

**FACULTAT DE PSICOLOGIA, CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ I DE L'ESPORT
BLANQUERNA, UNIVERSITAT RAMON LLULL.**

**Selecció de l'orientació psicoterapèutica: una anàlisi de la compatibilitat entre el
perfil personal del pacient i l'orientació psicoterapèutica.**

Per

Marta Thomen

30 de maig de 2018

Títol: Selecció de l'orientació psicoterapèutica: una anàlisi de la compatibilitat entre el perfil personal del pacient i l'orientació psicoterapèutica.

Title: Psychotherapeutic orientation selection: an analysis of the compatibility between the personal profile of the patient and the psychotherapeutic orientation.

Autors:

Marta Thomen Bastardas.

Tutor:

Xavier Carbonell.

Institució:

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

Enviar correspondència a: Marta Thomen Bastardas. Facultat de Psicologia, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Cister 34, 08022. Direcció electrònica: martatb1@blanquerna.url.edu

Resum

L'objectiu del present estudi és observar si és possible orientar a les persones que vulguin iniciar un procés terapèutic a escollir l'orientació psicoterapèutica que millor s'adapti a les seves necessitats, sent les orientacions psicoterapèutiques les següents: 1) Psicoteràpia breu i focal; 2) Psicoteràpia Sistèmica; 3) Psicoteràpia Cognitivo-Conductual; i 4) Psicoteràpia Humanista. Per escollir l'orientació més idònia s'han analitzat les variables de personalitat: Estil d'Afrontament i Resistència, definides per Beutler (2006, 2007), avaluades a partir del Qüestionari Autoadministrat d'Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST) i s'ha observat si coincideix amb la psicoteràpia escollida per la persona, a partir de la visualització d'un conjunt de vídeos informatius de cada psicoteràpia. La mostra ha estat de 40 joves-adults d'entre 19 i 32 anys, essent la mitat homes i la mitat dones, i com a criteris d'inclusió s'ha establert la condició de no haver cursat cap estudi en relació a la psicologia i no haver estat diagnosticat de cap trastorn mental. Els resultats indiquen que és possible orientar a la persona en una besant psicoterapèutica, però s'hauria de millorar l'Escala de Resistència del CASST, per augmentar els percentatges de coincidència i poder donar una orientació més fiable.

Paraules clau: Personalitat, Orientació Psicoterapèutica, Estil d'Afrontament i Resistència.

Abstract

The aim of this research is to observe whether it is possible to orientate people who want to initiate a therapeutic process to choose the psychotherapeutic orientation that fits better to their needs, being the psychotherapeutic orientations the following ones: 1) Brief focal Psychotherapy; 2) Systemic Psychotherapy ; 3) Cognitive- Behavioral Psychotherapy ; and 4) Humanist Psychotherapy. Personality variables have been studied in order to choose the most suitable orientation for each individual: Coping Style and resistance, defined by Beutler (2006, 2007), and evaluated through the “*Qüestionari Autoadministrat d’Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST)*”. It has been analysed whether it matches the psychotherapy chosen by the person through the display of several informative videos of each psychotherapy. 40 young-adults between the age range of 19-32 participated in the study, none of which had any studies related to Psychology nor had been diagnosed with any mental illness. The results indicate that, even though it is possible to orientate a person to a better psychotherapy that adapts to his or her personality, it needs further research in the Resistance Scale from CASST to increase the percentages of concordance and therefore give a more reliable orientation.

Key words: Personality, Psychotherapy orientation, Coping Style and Resistance.

Tradicionalment, l'assignació d'un diagnòstic tenia l'objectiu d'establir un sistema de classificació comú i facilitar la comunicació entre els professionals. La possibilitat d'agrupar un conjunt de símptomes en les persones que estaven patint un problema similar, donava a entendre que aquestes podien ser tractades de forma idèntica. En contra, les diferències individuals definides com a característiques predisponents del pacient van deixar entreveure mancances en el sistema de classificació tradicional (Beutler, Nguyen, Bertoni, Charvat & Gheyntanhi, 2007).

Les limitacions del sistema de diagnòstic del Manual diagnòstic y estadístic dels trastorns mentals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), publicat per l'Associació Psiquiàtrica Americana, com a ajuda per a planificar el tractament, han portat a buscar més indicadors predictius i contraindicadors per diferents tractaments psicosocials (Corbella et al., 2003). De manera que, un esforç notori dels clínics en els últims anys ha estat reconsiderar la pràctica tradicional de veure tots els pacients a través de la mateixa lent teòrica (Fisher, Beutler, i Williams, 1999), ja que la presència d'un diagnòstic compartit, exclou la presència de diferències importants entre els pacients. Endemés, la idoneïtat d'un model de tractament determinat depèn tant del patró d'intervencions emprades, com de l'adequació d'aquestes intervencions a les característiques diagnòstiques i no diagnòstiques del pacient (Beutler, Harwood, Bertoni, i Thomann, 2006), essent aquestes últimes la font d'influència més poderosa per determinar els tractaments efectius (Beutler et al., 2007).

Durant les últimes dècades, s'ha qüestionat l'enfocament ampli d'ajustar un model de tractament al diagnòstic d'un pacient (Beutler et al., 2006), ja que en cada tractament algunes persones milloren, altres empitjoren i moltes romanen sense canvis (Beutler et al., 2007) per tant, no tots els tractaments són eficaços per a tots els pacients o circumstàncies.

Aquest fet entreveu la necessitat d'establir una varietat de característiques del pacient que intervinguin en l'eficàcia dels tractaments particulars i puguin servir d'indicadors per a la selecció d'intervencions adequades (Fisher et al., 1999).

L'enfocament contemporani que millor representa aquest mètode d'assignació del tractament és la Selecció Sistemàtica de Tractament (STS). Aquest és un model integrador d'avaluació i tractament que estudia els rols dels factors dispositius individuals (les característiques del pacient) i les intervencions corresponents o coincidents (Beutler, Someah, Kimpara i Miller, 2015). De manera que, davant d'aquesta necessitat, Beutler va estudiar un mètode informatitzat d'identificació de trets i estats de pacients relativament duradors que els permetés seleccionar les estratègies psicoterapèutiques que millor s'adaptessin a cada pacient (Fisher et al., 1999).

En el desenvolupament del model, van intervenir a prop de 40 variables diferents, les quals van ser seleccionades per Beutler y Clarkin (1990) per predir els efectes distintius de diversos tractaments (Fisher et al., 1999). Posteriorment, aquestes van ser reduïdes a sis variables: 1) deteriorament funcional; 2) malestar subjectiu; 3) complexitat del problema; 4) suport social; 5) estil d'afrontament; i 6) nivell de reactància (Beutler i Clarkin, 2000). Seguidament, dos d'aquestes van ser eliminades; complexitat del problema i suport social (Beutler i Harwood, 2000). Finalment, es va confirmar l'eficàcia d'utilitzar dues variables, el nivell de resistència i l'estil d'afrontament com a variables bàsiques per a la selecció del tractament (Beutler et al., 2007), les quals seran exposades a continuació.

En primer lloc, el nivell de reactància és un constructe similar al terme "resistència", tot i que aquest fa referència a la influència interpersonal, és a dir, a la influència de les altres persones. Aquesta apareix quan es posa en perill el sentit de llibertat o control d'un pacient (Beutler et al, 2007). Per tant, aquesta podria ser definida

com el nivell d'oposició dels pacients als esforços percebuts per part del terapeuta per controlar el comportament del pacient (Beutler et al., 2006).

El nivell de resistència del pacient, guia la selecció d'un procés terapèutic (Beutler et al, 2007). La valoració del nivell de resistència del pacient ens informa sobre la selecció de la directivitat de la teràpia. Una alta resistència és un indicador de l'ús de teràpies menys directives i a la inversa (Beutler et al., 2006). És a dir, els baixos nivells de resistència indiquen activitats dirigides per el terapeuta, com la psicoteràpia cognitiva-conductual o humanista, mentre que els nivells d'alta resistència suggereixen intervencions menys dirigides per el psicoterapeuta, com la psicoteràpia psicoanalítica o sistèmica (Beutler et al, 2007).

El nivell de reactància o de resistència pot ser avaluat a través del Qüestionari Autoadministrat d'Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST) (Corbella et al., 2003), basat en la versió computeritzada del Qüestionari Autoadministrat SST (Beutler i Williams, 1995). Per tant, l'instrument és l'adaptació de la versió anglesa dels apartats d'Estil d'Afrontament i Resistència de la versió del CASST traduït a l'Espanyol.

Degut a les dificultats d'accés d'aquest instrument, hi ha altres instruments que poden ser emprats per l'avaluació d'aquesta dimensió. El nivell de reactància podria ser avaluat a través del MMPI-2 com en les altres dimensions, no obstant això, els índex que es plantegen encara són prematurs per a un ús clínic. Així doncs, l'autor planteja fer ús del TRS "The Therapeutic Reactance Scale", una escala breu (de 10 a 20 preguntes) que mesura únicament la reactància de la persona a la teràpia (Beutler i Berren, 1995).

En segon lloc, l'estil d'afrontament és un tret perdurable que fa referència a la manera en que la persona tracta les amenaces personals i interpersonal. Aquest es distingeix en dues polaritats, la externalització i la internalització (Fisher et al., 1999).

Les persones orientades a l'acció, que responen amb acting-out, amb comportaments assertius, o posant la responsabilitat sobre factors ambientals es consideren externalitzadores. Contràriament, aquells que reaccionen passivament, socialment aïllats amb comportaments insatisfets, autocrítics, introvertits i que dirigeixen el seu efecte d'afrontament cap a dins, es classifiquen com internalitzadores (Beutler et al., 2007; Corbella et al., 2003). És necessari destacar, que tot i que els individus tendeixen a reflectir un estil o un altre, una mateixa persona pot exhibir patrons d'internalització i externalització en diferents espais temporals o en diferents conflictes. Les polaritats tendeixen a ser més observables en moments en que l'individu intenta adaptar-se a un canvi en el seu entorn o a una amenaça específica (Beutler i Harwood, 2000).

En les persones que predomina l'estil d'afrontament externalitzador, s'han de potenciar estratègies dissenyades per facilitar la comprensió, l'autosuficiència i la consideració (Beutler i Berren, 1995). Concretament, aquestes persones identificades com a impulsives i externes, tendeixen a respondre millor als procediments cognitius-conductuals o sistèmics. (Fisher et al., 1999). Per tant, les teràpies que tenen com a objectiu l'eliminació de símptomes o l'adquisició d'habilitats de conducta a través de la gestió de contingències i els mètodes de canvi cognitiu, són més efectives en els pacients impulsius o externalitzadors, més que aquelles que intenten facilitar l'insight (Beutler i Harwood, 2000).

Aquest efecte sembla ser invertit entre els pacients amb estils més internalitzadors (Beutler i Harwood, 2000). En les persones que predomina l'estil

d'afrontament internalitzador o tipus mixts, tendeixen a respondre millor a tractaments orientats a la consciència, a la seva visió, al conflicte, que orientats a la conducta o a la reducció de símptomes, com la psicoanàlisi o la psicologia humanista (Fisher et al., 1999).

L'estil d'afrontament pot ser avaluat a través del Qüestionari Autoadministrat d'Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST) (Corbella et al., 2003), basat en la versió computeritzada del Qüestionari Autoadministrat SST (SST; Beutler i Williams, 1995). En la Taula 1 es pot observar la relació entre el nivell de resistència, l'estil d'afrontament i l'orientació psicoterapèutica.

Taula 1. Relació entre el nivell de resistència, l'estil d'afrontament i l'orientació psicoterapèutica.

Nivell de Reactància	Internalitzador	Externalitzador
Alta Resistència	Psicoteràpia no directiva centrada en el conflicte.	Psicoteràpia no directiva centrada en el símptoma.
Baixa Resistència	Psicoteràpia directiva i centrada en el conflicte.	Psicoteràpia no directiva centrada en el símptoma.

Nivell de Reactància	Internalitzador	Externalitzador
Alta Resistència	Per exemple: psicoteràpia psicoanalítica, psicoteràpia breu i focal	Per exemple: psicoteràpia sistèmica
Baixa Resistència	Per exemple: psicoteràpia humanista	Per exemple: psicoteràpia cognitivo-conductual

(Beutler & Harwood, 2000)

Per tant, podem observar que una investigació considerable recolza la importància de la compatibilitat entre les qualitats del pacient, les característiques del terapeuta i els aspectes del tractament en si (Corbella et al., 2003). Així doncs, l'eficàcia del tractament dependrà, en certa mesura, de com el tractament s'adapti al pacient.

Un fet que es pot assumir és que la majoria de la població de la nostre societat, no coneix les diferents orientacions de la psicologia: com aquestes funcionen, els seus continguts teòrics i pràctics,... Per tant, quan una persona decideix acudir a consulta, és possible que no tingui present la gran diversitat que hi ha en la psicologia. Aquest fet pot causar que la persona deixi d'assistir a la teràpia, ja que aquesta no s'adapta al que la persona estava buscant. Aquesta premissa obre un debat sobre com ajudar a la població a escollir aquell procés terapèutic que millor s'adapti a la persona. S'ha pogut observar en els estudis citats prèviament, la influència de les diferents variables personals que permeten predir els efectes distintius de diversos tractaments (Fisher et al., 1999), per tant elaboren una correlació entre la personalitat i l'estil terapèutic, però descuiden la preferència individual, la qual es podria considerar important com a procés conscient de la persona en l'elecció del procés terapèutic.

D'altra banda, l'objectiu de la Selecció Sistemàtica de Tractament no és ajustar a la persona a la orientació terapèutica que millor s'adapti a aquesta, sinó doncs, elaborar per cada pacient un model terapèutic únic. La STS busca trobar la freqüència idònia de sessions, la duració, el tipus de relació que s'ha d'establir, el *setting* o, el format,... La complexitat que comporta el model impedeix que la població pugui nodrir-se de les facilitats que ofereix i pugui accedir-hi en un àmbit no clínic o terapèutic, només informatiu, com a pas previ a la psicoteràpia.

D'aquesta manera, el present estudi té l'objectiu d'orientar a les persones que vulguin iniciar un procés terapèutic a escollir la orientació que millor s'adapti a les

seves necessitats, sent les orientacions psicoterapèutiques les següents: 1) Psicoteràpia breu i focal; 2) Psicoteràpia Sistèmica; 3) Psicoteràpia Cognitivo-Conductual; i 4) Psicoteràpia Humanista. Les hipòtesis del present estudi són: a) És possible orientar a les persones a seleccionar la orientació psicoterapèutica que millor s'adapti a les seves necessitats; b) El Qüestionari Autoadministrat d'Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST) és un instrument adequat per ajudar a la persona a seleccionar la orientació psicoterapèutica més idònia, en funció de les seves necessitats; i c) És possible l'elaboració d'un conjunt de vídeos informatius que recullin els continguts més rellevants de cada psicoteràpia, de forma més estandarditzada, per ajudar a la persona a escollir aquella orientació que més s'adapti a les seves necessitats.

Mètode

Participants

Van participar en aquest estudi 40 joves-adults, sobre els quals es van aplicar els següents criteris d'inclusió: la condició de no haver cursat cap estudi en relació a la psicologia i no haver estat diagnosticat de cap trastorn mental. La mitjana d'edat va ser de 23'325 anys, rang d'entre 19 i 32 anys, essent el 50% homes i el 50% dones.

Instruments

La variable preferència individual va ser mesurada a través d'un conjunt de vídeos informatius de les quatre orientacions principals: Psicoteràpia Breu i Focal, Psicoteràpia Cognitivo-Conductual, Psicoteràpia Humanista i Psicoteràpia Sistèmica. Per l'elaboració dels vídeos, en primer lloc, es va realitzar un breu resum de cada una de les orientacions psicoterapèutiques, els quals contenien la informació que posteriorment seria utilitzada per la producció dels vídeos. En segon lloc, aquest conjunt de relats van ser validats per professionals de cada orientació, els quals actualment treballen com a

professionals de psicologia a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna. L'explicació sobre la Psicoteràpia Breu i Focal, va ser validada per Victor Cabré, professor de la Facultat de l'assignatura "*Psicologia Dinàmica*"; el relat de Psicoteràpia Cognitivo-Conductual, va ser validat per Núria Farriols, professora de la Facultat en l'assignatura "*Models Cognitiu-Conductuals*"; el resum sobre l'orientació Psicologia Humanista, va ser corregit per M. Victòria Fernández, professora de la facultat en l'assignatura "*Psicologia Humanista*"; en darrer lloc, l'escrit sobre la Psicoteràpia Sistèmica, va ser validat per Anna Maria Vilaregut, professora de la Facultat en l'assignatura "*Psicologia Sistèmica*".

Finalment, un cop validats els recursos informatius, es va procedir a l'elaboració dels vídeos. La realització d'aquests es va dur a terme a partir de la plataforma de producció de vídeos "Doodly", adjuntada en l'Annex 2 i poden ser visualitzats a la plataforma online de creació de pàgines webs "Wix" en l'enllaç adjuntat a l'Annex 3.

Per tal d'avaluar les dimensions de la personalitat es va utilitzar la versió computeritzada del Qüestionari Autoadministrat SST (Beutler i Williams, 1995) adaptada y validada per Corbella et al (2003), denominada Questionari Autoadministrat d'Avaluació de la Selecció Sistemàtica de Tractaments (CASST) (veure Annex 1). Les dimensions avaluades per l'instrument són la Resistència del pacient i l'Estil d'Afrontament. D'una banda, l'escala d'avaluació de la Resistència està configurada per 11 ítems. Cada ítem planteja una afirmació i la persona ha de respondre de forma dicotòmica ("Sí / No"). Alguns exemples extrets del qüestionari podrien ser: "*Algunas veces hace intencionalmente lo opuesto a lo que los demás desean que haga*" o "*Piensa que la mayoría de las personas tratan de tomar ventaja sobre los demás*", essent indicatiu de resistència si s'afirma la situació i no indicatiu si es nega (CASST; Corbella et al., 2003). Per l'obtenció dels resultats de la tendència a la resistència, es realitza un

sumatori d'aquelles afirmacions indicatives de resistència, essent 11 la puntuació màxima d'aquest tret. Per tant, com més pròxim sigui el sumatori de respostes a aquest valor, més tendència a la resistència indica.

D'altra banda, l'Escala d'Estil d'Afrontament està formada per 22 ítems (11 per l'avaluació de l'estil externalitzador i 11 per el internalitzador). Cada ítem planteja una afirmació i la persona ha de respondre de forma dicotòmica (“Verdader / Fals”). Un exemple de tendència externalitzadora, seria la verificació d'una situació com: *“Generalmente trata de asegurarse si los demás están impresionados por usted”* o *“A menudo dice algo sin realmente pensar lo que puede suceder”*. En canvi, un exemple de tendència internalitzadora, seria la verificació d'una situació com: *“Tiende a preocuparse y a sobreestimar muchísimo los problemas antes de hacer algo”* o *“Se resiste a expresar enojo directamente”* (Corbella et al., 2003). Per l'obtenció dels resultats de la tendència a l'Estil d'Afrontament Externalitzador o Internalitzador, es duu a terme el mateix procés que en l'Escala de Resistència, realitzant el sumatori d'afirmacions indicatives de cada un dels Estils d'Afrontament, essent 11 la puntuació màxima i més representativa per cada un dels dos estils. Per tant, com més pròxim sigui el sumatori de respostes a aquest valor, més tendència a l'Estil d'Afrontament determinat indica el test.

Procediment

Per poder-ho dur a terme, es van tenir en compte els estudis inicials de Beutler (1995, 2015), citats anteriorment, sobre la correlació entre la personalitat i l'estil terapèutic i incloent la variable “preferència individual”, a partir d'un conjunt de vídeos informatius sobre els continguts de cada una de les psicoteràpies. Es va construir una Pàgina Web a l'abast de tota la població que ajudés a discriminar quin procés terapèutic s'adequa més al què estan buscant.

En primer lloc, es va dur a terme l'elaboració de quatre vídeos informatius sobre els diferents models psicoterapèutics, exposada anteriorment. La finalitat d'aquest recull informatiu va ser poder exposar les quatre besants principals de la psicoteràpia d'una forma didàctica, per tal de que la població pugui seleccionar aquella orientació que més s'adapta a les seves preferències.

En segon lloc, els qüestionaris i els vídeos informatius van ser administrats per els autors del present estudi, a través del correu electrònic, a partir del qual es van adjuntar els quatre vídeos informatius, el qüestionari CASST i el document referent al consentiment. Els participants d'aquest van donar el seu consentiment a l'administració dels qüestionaris i dels vídeos, havent estat informats dels objectius de l'estudi, així com de la participació voluntària i anònima, sense cap compensació econòmica, existint la possibilitat d'abandonar l'estudi sense cap repercussió, presentant una col·laboració llibre i voluntària.

Resultats

A continuació es presenta la coincidència entre la preferència individual i l'orientació psicoterapèutica seleccionada, en funció de la resistència i estils d'afrontament, a partir del qüestionari CASST.

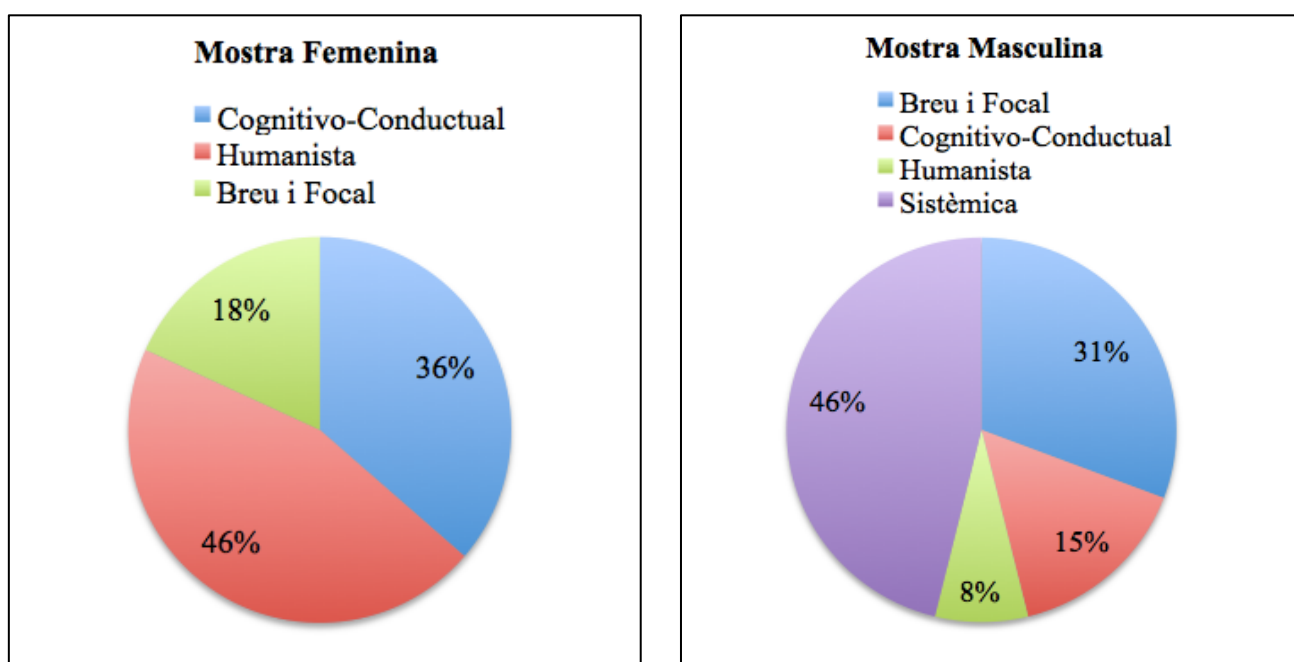
En primer lloc, del total de la mostra, 24 persones (60%), van obtenir un resultat de coincidència, en contraposició de les 16 persones restants (40%). En segon lloc, d'aquest 60% de coincidència, la distribució de les psicoteràpies escollides a partir del CASST va ser la següent: sis persones (25%) van ser situades en l'orientació Breu i Focal, set (29%) en la Cognitivo-Conductual, cinc (21%) en la Humanista i sis (25%) en la Sistèmica.

En tercer lloc, de les setze respostes no coincidents (40%), entre el model psicoterapèutic i la preferència individual, d'onze persones (68'75%) no es van obtenir

resultats que evidenciessin la tendència a l'alta o baixa resistència. En quart lloc, del percentatge de resultats coincidents (60%), es van analitzar les diferències entre gèneres. Del conjunt de les dones, 11 (55%) van obtenir una resposta coincident i les 9 restants (45%) de no coincidència. Del total dels homes, 13 (65%) van obtenir una resposta de coincidència, a diferència dels 7 restants (35%).

Finalment, es van observar les diferències entre gèneres de la distribució de les psicoteràpies. Del total coincident de la mostra femenina, dos persones (18%), es van situar en la Psicoteràpia Breu i Focal; quatre persones (36%) en la Psicoteràpia Cognitivo-Conductual; i les cinc restants (46%) la Psicoteràpia Humanista. De la mostra masculina, quatre persones (31%), es van ubicar en l'orientació Psicoteràpia Breu i Focal; dos (15%) en la Psicoteràpia Cognitivo-Conductual; una (8%) en la Humanista; i les sis restants (46%) en la Sistèmica (ver figura 1).

Figura 1. Tendències d'orientacions psicoterapèutiques obtingudes en la mostra, en funció del gènere.



En la Taula 2 podem observar els resultats obtinguts sobre la coincidència entre l'orientació psicoterapèutica recomanada en funció del perfil personal del pacient i l'orientació psicoterapèutica seleccionada per preferència.

Taula 2. Resultats de coincidència entre la preferència individual i l'orientació psicoterapèutica obtinguda a partir de l'anàlisi de les variables de personalitat.

<i>P</i>	<i>G</i>	<i>A.R</i>	<i>B.R</i>	<i>E</i>	<i>I</i>	<i>P</i>	<i>O.E</i>	<i>R</i>
1	D	3	8	0	6	Sistèmica	Humanista	NO
2	D	5	6	5	4	Humanista	Cognitiu-Conductual	NO
3	H	6	5	4	1	Cognitiu-Conductual	Sistèmica	NO
4	D	5	6	8	10	Humanista	Humanista	SI
5	H	6	5	7	4	Breu i Focal	Breu i Focal	SI
6	D	2	9	11	5	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
7	D	4	7	8	6	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
8	D	2	9	6	4	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
9	D	6	5	8	4	Cognitiu-Conductual	Sistèmica	NO
10	H	3	8	6	5	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
11	D	5	6	4	2	Sistèmica	Cognitiu-Conductual	NO
12	H	6	5	6	10	Breu i Focal	Breu i Focal	SI
13	D	4	7	1	3	Humanista	Humanista	SI
14	H	6	5	4	3	Sistèmica	Sistèmica	SI
15	D	4	7	6	7	Sistèmica	Humanista	NO
16	D	4	7	7	6	Breu i Focal	Cognitiu-Conductual	NO
17	D	5	6	8	6	Humanista	Cognitiu-Conductual	NO
18	H	5	6	4	2	Humanista	Cognitiu-Conductual	NO
19	D	6	5	10	6	Breu i Focal	Breu i Focal	SI
20	H	6	5	5	4	Sistèmica	Sistèmica	SI
21	H	4	7	4	2	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
22	D	6	5	2	4	Breu i Focal	Breu i Focal	SI
23	H	4	7	2	3	Humanista	Humanista	SI
24	D	3	8	3	2	Humanista	Cognitiu-Conductual	NO
25	D	5	6	2	4	Humanista	Humanista	SI
26	D	3	8	1	7	Humanista	Humanista	SI
27	D	6	5	5	1	Cognitiu-Conductual	Sistèmica	NO
28	H	7	4	3	10	Humanista	Breu i Focal	NO
29	D	2	9	3	2	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
30	D	3	8	5	4	Cognitiu-Conductual	Cognitiu-Conductual	SI
31	H	6	5	4	7	Humanista	Breu i Focal	NO
32	H	7	4	4	6	Breu i Focal	Breu i Focal	SI
33	H	8	3	6	2	Sistèmica	Sistèmica	SI
34	H	5	6	7	4	Sistèmica	Cognitiu-Conductual	NO
35	H	6	5	4	5	Breu i Focal	Humanista	NO

36	H	6	5	6	4	Sistèmica	Sistèmica	SI
37	H	8	3	6	4	Sistèmica	Sistèmica	SI
38	H	5	6	2	6	Breu i Focal	Humanista	NO
39	H	7	4	5	2	Sistèmica	Sistèmica	SI
40	H	6	5	3	4	Breu i Focal	Breu i Focal	SI

P (persona); *G* (gènere); *A.R* (Alta Resistència); *B.R* (Baixa Resistència); *E* (Externalitzador); *I* (Internalitzador); *P* (Psicoteràpia seleccionada per preferència); *O.E* (Orientació Extreta); *R* (Resultat de coincidència).

Discussió

Aquest estudi ha estat una primera aproximació per ajudar a escollir la besant psicoterapèutica que més s'adapti a les necessitats i característiques individuals dels possibles pacients. El present estudi tenia tres hipòtesis: a) Concretar si és possible orientar a les persones a seleccionar la orientació psicoterapèutica que millor s'adapti a les seves necessitats; b) Determinar si el CASST és un instrument adequat per ajudar a la persona a seleccionar la orientació psicoterapèutica més idònia, en funció de les seves necessitats; i c) Si és possible l'elaboració d'un conjunt de vídeos informatius que recullin els continguts més rellevants de cada psicoteràpia, de forma estandarditzada, per ajudar a la persona a escollir aquella orientació que més s'adapti a les seves necessitats.

En referència a la primera hipòtesis, el 60% de coincidència, indica un resultat prometedor per orientar a la persona a seleccionar la besant psicoterapèutica que millor s'adapti a les seves necessitats. Els resultats doncs, apunten que l'estil d'afrontament i la resistència poden ser útils per a la selecció del tractament i que s'hauria d'estudiar com augmentar aquest percentatge de coincidència. Davant d'aquestes premisses, és necessari millorar el CASST com a predictor per a la selecció del tractament.

En quant als vídeos informatius, donades les escasses diferències en la distribució de cada psicoteràpia, es pot concloure que han estat percebuts de forma similar, sense haver-hi diferències importants entre aquests i per tant, són una eina

prometedora per resumir les orientacions psicoterapèutiques, d'una forma molt més estandarditzada de la que podria donar verbalment un terapeuta. Per tant, es confirma que és possible elaborar vídeos informatius que recullin de forma estandarditzada els continguts més rellevants de cada psicoteràpia.

El problema sembla a ser que es troba en el CASST, com a instrument adequat per ajudar a la persona a seleccionar l'orientació psicoterapèutica més idònia. Per una banda, els resultats obtinguts a través de l'Escala d'Estils d'Afrontament han estat clars, mostrant de forma evident la tendència als dos estils d'afrontament: internalitzador i externalitzador, definits per Fisher (1999), Beutler i Harwood (2000), Corbella (2003) i Beutler (2007). D'altra banda, de les 16 respostes no coincidents, entre el model psicoterapèutic i la preferència individual, 11 (68'75%) no tenen un resultat representatiu de tendència a l'alta o a la baixa resistència, definides per Beutler (2006, 2007). Com s'ha detallat anteriorment, l'escala consta d'onze ítems i la màxima puntuació que es pot obtenir és d'onze en ambdues polaritats, donant com a resultat una tendència a l'alta o baixa resistència. Les puntuacions d'aquestes 11 persones, han estat de 5 punts indicatius de tendència a la resistència i 6 de tendència a la no resistència o a la inversa, el que indica una dificultat d'observació de la tendència a través de l'escala. Endemés, caldria destacar que 10 (58'82%) d'aquests 11 casos, haguessin estat coincidents amb la psicoteràpia seleccionada per la persona, si la resistència hagués estat la oposada a la indicada a partir dels resultats del qüestionari. Per tant, l'ambigüitat dels resultats en l'Escala de Resistència, ens porta a rebutjar la segona hipòtesis l'estudi, sobre l'ús del CASST com a instrument adequat per ajudar a la persona a seleccionar la orientació psicoterapèutica més idònia.

Una possible explicació, podria ser la continuada utilització d'adverbis de freqüència en els ítems, com: "*muchas veces, a menudo...*", que poden generar

ambigüitat de resposta, provocant dificultats per respondre de forma dicotòmica. Davant d'això, es podria proposar com a línia de millora la utilització d'escala tipus Likert.

Un altre explicació, podria ser la brevetat de l'escala (11 ítems), la qual també podria ser el factor predisponent de la dificultat per observar la tendència a la resistència. Davant d'aquesta premissa, es podrien proposar dues línies de millora. En primer lloc, és convenient millorar el CASST en l'escala avaluadora de la resistència, possiblement ampliant el nombre d'ítems dels quals consta aquesta, per tal de tenir més marge en observar la tendència a la resistència. En segon lloc, podria ser convenient orientar a la persona en dues orientacions psicoterapèutiques, sempre i quant aquestes comparteixin el mateix estil d'afrontament. Aquesta possibilitat es contempla, ja que aquest estudi no té l'objectiu d'assignar els trets de personalitat en una determinada psicoteràpia de forma inamovible, perquè sinó s'estaria retrocedint a la categorització, a la classificació tradicional, criticada per Beutler, Nguyen, Bertoni, Charvat i Gheyanchi (2007).

Endemés dels resultats corroboratius de les hipòtesis del present estudi, es van analitzar les diferències entre gèneres, de les quals s'ha després l'observació de que no hi ha grans diferències de coincidència envers al gènere. Sembla interessant destacar que gairebé a la meitat dels homes (46%) se'ls ha estat orientada a la psicoteràpia sistèmica. Aquests resultats indiquen una tendència a la resistència, per tant, consten d'un alt nivell d'oposició al control de la conducta del pacient per part del terapeuta, per tant es suggereixen intervencions menys dirigides per aquest (Beutler et al., 2006), i a l'estil d'afrontament externalitzador (Izquiero, 2005). L'estil externalitzador reflexa una forta orientació a l'acció, responent amb *acting-out*, amb comportaments assertius, o posant la responsabilitat sobre factors ambientals (Beutler i Harwood, 2000).

També és interessant comentar els resultats de les dones, on no s'ha obtingut cap orientació a la Psicoteràpia Sistèmica i la Psicoteràpia Humanista (46%) destaca per sobre de la Cognitiva-Conductual i la Breu i Focal. Les dones, per tant, mostren una tendència a la no resistència, amb un baix nivell d'oposició del pacient i tendirà a buscar una psicoteràpia més directiva com la Humanista i la Cognitiva-Conductual (Beutler et al., 2006; Beutler et al, 2007) i una tendència a l'estil d'afrontament internalitzador (Izquiero, 2005), caracteritzat per dirigir l'efecte d'afrontament cap a dins, essent autocrítics, amb tendència a un comportament insatisfet i més passius (Beutler i Harwood, 2000). Davant d'aquests resultats, es pot destacar que no hi ha diferències rellevants respecte el gènere, davant la coincidència, però sí en la distribució de les psicoteràpies sent, per tant, interessant obrir una nova línia de recerca per estudiar si el gènere té alguna implicació en l'adherència d'una psicoteràpia o d'un altre.

Finalment, cal comentar algunes de les limitacions d'aquest estudi. En primer lloc, la dificultat per accedir a una mostra més gran, per falta de temps i de voluntaris en l'estudi. Seria recomanable desprendre una línia de millora del test CASST en l'escala avaluadora de la resistència, per corroborar si el baix percentatge de coincidència obtingut, ha estat influït per aquesta.

En conclusió, és possible ajudar a la persona a seleccionar l'orientació psicoterapèutica que millor s'adapti a les seves necessitats. Tot i així, s'hauria d'estudiar com augmentar els percentatges de coincidència, per tal de donar una orientació més fiable. Els vídeos han estat percebuts de forma similar i per tant, poden considerar-se una eina prometedora per resumir les orientacions psicoterapèutiques, d'una forma estandarditzada. Sembla ser doncs, que es podria augmentar la coincidència millorant l'Escala de Resistència del CASST utilitzant escales Likert i/o ampliant el nombre d'ítems de l'escala. D'altra banda, podria ser convenient orientar a

la persona en dues orientacions psicoterapèutiques, quan no hi hagi una tendència a la resistència marcada i sempre i quant, aquestes comparteixin el mateix estil d'afrontament. Finalment, seria interessant continuar investigant la selecció de orientació psicoterapèutica en funció del gènere.

Referències bibliogràfiques

- Ávila, E. & Poch, J. (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. Madrid: Siglo XXI editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bassols, R. (2003). *Elements bàsics de Psicoteràpia Psicoanalítica*. Barcelona: Grup de Llibre.
- Bermúdez, C. & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Beutler, L. & Berren, R. (1995). *Integrative assessment of adult personality*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beutler, L. & Clarkin, F. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. & Clarkin, F. (2013). *Systematic treatment selection*. New York, NY: Routledge.
- Beutler, L., Harwood, T., Bertoni, M. & Thomann, J. (2006). *Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy*. En G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 29-41). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. & Harwood, T. (2000). *Prescriptive Psychotherapy: A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Nguyen, T., Bertoni, M., Charvat, M. & Gheyntanhi, A. (2007). *Systematic Treatment Selection (STS): A Review and Future Directions*. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3, 17.

- Beutler, L., Someah, K., Kimpara, S. & Miller, K. (2015). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 99-108.
- Corbella, S. (2003). *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*. (Tesis doctoral no publicada). Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Coderch, J. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Corbella, S, et al. (2003). Measuring Coping Style and Resistance Among Spanish and Argentine Samples: Development of the Systematic Treatment Selection Self-Report in Spanish. *Journal of Clinical Psychology*, 59(9), 921-932.
- Dowd, E. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro, (Eds.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, 1a. ed. Barcelona: Paidós, pp.25-36.
- Fisher, D., Beutler, L. & Williams, B. (1999). *STS Clinician Rating Form: Patient Assessment and Treatment Planning*. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291097-4679%28199907%2955%3A7%3C825%3A%3AAID-JCLP5%3E3.0.CO%3B2-3>
- Goldfried, M. (1996). *De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Gondora, J. (1986). Status Científico de la Psicología y Psicoterapia Humanista. *Revista Anuario de Psicología*, 34, 16.
- Izquierdo, E. (2015). Los mecanismos de defensa desde la perspectiva de género y su impacto sobre la salud . *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 1(5), 27.

- Minuchin, S. (1997). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S., Lee, W. & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Minuchin, S. & Fishman, Ch. (1992). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ROGERS, C. (1982): *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rosal, R. (1986). El Crecimiento Personal (o Autorrealización): Meta de las Psicoterapias Humanistas. *Anuario de Psicología*, 34, 22.
- Rosal, R. & Gimeno-Bayón, A. (2001). *Cuestiones de Psicología y Psicoterapias Humanistas*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Ruiz. M., Díaz. M. & Villalobos. A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Tizón, L. & Bofill, P. (1994). *Qué es el psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- Vargas. S. & Amado. M. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4, 10.
- <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551>
- Viaplana, G, et al. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. octubre 25, 2017, de Universitat de Barcelona Sitio web: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf

ANNEX 1

CUESTIONARIO CASST

Edad: _____

Sexo: _____

** El siguiente cuestionario será utilizado para poder determinar que estilo psicoterapéutico se adaptaría más a su personalidad. Para ello es necesario que sea lo más sincero/a posible y se recuerda que la información obtenida de este será estrictamente anónima.*

Conteste marcando con un círculo “Sí” o “No” a los siguientes enunciados según se apliquen a su caso la mayor parte del tiempo.

Si no es cuidadoso/a, las personas le sacan ventaja.	SI	NO
A menudo sigue el consejo de aquellas personas con autoridad.	SI	NO
Algunas veces hace intencionalmente lo opuesto a lo que los demás desean que haga.	SI	NO
Algunas veces simplemente no sigue directivas.	SI	NO
Piensa que la mayoría de las personas tratan de tomar ventaja sobre los demás.	SI	NO
Odia ajustarse a horarios y citas.	SI	NO
Cuando los demás tratan de controlarle, le han dicho que hace justo lo opuesto.	SI	NO
Le molestan las normas.	SI	NO
A menudo guarda rencor.	SI	NO
A menudo los demás le acusan de sus propias faltas y errores.	SI	NO
A menudo es el perdedor/a de cualquier desacuerdo.	SI	NO

Conteste marcando con un círculo “Verdadero” o “Falso” a los siguientes enunciados según sean alguno de sus rasgos más duraderos.

A menudo se queja con amigos y familiares acerca de los problemas físicos.	Ver. (e)	Fal.
Generalmente trata de asegurarse si los demás están impresionados por usted.	Ver. (e)	Fal.
Desea tener status social.	Ver. (e)	Fal.
Muchas veces dice o hace cosas sin tener en cuenta cómo se van a sentir los demás.	Ver.	Fal.
A menudo hace cosas llevando por el calor del momento.	Ver.	Fal.
Le gusta decirle a los demás lo que deben hacer.	Ver.	Fal.
A menudo dice algo sin realmente pensar lo que puede suceder.	Ver.	Fal.
Se aburre fácilmente.	Ver.	Fal.

La gente le ha dicho que piensa que Usted es inmaduro.	Ver.	Fal.
Insiste en hacer las cosas a su modo.	Ver.	Fal.
Necesita que la gente le diga cosas positivas acerca de usted tan frecuentemente como sea posible.	Ver.	Fal.
Es común que se sienta solo/a aún en presencia de otras personas.	Ver. (I)	Fal.
Tiende a preocuparse y a sobreestimar muchísimo los problemas antes de hacer algo.	Ver. (I)	Fal.
Siente más que culpa pasajera, remordimiento o vergüenza acerca de pequeñas cosas.	Ver. (I)	Fal.
Carece de auto-confianza.	Ver.	Fal.
Otras personas le han dicho que es tímido/a	Ver.	Fal.
Se interesa más en ideas que en acciones.	Ver.	Fal.
Se resiste a expresar enojo directamente.	Ver.	Fal.
Tiene muchas dudas acerca de sí mismo/a.	Ver.	Fal.
Es introvertido/a.	Ver.	Fal.
A menudo le gusta analizarse a sí mismo/a, más que cambiar	Ver.	Fal.
No se permite mostrar sus sentimientos.	Ver.	Fal.

SELECCIÓN DE ORIENTACIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Conteste nombrando del 1 al 4 las diferentes orientaciones psicoterapéuticas, por orden de preferencia.

Psicoterapia Breve i Focal	
Psicoterapia Sistémica	
Psicoterapia Humanista	
Psicoterapia Cognitiva-Conductual	

ANNEX 2

<https://www.doodly.com/>

ANNEX 3

<https://martatb1.wixsite.com/psicoterapia>