuatro variables, para un sistema de relación que muestre los elementos comunes y las diferencias de la indicación entre las diferentes formas de terapia:

#### **1. Elección de objetivos**

centrales de cambio:

“Resulta de importancia capital, poder concebir la problemática del paciente de un modo tal que se pueda realizar un tratamiento focalizado y circunscripto a cierta duración temporal (Beutler y Clarkin 1990). Algunas escuelas terapéuticas recalcan en su estrategia, a veces de un modo sólo implícito, la importancia de la cambio de síntomas, y desean ser muy efectivas en este sentido. Otras en cambio, destacan la cambio de conflictos psíquicos fundantes. La competencia entre las diferentes escuelas, es una competencia en lo que respecta también a las teorías referidas, la concepción salud y enfermedad.

#### **2 y 3. La elección de herramientas**

terapéuticas, y de objetivos intermedios:

“Muchos caminos conducen a Roma” y habría una gran diferencia entre los viajes que realizaba Goethe recorriendo Italia en una carroza, o un vuelo

directo hacia Roma. Un camino puede transformarse en una meta, al menos se puede modificar su significación subjetiva (Kächele 2000). Las principales escuelas coinciden en cuanto a los objetivos globales, que es lograr un cambio del sufrimiento del paciente. Sus caminos y herramientas, son empero, muy diferentes. Las teorías sobre enfermedad y salud se influyen mutuamente, y determinan así la formulación de objetivos concretos. Aquellas que dan importancia al conflicto psicodinámico, abarcando en sus tratamientos terapéuticos objetivos intermedios determinados, requieren de una intervención diferente de aquellas que dirigen su trabajo directamente al síntoma. Los pacientes no sólo vivencian las diferencias, sino que ayudan a configurarlas. Queda aún abierta la cuestión de las diferencias en cuanto a las ideas que los pacientes se hacen con respecto a sus experiencias aún con el mismo terapeuta, y la misma forma de terapia a lo largo del curso del proceso terapéutico. (Por ejemplo Bräutigam y col. 1990; Heuft y col. 1996).

#### **4. Conducción del tratamiento:**

El terapeuta puede, en general, establecer un plan terapéutico, por ejemplo, una psicoterapia analítica en la internación, que luego se continuará ambulatoriamente. O una terapia cognitiva-conductual y seleccionar los correspondientes objetivos globales, los cuales mantendrán su validez durante todo el curso del tratamiento. Hay sin embargo muchas decisiones, con respecto a detalles, que sólo pueden tomarse en base a la interacción concreta dentro del proceso. Tales decisiones se fundamentan en la observación de la predisposición o la resistencia del paciente. También se tendrá en cuenta la inhibición producida por los síntomas y el estado de las modificaciones alcanzadas en ese tiempo. Los modelos referidos al paciente, la terapéutica, y a las circunstancias, deben re-evaluarse de tiempo en tiempo, como para poder introducir eventualmente modificaciones, y de este modo mejorar las perspectivas respecto de un cambio positivo, y a reducir el riesgo de recaídas. Tales decisiones relevantes para el tratamiento en el transcurso del proceso terapéutico, no se pueden aún observar en cuanto a su significación, en el ámbito del concepto de la indicación. Las consideraciones sobre la asignación de la terapia adecuada para el paciente, se encuentran hoy, como siempre, en

un primer plano. La concepción radical que se expresa mediante el término de “indicación adaptativa” merece ser tratada en mayor profundidad.

#### **3.4.1 Apéndice. Indicación adaptativa.**

La indicación adaptativa, a diferencia de la pronóstica, recalca la adecuación de la elección y la configuración de la terapia, durante el proceso. El concepto tiene su origen en la terapia conductista, la cual en su estrategia terapéutica orientada hacia el síntoma, se acomodaba explícitamente, al modo de ser del paciente, desde una conceptualización funcional analítica. La planificación del proceso terapéutico, y la explícita formulación de metas, y metas intermedias, parece en principio ser totalmente ajena a la comprensión psicodinámica del paciente.

La teoría de la cura en el psicoanálisis ha malversado la conceptualización de las terapias, generando un mito de homogeneidad (un proceso para todo y para todos) (Thomä y Kächele 1996), a pesar que ya el mismo Freud señaló los aspectos adaptativos, dentro del proceso terapéutico. Fundamental en este sentido es la observación del paciente en la situación terapéutica misma. En relación con el proceso, se toman decisiones sobre la configuración formal de la continuación de la terapia. Se acuerda si deben aumentar o disminuirse las sesiones semanales, posibles interrupciones, o finalización. Algunos autores llegan aun más lejos, considerando que ciertas intervenciones terapéuticas son el resultado de las indicaciones adaptativas in-situ.

En el caso del tratamiento dentro de la internación, se entiende la adaptación como un tema central, y no exageraríamos pues la reunión diaria del equipo interdisciplinario da cuenta de esto. (Becher y Senf 1988; Janssen 1987; Kächele y Hölzar 1998; Schmitt y col. 1993)

A diferencia de la indicación pronóstica, la indicación adaptativa subraya que, recién al estar el paciente en conexión con los elementos metodológicos, puede ser evaluada la efectividad. Tomando el simple ejemplo de la frecuencia semanal en una terapia psicoanalítica, puede demostrarse que debe decidirse en cada caso cuántas sesiones semanales necesita un paciente para que se estimule o favorezca el proceso psicoanalítico. Hace una gran diferencia si se trata de un paciente intelectualmente dotado, un estudiante de psicología que sabe lo que de él se espera, y ya ha internalizado las reglas, antes de



comenzar con el psicoanálisis, o si se trata de un paciente al cual hay que hacerle conocer las reglas. Igualmente debe el analista decidir en determinados momentos cuáles objetivos intermedios puede alcanzar con determinada frecuencia semanal. El modelo de la escena, adoptado por Thomä y Kächele (1996), el cual ilustra otra forma de la complejidad de las decisiones del informe, en la situación psicoanalítica, brinda la información de que el tamaño de la escena, la iluminación, la cantidad de personas, etc. Configuran y co-determinan la terapia en gran medida. La aplicación de un modelo flexible, pero estratégico decide sobre los aspectos relacionales, a pesar de lo cual no se puede hablar de carencia de reglas. El informe adaptativo está determinado por un pensamiento de medios y fines, los métodos, se encuentran subordinados a la teoría, la que a su vez fundamenta los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en la teoría de Freud, el objetivo es la “capacidad para amar y trabajar”. Muy a menudo sucede en la práctica que un psicoanalista recomienda a un paciente un método no psicoanalítico, debido a que tiene dificultades para embarcarse en la búsqueda conjunta del sentido de sus síntomas. Mucho pacientes psicósomáticos enfrentan al terapeuta con la siguiente divergencia: las expectativas con respecto al tratamiento, están determinados por el deseo de verse librados del molesto síntoma, pero no se muestran dispuestos a clarificar la importancia del síntoma en el contexto de su historia vital. La aceptación de realizar una terapia encubridora, podría aportar la posibilidad de construir una relación de apoyo en la cual se responde, en principio, a las primeras expectativas del paciente. De este modo, se amplía la chance ganarse al paciente, para poder emprender los pasos terapéuticos sucesivos. De acuerdo con el concepto de Balint se concibió ya tempranamente la idea nuclear del informe adaptativo (Hohage y col. 1981)

#### Ejemplo d

Una paciente de 22 años, sufrió una descompensación psicótica, durante una terapia en internación. Fue remitida a un tratamiento ambulatorio con un diagnóstico de trastorno borderline-desestructurante. Sus múltiples miedos se referían, sobre todo a la locomoción, por lo cual, entre otros factores no deseaba salir sola, ni tampoco venir por ello a la terapia. El psicoterapeuta evaluó la situación de la siguiente manera: el primer objetivo sería lograr

recuperar la autonomía en la vida cotidiana, ya que la necesidad de contar permanentemente con un acompañante, suscitaba en ella satisfacciones neuróticas y sentimientos de culpa. Estudiando conjuntamente la ruta del autobús y el camino que debía recorrer, se pudo lograr que la paciente llegara a su terapia sin acompañamiento, y además, que se sintiera comprendida y apoyada allí donde su self se presentaba lábil y más amenazado. Es decir, al no ser más sujeto de sus propias acciones. Esta fase, identificada por Balint como pedagogía del yo, puede desarrollarse luego conduciendo a una terapia psicoanalítica elaborativa, en cuyo centro se trabajaron las fantasías inconscientes reparatorias referidas a su madre. La tercera fase en la cual se trabajó con musicoterapia hizo elaborar a la paciente una mejor comprensión de sus impulsos, a menudo descontrolados.

La integración de las distintas fases del tratamiento, realizada en forma sucesiva o simultánea, está muy difundida hoy actualmente en la psicoterapia de la internación. En los tratamientos ambulatorios, aún no se usufructúa lo suficiente de estas posibilidades adaptativas (véase Fürstenau 1992).

Lamentablemente, hay aún lineamientos psicoterapéuticos que rechazan esta posibilidad (Faber y Kaarstrick 1999).

El esclarecimiento que debe realizar el psicoterapeuta frente a sus pacientes con respecto a la fundamentación de la terapia elegida, presupone que el terapeuta no sólo conoce las evaluaciones existentes al respecto (Kächele y Porzsolt 2000). Más allá de eso, debe orientar el proceso para optimizar su postura en el informe según una gran cantidad de aspectos sociales y espirituales, del paciente y también de su medio. Aquí juegan un rol muy importante los valores implícitos e innegables del paciente, y también del terapeuta. La terapia por el espíritu se origina a partir de objetivos que deben ser elaborados conjuntamente con el paciente, y de allí deriva el problema ético de la indicación, debido a que no se trata sólo de objetivos derivables de la enfermedad (Strotza 1982). Estos objetivos conformarían una base igualmente relevante para la motivación hacia la indicación, fundados en el deseo de un paciente de lograr cambios.

#### **4. Situaciones ejemplares y posiciones de la indicación**

La decisión de dar una indicación es comprendida tal como lo recalcado como el resultado de un proceso de intercambio, en el cual, el profesional sopesa la situación inicial del paciente, su necesidad de tratamiento, su trastorno o enfermedad y las posibilidades internas y externas de lograr una curación o una mejoría, tomando en cuenta los recursos disponibles o los recursos posibles. (compárese por ejemplo, con Newman & Howard.

1986). Habíamos mostrado en base a los ejemplos 1-3, que la indicación de hacer una psicoterapia se puede realizar en diferentes lugares del sistema de salud y que dependerá de las condiciones de cada caso.

Entre tanto podemos nombrar cinco ámbitos del sistema de atención en medicina psicosomática en la República Federal Alemana, dentro de los cuales se pueden tomar decisiones de indicación:

I Atención Primaria psicosomática

II Equipo Interdisciplinario con Coordinador

III Terapia Ambulatoria

IV Psicoterapia para las fases agudas  
en Internación

V Psicoterapia de Internación  
en la rehabilitación

Entre estos diferentes sistemas hay comunicaciones en ambos sentidos. Estas se regulan a través de decisiones de indicación. A través de los siguientes ejemplos describiremos dos de estos ámbitos, su inclusión institucional en el sistema de atención, también las influencias resultantes de allí sobre las decisiones de indicación acordadas.

#### **4.1 Proceso de indicación en una policlínica universitaria (Consultorios externos)**

Al servicio ambulatorio de psicoterapia y medicina psicosomática de la Universidad Ulm, son enviados anualmente cerca de 450 pacientes de dicha ciudad y de las zonas campestres aledañas para una primera entrevista (Freund 1990). Con cada paciente se realiza una sesión que dura entre 45 y 60 minutos. En general un 50% de estos pacientes acuden a una segunda y a

veces también tercera entrevista. En el centro de la primera entrevista se encuentra la aclaración diagnóstica, sobre todo, consideraciones sobre qué tipo de tratamiento sería el adecuado para las dolencias y trastornos que aquejan al paciente y además cuál tendría sentido y sería realizable dentro de esa constelación psicosocial y somática.

Se han demostrado eficientes las siguientes cuatro categorías en las que se incluyen los cierres de entrevista que tomaremos para la descripción del proceso de decisión.

- A La idea directriz, o sea el motivo del paciente queda conservado.
- B La demanda del paciente queda conservada.
- C Se acuerdan medidas terapéuticas concretas.
- D La relación terapéutica se prolonga.

En base a estas características se pueden desarrollar 7 categorías clínicas:

1. Recomendación terapéutica obligatoria.
2. Recomendación terapéutica no obligatoria.
3. Contactos esporádicos.
4. Medidas no psicoterapéuticas.
5. El problema queda solucionado.
6. Sin resultado.
7. Interrupción del contacto.

Los terapeutas se diferencian considerablemente entre ellos por la manera en que cierran la primera entrevista.

Las frecuencias que se presentan en el cuadro 2 remarcan la variabilidad interindividual del proceso de decisión ya en este momento del camino hacia la psicoterapia.

En una institución como en el Servicio Ambulatorio de Ulm, en la cual participan terapeutas con diferente formación (psicoanalistas, conductistas, terapeutas sociales, musicoterapeutas) hay un espectro bastante amplio de terapias ambulatorias a disposición de los pacientes;

Cuadro 25-2. Distribución de la asignación de tratamientos realizada en el Servicio Ambulatorio de la Universidad de Ulm (1973 - 1986: N= 1554)  
(La así llamada Técnica Standard, o sea, el frecuente psicoanálisis, solo cubre el escaso porcentaje del 4,1%; el asesoramiento y la terapia breve corresponden a aproximadamente 1/3 de los pacientes. La terapia de apoyo realizada por 2 asistentes sociales asciende al 18% y le corresponde el segundo lugar).

Cuadro 2

<u>Forma de Terapia</u>	<u>Porcentaje</u>
Asesoramiento	12,9
Terapia breve	21,9
Terapia Psicoanalítica	12,0
Terapia Psicoanalítica	4,1
Terapia de pareja	8,3
Terapia familiar	2,3
Terapia conductista	6,0
Terapia de apoyo	17,8
Terapia grupal	7,7
Actividades grupales	2,3
Entrenamiento autógeno	4,6

Además de esto se recomienda en algunos casos, una psicoterapia dentro de la internación y a veces también se sopesan medidas no terapéuticas en el proceso de la indicación.

El terapeuta, o sea el profesional en el proceso de la búsqueda de la indicación, puede de este modo elegir más allá de sus propias posibilidades pues dispone de un acceso directo hacia las competencias de sus colegas. "Pero quien tiene la elección también tiene el tormento". Se presenta aquí el problema de la indicación diferencial! Esto significa que en el caso de una institución implica desarrollar formas de organización que permitan simplificar la comunicación entre expertos con competencias diversas y también con concepciones diversas. A estos fines se han mostrado como efectivas las

reuniones dentro de dicho servicio. El terapeuta que ha realizado la primera entrevista con el paciente comunica la impresión que ha tenido del desarrollo del diálogo con el objetivo de incluir a los colegas en el proceso de indicación. Estos no solo deliberan sino que además deciden y se hacen co-responsables. Justamente bajo este aspecto de la responsabilidad pasa a tener un peso importante la cuestión de la posibilidad de la realización del asesoramiento dentro de la indicación. No solo se trata de responder a la pregunta: ¿Qué tipo de psicoterapia para este paciente?, sino también con quién y en qué momento. Las consideraciones que se realizan por lo tanto, en un servicio ambulatorio psicoterapéutico para lograr una indicación terapéutica diferencial también suceden independientemente del paciente, como por ejemplo considerar qué cantidad de espacios vacíos quedan en las terapias grupales o también los intereses y competencias especiales de cada terapeuta. Delante de este trasfondo institucional, se realiza la reunión del equipo para tomar una decisión clínicamente fundamentada a los fines de orientar al paciente. Por ejemplo terapia psicoanalítica, terapia conductista, musicoterapia, entrenamiento autógeno; para esto se consideran las condiciones generales (ambulatorios, en la internación; terapia individual, terapia de pareja, terapia de grupos, terapia familiar, terapia breve, terapia prolongada, frecuencia baja, media o alta).

La distribución de las indicaciones acordadas en base a 1554 pacientes durante los años 1973 a 1986 muestra el amplio espectro (cuadro 2) de las posibilidades terapéuticas disponibles.

#### **4.2 Procesos de indicación en el consultorio de un psicoterapeuta local**

La psicoterapia en el consultorio de un psicoterapeuta local es la forma más conocida de atención psicoterapéutica (lo que no significa que allí se atiende la mayor cantidad de pacientes).

Al hacer la esquematización de los procesos de indicación deben dejarse de lado las condiciones institucionales (por ejemplo, modos de derivación o delegación, etc) si bien estos influyen considerablemente los procesos de indicación.

El psicólogo tratará de tener en lo posible, pocos horarios sin aprovechar. Y tiene todo el derecho de hacerlo así! A su vez, los enfermos desean, una vez que se han decidido a realizar una terapia, poder comenzarla sin mayor demora temporaria. Estas dos posiciones no pueden ser maximizadas al mismo tiempo: no queda otra posibilidad, ambos partenaires tienen que llegar a un acuerdo.

Debido a la desigualdad de los dos partenaires, surge un riesgo nada insignificante: los tiempos de espera de 6 meses y aún más, en casos de un acuerdo poco claro, llevan al paciente a desistir de su demanda. Esto sucede en un porcentaje de hasta un 50% y además surge la cuestión “¿Vale la pena esperar tanto para poder acceder a un lugar terapéutico?”

Estos son indicadores de las dificultades que pueden surgir a uno de los dos integrantes y para las cuales hay que lograr un acuerdo.

Un psicoterapeuta local está en una situación básicamente distinta a la de su colega en una institución clínica (por ejemplo, servicio ambulatorio).

Las diferencias se refieren al espectro de recursos que tiene a su disposición, en vista a sus competencias terapéuticas serán en general reducidas. Por otro lado, el paciente no notará casi diferencia. Diferencia a la que el terapeuta no quiere ni puede referirse. Diferente será para aquellos muchos a los cuales se les indicó un tratamiento y que el no puede atender debido a la falta de sesiones libre (“tengo todas las sesiones tomadas y no dispongo de capacidad en los próximos años”) o debido a la falta de competitividad (“yo no trato trastornos de la alimentación”) o también debido a indicaciones subjetivas negativas del terapeuta (“no me gustó su voz en el teléfono”). En estos casos podría el terapeuta responder al paciente proponiéndole que realice nuevos contactos telefónicos o puede indicar al paciente que se dirija a tal o cual colega sin explicitar claramente si trabajan conjuntamente o no. Este colega no se hará cargo de esta indicación tan simplemente sino que de acuerdo con sus obligaciones médicas querrá primero hacerse un cuadro de la situación. A diferencia de la atención en un servicio ambulatorio donde cada paciente, accede mínimamente a una primera entrevista, debe pensarse que en este caso esta pre - entrevista puede dificultar o facilitar al paciente el camino hacia el comienzo de su psicoterapia.

En el consultorio de un psicoterapeuta sería adecuado que tenga a disposición turnos libres para aquellos pacientes que más se benefician con el tratamiento, de modo que no resulta inmoral atender a un paciente YAVIS (Young - Attractive - Verbal - Intelligent - Successful). Pero por esta vía no se soluciona la indicación de un médico de obra social. El también debe reflexionar sobre cuáles medios terapéuticos deben aplicarse en ese caso y que el mismo no puede o no quiere atender. Aquí prima un pensamiento indicativo orientado según la clase social:

“Si comparamos el gasto de dinero que realizan los servicios de salud prepagos con respecto al servicio de salud elemental se ve a las claras que para las psicoterapias las obras sociales invierten menos dinero que el que debería esperarse con respecto al porcentaje total de asegurados” (según Meyer. 1991)

Hace poco se volvió a demostrar el siguiente orden de cosas: la indicación de una psicoterapia, el nivel de formación y la duración de un tratamiento presentan un alto grado de correlación (Rüger 1999).

Los procesos de indicación, en el caso del terapeuta que trabaja en forma individual también están amenazados por prejuicios (Blaser 1977). Su pensar y accionar se orienta en base a lo que conoce y aquellos pacientes que le insumen la mayor parte de sus horas de atención.

Esto hace crecer el riesgo de que el psicólogo generalice su propia experiencia en todo el sistema de atención.

Vessey y O. (1994) han analizado por medio de la simulación con una computadora, como ciertas condiciones marginales del sistema de atención pueden influir sobre él.

Formularon en su modelo la presunción central de que un terapeuta al abrir su consultorio distribuye hipotéticamente sus sesiones entre 4 tipos de terapia (intervenciones en casos de crisis, terapia breve, terapia de duración intermedia, terapia prolongada). Esto lo realiza de acuerdo con la estimación de la demanda para estos tipos de terapia en la población total. Además suponían que los pacientes demandarían terapia de acuerdo con estos porcentajes y que las sesiones libres se volverían a ocupar rápidamente. Ya 12 meses luego de haber comenzado a atenderse observó un desplazamiento en las proporciones de la estructura de clientes estimada. Se llegan así a tratar más pacientes en



terapias prolongadas (55%) que lo que arrojaba la estadística (19%) y esto sucede a costas de los pacientes que requerían inicialmente una intervención para una crisis. Los autores pudieron demostrar que según las suposiciones del modelo esta distribución se debería estabilizar luego de un lazo de aproximadamente 12 meses.

Los resultados de esta investigación demuestran que las proporciones de pacientes se desvían en la praxis automáticamente de las suposiciones del modelo sobre la demanda.

Si el terapeuta desea evitar este desplazamiento debe maniobrar mediante la indicación activamente contra esto.

Estos análisis contienen 2 mensajes:

1. Los desequilibrios entre demanda y oferta de terapia no se deben a la incapacidad o a las preferencias de los terapeutas sino a diversas condiciones que influyen sobre el encuadre. Mientras haya suficientes pacientes que necesiten terapia no debería haber en los consultorios sesiones libres durante tiempos prolongados. Los pacientes “pagan su precio” debido a los largos tiempos de espera.

Si el terapeuta mantiene sesiones libres para pacientes en espera o se ve obligado a ellos debido a una disminución en la demanda “paga su precio” debido a que debe renunciar al ingreso de nuevos pacientes.

2. El consultorio de un psicoterapeuta (y también los servicios institucionales ambulatorios o las clínicas especializadas) reflejan la realidad terapéutica de un modo deformado. Si se renuncia a reflexionar sobre esta distorsión se corre el peligro de que ciertos estereotipos se vuelvan dominantes sobre la indicación y de que esta distribución ya no se corresponda con las realidades y necesidades de los pacientes. Leuzanger (1984) considera que estos estereotipos son una respuesta colectiva a los conflictos que surgen del proceso de indicación. Esto facilitaría la identificación con ciertas escuelas terapéuticas y puede considerarse como una protección personal y social del clínico frente a las distorsiones de la distribución de pacientes.

## **5. Perspectiva**

La indicación de una terapia lo más adecuada posible para el caso particular se convierte en un deseo y eventualmente en un riesgo. Se trata de encontrar la solución más óptima posible para las necesidades y posibilidades del paciente teniendo en cuenta el amplio espectro de terapias existentes.

La alternativa “terapia adecuada versus terapia inadecuada” debería orientar la decisión para un determinado momento y ser vista como un desafío si se pretenden elecciones a mediano plazo, sobre todo si se busca una terapia adecuada para un paciente inadecuado. (Becker y Surf 1988).

Tanto una terapia psicoanalítica como una conductista pueden no ser la terapia adecuada para todo tipo de pacientes. El espectro hoy disponible de terapias científicamente fundamentadas así como los distintos marcos terapéuticos (internación o tratamiento ambulatorio), es tan amplio que solo queda la tarea de encontrar una terapia adecuada para ese paciente así como también un tratamiento que el paciente pueda tolerar. Las conclusiones de las investigaciones sobre terapias dan derecho a sostener una postura optimista de que para la mayoría de pacientes vale la pena correr el riesgo de comenzar algún tipo de terapia aunque esta no sea totalmente óptima. Siempre será mejor que no comenzar ninguna terapia.

La toma de decisiones clínicas como en este caso la indicación, siempre será compleja.

Los intervinientes en el proceso, un asistente profesional con determinadas competencias y las responsabilidades que de ellas emanan, y una persona sufriendo necesitada de ayuda, a saber el paciente deben ponerse de acuerdo sobre las medidas terapéuticas adecuadas. Esto debe darse así a pesar de la asimetría existente en la relación.

Alexander L, Luborsky L, Auerbach A, Cohen M, Ratner H, Schreiber P (1982) The effect of match between patient and therapist: Findings from a re-pairing study. Abstract Annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Stowe, USA

Balint M, Balint E (1962) Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Huber/Klett, Bern/Stuttgart

Baumann U. (1981) Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: U. Baumann (Hrsg.) Indikation zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München

Becker H, Senf W (Hrsg) (1988) Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

- Beutler LE, Clarkin JF (1990) Systematic treatment selection. Brunner/Mazel Publ., New York
- Blaser, A. (1977) Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Huber, Bern
- Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamnesenprojektes. In: Lang H (Hrsg) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 189-208
- Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. *Psyche* 36:191-225
- Drigalski D von (1979) Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Ullstein, Frankfurt am Main Berlin Wien
- Faber F, Haarstrick R (1989) Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm-Stuttgart
- Frank J (1982) Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. The Johns Hopkins Press, Baltimore. dt. Die Helfer. Stuttgart, Klett-Cotta 1986
- Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *PPmP Psychother Med Psychol* 40:369-374
- Freund W (1992) Merkmale von Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Med. Diss. Universität Ulm
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Verlag J. Pfeiffer, München
- Gosda (1986) Selektionsentscheidungen der Heidelberger Ambulanz. Med. Diss. Heidelberg
- Grande T, Porsch U, Rudolf G (1987) Die biografische Anamnese als Ergebnis der Therapeut-Patient-Interaktion und ihr Einfluß auf die Prognose und Indikationsentscheidungen. In: Lamprecht F (Hrsg) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 231-237
- Heigl F. (1981) Psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan. In : U.Baumann (Hrsg.) Indikation zur Psychotherapie. München Urban & Schwarzenberg
- Hohage R, Klöss L, Kächele H (1981) Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in der psychotherapeutischen Ambulanz. *Psyche* 35:544-556
- Hohage R, & Kächele H, Hößle I (1987) Die Dokumentation des Interview-Ausganges in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychother. Med. Psychol.* 37:244 - 247
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychologist* 41:159-164
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett, Stuttgart
- Kächele H (1993) Die therapeutischen Umwelt in der stationären Therapie. In: Seifert T, Schmitt G, Kächele H (Hrsg) *Stationäre analytische Psychotherapie. Schattauer Verlag*, Stuttgart
- Kächele H, Fiedler I (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersagbar? *Psychother. Med. Psychol.* 35: 201-206
- Kächele H, Hettinger R (1993) Bulimie - Ein Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen. *Prax Psychother Psychosom* 38: 151-160

- Köhlke H U (1992) Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in der Symptomtherapie. *Verhaltenstherapie* 2: 256-266
- Kordy H. (1983) Bemerkungen zur empirischen Erforschung von Einflußgrößen bei Indikationsentscheidungen, *Zsch.f. personenzentr.Psychologie & Psychotherapie* 119-131
- Kordy H (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother Psychosom* 30:212-222
- Kordy H, Normann D (1992) Psychologische und somatische Faktoren, die den Verlauf der Crohnschen Krankheit beeinflussen .*PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 42:141-149
- Leuzinger M (1984) Psychotherapeutische Denkprozesse. Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren. PSZ-Verlag, Ulm
- Luborsky L, Schimek J (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change implications for assessment. In: Worchel P, Byrne D (Hrsg) *Personality change*. Wiley, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988b) Who will benefit from Psychotherapy? Basic Books, New York
- Meyer AE (ed) (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom* 35:77-220
- Meyer AE (1990d) Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang H (Hrsg) *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 179-188
- Meyer AE, Stuhr U, Wirth U, Rüster P (1988) 12 year follow-up studies of the Hamburg short psychotherapy experiment: An overview. *Psychother. Psychosom* 50:192-200
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Schulenburg JGv, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, März 1991
- Moras K, Strupp H (1982) Pre-therapy, interpersonal relations, patient's alliance, and outcome in brief therapy. *Arch Gen Psychiat* 39:405-409
- Newmann F, Howard K. (1986) Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. *Amer Psychol* 41:181-187
- Paul G (1969) Behavior modification research: Design and tactics. In Franks CM (ed.) *Behavior therapy: Appraisal and status* . McGraw-Hill, New York, S. 29-62
- Reiter L (1973) Zur Bedeutung der Sprache und Sozialisation für die Psychotherapie von Patienten aus der sozialen Unterschicht. In: Strotzka H (Hrsg) *Neurose, Charakter, soziale Umwelt*. Kindler, München, S 157-179
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G, Grande T, Porsch U, Wilke S (1987) Prognose und Indikation - Von der Objektivierung der Patienteneigenschaften zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion. In: Lamprecht F (Hrsg) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 225-230
- Strotzka H (1982) Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. Springer, Wien New York
- Strupp HH (1978) Suffering and psychotherapy. *Contemp Psychoanal* 14:73-97

- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Tjelveit A (1986) The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client variables. Clin Psychol Rev 6:515-537
- Torhorst A, Stitz S (1991) Therapieverlaufsstudie bei Patienten nach Suizidversuch. Suizidprophylaxe.
- Vessey J, Howard K, Lueger R, Kächele H, Mergenthaler E (1993) The clinician's illusion and the psychotherapy practice. An application of stochastic modeling. :J cons clin psychol, in press
- Westmeyer (1981) Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In: Baumann U (Hrsg) Indikation zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, S 187-198