

MÉTODO DE NIVELES (MOL) Y EL MODELO DEL CONTROL PERCEPTUAL (PCT): EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA YA LLEGÓ

Salgado, Matias
Hospital Tornú. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

A nivel mundial, el “gold standard” para el tratamiento de los trastornos mentales es el abordaje “diagnostico-especifico”. A pesar de sus reconocidos aportes, este abordaje presenta marcadas limitaciones. La investigación sobre procesos cognitivos y conductuales encontró que la Terapia Cognitivo-Conductual y otras intervenciones podían ser efectivas si solo apuntaban directamente a estos factores, ubicando a su vez al “control” como factor central, siendo el “control inflexible o arbitrario” el componente central del malestar psicológico. La “Teoría del Control perceptual” (PCT) propone que el control es fundamental para la vida, los seres humanos vivimos controlando nuestras experiencias. Sin embargo, cuando una persona intenta controlar la misma experiencia en direcciones opuestas lo que surge es lo que se conoce como conflicto. El proceso de aprendizaje llamado reorganización es un proceso que reduce el conflicto y optimiza el control. El abordaje terapéutico Método de Niveles (MOL) es una aplicación directa de la PCT. MOL es una solución poderosa, sencilla y eficiente a muchos de las problemas y complejidades que presenta la salud mental. MOL nos permite ayudar prácticamente a cualquier persona -más allá de cual fuese su diagnóstico-. MOL representa un cambio paradigmático, aportando un modelo universal para abordaje del malestar emocional.

Palabras clave

Método de niveles - Teoría control perceptual - Proceso transdiagnóstico - Cognitivo-conductual

ABSTRACT

METHOD OF LEVELS (MOL) Y THE PERCEPTUAL CONTROL MODEL (PCT): THE FUTURE OF PSYCHOTHERAPY IS ALREADY HERE

Worldwide, the “gold standard” for treating mental health disorders is the “diagnostic-specific” approach. Despite its renowned contributions, this approach has marked limitations. Research about cognitive and behavioral processes found that Cognitive-Behavioral Therapy and other interventions could be more effective if they pointed only and directly to these factors, placing at the same time “control” as that the central factor, being the “inflexible or arbitrary control” the main component of psychological distress. “Perceptual Control Theory” (PCT) suggests that control is fundamental for life, we as human beings spend

our lives controlling our experiences. However, when a person tries to control the same experience in different directions what emerges is conflict, and when conflict is chronic it hinders the flexible control. The learning process called reorganization is a trial-and-error process that reduces conflict and optimizes control. The therapeutic approach Method of Levels (MOL) is the direct clinical application of PCT. MOL is a powerful, simple, and efficient solutions for most of the mental health problems and complexities. MOL allows us to help practically anyone, no matter what their diagnosis could be. MOL represents a paradigmatic change bringing a universal model to approach and treat psychological distress.

Keywords

Method of levels - Perceptual control theory - Transdiagnostic processes - Cognitive-behavioral therapy

Introducción

Previo al brote de COVID-19, las problemáticas de salud mental ya representan el 38% de todo el conjunto de problemas de salud de la población. Antes de la pandemia, los estudios epidemiológicos encontraban que cerca de 1 cada 5 adultos en el mundo sufrían de algún problema de salud mental diagnosticable (Layard, & Clark, 2014). Si bien las estadísticas acerca del impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la sociedad aún no son concluyentes, hoy se sabe que los indicadores son significativamente negativos (por ejemplo: OECD, 2021). Dada esta realidad, resulta de suma importancia implementar intervenciones que aseguren el acceso a servicios de Salud Mental para reducir el sufrimiento de la patología mental (Calla, & Salgado, 2018) brindando tratamientos no solamente efectivos, sino que sean al mismo tiempo *eficientes* (Mansell, Urmson, & Mansell, 2020). En contextos donde el que los tratamientos y la atención en Salud Mental se encuentra regulada y estandarizada (por ejemplo en el Reino Unido a través de las guías NICE), actualmente el “gold standard” o “metro patrón” para el tratamiento de los trastornos mentales es el abordaje “diagnostico-especifico”. En base a esto se han desarrollado toda una serie de tratamientos para cada cuadro en particular, por ejemplo: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para Trast. de pánico (Clark et al. 1999), TCC para Trast. De Estrés post trauma

mático (Grey, 2009), TCC para Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Bream, Challacombe, Palmer, & Salkovskis, 2017), TCC para Trastorno Límite de la Personalidad (Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer, & Tyrer, 2010), etc. La atención en salud mental se ha encaminado cada vez más en esa dirección, sobre todo debido a que se ha puesto mucho tiempo y esfuerzo en desarrollar modelos específicos para cada diagnóstico. Estos modelos surgieron a partir de la búsqueda de “mecanismos” específicos que funcionen manteniendo y exacerbando el malestar en cada trastorno en particular. El esfuerzo estuvo sobre todo en poder estos modelos a prueba en una gran cantidad de ensayos clínicos aleatorizados y controlados (RCT por “Randomized Control Trials”) demostrando que dichos tratamientos funcionan. Sin embargo, en la práctica clínica, la dificultad se presenta a la hora de evaluar la capacidad de generalización que estos RCT pueden tener en el mundo real, o, dicho de otra manera, ¿cuánto podemos trasladar los resultados del RCT al paciente que tenemos en frente nuestro? Aquí es donde las cosas se complejizan de una manera ineludible. Uno de los problemas centrales yace en la base sobre la que se fundan y sostiene estos RCT (sus modelos, y tratamientos), y esa base es el *diagnóstico específico*.

En la vida real los pacientes se presentan con cientos de trastornos diferentes. ¿Cuántos de nuestros pacientes cumple criterios para un único trastorno? Entre el 30% y 80% de las personas que consultan tiene trastornos comórbidos, presentando múltiples síntomas y diagnósticos en una sola persona (Aragonés et al. 2009). El DSM-IV cuenta con más de 170 diagnósticos y el DSM 5 con más de 150 (McCarron, 2013). A su vez, por cada diagnóstico existe una gama muy amplia de presentaciones, siendo por ejemplo que para del Trast. Límite de la Personalidad se puede obtener hasta 151 “tipos” (Salgado, 2014). Se disparan toda una serie de interrogantes: como profesionales ¿en cuántos tratamientos diagnóstico-específicos nos podríamos llegar a especializar? ¿qué sucede cuando uno de nuestros pacientes cumple criterios para varios diagnósticos? ¿cuál deberíamos tratar? ¿habría que priorizar alguno o tratar todos? ¿en cuál formarnos y entrenarnos primero? ¿acaso en el más frecuente? ¿o en el más severo? Y mientras nos entrenamos en un tipo de tratamiento, ¿qué hacemos con los otros diagnósticos? ¿Y con los otros diagnósticos de aquellos pacientes que ya estamos atendiendo? Aún más, ¿qué es lo que sucede si llevamos todos interrogantes a un nivel más general? si pensamos en nuestro sistema de salud ¿resultaría factible entrenar miles de terapeutas en cientos de modelos-trastornos diferentes?

Si todas estas preguntas no han logrado hacernos abandonar esta travesía entonces podemos avanzar este camino y ampliar el análisis. Si profundizamos la mirada, incluso con tratamientos *diagnóstico-específico* debidamente evaluados, en la actualidad la evidencia nos demuestra que: 1) las tasas de recuperación de los tratamientos psicológicos actuales es “modesta” (NHS, 2021); 2) el inicio de los tratamientos requieren de un tiempo considerable para realizar un screening y una evaluación es-

tandarizada de diagnóstico y de severidad (recordemos que del preciso diagnóstico es de donde se basa toda la evidencia); 3) existen altas tasas de abandono siendo un poco menos de 8 sesiones el promedio de asistencia a los tratamientos (NHS, 2021); y 4) desde el punto de vista del terapeuta los tratamientos son realmente complejos, están dirigidos por técnicas específicas, y además se encuentran en constante cambio. Citando la metáfora de Hector Fernández-Alvarez (2011) esta ha sido “el paisaje de la psicoterapia” hasta ahora. Y decimos hasta ahora ya que nos preguntamos si es que ¿existe otra forma de abordar el malestar psicológico? En base a lo presentado surge inexorablemente la necesidad de contar con un abordaje que cuente con las cualidades de ser más flexible, más rápido de implementar y que sea universal.

Estilos de pensamiento y comportamiento transdiagnósticos que mantienen el malestar psicológico

Los actuales sistemas clasificatorios en salud mental pueden ser vistos como poco o no válidos (como por ejemplo bajo el marco del enfoque PTMF o “Power Threat Meaning Framework” (Read, & Harper, 2020)), pero aun siendo válidos pueden *no* ser útiles. Podemos entonces preguntarnos ¿cuán *eficientes* terminan resultando los diagnósticos en la práctica clínica? aún más, ¿son imprescindibles para dar paso al inicio del tratamiento del padecimiento? En el contexto de las limitaciones alrededor de los diagnósticos y los abordajes específicos, hace cerca de dos décadas surgió un interés cada vez mayor en la investigación de procesos cognitivos y conductuales que se encontrasen de alguna manera “compartidos” por diferentes patologías. Sobrevolvaban durante esos años distintos interrogantes, tales como: ¿qué evidencia existe de que los mecanismos que generan malestar psicológico puedan llegar a ser en realidad transdiagnósticos? Y si esto fuera así -se preguntaban: ¿existen principios comunes para el tratamiento del malestar psicológico? Estas preguntas promovieron una serie de investigaciones que tenían como meta lograr diferenciar aquellos mecanismos responsables de mantener y/o exacerbar los síntomas psicopatológicos en una extensa gama de trastornos mentales -más allá del diagnóstico al cual pertenecieran (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). El objetivo de este enfoque de base empírica era conocer el potencial que podría llegar a tener esta perspectiva para la teoría, la investigación y la práctica clínica (Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2008). El primer trabajo en este sentido llegó de la mano de Fairburn, Cooper, & Shafran (2003). Sin embargo, uno de los aportes más importante, que generó un punto de inflexión en el mundo de la psicoterapia fue el trabajo de Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran (2004) “*Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*”. En esta investigación los autores encontraron 12 (más otros posibles 9) procesos o estilos de pensamiento y comportamiento que estaban presentes a lo largo de *todos* los trastornos estudiados. Ese trabajo tuvo una gran

cantidad de implicancias en el mundo cognitivo-conductual. El descubrimiento más crucial fue que se encontró que la Terapia Cognitivo-Conductual y otras intervenciones podían ser efectivas si solo apuntaban directamente a estos factores, sin utilizar necesariamente la información propia del diagnóstico, es decir, sin utilizar la información acerca del “trastorno” que padecía el paciente (Mansell, Carey, & Tai 2012). (Cabe mencionar que hoy en día podemos ver como grandes exponentes y referentes del mundo Cognitivo-Conductual han evolucionado sus modelos en enfoques basados en procesos, como por ejemplo Hofmann, & Hayes (2017) en “*Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*”). Volviendo a los aportes de Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, (2004), los investigadores que tenían frente a sí a 12 (+9) procesos transdiagnósticos se preguntaban cómo trasladar estos magníficos hallazgos a la clínica. Las dificultades para utilizarlos de manera eficiente no tardaron en aparecer debido a la cantidad de factores que se debían de tener en cuenta en la práctica clínica. Estas iniciales frustraciones tuvieron curiosamente un lado brillante, ya que allanaron el camino para investigar acerca de nuevos modelos psicopatológicos que pudieran dar cuenta de los hallazgos transdiagnósticos, y a su vez motorizaron la búsqueda acerca de la conexión que los procesos tienen entre sí. Al ser transdiagnósticos, los investigadores encontraron que estos procesos eran bastante “ceranos” entre sí, y sorprendentemente encontraron que todos ellos no eran tan diferentes unos de los otros, sino que de hecho estaban relacionados con un proceso común, un único factor que podría explicar por qué existen los problemas psicológicos. Esta serie de investigaciones basadas en los aportes de Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, (2004), encontró entonces que existía un factor, un proceso central que se relacionaba con cada uno de los procesos transdiagnósticos (2011) y que en las investigaciones correlacionaba con la sintomatología presente, y que a su vez diferenció grupos clínicos de grupos no clínicos. Sin embargo, aún los investigadores se preguntaban si este proceso central tenía la capacidad de predecir el incremento de los síntomas a lo largo del tiempo. Las buenas noticias no tardaron en llegar: la evidencia confirmó que de hecho *si lo podía hacer*.

Uno de los hallazgos más esclarecedores de toda esta serie de investigaciones fue que también se encontró que estos procesos transdiagnósticos no están presentes únicamente en muestras de grupos clínicos, sino que son experimentados universalmente en la población en general, pero en un grado cuantitativamente menor. Dos personas pueden experimentar las mismas sensaciones, pero tener experiencias subjetivas muy distintas. Eso quiere decir que el mismo proceso puede ser un problema para algunas personas y *no* serlo para otras. En definitiva, al punto en que ha avanzado la ciencia psicológica, producto de este enfoque, se ha comprobado que los procesos transdiagnósticos pueden resumirse en un solo proceso central, que incluso se encuentra presente no solo en el mundo psicopatológico, sino que

pertenece a la naturaleza del ser humano. Dado el esclarecimiento de estos hallazgos, en el campo de la terapia psicológica ciertamente se ha promovido el incremento en la utilización de teorías universales del funcionamiento psicológico para poder desarrollar intervenciones exitosas y eficientes.

Proceso Central

La posible superposición de procesos transdiagnósticos que confluían en un proceso central se convirtió en uno de los ejes de un nuevo abordaje del mundo psicoterapéutico. Un factor central daría cuenta de los principios básicos del funcionamiento de la mente y de sus estados de malestar; de una manera mucho más “parsimoniosa”, de una forma mucho más simple en comparación a la miríada de modelos, explicaciones y crecientes grupo de complejas descripciones que con la que contamos en la actualidad (Mansell, Carey, & Tai, 2012).

Entonces ¿cuál sería este factor central? Mansell, Carey, & Tai (2012) ubican que el factor central que es compartido con todos los procesos transdiagnósticos es el “Control”, siendo el “Control Inflexible o arbitrario” el factor central del malestar psicológico. El “Control inflexible” es definido como “*Controlar una experiencia sin considerar, o sin ser consciente de, los importantes objetivos personales con los que se interfiere al controlarla*”. Muchos se preguntarán si el control arbitrario es una forma de evitación. La respuesta es que *no*, ya que la evitación per se puede ser útil por momentos. Es más bien la interferencia con los objetivos personales la que conduce, como consecuencia, a la disrupción crónica en el funcionamiento - un criterio esencial para categorizar a los trastornos psicológicos (American Psychiatric Association, 2013). El control es esencial para la vida, la homeostasis es control, este preciso momento mientras esté leyendo estas líneas usted se encuentra controlando, por ejemplo: su temperatura, su equilibrio y sus niveles de azúcar. Incluso visto en términos de conducta: la coordinación y el movimiento de cualquier actividad requiere control.

Modelo de Control Perceptual

¿Cómo funciona el control? Para entender cómo funciona el control hay que ir más allá de la Terapia Cognitivo-Conductual y sus olas. Alrededor de los años ‘60 el contexto de la psicoterapia estaba dominado a nivel mundial por el Psicoanálisis, pero también contaba con otras corrientes bastante distintas, como la Psicoterapia Centrada en el Cliente (Rogers), la Terapia de la Conducta (Wolpe) y la Terapia Racional Emotiva (Ellis). En 1960 sale publicado una obra clave de Powers, Clark, & McFarland, (1960), que describe lo que hoy conocemos como “Teoría del Control perceptual o PCT”. La piedra fundacional del modelo del Control Perceptual es la noción de que *la conducta controla la percepción*, en forma de feedback negativo, para lograr mantener las percepciones de la manera deseada. Los tres principios de las PCT son el *control, el conflicto y la reorganización*. El *control* es fundamental para la vida; vivimos controlando nues-

tras experiencias. Desde el modelo del Control Perceptual, este control lo logramos a través de un “loop” (circuito) cerrado en el que se da el proceso continuo de *percibir, comparar y actuar*. El control está organizado en jerarquías donde nuestros objetivos a largo plazo, valores y principios (que se encuentran en niveles más altos) se consiguen o se alcanzan a través de la implementación de objetivos de más bajo nivel (por ejemplo, objetivos de corto plazo).

Cuando una persona intenta controlar la misma experiencia en direcciones opuestas lo que surge es lo que se conoce como “conflicto”; y el conflicto cuando es crónico interrumpe e impide el control flexible. Por último, el proceso de aprendizaje llamado *reorganización* es un proceso de “prueba y error” que reduce el conflicto y optimiza el control. La reorganización sigue -y se genera a través de- la conciencia.

Control inflexible o arbitrario

Las personas *-nosotros-* controlamos nuestras experiencias a pesar del conflicto que esto pueda llegar a causar con nuestros objetivos, valores, necesidades, deseos o principios. Por ejemplo, Lara evita presentarse a los exámenes en su facultad para no sentirse ansiosa y así evitar “quedarse en blanco”, pero al mismo tiempo, al hacer eso pierde la oportunidad de progresar en su carrera y de obtener el reconocimiento que piensa que realmente merece por todo lo ha estudiado y sabe de la materia. Como terapeutas ¿cómo podríamos facilitar un *control flexible*? Para poder hacerlo es importante ayudar a las personas a reenfocar su conciencia en sus valores, en sus objetivos a largo plazo, y en sus perspectivas más amplias y globales. Por ejemplo, llegando a descubrir que para Lara “poder terminar la carrera” -sentir que progresa académicamente, que obtiene el reconocimiento que merece, y que finalmente se convertirá en profesional- es más importante para ella que no verse o sentirse ansiosa y pensar que se va a “quedar en blanco”. Conectar con esto le permitiría exponerse ante la ansiedad que le generan los exámenes. Es muy importante subrayar que lo que considere Lara acerca de lo que sería “poder terminar la carrera” y la conexión que esto pudiera llegar a tener con verse y sentirse ansiosa, es enteramente subjetivo y propio de ella. Vale decir, no es una propuesta, ni sugerencia, ni recomendación del terapeuta. El ejercicio de explorar los conflictos desde la óptica personal permite que Lara tome conciencia de que por un lado vive con la intención de poder expresar su conocimiento y punto de vista en los exámenes, pero al mismo tiempo siente la necesidad de no equivocarse hasta en lo más mínimo para no ser juzgada y rechazada. Esto genera un conflicto que nace por querer alcanzar dos objetivos contradictorios entre sí al mismo tiempo. El conflicto se resuelve si Lara, tras una exploración de los aspectos que se encuentran en “niveles superiores” a los del conflicto, podría traer al plano de la conciencia que “a la larga lograr convertirse en la profesional que quiere ser es un objetivo mucho más profundo e importante que no sentir

ansiedad o quedarse en blanco”. ¿Qué opino Lara sobre el tratamiento? A continuación...

Método de Niveles (MOL)

El abordaje terapéutico llamado Método de Niveles (MOL, por sus siglas en inglés: “Method of Levels”) es una aplicación directa del Modelo del Control Perceptual (PCT) (Carey, 2006). Los tres principios mencionados anteriormente -control, conflicto y reorganización- se reúnen en una *poterosa, sencilla y eficiente* intervención: MOL. Desde la óptica de la PCT lo que nos permite ayudar a una persona con un problema, es: (1) ayudarla a que hable acerca del problema amplia, detallada y profundamente, y en el “momento presente”, manteniendo de esa manera su atención en el problema; y (2) advertir interrupciones (“disrupciones”) en su discurso y en su comportamiento mientras describe el problema, de modo tal que la persona pueda reenfocar su atención a ciertos aspectos del problema que de otra manera -tal vez- hubieran sido omitidos, o pasados por alto”. Las “disrupciones” son simplemente indicadores externos de posibles “pensamientos de fondo” en los márgenes de la conciencia de la persona (Mansell, 2018). En base a estos principios, una sesión de MOL se organiza bajo las siguientes coordenadas: El terapeuta le pide al paciente que elija un problema del cual quisiera hablar. Las intervenciones del terapeuta se basan esencialmente en preguntas abiertas exploratorias, orientadas por la curiosidad alrededor de lo que el paciente este compartiendo acerca del problema. Dentro de la serie de preguntas exploratorias que el terapeuta va realizando, un conjunto está destinadas a que el paciente pueda enfocarse en lo que él/ella mismo/a va desarrollando, al mismo tiempo que otro conjunto de preguntas apuntan a los “pensamientos de fondo” - pensamientos, imágenes, sentimientos, e impulsos que, como recién señalábamos, se encuentra al borde de la conciencia del paciente (Mansell, 2021).

El terapeuta que realiza MOL solo tiene estos dos objetivos: (1) ayudar al entrevistado a describir el problema, y (2) detectar las disrupciones. A su vez, el terapeuta MOL lleva adelante estos objetivos creando un entorno que facilite al entrevistado poder mantener el control. La sencillez de MOL es su potencia. Esto se debe a que el terapeuta solo se concentra únicamente en considerar estos dos objetivos, concediendo el control del resto de los elementos de la terapia al paciente (Mansell, 2018). Volviendo a Lara, ella había realizado diferentes tipos de terapias (psicoanálisis y TCC) para poder enfrentar lo que ella ubicaba como “fobia a los exámenes” y había llegado a la primera consulta en un estado de intenso malestar tras no presentarse a un examen. Luego de una serie de sesiones de MOL Lara, más allá de poder retomar sus exámenes -y de hecho aprobarlos- mencionó acerca de un proceso mucho más amplio y global de su persona: “*Hace poco mi vida era un caos, pensaba que nunca iba a mejorar. Ahora no solo estoy mejor, sino que además siento que de acá en adelante mis problemas se van a solucionar. Pude*

hacer un trabajo más profundo que en otras terapias. En poco tiempo la forma de encarar mi vida cambió. Siento que maduré mucho y que ahora soy la persona que quería ser”.

En los últimos años ha habido una creciente aplicación de MOL en una gran variedad de contextos incluyendo dispositivos de internación psiquiátrica (Jenkins, Reid, Williams, Tai, & Huddy, 2020), escuelas (Churchman, Mansell, & Tai, 2019), intervenciones temprana en Psicosis (Griffiths et al., 2018), y trastornos del sueño en atención primaria (Grzegorzolka J, McEvoy P, Mansell W: Use of the Method of Levels Therapy as a low-intensity intervention to work with people experiencing sleep difficulties (Grzegorzolka, McEvoy, & Mansell, 2019).

Conclusiones

Es creciente el interés por tratamientos flexibles que permitan que los terapeutas y los servicios de salud mental puedan ser eficientes. Sin embargo, el actual estado de multiplicidad de teorías y enfoques que derivan en un numeroso conjunto de técnicas para tratar una gran gama de diferentes trastornos mentales, claramente no se dirige en esa dirección. Es por esta razón que necesitamos de una nueva perspectiva, un modelo que sea universal. La terapia del Método de Niveles (MOL) es una solución poderosa, sencilla y eficiente a muchos de las problemas y complejidades que presenta la salud mental. MOL nos permite ayudar prácticamente a cualquier persona -más allá de lo que desde un punto de vista diagnóstico podría llegar a estar cursando. ¿No es esto un cambio paradigmático dentro del mundo de las terapias psicológicas? Repito, podemos ayudar a cualquier persona, con cualquier problema del mundo del malestar emocional. Con MOL ¿no estaríamos volviendo mucho más eficientes a los tratamientos psicológicos?, ¿no estaríamos volviendo mucho más accesibles?, ¿no estaría mucho más enfocados en lo que los pacientes necesitan? En definitiva, ¿no estaríamos liberando a los tratamientos de ciertas ataduras que hoy en día los limitan? Hoy MOL nos permite ser ese cambio que la psicoterapia necesitaba, un cambio paradigmático. Un cambio que les permitirá a las personas recuperar el control. Estimado/as colegas, el futuro de la psicoterapia ya llegó.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R))* (5th ed.). Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atencion primaria, 41*(10), 545-551.
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A., & Salkovskis, P. M. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. London, England: Oxford University Press.
- Calla, Luis M. y Salgado, Matias (2018). Implementación de un espacio de orientación en un servicio de salud mental de un hospital general. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Carey, T. A. (2006). *The method of levels: How to do psychotherapy without getting in the way*. Hayward, CA: Living Control Systems Publishing.
- Churchman, A., Mansell, W., & Tai, S. (2019). A school-based feasibility study of method of levels: a novel form of client-led counselling. *Pastoral Care in Education, 37*(4), 331-346.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 583-589.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 197*(6), 456-462.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos. Buenos Aires: Polemos
- Grey, N. (Ed.). (2009). *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions*. London, England: Routledge.
- Griffiths, R., Mansell, W., Carey, T. A., Edge, D., Emsley, R., & Tai, S. J. (2018). Method of levels therapy for first-episode psychosis: rationale, design and baseline data for the feasibility randomised controlled Next Level study. *BJPsych Open, 4*(5), 339-345.
- Grzegorzolka, J., McEvoy, P., & Mansell, W. (2019). Use of the method of levels therapy as a low-intensity intervention to work with people experiencing sleep difficulties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 33*(2), 140-156.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. London, England: Oxford University Press.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2017). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Jenkins, H., Reid, J., Williams, C., Tai, S., & Huddy, V. (2020). Feasibility and patient experiences of Method of Levels therapy in an acute mental health inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing, 41*(6), 506-514.
- Layard, R., & Clark D.M. (2014). *Thrive: The Power of Evidence-based Psychological Therapies*. London: Penguin.
- Mansell, W. (2018). El Método de Niveles: ¿Es la terapia psicológica disponible más parsimoniosa? *Revista de Psicoterapia, 29*(110), 7-15.
- Mansell, W. (2021). The perceptual control model of psychopathology. *Current Opinion in Psychology, 41*, 15-20.

- Mansell, W., Carey, T. A., & Tai, S. J. (2012). *A transdiagnostic approach to CBT using method of levels therapy: Distinctive features*. London, England: Routledge.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 181-191.
- Mansell, W., Urmson, R., & Mansell, L. (2020). The 4Ds of Dealing with distress - distract, dilute, Develop, and discover: An ultra-brief intervention for occupational and academic stress. *Frontiers in Psychology, 11*. doi:10.3389/fpsyg.2020.611156
- McCarron, R. M. (2013). The DSM-5 and the art of medicine: certainly uncertain. *Annals of Internal Medicine, 159*(5), 360-361.
- NHS. (2021, May 13). Psychological Therapies: reports on the use of IAPT services, England - February 2021 Final including a report on the IAPT Employment Advisors Pilot. Retrieved June 6, 2021, from NHS UK website: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-report-on-the-use-of-iapt-services/february-2021-final-including-a-report-on-the-iapt-employment-advisors-pilot>
- OECD (Mayo, 2021). OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Tackling the mental health impact of COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response. Recuperado desde: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/#boxsection-d1e30>
- Powers, W.T., Clark, R.K., and McFarland, R.L. (1960). A general feedback theory of human behavior. *Perceptual and Motor Skills 11*, 71-88 (Part 1) and 309-323 (Part 2). [Reprinted in *General Systems V*, 63-83, 1960. Partial reprint in Smith, A. G., *Communication and Culture*, New York: Holt, Rinehart, and Winston (1966).]
- Read, J., & Harper, D. J. (2020). The power threat meaning framework: Addressing adversity, challenging prejudice and stigma, and transforming services. *Journal of Constructivist Psychology, 1*-14.
- Salgado, M. (2014). DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA. UN CASO DE ESTUDIO. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.