



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MOVIMIENTO DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA:
DESARROLLO Y PANORAMA ACTUAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
MAYELA EUGENIA GARCÍA GUTIÉRREZ

DIRECTORA: MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA



© **Facultad
de psicología**

México, D.F.

Mayo, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
1. La psicoterapia	4
1.1 El paciente.....	9
1.2 El psicoterapeuta.....	11
1.3 La alianza terapéutica.....	13
1.4 El proceso terapéutico.....	15
2. Principales modelos terapéuticos	19
2.1 Modelo psicodinámico.....	19
2.2 Modelos conductuales y cognitivos.....	26
2.2.1 Modelos conductuales.....	26
2.2.2 Modelos cognitivos.....	30
2.3 Modelos humanistas-existenciales.....	34
2.4 Modelos sistémicos.....	38
3. Desarrollo Histórico del Movimiento de Integración en Psicoterapia	44
3.1 Periodo protohistórico.....	47
3.1.1 La integración teórica.....	47
3.1.2 Los factores comunes.....	49
3.1.3 El eclecticismo técnico.....	51
3.1.4 Dificultades y críticas a la integración.....	51
3.2 Periodo pre-institucional.....	52
3.2.1 La integración teórica.....	52
3.2.2 Los factores comunes.....	59
3.2.3 El eclecticismo técnico.....	61
3.2.4 Dificultades y críticas a la integración.....	65

3.3 Periodo institucional.....	66
3.3.1 La integración teórica.....	67
3.3.2 Los factores comunes.....	70
3.3.3 El eclecticismo técnico.....	72
3.3.4 Dificultades y críticas a la integración.....	75
4. Movimiento de integración en psicoterapia: panorama actual	79
4.1 Eclecticismo.....	80
4.2 Movimiento de integración.....	87
4.2.1 Vertientes del movimiento de integración.....	91
4.2.1.1 Factores comunes.....	93
4.2.1.2 Eclecticismo técnico.....	96
4.2.1.3 Integración teórica.....	101
Integración transteórica.....	109
4.2.1.4 Integración asimilativa.....	116
4.2.2 Psicoterapias integrativas para trastornos específicos.....	123
5. Proyección a futuro	126
5.1 Aplicaciones.....	126
5.2 Ventajas.....	127
5.3 Dificultades.....	128
5.4 Perfil del terapeuta integrativo.....	134
5.5 Formación del terapeuta integrativo.....	136
5.6 Lo que falta por hacer.....	141
5.7 Proyección a futuro.....	144
Discusión y conclusiones	149
Alcances	155
Limitaciones	155
Sugerencias	156
Referencias	157

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer infinitamente a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas al conocimiento, por permitirme alcanzar el sueño de formarme como psicóloga y ayudarme en la construcción de las bases que necesito para ejercer mi profesión, siempre con la emoción que me caracteriza.

Agradezco a la Facultad de Psicología en específico porque entre sus paredes viví momentos que han sido muy importantes en mi vida, pues envuelta en las voces de tantos profesores que marcaron profundamente mi forma de ver el mundo, aprendí mucho sobre mí porque sin duda alguna, la carrera de Psicología implica crecimiento personal en sí misma.

De manera muy especial, deseo agradecer a Eva Esparza no solamente por haberme guiado desde aquél momento en que acudí con ella "toda perdida" entre las ideas revueltas sobre lo que quería hacer para mi tesis, sino también porque haber tenido la oportunidad de nutrirme de su conocimiento mediante una serie de clases que siempre me resultaban muy interesantes, fue una experiencia que por fin le dio sentido a muchas de las grandes dudas que sembró en mí la carrera, al descubrir que sí existían esfuerzos (y con ellos, la posibilidad real) de integrar las ideas tan diversas que hay en psicoterapia, pues desde mi entusiasmo característico, no entendía porqué los modelos, siendo tan interesantes, tendrían que estar peleados. Muchas gracias porque al transmitirme un poco de tu experiencia, me has mostrado nuevos caminos que representan muchas respuestas y de aquí en adelante, también infinitas posibilidades.

Asimismo, quiero agradecer a Claudette Dudet por su gran apoyo, sus observaciones tan acertadas y la energía que me transmitió desde las primeras palabras que cruzamos. Gracias por llenarme de dudas nuevas qué responder en este proceso eterno de aprendizaje.

A Samuel Jurado, Damariz García y Araceli Mendoza, por su gran apoyo y sus valiosas aportaciones para culminar el presente trabajo.

A mis padres, porque desde aquellos momentos en que me animaban a dar mis primeros pasos para aprender a caminar por la vida, han estado a mi lado, mostrándome el camino a seguir. Mi padre, con su paciencia y sabiduría, me ha regalado la determinación para alcanzar las metas que me permitan ser feliz. Mi madre, con su gran cariño y dedicación, me ha regalado los valores que rigen mi vida. Ahora confío en que todo ese tiempo y apoyo sabrán guiarme para tomar mis propias decisiones, pues son ustedes quienes me han dado las bases para convertirme en la persona que soy.

A esa estrella que con su sonrisa ha iluminado mi mundo, acompañándome a lo largo de mil nuevas experiencias que me han enseñado tanto de la vida y tranquilizando con su presencia los miedos que han surgido en el camino... a tu lado he aprendido que siempre se puede seguir creciendo... gracias por crecer conmigo.

A mi querido mago, quien me ha acompañado incondicionalmente desde los primeros instantes y ha compartido conmigo su interesante perspectiva del mundo para enriquecer la mía propia, gracias por todos esos momentos que nutren mi alma con risas y la llenan de tranquilidad.

A Chelita, quien me ha acompañado en muchos de mis procesos de crecimiento personal... tu presencia me ha llenado de esperanza en los momentos más oscuros, gracias por acompañarme en mis tormentas y arcoíris y seguir a mi lado aun después de tantos años.

A ese ángel que inesperadamente apareció en mi vida y que me ayudó a encontrar esta inspiración perdida... gracias por cada instante, por cada palabra y por cada abrazo, pues todos ellos me han permitido crecer y descubrir nuevas posibilidades.

A Manuel, Chio y Dess, con quienes he podido compartir este gran entusiasmo por estudiar lo que amo... gracias por todo este aprendizaje compartido sobre la vida y sobretodo, por no permitirme soltar la confianza en mí misma.

A Lola, quien a pesar de mis largos silencios tuvo la paciencia y la dedicación para hacerme ver todo lo que puedo ser, gracias por presentarme el mundo de la psicología de esa manera tan personal y por devolverme la esperanza perdida.

A todos aquellos a quienes no me nombrado pero forman parte de mi historia: Paola, por enseñarme tantas cosas de la vida, Mireya, Yayo, Dalia, Adriana, César, Norma, Celina, Rebe, Raúl, Edith... porque sabiéndolo o no, también me han enseñado mucho y si no hubiera coincidido con ustedes en algún punto del camino, tampoco sería quien soy y que de alguna manera se refleja en este trabajo el día de hoy.

Resumen

En el campo de la psicoterapia han proliferado distintos marcos teóricos desde los cuales se diseñan intervenciones para tratar a los pacientes que solicitan atención. Sin embargo, con el tiempo se ha hecho evidente que ninguno de ellos resulta efectivo para todos los casos. A partir de esta observación comenzó a desarrollarse el llamado Movimiento de Integración en Psicoterapia, que pretende encontrar la manera de diseñar intervenciones más efectivas desde un marco teórico integral. El presente trabajo es una investigación teórica que tiene como objetivo analizar tanto el desarrollo del Movimiento Integracionista, como su estado actual y con base en eso, su proyección a futuro. Para alcanzar dicho objetivo, se realizó una búsqueda de material bibliográfico y hemerográfico que permitió identificar las principales aportaciones del movimiento para dar cuenta de los efectos potenciales de la integración en un proceso terapéutico. A partir de la información encontrada, se hace evidente la importancia que tiene el Movimiento de Integración en la actualidad, pues se erige sobre un cuerpo de conocimientos e investigaciones bien fundamentadas que sientan las bases para realizar intervenciones psicoterapéuticas más completas y efectivas.

Palabras clave: Psicoterapia, Integración, Movimiento Integracionista

Introducción

En la actualidad, la psicoterapia es un recurso al que algunas personas acuden cuando tienen conflictos de naturaleza psicológica que consideran necesario solucionar y sienten que no pueden hacerlo por sí mismas. De ahí que cada vez sea más frecuente encontrarse con conocidos que llevan un proceso terapéutico para tratar de resolver sus conflictos de una manera más constructiva. Sin embargo, hasta ahora no existe un modelo que responda a las necesidades de todos los pacientes –o por lo menos de la mayoría de ellos-, sino que existe una gran variedad de enfoques dentro del área que han surgido en parte como una respuesta a las demandas de los pacientes y a partir de una larga historia de formulaciones sobre la conducta humana.

Desde una visión estrecha del campo de la psicoterapia en la que un terapeuta que se afilia a una corriente teórica particular espera que los pacientes se acoplen a su enfoque, puede no ser necesaria la integración. Sin embargo, si se amplía un poco más la perspectiva, será posible percatarse de que no es el paciente quien debe acoplarse al modelo desde el que trabaja el especialista, sino que este último es quien debe poseer el conocimiento y las herramientas necesarias para tratar al paciente que busca ayuda mediante las estrategias que considere más convenientes. Quizá sea ese el motivo por el cual hasta la fecha ningún enfoque determinado ha alcanzado el éxito por encima de otros, pues la mira se encuentra puesta en el lugar equivocado.

A lo largo del tiempo, los principales modelos se han ido consolidando con base en su experiencia, mientras que constantemente surgen propuestas nuevas que aunque buscan respuestas en otros lugares, siguen teniendo los mismos sesgos. Esta situación abre paso al movimiento de integración en psicoterapia, que en los últimos años ha comenzado a capturar las miradas de una gran cantidad de especialistas en el área debido a la necesidad de contar con teorías y

procedimientos más extensos que puedan explicar el comportamiento humano en sus diversas dimensiones, para realizar intervenciones más efectivas.

El movimiento de integración en psicoterapia tiene sus orígenes en la década de los 80, sin embargo, en nuestro país no es un fenómeno conocido ya que no es sencillo encontrar información al respecto y la que existe, no se encuentra muy difundida. Esto se relaciona con que la tendencia en ciertos países –como el nuestro-, sigue siendo que los terapeutas se enfoquen en su modelo y descalifiquen a otros, y aunque esta situación ha ido cambiando lentamente, dista mucho de ser superada. Con base en esto, en el presente trabajo se expone el origen y desarrollo que ha tenido el movimiento de integración en psicoterapia hasta llegar al momento actual. Se revisan los antecedentes que dieron paso a este movimiento así como las propuestas que se han desarrollado con base en él, proyectándolas hacia el futuro en el área de la psicoterapia.

La importancia de estudiar el movimiento integrador en psicoterapia surge de la posibilidad de tomar en cuenta factores distintos a los inherentes a las corrientes terapéuticas existentes en la actualidad, pues es evidente que a pesar de la gran cantidad de modelos que han surgido, no ha sido posible realizar intervenciones adaptadas a cada caso, basadas en factores tales como las características del paciente y el conflicto por el cual busca ayuda, mismos que tienen una gran importancia para el tratamiento. De hecho, dichos factores podrían abordarse de una manera más integral para responder a las necesidades de cada persona, pero para esto es necesario cambiar la visión existente de que un enfoque es suficiente para abordar cualquier conflicto, a una perspectiva desde la cual sea posible adaptar la intervención en función de dichos – y otros- factores, con el objetivo de alcanzar un grado mayor de efectividad en psicoterapia, pero sobretodo, colocar al paciente en el lugar central que le corresponde.

1. La psicoterapia

Para definir un proceso tan complejo como la psicoterapia, es importante rastrear el origen etimológico de la palabra, pues éste comienza a darnos una idea de su significado. Kleinke (1995) menciona que proviene de las raíces griegas *Psiche*, que significa espíritu, alma o ser, y *therapeutikos*, cuyo significado hace referencia a aquella persona que cuida de otra. Así, en el sentido etimológico, *psicoterapia* significa cuidar el espíritu o ser de otra persona.

Kanfer y Goldeen (1987, cit. en Roca, Vega y Zaldívar, 2004) consideran que los problemas psicológicos son dificultades que una persona presenta en la percepción que tiene del mundo, las relaciones interpersonales que establece o en la actitud que muestra hacia sí misma y que le causan ansiedad e insatisfacción, ya que se siente incapaz de funcionar de manera eficiente en ciertas áreas de su vida.

La tarea de los psicoterapeutas sería entonces cuidar el ser de la persona que sufre, escuchando a sus pacientes de una manera comprensiva y asistiéndolos para que encuentren soluciones a sus problemas, o bien, aprendan a enfrentarlos de una manera menos conflictiva (Kleinke, 1995).

Ahora bien, definir aquello que implica la psicoterapia no es tan fácil como puede parecer, pues su historia se ha caracterizado por momentos de mucha confusión en relación con los distintos métodos que se han utilizado para tratar la psicopatología. Sin embargo, como menciona Reisman (1971), definir un concepto es un medio para establecer los límites que describen lo que es y lo que no. De acuerdo con esto, resulta importante establecer una definición lo más comprensiva posible de lo que es la psicoterapia, ya que se trata de un campo en el cual se han ofrecido muchas explicaciones distintas e incluso actualmente existen varias definiciones en las cuales se pone de manifiesto la conceptualización que cada

autor ha hecho de la psicoterapia a partir de los factores que más se adecuan a su representación de la realidad (Roca, Vega y Zaldívar, 2004).

Así, Feixas y Miró (1993) retoman algunas de las definiciones existentes para tratar de aclarar este concepto:

- Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes; intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad (Wolberg, 1977 cit. En Feixas y Miró, 1993, p.15).
- ...se entenderá por *psicoterapia* todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas más pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 1992 cit. en Feixas y Miró, 1993, p.16).
- La psicoterapia es una relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de clientes. Funcionando desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual el cliente puede explorar –a menudo por medio de rituales estandarizados- formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí

mismo, al mundo y sus relaciones dinámicas (Mahoney, 1991 cit. En Feixas y Miró, 1993, p.15).

De esta última definición de psicoterapia cabe destacar una característica del ser humano que lo distingue de otras especies y que resulta fundamental en los procesos psicoterapéuticos: su conciencia reflexiva. Ésta le permite estructurar su experiencia de forma significativa y anticipar las consecuencias de su conducta, lo que constituye un mecanismo que lo lleva a actuar intencionalmente (Kriz, 1990). Es esta capacidad de estructurar su experiencia de forma significativa, lo que da lugar a un proceso psicoterapéutico, ya que se brinda al paciente la oportunidad de explorar formas más adaptativas de experimentarse a sí mismo.

Ahora bien, en las definiciones de psicoterapia presentadas se observan características comunes a todas ellas que constituyen aspectos fundamentales de la definición del proceso psicoterapéutico. De este modo, Ávila (1994) llega a la conclusión de que la mayoría de las definiciones de psicoterapia coinciden en que ésta implica aspectos tales como realizar evaluaciones psicológicas para atender a las personas que solicitan ayuda; el deseo del terapeuta de ayudar al paciente respetando en todo momento su integridad, y comprender lo que le sucede, como guía para definir la intervención que se llevará a cabo.

Desde otro punto de vista, Roca, Vega y Zaldívar (2004), identifican una serie de objetivos de la psicoterapia que resultan determinantes para entender en qué consiste dicho proceso. Estos se refieren a los cambios que se esperan en el paciente, que involucran una modificación de su comportamiento que ayude a responder mejor a las situaciones conflictivas, ayudándolo a lograr una comprensión adecuada de su problemática y a desarrollar los recursos necesarios para enfrentarla. Ávila (1994) coincide con esto al afirmar que la principal finalidad de la psicoterapia apunta tanto al incremento de la autocomprensión que el paciente tiene de sí mismo, como al logro de cambios concretos en la conducta.

Ahora bien, Kleinke (1995) retoma la noción de que las metas específicas en la psicoterapia dependen principalmente de los problemas y deseos del paciente, sin embargo, para alcanzarlas generalmente se recurre a una serie de mecanismos que si bien varían dependiendo del enfoque con que se trabaje, en el fondo tienen los mismos objetivos, a saber, disminuir los síntomas de angustia, ansiedad o depresión cuando éstos son tan intensos que interfieren para que se avance en el proceso de la psicoterapia; ayudar a los pacientes a incrementar sus habilidades para alcanzar sus metas y a ver su vida desde una perspectiva diferente, lo cual abre la posibilidad de que atribuyan nuevos significados a los acontecimientos que causan sus problemas. Esto se relaciona con el insight, que Kottler (1991 cit. en Kleinke, 1995) identifica como el proceso mediante el cual, al aumentar el grado de consciencia que los pacientes tienen de las pautas de sus vidas, ya no pueden continuar actuando de la misma manera sin darse cuenta de lo que están haciendo y porqué o para qué lo hacen.

A partir de lo anterior, Reisman (1971) considera que es necesaria una clasificación de las formas de definir la psicoterapia que proporcione una base amplia para identificar lo que los diferentes enfoques tienen en común, así como algunas de sus diferencias. Una de las propuestas más amplias sobre el tema es la de Weiner (1976 cit. en Ávila, 1994), en la que identifica:

- a. Enfoques de descubrimiento: su objetivo es alcanzar el cambio en la conducta mediante la exploración del origen de la estructura de personalidad, ayudando al paciente a modificar aquellas características que producen sus dificultades; se trata de esclarecer el porqué de los problemas.
- b. Enfoques de apoyo: buscan el cambio en la conducta identificando los conflictos de las personas y apoyándolas en el desarrollo de sus recursos para que sean capaces de afrontar más adecuadamente sus dificultades.

Por su parte, Reisman (1971) hace una propuesta de clasificación menos extensa que tiene su base en 4 ejes principales:

- a. La psicoterapia definida por sus objetivos: se refiere al método de tratamiento que busca aliviar los trastornos psicológicos; puede incluir procedimientos que produzcan efectos terapéuticos, aunque no sean psicoterapia como tal.
- b. La psicoterapia definida por sus procedimientos: se describe como una serie de métodos estructurados en torno a la comunicación verbal que pretende promover la modificación de patrones de conducta poco adaptativos.
- c. La psicoterapia definida por las características de los profesionales que la ejercen: pone énfasis en los aspectos tanto académicos como de personalidad que deben poseer los psicoterapeutas.
- d. La psicoterapia definida por la relación: se identifica como una clase especial de relación interpersonal en la que se dan experiencias únicas de crecimiento personal cuando una persona busca ayuda de otra, quien acepta dicha responsabilidad.

Tomando en cuenta estas consideraciones, es posible identificar que la psicoterapia es una relación de trabajo entre pacientes y terapeutas que tiene como finalidad resolver los problemas psicológicos de quienes buscan ayuda. Esto, según Kleinke (1995), tiene tres implicaciones de suma importancia:

- La patología no es un constructo explicativo: las personas que llegan a terapia lo hacen al darse cuenta de que las soluciones a las que recurren para solucionar sus conflictos no funcionan, por lo que buscan ayuda de un experto cuyo papel es evaluar dónde se encuentran estancados y ayudarles a modificarlo, sin definir la patología necesariamente, pues la importancia del proceso recae sobre los objetivos de la psicoterapia.
- Cambio en lugar de curación: dado que los problemas por los que acude una persona a terapia pueden ser considerados “problemas del vivir” (Szasz, 1985 cit. en Kleinke, 1995), el objetivo no es una curación total que erradique los conflictos que forman parte de las realidades de la vida, sino un proceso mediante el cual se dan las herramientas necesarias para que el paciente logre afrontar dichos problemas de una manera más adaptativa.

- El paciente es responsable: los conflictos que presentan los pacientes con frecuencia implican la incapacidad para tomar el control de su vida, ya que tienden a culpar a las circunstancias externas de aquello que los aqueja. En este sentido, la tarea del especialista es hacerle ver al paciente que no es una víctima de las circunstancias y que solamente él tiene la capacidad de vivir su vida de una forma distinta.

Finalmente, es importante mencionar que si bien uno de los objetivos principales de la psicoterapia radica en ayudar a las personas a dar un mejor manejo a sus conflictos, también pretende ayudar a los pacientes a aceptar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que al ser afrontado adecuadamente, brinda una oportunidad de crecimiento personal (Frank, 1982 cit. en Kleinke, 1995).

1.1 El paciente

El paciente se define como la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos debido a que en el momento en que pide ayuda experimenta algún tipo de conflicto que lo motiva a buscar un cambio que le permita sentirse mejor consigo mismo y con otros (Feixas y Miró, 1993). En este sentido, Brems (1999) señala que el foco de la psicoterapia se encuentra en el paciente, pues es éste quien ha solicitado atención.

Oblitas (2008) hace mención de que en el paciente existen una serie de factores que es importante considerar, pues pueden afectar de alguna manera el proceso terapéutico. Entre las variables más importantes se encuentran las descritas por Ávila (1994), quien identifica 3 tipos de pacientes y demandas:

- a. Quienes sufren por síntomas como ansiedad, depresión u obsesiones buscan liberarse del malestar emocional que dichos síntomas les ocasionan.
- b. Quienes experimentan problemas de la vida diaria que no logran resolver, esperan encontrar soluciones en forma de estilos de afrontamiento.

- c. Quienes están insatisfechos consigo mismos al fracasar en el proceso de llegar a ser la clase de persona que les gustaría, quisieran minimizar los conflictos que limitan su realización personal.

A pesar de que no se ha profundizado mucho en las características idóneas que deben poseer los pacientes en psicoterapia, Kleinke (1995) considera que una de las más importantes es la apertura personal, pues el terapeuta solamente será capaz de ayudar a un paciente que esté dispuesto a hablar sobre sí mismo, a explorar sus dificultades y la manera en que reacciona ante las situaciones que se le presentan a lo largo de la vida. Por otro lado, Oblitas (2008) señala la importancia de la sinceridad, pues de nada serviría que el paciente tuviera una actitud abierta si no es sincero en lo que comunica.

Así pues, Kleinke (1995) refiere que la apertura personal ayuda a los pacientes a ser conscientes de asuntos inconclusos que continúan repercutiendo en su vida, situación que les permite reconciliarse con sus propios fantasmas y canalizar la energía que gastan tratando de defenderse de ellos para utilizarla en su crecimiento personal. En este sentido, Oblitas (2008) agrega que es importante que el paciente asuma un rol activo a lo largo del proceso, pues si bien muchos pacientes solicitan ayuda, al no saber en qué consiste el cambio, pueden evitar asumir su responsabilidad en él por medio de una actitud pasiva.

Existe un aspecto importante a considerar en este punto, pues si bien el paciente debe comunicar al terapeuta muchos de los acontecimientos de su vida cotidiana así como sus pensamientos y emociones para contribuir a su crecimiento personal, también es frecuente encontrar resistencias ante tales cambios, pues el paciente generalmente se preocupa por la imagen que el terapeuta tenga de él y por evitar circunstancias desagradables o emociones disfóricas (Roca, Vega y Zaldívar, 2004).

Así, durante el proceso terapéutico, las resistencias del paciente irán surgiendo e impedirán que el progreso se dé de una manera lineal, ya que el cambio conlleva abandonar los patrones de conducta conocidos y utilizados hasta entonces, para intentar cosas nuevas, lo cual es un riesgo que puede vivirse como una amenaza a su bienestar subjetivo.

1.2 El psicoterapeuta

El psicoterapeuta es definido como el especialista que lleva a cabo el tratamiento de las enfermedades psíquicas (Dorsch, 1985). Sin embargo, Feixas y Miró (1993), consideran que es importante responder al cuestionamiento sobre quiénes son las personas que practican la psicoterapia desde dos puntos de vista: los requisitos requeridos para ser socialmente autorizado como psicoterapeuta y las características personales que se relacionan con la elección de dicha actividad profesional. Así, Oblitas (2008) argumenta que el terapeuta debe tener una buena formación académica y un interés básico por las personas y su bienestar.

La necesidad de tomar en cuenta estos aspectos para definir al psicoterapeuta más allá de identificarlo como el profesional que practica la psicoterapia, está matizada por el hecho de que la formación del psicoterapeuta hasta la actualidad se ha desarrollado en el marco de los enfoques terapéuticos existentes, lo cual a su vez matiza la manera en que ayudan a los pacientes (Feixas y Miró, 1993).

Así pues, Kleinke (1995) menciona que el resultado terapéutico depende, por un lado, de las competencias interpersonales del terapeuta en las cuales juega un papel importante su personalidad y especialmente su habilidad para establecer una relación cálida de apoyo, y por otro, de su dominio técnico. En general, el objetivo del terapeuta es facilitar el desarrollo del bienestar y autonomía de quien solicita atención, y sus objetivos específicos se derivan de los síntomas, malestar y trastornos concretos que sufre (Ávila, 1994).

Dentro de las competencias específicas que el terapeuta debe poseer, Kleinke (1995) menciona una actitud que transmita la aceptación de sus pacientes y el apoyo para que alcancen sus metas. Además, una manera de darle confianza al paciente es mediante el dominio de habilidades, que se refleja en su amplio conocimiento sobre teorías y prácticas terapéuticas.

En relación con la actitud que debe asumir el terapeuta hacia el paciente, Rogers (1984) identifica la empatía y la aceptación positiva incondicional como aspectos básicos para establecer una relación que permita avanzar en el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, Oblitas (2008) agrega otras características que considera igualmente importantes:

- Honestidad: el psicoterapeuta debe ser capaz de expresar abierta y claramente sus opiniones, siempre y cuando sea oportuno hacerlo.
- Credibilidad: al paciente se le facilitará confiar en el terapeuta y tenerle respeto toda vez que se percate de que sus palabras son confiables.
- Flexibilidad: buscar la manera más adecuada para que cada paciente pueda desarrollarse implica flexibilidad para adaptar las técnicas a sus necesidades (Cormier y Cormier, 1994 cit. en Oblitas, 2008). En relación con esto, Kleinke (1995) considera que el terapeuta debería estar abierto a adquirir nuevas competencias para responder a las situaciones clínicas que se le presentan.
- Conocimiento de sí mismo: el terapeuta es una persona con emociones, pensamientos y problemas, pero es importante ser capaz de reconocerlos para evitar que influyan en la relación con el paciente.

Así como se reconoce que el psicoterapeuta debe poseer ciertas características que promuevan el establecimiento de una buena relación con el paciente, también se han identificado algunos errores que los especialistas tienden a cometer (Buckley, Karasu y Charles, 1979; Pipes y Davenport, 1990 cit. en Kleinke, 1995):

- Los terapeutas en ocasiones tienen el deseo de ser apreciados por el paciente, lo que ocasiona que se preocupen cuando surgen sentimientos de ira, tristeza o decepción en éstos, pues les es difícil mantenerse a distancia.
- De acuerdo con la personalidad del especialista, habrá quienes tengan dificultad para tolerar el silencio y lo rompan a pesar de que éste pueda servir como un vehículo para que el paciente logre mirarse a sí mismo.
- A veces, el terapeuta pretende llevar al paciente hacia etapas para las cuales no se encuentra preparado, incluso antes de que el mismo especialista comprenda por completo el problema debido a que se ha mantenido en aspectos superficiales a causa de sus propios conflictos.
- Los sentimientos de enfado, frustración o disgusto que puedan surgir en los terapeutas a partir de lo que perciben en el paciente, no deben actuarse en la relación sin identificar de dónde vienen.

Así pues, solamente al ser capaz de involucrarse en el proceso terapéutico y de mantenerse al margen del mismo es como el psicoterapeuta puede promover la autoconsciencia, comprensión, aceptación y conocimiento del paciente sobre sí mismo y sus conflictos (Brems, 1999). Por otro lado, es importante enfatizar que, como establecen Roca, Vega y Zaldívar (2004), la esencia de la labor del psicoterapeuta no queda en la observación, análisis y comprensión de lo que sucede, sino en promover y facilitar un cambio en el paciente.

1.3 La alianza terapéutica

Para comenzar a hablar del tema, es importante diferenciar entre la relación terapéutica y la alianza terapéutica. La primera surge entre el paciente y el terapeuta a partir de que establecen contacto, pero no necesariamente se encuentra matizada por aspectos positivos que favorezcan el trabajo en el proceso, mientras que en la alianza terapéutica, se han realizado atribuciones que favorecen la confianza en que al trabajar juntos, se obtendrán buenos resultados.

Ahora bien, la psicoterapia se diferencia de otro tipo de relaciones interpersonales, debido a que es un servicio que se basa en los recursos tanto del terapeuta como del paciente para buscar solución a los conflictos de éste último y por lo tanto, es adecuado que sea negociado y que el paciente sepa lo que puede y no puede esperar de la relación que se está estableciendo (Kleinke, 1995).

Específicamente sobre la alianza terapéutica, Bordin (1979 cit. en Feixas y Miró, 1993) considera que es uno de los factores esenciales que influyen en el cambio y propone 3 componentes de la misma:

1. El vínculo que se establece entre paciente y terapeuta, mismo que determina el tono emocional de la experiencia y esto influye en el proceso.
2. El grado de acuerdo en los objetivos de la terapia, puesto que ello permite que los participantes orienten sus esfuerzos hacia una meta común.
3. El acuerdo en cuanto a los medios para alcanzar los objetivos establecidos, que depende del enfoque bajo el cual el psicoterapeuta se haya formado.

Así, la propuesta de este autor considera la alianza terapéutica como un factor clave relacionado con el éxito terapéutico.

Por otro lado, un concepto que caracteriza a la relación terapéutica es la transferencia, identificada como el hecho de que el paciente tiende a revivir conflictos pasados con el terapeuta al ser éste una figura significativa para él; dichos conflictos se resuelven mediante una respuesta nueva y diferente a las que el paciente está acostumbrado (Kleinke, 1995). En este sentido, Brems (1999) hace énfasis en el término “experiencia correctiva” para referirse a que el resultado de la relación terapéutica es una experiencia que induce y facilita el cambio en sí misma. Sin embargo, el autor señala que la terapia no es un proceso fácil en el marco de la relación terapéutica, sino un proceso complicado en que los pacientes hablan de sus experiencias más profundas y los terapeutas deben acompañarlos en su sufrimiento a lo largo de dichas situaciones. La clave para una relación terapéutica adecuada, entonces, no es rescatar a los pacientes de su sufrimiento, sino permitirles experimentarlo.

Finalmente, Berzins (1977 cit. en Ávila, 1994) establece que ni las características personales del paciente ni las del terapeuta, son decisivas para el resultado en psicoterapia, sino que la interacción entre ambas es lo que define los resultados.

1.4 El proceso terapéutico

Hacer referencia a un proceso implica que se trata de algo dinámico, en constante cambio y movimiento a lo largo de un periodo de tiempo. Roca, Vega y Zaldívar (2004) definen el proceso terapéutico como aquél en que se desarrolla la relación paciente-terapeuta y en el que se llevan a cabo las estrategias necesarias para que el paciente alcance un grado mayor de bienestar psicológico; es durante este proceso que éste va tomando consciencia de la relación que determinados comportamientos guardan con su problemática, cobrando un nuevo sentido que antes no podía ver.

Feixas y Miró (1993) explican que la concepción del proceso terapéutico depende en gran medida del modelo que se adopte, lo cual puede verse reflejado en la propuesta que hace Rogers (1984) de las fases de dicho proceso, argumentando que los modelos humanistas se enfocan en la exploración de la situación; el psicoanálisis, en la comprensión de la situación en relación con los objetivos planteados; y los modelos conductuales, en la actuación para conseguir los objetivos.

Otra de las clasificaciones en que se puede dividir el proceso terapéutico es aquella de Brems (1999), que consta de 3 etapas:

- Inicio: se refiere al periodo durante el cual el paciente y el terapeuta se conocen, establecen las reglas del tratamiento, recolectan información relevante para éste y establecen el rapport, es decir, la confianza entre ellos.
- Media: representa el trabajo terapéutico en que el paciente y el terapeuta se involucran para alcanzar los objetivos planteados mediante distintas técnicas.

- Final: se enfoca en la terminación del proceso terapéutico una vez que tanto el paciente como el terapeuta coinciden en que se han alcanzado los objetivos principales, y por lo tanto, deben despedirse.

Corsi (2005), por su parte, considera que los tres grandes momentos en un proceso terapéutico son:

1. *El momento de la evaluación:* busca organizar la información que el paciente proporciona para establecer un diagnóstico y con base en él, las metas terapéuticas.
2. *El momento de la planificación:* el objetivo de la terapia es promover un cambio que contribuya a la solución del problema del paciente, para lo que se seleccionan los recursos técnicos que se consideren indicados para alcanzar las metas de la terapia.
3. *El momento de la intervención terapéutica:* se entiende como la aplicación de las técnicas seleccionadas sin que esto necesariamente implique que el especialista se apegue al plan, ya que si la intervención no está funcionando de acuerdo a lo esperado, puede modificarse.

Brems (1999) plantea que estar familiarizado con las fases del proceso psicoterapéutico ayuda a los especialistas a decidir las intervenciones que realizarán en función del momento en que el paciente se encuentre, pues cada caso es distinto y lo más apropiado es diseñar las intervenciones a la medida de los pacientes tanto como sea posible.

De esta manera, Roca, Vega y Zaldívar (2004) establecen que el inicio formal de la psicoterapia se refiere al momento en que se realiza el encuadre y el contrato terapéutico, es decir, se fijan las condiciones bajo las cuales se trabajará y se establece el vínculo paciente-terapeuta. Es necesario que el terapeuta explore el motivo de consulta, profundizando sobre el mismo para esclarecer, si es necesario, la demanda del paciente, ya que el motivo de consulta se enfoca en los

síntomas que lo llevaron a buscar ayuda, mientras que la demanda implica los deseos y expectativas que en un inicio tiene sobre el proceso terapéutico, mismas que pueden ser realistas o no, ya que como dice Kleinke (1995), muchas veces los pacientes no tienen claro en qué consiste un proceso terapéutico y esperan cosas que no son factibles.

Posteriormente, los autores mencionan la etapa de la evaluación, cuyos objetivos son profundizar en la comprensión del funcionamiento de la personalidad del paciente, identificando sus síntomas y los problemas que presenta, para poder elaborar hipótesis y establecer objetivos, dando pie a la selección de recursos y estrategias terapéuticas. La ejecución y desarrollo de éstas consiste en trabajar en el proceso de cambio para alcanzar los objetivos propuestos, recurriendo a la formulación de un plan de acción terapéutica. Finalmente, el terapeuta realiza la valoración del progreso del paciente evaluando tanto el proceso en sí, como los resultados en función de los objetivos establecidos, con base en lo cual toma decisiones sobre la terminación.

Finalmente, Kleinke (1995), pone énfasis en la terminación de la terapia como un momento cuya importancia radica en que brinda al terapeuta y al paciente la oportunidad de despedirse de una manera adaptativa, lo cual constituye una experiencia importante para muchos pacientes que en su historia personal no han aprendido cómo dejar ir a las personas que han sido significativas en sus vidas y de las cuales han tenido que alejarse. En la terminación deben evaluarse aspectos como la disposición del paciente a terminar, cómo se encuentra la relación terapéutica y qué tanto el paciente ha aprendido a aplicar aquello que ha aprendido en terapia a los conflictos que se suscitan en su vida cotidiana.

Así, se puede tomar la decisión de terminar el proceso psicoterapéutico a partir de que se observan cambios en el paciente como el hecho de que ya no sufre los síntomas iniciales, hay una capacidad de afrontamiento más adecuada y se conoce más a sí mismo, además de observarse una mayor autoaceptación.

Además, existen algunas claves que indican que se aproxima el momento de terminar el proceso terapéutico e incluyen la observación de que el paciente no tiene tantas cosas de qué hablar y las sesiones no son tan “intensas”, que ahora el paciente ha comenzado a hacer gran parte del trabajo de la terapia por sí solo y comienza a programar las sesiones con menos frecuencia. Cuando se observan varias de estas claves, se debe comenzar a considerar la despedida, sin embargo, es importante aclarar que aunque en ese momento se concluya el proceso terapéutico, si posteriormente el paciente vuelve a sentir la necesidad de apoyo, puede solicitarlo, pues los conflictos son inherentes al proceso del vivir y pueden afectar en distintos momentos (Kottler, 1991 y Kramer, 1990 cit. en Kleinke, 1995).

Por otro lado, Oblitas (2008) menciona que el terapeuta debe tener la habilidad necesaria para adaptarse al proceso del paciente en psicoterapia, lo que implica reconocer sus avances, sacar provecho de lo que ha aprendido y evitar en la medida de lo posible que el paciente decida terminar el proceso de forma prematura, a causa de sus resistencias. Con base en esto, es importante aclarar que si bien es básico echar mano de los recursos del paciente para alcanzar buenos resultados en psicoterapia, Roca, Vega y Zaldívar (2004), hacen énfasis de igual modo en los recursos que debe poseer el terapeuta, definiéndolos como aquellos que de manera consciente y planificada son utilizados para el tratamiento de los trastornos psicológicos.

Finalmente, es importante retomar la idea de Korchin (1976 cit. en Ávila, 1994) de que todos los sistemas de psicoterapia parten del supuesto fundamental de que la conducta puede ser cambiada a través del aprendizaje, pero a esto me gustaría agregar que si bien la personalidad de cada persona es aquello que la hace ser quien es, también hay aspectos modificables de ella y no solamente de la conducta, que pueden promover una mejor adaptación del paciente al medio en el que vive. Así, a pesar de la variedad de modelos psicoterapéuticos que existen, todos ellos apuntan a un mismo objetivo: el cambio en los pacientes.

2. Principales modelos psicoterapéuticos

Para hablar de los distintos modelos existentes en psicoterapia, primero debemos definir lo que es un modelo: “Una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos, que intenta explicar cierta área de temas o problemas y que, a la vez, proporciona instrumentos para operar sobre dicha área, con vistas a producir un cambio” (Corsi, 2005 p. 22).

En psicoterapia existen distintos modelos y todos ellos están de acuerdo en que la terapia resulta ser un beneficio para las personas que la reciben, pero también coinciden en que el éxito terapéutico, en el caso de sus pacientes, se debe a los méritos de sus propias técnicas, mientras que cuando se trata de otros, el éxito se debe a factores poco confiables (Martorell, 2004).

Dentro del campo de las psicoterapias existen actualmente varios modelos o enfoques terapéuticos, cada uno de los cuales ofrece respuestas diferentes cuando se cuestionan las causas de un determinado conflicto y la manera de resolverlo. De ahí la necesidad de explorar los modelos principales en psicoterapia, considerados como tales dados sus antecedentes históricos, sus aportaciones al campo y el hecho de que cada uno aborda un área distinta de la persona como individuo bio-psico-social.

2.1 Modelo psicodinámico

Los modelos psicodinámicos tienen su origen en el psicoanálisis. Martorell (2004) afirma que éste se considera el primer sistema estructurado de psicoterapia; su principal representante es Sigmund Freud, quien inició su investigación psicoanalítica a partir de ciertas influencias que le hicieron pensar que podía haber procesos mentales que permanecían ocultos a la conciencia (Feixas y Miró, 1993).

El psicoanálisis se ha desarrollado como una corriente compleja a partir de la cual nació el modelo psicodinámico hasta llegar a conformarse como se le conoce actualmente, un enfoque dirigido a lograr reestructuraciones en el nivel intrapsíquico del individuo (Corsi, 2005).

Conceptos básicos

Wadeley, Birch & Malim (2003) afirman que el punto de partida en este modelo es el supuesto de que hay una “mente inconsciente” que contiene representaciones reprimidas que determinan parte de la conducta. Aunque la teoría psicoanalítica gira en torno a esa idea, también existen otros conceptos que es importante esclarecer y que Feixas y Miró (1993) esquematizan en cinco modelos de las estructuras psíquicas:

- *Modelo topográfico*: la mente humana se concibe como una estructura compleja que funciona en tres niveles diferentes de conciencia:
 - Inconsciente: es todo lo que no está al alcance del pensamiento consciente debido a que ha sido reprimido, sin embargo, al estar presente en la psique del individuo, es capaz de producir efectos que aparecen en la consciencia de manera involuntaria (Dorsch, 1985).
 - Preconsciente: se trata de aquél material psíquico que aunque se ha retirado de la consciencia, puede ser recordado a voluntad por el individuo (Kriz, 1990).
 - Consciente: se refiere a la parte racional del sujeto que al identificarse con el propio yo, es responsable de las actividades cognitivas y de relación con el mundo exterior (Feixas y Miró, 1993).

- *Modelo estructural*: al mencionar cada una de las instancias psíquicas que integran la personalidad, Díaz Portillo (1998) menciona las siguientes características:

- Ello: es el depositario de las pulsiones, entendidas como procesos dinámicos originados en el propio organismo a causa de un impulso que lleva al sujeto a buscar su satisfacción.
 - Superyo: se desarrolla a partir de la identificación del niño con sus figuras parentales; es la internalización de las normas de la sociedad y se expresa por medio de la conciencia moral y el sentimiento de culpa.
 - Yo: es el mediador entre el ello y el superyó, identifica los impulsos y las características del contexto en que se encuentra, buscando la manera adecuada de aliviar dicha tensión.
- *Modelo genético*: establece que la personalidad se forma a partir de distintas etapas por las que atraviesa el individuo en las que el placer es experimentado desde distintos órganos del cuerpo, dependiendo de la fase de desarrollo en la que se encuentre (Kriz, 1990). Las fases del desarrollo psicosexual son:
 - Fase oral: abarca el primer año de vida y la zona erógena es la boca debido a las funciones de alimentación del bebé. El exceso o defecto de gratificación en esta fase puede conducir a una fijación que promueva comportamientos adultos relacionados con actividades orales tales como beber o fumar (Feixas y Miró, 1993).
 - Fase anal: se presenta alrededor del segundo año de vida y la zona erógena predominante es el ano debido a las funciones que el niño desarrolla a partir del entrenamiento de esfínteres, que constituye la primera experiencia seria de disciplina y autocontrol (Sánchez-Escárcega, 2008).
 - Fase fálica: entre los tres y cinco años de edad la zona erógena son los genitales. Feixas y Miró (1993) refieren que Freud consideraba que la adecuada superación de esa fase llevaba al sujeto a establecer relaciones apropiadas con el sexo opuesto, y la fijación en esta etapa generaba problemas de identidad sexual.

- Fase de latencia: Kriz (1990), añade a esta clasificación la etapa de latencia, que va aproximadamente de los 6 a los 12 años. En ella, los impulsos sexuales no desempeñan un papel importante, siendo el aspecto social el que capta la atención del individuo.
- Fase genital: inicia en la pubertad y constituye el estadio psicosexual adulto, caracterizado por el desarrollo de la capacidad orgásmica y la integración de las sensaciones sexuales con sentimientos de afecto. Así, la pulsión sexual inicia su evolución hacia el fin biológico de la reproducción (Sánchez-Escárcega, 2008).
- *Modelo dinámico*: los fenómenos mentales se entienden como el resultado del conflicto entre la necesidad de reducir la tensión que las pulsiones generan y los *mecanismos de defensa* que tratan de inhibir la expresión consciente de estos instintos. Así, los síntomas se conciben como un intento por resolver el conflicto entre los impulsos y las defensas que se les oponen.
- *Modelo económico*: se refiere a la distribución de energía que regula la vida psíquica del individuo. El principio del placer, que implica el proceso mediante el cual la energía circula libremente y puede descargarse, en muchas ocasiones entra en conflicto con el principio de realidad, en el que dicha energía debe mantenerse circulando de un modo controlado, en consonancia con el ambiente.

La revisión de los conceptos anteriores permite acercarnos a la comprensión del objetivo principal del método psicoanalítico, a saber, hacer consciente lo inconsciente (Feixas y Miró, 1993). De acuerdo con esto, se establece que toda conducta tiene un significado, mismo que se trata de dilucidar mediante las técnicas que se revisarán a continuación.

Método terapéutico

Greenson (1986) describe más detalladamente el objetivo de la terapia psicoanalítica de hacer consciente lo inconsciente al señalar que esto se logra reuniendo con el yo consciente aquellas áreas del ello, superyo y yo inconscientes que han sido excluidas de los procesos sanos de maduración de la personalidad. A esto se le llama alcanzar el insight, lo cual favorece la desaparición de los síntomas desde su misma base y con ello, la resolución de los conflictos.

De acuerdo con Feixas y Miró (1993), tanto el paciente como el terapeuta deben seguir ciertas reglas básicas. En el caso del paciente, éstas son:

1. *Regla fundamental:* el paciente debe expresar todos sus pensamientos y sentimientos tal y como se le ocurran, sin seleccionarlos o excluirlos.
2. *Asociación libre:* el individuo debe asociar a partir de los elementos que el terapeuta extrae de su discurso, de manera que le permita identificar significados inconscientes.

Asimismo, las reglas que debe seguir el psicoanalista son:

1. *Regla de abstinencia:* el terapeuta debe procurar ser un espejo de lo que presenta el paciente, no debe responder a sus demandas ni desempeñar el papel que éste pretende imponerle.
2. *Regla de la atención flotante:* el terapeuta debe atender al material representado por el paciente sin privilegiar ningún tema en especial motivado por su propio interés o conflicto.

Freud (1910) plantea que los síntomas poseen un nexo con los traumas psíquicos experimentados por una persona, que se explica cuando el profesional advierte que si bien el paciente ha logrado -hasta cierto punto- expulsar de su memoria el recuerdo de dichos traumas, no lo ha hecho por completo y es en la forma del síntoma como estos conflictos inconclusos encuentran la forma de manifestarse, ocasionando, paradójicamente, un malestar que pretendía evitarse mediante la represión del recuerdo traumático. El objetivo del tratamiento consiste entonces en

rastrear los caminos por los cuales se originó el síntoma como representación de aquél conflicto, para encontrarse con él y devolverlo a la consciencia.

Ahora bien, durante el proceso psicoanalítico invariablemente sucede que, aun cuando el paciente haya aceptado las reglas y desee ser ayudado a mejorar, aparecen resistencias, ya que si la formación del síntoma ha producido cierto equilibrio (a pesar de ser considerado el motivo de sufrimiento), el descubrimiento de lo inconsciente resulta una situación dolorosa que lleva a la pérdida temporal de dicha estabilidad (Kriz, 1990). A partir de esto, Greenson (1986) señala que dado que las resistencias son manifestaciones de las funciones defensivas y desfiguradoras del yo, es necesario analizarlas para evitar su interferencia y alcanzar el insight a través de un yo más razonable. De esta manera, el análisis de las resistencias adquiere una gran importancia para la técnica psicoanalítica.

Por otro lado, la transferencia también es un concepto de gran importancia para el psicoanálisis. Freud (1910) se refiere a ésta como los sentimientos que el paciente tiene hacia el analista, provenientes de vínculos anteriores que se repiten con él. El análisis de la transferencia es uno de los instrumentos más importantes para hacer surgir los conflictos inconscientes que han quedado reprimidos, ya que en ella, el paciente actúa un fragmento de su historia al cual no es fácil acceder en otras situaciones (Kriz, 1990). En contraste, el concepto de contratransferencia es utilizado para señalar los sentimientos que surgen en el analista hacia el paciente, a causa de la transferencia de la cual es objeto.

Así, esta perspectiva establece que el conflicto ocurre en la parte inconsciente que conforma la personalidad, por lo que es necesario explorarla para comprender la dinámica de la conducta problemática. Durante el tratamiento, el individuo es animado a re-experimentar sentimientos y eventos traumáticos en un contexto seguro, para luego reincorporarlos, desprovistos de ansiedad, al consciente (Wadeley, Birch & Malim, 2003).

En cuanto a los procedimientos técnicos que sirven a dicho fin, Feixas y Miró (1993) los explican de la siguiente manera:

- *Asociación libre*: al dejar que las ideas vengan a la mente del paciente sin ser seleccionadas, es posible identificar aspectos del inconsciente.
- *Análisis de la transferencia*: las formas más importantes de transferencia son la positiva y la negativa, pero se debe esclarecer de dónde proviene.
- *Análisis de las resistencias*: es importante observar cómo se manifiestan en cada caso, pues pueden ser conscientes, preconscientes o inconscientes.
- *Confrontación*: se muestra al paciente una contradicción que hasta ese momento no advertía.
- *Interpretación*: se refiere a una comunicación para hacer consciente un fenómeno inconsciente representado en sueños, actos fallidos u otros fenómenos relacionados con los procesos inconscientes, dando una nueva significación a la experiencia.

En la actualidad, los modelos con esta orientación se denominan psicodinámicos, entendidos como una variante de la teoría psicoanalítica que promueve la asociación libre y relaciona las dificultades del paciente con su historia para promover el autoconocimiento a través del insight. Sin embargo, en este caso la labor se orienta hacia los focos conflictivos, el terapeuta tiene un rol activo y así confronta las resistencias y transferencia, para lograr una conducta más adaptativa (Corsi, 2005).

En cuanto al papel que juega el terapeuta en este modelo, Sarnat (2010) menciona que éste debe intervenir solamente después de haber aclarado la situación tanto transferencial como contratransferencial para evitar actuar desde ésta última; así se va formando un marco que propiciará que las intervenciones tiendan a hacerse en el momento oportuno, ya que éstas surgirán de forma natural del vínculo inconsciente entre el psicoanalista y el paciente.

Finalmente, es importante mencionar que el psicoanálisis ha tenido una gran influencia en el desarrollo de las corrientes psicoterapéuticas, tanto que Jensen (1993) afirma que aún en la actualidad es muy difícil sustraerse del influjo directo o indirecto de este enfoque, pues quien considere que la historia del individuo, la relación terapeuta-paciente o el autoconocimiento del terapeuta son condiciones necesarias para poder ayudar a otros, está retomando nociones psicoanalíticas.

2.2 Modelos conductuales y cognitivos

Si bien el origen de estos modelos es distinto, en este apartado se presentan juntos debido a que la tendencia actual ha encontrado puntos compatibles entre ambos, de manera que se han conjugado para dar paso a los modelos cognitivo-conductuales. En primer lugar se presentarán las particularidades del modelo conductual y posteriormente las del modelo cognitivo, sin perder de vista que en muchas ocasiones se presentan juntos.

2.2.1 Modelos conductuales

Wadeley, Birch & Malim (2003), destacan que en el enfoque conductual se supone que es posible desglosar la conducta en unidades básicas de estímulo-respuesta para ser analizada. Por consiguiente, los conceptos de este modelo corresponden a la conducta observable y pueden analizarse con métodos análogos a los de la psicología empírico-experimental (Kriz, 1990). De esta manera, las terapias conductuales se derivan de las teorías del aprendizaje y sus técnicas apuntan a alcanzar una modificación en el comportamiento desadaptativo (Corsi, 2005).

Conceptos básicos

Martorell (2004) establece que el punto de partida de la terapia de conducta es el hecho de que la conducta tanto adaptativa como desadaptativa, es aprendida. De acuerdo con esto, el tratamiento adecuado a utilizar es aquél que se deriva de las

teorías del aprendizaje, desglosadas en tres paradigmas básicos que Feixas y Miró (1993) destacan del modo que sigue:

1. *Condicionamiento clásico*: explica que ciertos estímulos neutros (que no producen ninguna respuesta) pueden llegar a provocar respuestas reflejas cuando se asocian con otros estímulos que tienden a activar dichas respuestas por sí solos. De acuerdo con Kriz (1990), este paradigma es apropiado para tratar fobias, ya que éstas son producto de asociaciones inadecuadas.
2. *Condicionamiento operante*: se refiere a que la conducta del individuo tiene impacto sobre su medio, al mismo tiempo que está controlada por las consecuencias que trae consigo. Así, una conducta que tiene consecuencias agradables, tenderá a repetirse en el futuro, mientras que una que tiene consecuencias desagradables, tenderá a extinguirse.
3. *Aprendizaje vicario*: establece que un individuo puede aprender una conducta por medio de la observación de un modelo mientras la realiza. En la práctica clínica, la aplicación de este principio tiene como objetivo la adquisición y práctica de nuevas habilidades.

Método terapéutico

Martorell (2004) establece que lo primero es plantear el diagnóstico en términos conductuales para posteriormente llevar a cabo un tratamiento, lo cual se realiza con base en 2 aspectos importantes:

- Identificación de la conducta objetivo: se refiere a reformular el problema de manera conductual, es decir, en términos de lo que el individuo hace.
- Identificación de las condiciones: determinar los acontecimientos que anteceden y siguen a la conducta objetivo.

En relación con esto, Lucke (1993) afirma que la terapia conductual comienza desde el análisis de la conducta, ya que obliga al paciente a iniciarse en un proceso de exploración en el que poco a poco se da cuenta de que su problema

resulta ser un eslabón con significado dentro de una cadena de eventos que es importante identificar para poder diseñar las intervenciones.

Ahora bien, Feixas y Miró (1993) describen algunas de las técnicas empleadas con mayor frecuencia en el modelo conductual:

Técnicas de recondicionamiento

La ansiedad es concebida como una respuesta condicionada que aparece como síntoma en muchos trastornos psicológicos, por lo que es necesario romper la asociación entre los estímulos temidos y la ansiedad.

- Relajación: consiste en inducir un estado psicofisiológico en el que baja la actividad autónoma y se experimenta un estado de tranquilidad (Vera y Vila, 1991 cit. En Feixas y Miró, 1993).
- Desensibilización sistemática: se induce un estado de relajación en el paciente y se le expone a un estímulo activador de ansiedad aumentando progresivamente su intensidad, de manera que pierda poco a poco su capacidad de provocar dicha emoción al contraponer dos sensaciones opuestas (Corsi, 2005).
- Técnicas de implosión e inundación: la idea subyacente es que la exposición continua y controlada a estímulos ansiógenos en su máxima intensidad, hará que éstos pierdan su capacidad de provocar ansiedad, sin embargo, esto debe realizarse en un contexto seguro y en el que el paciente no pueda recurrir a sus conductas de evitación (Martorell, 2004).

Técnicas operantes

Dependiendo de los objetivos que se pretenda alcanzar, las técnicas más utilizadas según Feixas y Miró (1993), son:

- Técnicas para establecer conductas
 - Moldeado o aproximaciones sucesivas: se refuerzan las conductas que más se aproximan a la conducta deseada, para lo cual se elige un nivel

de variación de una respuesta ya existente y se refuerza, mientras que se elimina el refuerzo de otros niveles.

- Encadenamiento: la conducta objetivo se compone de una cadena más compleja de conductas seguidas una de otra, por lo que se utiliza para establecer conductas más complejas.
- Técnicas para incrementar conductas
 - Refuerzo positivo: cuando un “premio” se presenta contingentemente ante una respuesta determinada, aumenta la probabilidad de su repetición.
 - Economía de fichas: ante la aparición de conductas deseadas, se utilizan fichas que se administran como refuerzo inmediato y posteriormente son intercambiadas por un reforzador real deseado por el sujeto.
- Técnicas para disminuir conductas
 - Castigo: consiste en administrar estimulación aversiva o desagradable ante la aparición de una respuesta indeseada.
 - Costo de respuesta: se pierden refuerzos previamente adquiridos cuando el individuo presenta una conducta inadecuada.
 - Tiempo fuera: se elimina la oportunidad de obtener reforzadores positivos cuando se da una respuesta inadecuada.

Técnicas de modelado

Se basan en el aprendizaje por observación y se ha identificado que tienen mayor eficacia cuanto mayor similitud existe entre el sujeto que modela la respuesta con el que se desea que la aprenda.

- Entrenamiento asertivo: Corsi (2005) lo describe como una situación en la que una vez identificadas las dificultades de la persona para responder de manera asertiva, se elaboran situaciones artificiales en las que el modelo propone respuestas asertivas mientras el paciente observa y posteriormente ejecuta dichas conductas en psicoterapia y después en situaciones reales.

Debido a que los modelos conductuales se enfocan en demostrar que los cambios producidos en la conducta del paciente se debieron a la intervención realizada por ellos mediante el uso de métodos empíricos, desde la perspectiva del paradigma positivista, la credibilidad de la psicología como ciencia ha aumentado (Feixas y Miró, 1993; Wadeley, Birch & Malim, 2003).

2.2.2 Modelos cognitivos

La característica distintiva del ser humano es su capacidad reflexiva (Kriz, 1990), sin embargo, es común que esta capacidad lleve a las personas a hacer suposiciones erróneas acerca de ciertas situaciones. Beck (1979) define como “pensamientos desadaptativos” aquellos que interfieren con la habilidad de enfrentar experiencias de vida, alteran la armonía interna innecesariamente y producen reacciones emocionales dolorosas. De ahí que se hayan desarrollado modelos psicoterapéuticos que identifican los sistemas de creencias como causantes de conductas conflictivas y cuyo objetivo es alcanzar la reestructuración cognitiva, de manera que el individuo aprenda a contrastar sus creencias con lo que indica la realidad (Corsi, 2005).

Martorell (2004) señala tres puntos básicos de los modelos cognitivos:

1. La actividad cognitiva afecta a la conducta.
2. La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada.
3. El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

En general, se trata de un acercamiento que enfatiza la importancia de estudiar los procesos mentales que afectan nuestra conducta (Wadeley, Birch & Malim, 2003).

Conceptos básicos

Corsi (2005) afirma que la corriente cognitiva parte de la idea de que los afectos y la conducta del individuo están determinados por la manera en que éste

estructura el mundo. De acuerdo con Feixas y Miró (1993), sus conceptos básicos son los siguientes:

- *Esquemas*: son abstracciones que se originan en la experiencia previa, responsables de los mecanismos que guían la percepción, por lo que el procesamiento que una persona haga de la información dependerá de ellos (Neisser, 1967 cit. en Feixas y Miró, 1993).
- *Estructura cognitiva*: permite identificar los estímulos, categorizarlos, seleccionar estrategias para resolver problemas y alcanzar objetivos; su función principal es establecer las prioridades del procesamiento de información, ya que nuestro sistema perceptivo es limitado.

Ahora bien, existen distintas corrientes que se insertan en este enfoque, de las cuales se retomarán aquellas que han tenido mayor impacto:

- Ellis y Abrahms (1983) proponen que las alteraciones psicológicas se dan por la tendencia del ser humano a realizar evaluaciones absolutas y dogmáticas, que desembocan en que el individuo actúe en función de creencias irracionales. La terapia racional-emotiva de Ellis, se basa en el esquema ABC en el que un evento activador (A), de acuerdo con las creencias (B) que se tengan sobre él, tendrá consecuencias (C) conductuales y emocionales que pueden ser desadaptativas si las creencias a partir de las que se originan, también lo son (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2008).
- Asimismo, Beck (1979) habla de la existencia de *pensamientos automáticos* como una forma de operaciones cognitivas que cuando traen consecuencias negativas, son llamados *errores cognitivos*. Las distorsiones cognitivas que Corsi (2005) retoma son las siguientes:
 - Inferencia arbitraria: el individuo llega a una conclusión frente a ciertos datos de la realidad que no proporcionan la evidencia suficiente para alcanzar tal significado.
 - Abstracción selectiva: de la totalidad de elementos de la realidad, el individuo selecciona solamente aquellos que confirman sus hipótesis.

- Generalización excesiva: el sujeto establece leyes generales a partir de incidentes aislados.
- Maximización: al exagerar la magnitud de un suceso, se propician respuestas acordes a dicha percepción.
- Minimización: se resta importancia a un hecho; frecuentemente se trata de actos positivos referidos a sí mismo.
- Pensamiento dicotómico: son pensamientos extremistas “todo o nada”.
- Personalización: los datos de la realidad se interpretan como si fuesen referidos a sí mismo.

Dado que el paciente es visto como un sujeto activo en el procesamiento de la información, es capaz de atribuir nuevos significados a través del cuestionamiento de sus creencias, para alcanzar una reformulación cognitiva cuando sus esquemas tienden a traer consecuencias negativas.

Método terapéutico

Las intervenciones en psicoterapia cognitiva apuntan a desarrollar nuevas experiencias y formas de construir la propia realidad a través de modificaciones principalmente cognitivas pero también afectivas y conductuales (Corsi, 2005).

Así pues, Beck (1979) establece que el proceso que deben seguir los pacientes es, en primer lugar, darse cuenta de que están pensando, pues aunque los pensamientos automáticos ocurren en la consciencia, la persona puede no darse cuenta de ellos; en segundo lugar, deben reconocer qué pensamientos se encuentran distorsionados, y en tercer lugar, deben sustituirlos por juicios que vayan de acuerdo con la realidad. La terapia cognitiva incluye todos los acercamientos que puedan ayudar a manejar el estrés psicológico a través de la corrección de concepciones erróneas.

A continuación se hará una revisión de los recursos técnicos más frecuentemente utilizados en este modelo, retomados de Feixas y Miró (1993):

- *Empirismo colaborativo*: se caracteriza por considerar los pensamientos como hipótesis a verificar, examinando la evidencia disponible y analizándola para determinar si éstos son reales o distorsionados. Aquí se inserta lo que Beck (1979) define como “tomar distancia”, es decir, la habilidad de distinguir entre lo que uno cree y lo que uno sabe, para tomar un punto de vista más objetivo.
- Para modificar las creencias irracionales de los pacientes, Ellis y Abrahms (1983) toman como punto de partida una discusión mediante la cual se les hace ver que sus creencias no son reales, y se les anima a adoptar un punto de vista más adaptativo.
- *Explicación del fundamento teórico*: explicar al paciente las causas de su problema, el objetivo de la terapia y las intervenciones que se llevarán a cabo, le permite comprender mejor su situación.
- *Autorregistro*: permite obtener información precisa sobre las actividades y el estado de ánimo del paciente en torno a sus cogniciones erróneas, pidiendo que registre su conducta.
- *Identificación de esquemas*: al analizar una serie de pensamientos automáticos, se identifican esquemas más generales en los que se basan los errores cognitivos y es posible entonces ponerlos a prueba.
- *Solución de problemas*: ofrece alternativas en la forma de reaccionar ante ciertas situaciones, de manera que sea más probable que el paciente elija la reacción más adaptativa de todas las opciones posibles (Kriz, 1990).

Las técnicas utilizadas en el modelo cognitivo son en gran medida adaptadas del modelo conductual, es decir, las técnicas conductuales pueden ser utilizadas como un medio para alcanzar cambios cognitivos (Martorell, 2004). Con base en esto, se ha puesto de manifiesto la posibilidad de integrar estos dos modelos, ya que los principios de cada uno más que ser opuestos, resultan complementarios.

Finalmente, Newman (2010) considera la importancia del papel que desempeña el terapeuta, pues en la medida en que su formación le haya enseñado a recolectar datos clínicos, conducir sesiones bien organizadas, enseñar a los pacientes habilidades para afrontar distintas situaciones corroborando sus ideas con lo que dicta la realidad y a auto-monitorearse para mantener sus avances aun terminada la terapia, los resultados de su intervención serán mejores.

2.3 Modelos humanistas-existenciales

Kriz (1990) señala que la psicoterapia humanista suele definirse como la “tercera fuerza” en psicología, siendo el psicoanálisis y el conductismo las dos primeras; tiene sus raíces en el existencialismo, la fenomenología y el humanismo como doctrinas filosóficas y enfatiza la creación de condiciones terapéuticas que abran paso a la tendencia innata de autorealización de las personas. La psicoterapia existencial, por su parte, plantea que la plenitud en la vida surge de la disposición para hacerse responsable de la propia libertad y de aceptar que nuestro potencial como seres humanos se encuentra atado a axiomas existenciales como la muerte y la soledad, por lo cual debemos reconciliarnos con ellos (Farber, 2010). A pesar de sus diferencias, estas dos tradiciones psicoterapéuticas pueden conjugarse en el modelo humanista-existencial, dados sus antecedentes comunes y la visión que comparten del hombre.

Conceptos básicos

Feixas y Miró (1993), consideran los siguientes aspectos clave de estos modelos, de acuerdo con su visión del hombre:

1. *Autonomía*: se refiere a la capacidad para dirigir el propio desarrollo al tomar decisiones y aceptar responsabilidades.
2. *Autorrealización*: es una tendencia inherente al ser humano que lo impulsa hacia el crecimiento personal.

3. *Búsqueda de sentido*: el ser humano se mueve por principios axiológicos como la libertad, la justicia y la dignidad, que otorgan sentido a la vida.
4. *Concepción global de ser humano*: el hombre es visto como una totalidad o *Gestalt* formada por sentimientos, pensamientos y acciones. Al respecto, Perls (1976), afirma que la naturaleza humana se organiza en totalidades y es experimentada en estos términos, por lo que únicamente puede ser comprendida en función de ellas.

Es importante mencionar que en estos modelos, el terapeuta fomenta la expresión de los sentimientos que se presentan con el problema sin importar si son negativos, ya que el paciente debe aceptarlos para no esconderlos detrás de mecanismos de defensa (Rogers, 1984). Así, se le otorga un gran énfasis a la vivencia inmediata y a las emociones, pues la conducta se encuentra subordinada al significado que la vivencia tiene para la persona (Feixas y Miró, 1993).

El objetivo de estos enfoques es que los pacientes adquieran una mayor independencia e integración personales, lo cual se logra a través de la comprensión del propio yo. El foco de atención se encuentra en la persona y no en el problema, se trata de ayudarla a crecer para que pueda enfrentarse de una manera más congruente tanto con el problema actual, como con los que surjan posteriormente (Rogers, 1984).

Las principales corrientes que se insertan dentro de estos modelos son:

- Enfoque centrado en la persona: propone que el individuo se forma una imagen de sí mismo a partir de los sentimientos que definen su realidad y la interacción con los demás. Los desajustes psicológicos surgen del dilema entre lo que las personas creen que deben hacer según lo que se espera de ellas, y lo que realmente desean hacer, por lo que la psicoterapia se dirige a promover una imagen de sí mismo congruente con la experiencia personal (Wadeley, Birch & Malim, 2003).

- Enfoque Gestáltico: viene del término *gestalt*, que significa totalidad. Debido a que la persona posee aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales, cuando uno de ellos se afecta, los otros también sufrirán las consecuencias (Castanedo, 1993). Esto sucede a partir de procesos que implican la negación de necesidades o deseos legítimos y que dan pie a que la persona continúe elaborando una y otra vez asuntos inconclusos del pasado en su momento actual, con lo cual no puede instalarse en el *aquí y ahora* de su experiencia. El objetivo de este enfoque se centra en promover el *darse cuenta* (*awareness*) de la experiencia presente, que lleva a la liberación de la tensión (Perls, 1976).

La visión humanista tiende a ser optimista; en esta perspectiva se debe poner atención a la experiencia subjetiva y consciente del individuo, pues cada ser humano es único, sólo él sabe lo que le sucede y tiene la libertad de elegir su propio destino (Wadeley, Birch & Malim, 2003). El terapeuta actúa como un facilitador que ayuda al paciente a identificar aquellas cosas con las que no se siente bien, para posteriormente trabajar en ellas, buscando no solamente resolver el conflicto, sino iniciar su camino hacia el crecimiento personal.

Método terapéutico

Carl Rogers (1984) sugiere que uno de los factores más importantes para alcanzar los objetivos en psicoterapia es la relación entre el terapeuta y el paciente. De hecho, afirma que ésta es en sí misma una experiencia de crecimiento, y debe tener las siguientes características:

- *Consideración positiva incondicional*: implica una actitud de respeto y aceptación totales de la experiencia del paciente.
- *Empatía*: se refiere a entrar en el mundo perceptual del paciente y entenderlo tal y como éste lo entiende.
- *Congruencia*: debe existir congruencia entre lo que el terapeuta hace, dice y siente, comunicando su comprensión al paciente.

Para Lafarga (2008), lo que caracteriza al enfoque rogeriano en específico es la percepción de la relación terapéutica como una relación entre dos personas, lo cual da pie a que el terapeuta comparta con el paciente algunas de sus experiencias, pues los aspectos de su conducta que lo revelan como persona tendrán influencia en el proceso del paciente, ya que la aceptación de uno mismo se aprende mejor a través de la relación con una persona que también está comprometida con su propio crecimiento. De esta manera, Rodríguez (1993) agrega que si el terapeuta pretende conducir racional y técnicamente la terapia, por un lado se engaña, y por el otro, se aleja de una terapia efectiva al rehusar aceptar sus propias emociones y la relación “viva”.

Ahora bien, Kriz (1990) aclara que los enfoques humanistas-existenciales se encuentran abiertos a otros abordajes terapéuticos, por lo que incluyen distintos recursos creativos que Feixas y Miró (1993) mencionan como sigue:

- *Enfocarse en el aquí y ahora*: se busca la toma de conciencia de lo que sucede en el presente cuando se intuye que el paciente utiliza el lenguaje o los movimientos para evitar contactar con emociones desagradables.
- *Espejo*: se confronta al paciente con sus propias contradicciones para ayudarlo a tomar una conciencia del conflicto que manifiesta de esa forma.
- *Fantasía*: permite la revelación de material emotivo que no es consciente al proyectarlo en metáforas y símbolos con los que posteriormente el paciente se identifica.
- *Dramatización*: el conflicto se representa en un grupo con ayuda de otros participantes y permite explorar el problema para provocar un cambio a partir de la reorganización de la percepción, del descubrimiento de otras alternativas o de la desensibilización hacia el objeto temido.
- *Expresión corporal*: se utiliza para poner énfasis en el cuerpo como intermediario en la sesión terapéutica mediante ejercicios que promueven el aumento de contacto y la expresión de emociones que han sido bloqueadas.

Los indicadores más claros del éxito terapéutico al final del proceso son la posibilidad de los pacientes de ser independientes, responsables, libres, tener un sentido de vida y dirigirse continuamente hacia el crecimiento personal. En este sentido, Martorell (2004) considera que dichos cambios tienen su base en:

- El paso de los síntomas al yo.
- El paso desde los demás hacia sí mismo.
- El paso desde el pasado al presente.

En relación con esto, Castanedo (1993) establece que el fin último de la terapia es que el paciente haga la transición de depender del medio para recibir apoyo, a darse él mismo el apoyo que necesita. En consonancia con esto, Perls (1976), define el autoapoyo como la capacidad del paciente de resolver sus problemas a partir de enfrentarse consigo mismo. Al darse cuenta plenamente de sí mismo, el paciente logrará ver cómo se produce sus dificultades y podrá ayudarse a resolverlas en el aquí y ahora. Sin embargo, Rogers (1984) menciona que puede haber ocasiones en que los síntomas permanecen, pero el paciente ha aprendido a verlos desde otra perspectiva y ahora tiene un mayor dominio de la situación.

El papel que el terapeuta humanista-existencial juega en este proceso, es el de explorar las circunstancias de vida del paciente y estar atento a las múltiples formas en que éste comunica su experiencia. Así, el terapeuta logra promover el cambio, facilita el *darse cuenta* y utiliza la relación para desarrollar su capacidad de entrar en sintonía con lo que el paciente necesita, lo que le permite adecuar las intervenciones a dicha situación (Farber, 2010).

2.4 Modelos sistémicos

Uno de los supuestos básicos del enfoque sistémico es que una gran cantidad de problemas psicológicos se deben a la manifestación disfuncional del sistema familiar, que en ocasiones muestra poca habilidad para negociar los cambios en

su ciclo de vida (Martínez-Taboas, 2008b). El principal objetivo de este modelo es introducir cambios en las pautas de comunicación-interacción entre los miembros de una familia, pues el fenómeno individual se concibe como un exponente del sistema que involucra a la persona (Corsi, 2005). En otras palabras, cuando se transforma la estructura de la familia, se modifican las posiciones de sus miembros y con ello, las experiencias de cada uno (Minuchin, 1994).

Conceptos básicos

Para entender los fundamentos del modelo sistémico, debemos partir de definir los conceptos que le dieron origen:

- *Sistema*: “Es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. En consecuencia, para entender el comportamiento de un sistema es necesario tener en cuenta no sólo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de la totalidad” (Feixas y Miró, 1993, p.256).
- *Suprasistema*: se refiere al contexto en que el sistema se desenvuelve.
- *Subsistema*: se refiere a las partes componentes del sistema.
- *Sistemas cerrados*: sus componentes no intercambian información o energía con el medio externo.
- *Sistemas abiertos*: sus elementos intercambian información o energía con el medio externo y son capaces de adaptarse a él.

Minuchin (1994), identifica tres axiomas en este modelo:

1. El individuo influye en su contexto y éste a su vez influye en él mediante secuencias de interacción.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de sus miembros.

3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o familia, su conducta llega a incluirse en ese contexto, constituyendo un medio para transformarlo.

Por consiguiente, el terapeuta se involucra en la interacción familiar debido a que su inclusión en el sistema abre la posibilidad de un cambio, mismo que podrá ser mantenido en ausencia del terapeuta por los mecanismos de autorregulación de la familia, que mantienen sus parámetros de funcionamiento (Minuchin, 1994).

Por otro lado, los principios de los modelos sistémicos también se basan en una teoría clínica de la comunicación, cuyos fundamentos retoma Martorell (2004):

1. Es imposible no comunicar. Toda conducta dentro de una situación interhumana es comunicación ya que tiene un valor potencial de mensaje.
2. La comunicación humana se vale de modalidades digitales y analógicas. Las primeras corresponden a las reglas gramaticales de la comunicación o aspectos de contenido, y las segundas, a la entonación, el lenguaje corporal o aspectos relacionales.
3. La incongruencia entre los dos niveles de comunicación da lugar a mensajes paradójicos que pueden causar conflictos en las relaciones interpersonales a causa de que invariablemente se perciben como parte de la comunicación.
4. La definición de una interacción se establece por las puntuaciones que establece el participante, es decir, la forma de ordenar los hechos para que formen una determinada secuencia que esclarezca la causa y el efecto.

Ahora bien, es importante identificar las reglas bajo las cuales se rige el sistema, pues existen tanto reglas reconocidas, como reglas secretas o metarreglas que regulan a las anteriores. Con base en esto, la pregunta guía en la conceptualización de un conflicto familiar es “¿Qué tipos de relación contribuyen a mantener el síntoma o limitar su solución?” (Celano, Smith & Kaslow, 2010, p. 36)

En este punto, Martínez-Taboas (2008b) establece cuatro categorías de funcionamiento familiar que al verse alteradas, dan origen a una disfunción:

- Estructura jerárquica: las jerarquías de poder se refieren a cómo se negocian las decisiones dentro de la familia. Lo ideal es que los padres tengan el poder jerárquico, pues ellos se encargan de cuidar a los hijos.
- Fronteras: definen quiénes participan del poder jerárquico y de qué manera, además de establecer pautas de interacción dentro y fuera de la familia.
- Alianzas o coaliciones: se refieren a llevar una relación más estrecha con algún o algunos miembros de la familia, de manera que cuando surge un conflicto, dichos miembros se unen contra otros.
 - Los padres se alían entre sí en contra de alguno de los hijos para desviar un conflicto entre ellos a través de un “chivo expiatorio”.
 - Alguno de los padres y el hijo se unen contra el otro progenitor en una coalición transgeneracional.

Método terapéutico

Las intervenciones en el modelo sistémico se centran en analizar las interacciones entre los miembros del sistema para modificar la manera en que se relacionan; el terapeuta utiliza el movimiento de la familia para impulsarla hacia las metas terapéuticas mediante el planteamiento de desafíos a los que la familia deberá acomodarse para alcanzar la reestructuración (Minuchin, 1994).

A continuación se mencionan los recursos técnicos que se utilizan más frecuentemente en el modelo sistémico, tomando como base la clasificación de Martínez-Taboas (2008b):

- *Acomodo y unión*: debido a que la familia presenta patrones rígidos y una homeostasis inflexible, el terapeuta se involucra como un experto empático entre sus miembros, para después confrontar y retar sus estilos y hábitos.
- *Realineamiento de fronteras*: el terapeuta intenta realinear las fronteras incrementando la proximidad o distancia entre los subsistemas familiares.

- *Reinterpretar el síntoma:* el terapeuta redefine el síntoma del paciente para quitarlo del centro de atención y reestructurar los subsistemas.
- *Crear desbalances:* el terapeuta se alía con algunos de sus miembros y posteriormente con otros, para modificar la jerarquía.
- *Intervenciones paradójicas:* debido a que todo cambio en la homeostasis implicará resistencia por parte del sistema familiar, se hacen prescripciones de tareas que parecen contradecir las metas de la terapia.
- *Re-enmarcamiento:* se da una connotación positiva a la conducta de algún miembro de la familia que hasta entonces había sido vista como malévola, para redirigir la energía al cambio y no a la crítica mutua.

En cuanto a las habilidades del terapeuta sistémico, Celano, Smith & Kaslow (2010), consideran que dado que éste trabaja con conflictos familiares, debe desarrollar un yo más flexible a partir de trabajar los conflictos no resueltos de su familia de origen. Así, los terapeutas deberían utilizar un paradigma de intervención basado en la evidencia, a través de su propia experiencia.

Debido a sus peculiaridades, ha llegado a considerarse que el enfoque sistémico está indicado para casos que no se pueden abordar desde otras perspectivas (Feixas y Miró, 1993), lo que pone de manifiesto la posibilidad de que las paradojas sean efectivas cuando otras intervenciones de carácter aparentemente más lógico no tuvieron éxito.

A manera de conclusión de este apartado, es importante recordar con base en lo planteado por Fernández-Alvarez y Opazo (2004), que el objetivo de la psicoterapia es ayudar a las personas a cambiar. En este sentido, desde su propia visión, cada enfoque se ha considerado el más acertado en sus explicaciones y estrategias para promover cambios, postura que aparentemente los coloca en un nivel superior y los autoriza para contemplar con desdén las alternativas

presentadas por otros modelos. No obstante, la realidad es que hasta la fecha, ningún modelo ha alcanzado la verdad absoluta.

En consonancia con esto, Kriz (1990) menciona que no es válido imponer una decisión acerca de cuál es el enfoque correcto, ya que tras cada uno de ellos hay varias décadas de saber integrado en torno a la psicoterapia. Es de este modo que se comienza a tomar a conciencia el hecho de que desde una perspectiva específica, el terapeuta tiene solamente una visión parcial de una red de factores que influyen en el complejo fenómeno de la conducta humana.

Cencillo (cit. en Martorell, 2004), apoya esta idea al afirmar que en un sistema de pensamiento determinado, debido a la formación recibida, a veces no es posible ver todas las dimensiones de un objeto, sin embargo, el verdadero problema es excluir de antemano las perspectivas de otros, pues en mi opinión, al hacerlo se estanca el desarrollo de nuestro conocimiento sobre la naturaleza humana.

Finalmente, es importante recordar que durante los primeros años de la existencia de la psicología como disciplina independiente, ésta se organizó alrededor de distintas escuelas, cada una con sus propias ideas sobre lo que trata la psicología y cómo debe estudiarse; sin embargo, con el paso del tiempo se ha hecho evidente que los abordajes en psicoterapia se caracterizan por presentar superposiciones, por lo que no deberían verse como cuerpos de conocimiento separados y competitivos, sino adoptar la visión de que representan perspectivas complementarias para entender el funcionamiento psicológico. En la actualidad, se ha comenzado a considerar que los problemas clínicos nunca podrán ser resueltos por una sola serie de ideas y métodos, sino que deben tomarse distintas rutas si se desea alcanzar un entendimiento completo del funcionamiento psicológico (Wadeley, Birch & Malim, 2003).

3. Desarrollo histórico del movimiento de integración en psicoterapia

La mayor contribución de una idea innovadora se encuentra en su función de crear consciencia, pues puede abrir la puerta a nuevas áreas de pensamiento que de otra manera serían ignoradas. Sin embargo, con frecuencia sucede que algunas de estas ideas desaparecen después de ser presentadas, para reaparecer en el futuro cuando el espíritu de los tiempos, el *zeitgeist*, es más favorable y les permite incorporarse a la línea principal de pensamiento en su área. El interés en desarrollar un acercamiento de las psicoterapias ilustra claramente este fenómeno (Goldfried, Pachankis y Bell, 2005).

Feixas y Miró (1993) consideran que la psicoterapia ha avanzado descubriendo fragmentos de conocimiento que se han desarrollado independientemente y compitiendo entre sí sin un marco que los hiciera compatibles, pues cada uno es parcialmente útil y válido y busca imponer su perspectiva sobre los procesos terapéuticos, creyendo poseer “la verdad absoluta”. Opazo (2006) señala que en los primeros años de la evolución de la psicoterapia aparece un perfil característico en el que un terapeuta notable genera una teoría que es aplicable solamente a un segmento de la dinámica psicológica, pero a partir de éste pretende explicar demasiado, generando así teorías que no resultan tan amplias como sus fundadores presumen.

Ahora bien, Martínez-Taboas (2008a) establece que durante la historia de la psicoterapia ha habido una fuerte tendencia de los terapeutas a inscribirse en alguna de las escuelas que han tenido mayor impacto pues les ofrece un sentido de identidad y pertenencia, pero también es común encontrarse con que cuando comienzan a cuestionar los sistemas teóricos y sus explicaciones dejan de serles satisfactorias, los especialistas terminan por desafiliarse de dicha escuela para fundar otra. En palabras de Szasz (1985 cit. en Kleinke, 1995): “tan pronto como un terapeuta comienza a ser medianamente bueno, lo primero que hace es fundar una escuela” (p. 23). De ahí que Mirapeix y Rivera (2010) conciben la historia de la

psicoterapia como una historia de paradigmas que se desarrollan de manera desconectada, no sólo sin tenerse en cuenta unos a otros sino también fragmentados internamente a causa de divergencias y descalificaciones dentro de los mismos enfoques, a partir de las cuales ha proliferado una gran cantidad de modelos. De hecho, Kazdin (1994, cit. en Feixas y Miró, 1993; Martínez-Taboas, 2008a) reporta que en la actualidad existen más de 400 psicoterapias.

De esta manera, Fernández-Álvarez (1992) describe que lo que en un inicio fue un campo reducido enfocado en el tratamiento de un pequeño grupo de trastornos psicológicos, llegó a constituirse como un amplio abanico de modelos teóricos con diversas técnicas destinadas al tratamiento de una extensa variedad de situaciones clínicas. Norcross (2005a) menciona que generalmente los terapeutas trabajaban desde sus propios marcos teóricos, mostrándose ciegos ante conceptualizaciones alternativas e intervenciones que podrían ser más efectivas. De hecho, las diferencias de procedimientos eran consideradas variaciones incorrectas de las técnicas legítimas, lo cual abrió paso a la rivalidad entre diferentes perspectivas. Apareció de este modo una polémica que buscaba probar la superioridad de un enfoque sobre otro, constituyendo una lucha de poder más que la preocupación genuina por una verdad científica que implicara mayores beneficios para los pacientes, quienes al no obtener los resultados esperados con una sola técnica, terminaban buscando procedimientos alternativos (Fernández-Álvarez, 1992).

En relación con esto, Opazo (2006) señala que a lo largo de los años, los pacientes no se han dejado “reducir” a las teorías existentes, mostrándose complejos y poco abordables mediante las teorías tradicionales que solamente explican un segmento de la dinámica psicológica, por lo que poco a poco se ha comenzado a admitir que las cosas son más complejas de lo que un solo paradigma sugiere. Según Fernández-Álvarez (1992), al principio algunos expertos comenzaron a considerar la posibilidad de las técnicas mixtas, mismas que eran implementadas de manera intuitiva para responder a las exigencias del

momento. Desde entonces ha comenzado a desarrollarse un constante acercamiento de escuelas que tradicionalmente habían estado enfrentadas (Mirapeix y Rivera, 2010).

Anteriormente, la integración en psicoterapia había aparecido solamente como un tema latente en un campo organizado alrededor de orientaciones teóricas distintas. De hecho, a pesar de que algunos psicoterapeutas comenzaban a reconocer “en secreto” que su orientación no era suficiente para todos los problemas clínicos con que se encontraban, una serie de fuerzas económicas, políticas y sociales entre las que se encontraban las redes profesionales a las que pertenecían, los mantenía encerrados en sus propias escuelas y generalmente los llevaba a evitar contribuciones de orientaciones alternativas, enfatizando solamente los avances de la propia. Sin embargo, esta “guerra fría ideológica” por la que atravesó la psicoterapia fue una fase necesaria para dar pie a los intentos de integración entre escuelas distintas (Norcross, 2005a).

Concretamente, a partir de los años 30 comenzaron a darse intentos de integración que desde entonces y hasta la fecha, a lo largo de estos casi 100 años, se han mantenido constantes y evolucionando hacia una actitud más abierta que se ha manifestado en el movimiento de integración en psicoterapia.

Para abordar el desarrollo histórico de dicho movimiento, se tomará como base la propuesta de Mirapeix y Rivera (2010), quienes hacen un recorrido histórico dividido en tres periodos: el periodo protohistórico, el periodo pre-institucional y el periodo institucional. Asimismo, los autores identifican por separado la evolución de las tres líneas fundamentales que tuvieron su origen en el movimiento de integración y que hasta la fecha forman parte del mismo, a saber, el eclecticismo técnico, la integración teórica y los factores comunes. Finalmente, toman en cuenta el contexto socio-histórico de cada periodo, pues éste influye en la posibilidad de que la concepción integradora se instale en el campo o no.

Al respecto, Mirapeix (1993, cit. en Obregón, 2002) y Gabalda (1999) afirman que los fenómenos que afectan a la sociedad invariablemente se ven reflejados en el desarrollo de cualquier disciplina, incluyendo la psicoterapia, en tanto producto cultural que representa el espíritu de una época determinada al constituir una respuesta a los conflictos que aquejan a los seres humanos, quienes a su vez se encuentran inmersos en un contexto socio-histórico.

3.1 Periodo protohistórico (hasta 1950)

El periodo protohistórico recopila los primeros trabajos relacionados con la integración en psicoterapia a pesar de que en el momento en que se publicaron todavía no se consideraban de esa forma, pues la perspectiva actual es lo que permite conceptualizarlos como tales. El periodo finaliza con la publicación del primer trabajo que refleja claramente el espíritu integrativo, la obra *Personalidad y Psicoterapia* de Dollard y Miller (1950, cit. en Mirapeix y Rivera, 2010).

3.1.1 La integración teórica

La integración teórica se caracteriza por buscar la integración de dos o más terapias a partir de la teoría que las sustenta y por lo tanto, también de las técnicas que emplean, con la esperanza de que el resultado sea más efectivo que cada una de las terapias por sí solas (Norcross, 2005a).

La historia de la integración teórica comienza a partir del intento de combinar los enfoques psicoanalíticos y conductuales, como señala Herzberg (1945, cit. en Mirapeix y Rivera, 2010), debido a que estos eran los más desarrollados en el momento en que dichas posibilidades comienzan a considerarse.

El primer texto con una visión integradora es el de Ischlondski (1930, cit. en Mirapeix y Rivera, 2010), ya que por primera vez busca la síntesis entre la teoría psicoanalítica y los desarrollos conductuales de esa época. Sin embargo,

generalmente el texto reconocido por haber sido el primero publicado en inglés, es el de French (1932, cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010), en el que durante una conferencia en el marco de la *Asociación Americana de Psiquiatría*, señala la correspondencia entre constructos pavlovianos y conceptos psicoanalíticos, a pesar de reconocer también sus diferencias. Sin embargo, según Feixas y Miró (1993), el estado del arte en ese momento no permitió que dicha propuesta fuera considerada como una posibilidad real, si bien generó reacciones mixtas en la audiencia.

Sobre la misma línea, Kubie (1934 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) mantenía que ciertos aspectos de la técnica psicoanalítica podían ser explicados en términos del condicionamiento. Dado que Pavlov había supuesto que ciertas asociaciones podían existir fuera de la consciencia porque tenían lugar durante un estado de inhibición, el autor sugería que la asociación libre podía servir para eliminar la inhibición y permitir que dichas asociaciones inconscientes surgieran.

Ahora bien, Mirapeix y Rivera (2010) señalan el año de 1950 como un hito que marca el final del periodo protohistórico a partir de la publicación del libro de Dollard y Miller, *Personalidad y psicoterapia* (1950, cit. en Feixas y Miró, 1993; Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010), ya que consideran que los autores hacen un intento por “combinar la vitalidad del psicoanálisis, el rigor del laboratorio científico natural y los hechos relacionados con la cultura, expresando esto, indudablemente, el espíritu integrador” (p. 6). Su trabajo representa el intento de sintetizar la teoría del psicoanálisis con la del aprendizaje a través de la traducción de un lenguaje a otro y proponiendo formas de tratamiento integradas, pues la psicoterapia debería poseer principios generales que pudieran ser aplicados a todos los modelos. A su vez, la comprensión de dichos principios debería ayudar al terapeuta a adaptar sus técnicas a los infinitos conflictos que se presentan en el contexto clínico.

Feixas y Miró (1993) señalan que en ese momento la lucha de escuelas se encontraba en pleno apogeo y aunque el psicoanálisis se encontraba ya bastante desarrollado, la terapia conductual aún estaba en construcción, de modo que para ser considerados como una posibilidad, los esfuerzos en dirección de la integración debían esperar a que el modelo conductual se desarrollara y se hicieran evidentes sus limitaciones. A pesar de esto, Mirapeix y Rivera (2010) le dan una gran importancia a esta publicación debido a que aunque el pensamiento integrador no era parte del contexto de aquél momento, los autores representan dicha mentalidad, adelantándose en gran medida a su época.

3.1.2 Los factores comunes

La línea de los factores comunes pretende determinar los aspectos básicos que distintas terapias comparten con el objetivo de crear tratamientos más eficaces, pues se considera que dichos factores influyen de manera importante en el éxito terapéutico (Norcross, 2005a).

Uno de los primeros artículos que enfatizó la importancia de los factores comunes fue el de Rosenzweig (1936, cit en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010), quien consideraba que detrás de los métodos psicoterapéuticos utilizados y de su fundamentación teórica, existen factores comunes a los distintos sistemas que podrían ser los principales responsables de la efectividad terapéutica. El autor describe dicha situación en el subtítulo de su artículo mediante la frase del libro de Lewis Carroll, *Alicia en el país de las maravillas*, en la que Dodo dice: “Todos han ganado y todos deben tener premios”. Ahora bien, el autor identificó los siguientes factores comunes:

1. La personalidad del psicoterapeuta, ya que al no existir una escuela constituida por la totalidad de especialistas que posean “el perfil del buen terapeuta”, se trata de un factor presente en todos los modelos.
2. Independientemente de la fundamentación teórica, el terapeuta es una figura influyente en el proceso de cambio ya que inspira esperanza.

3. Las interpretaciones, cualquiera que sea su naturaleza, proveen alternativas para comprender un problema particular.
4. Existen coincidencias en las distintas áreas del funcionamiento humano debido a que los sucesos psicológicos son complejos y multifacéticos.

En el encuentro de 1940 de la *Asociación Americana de Ortopsiquiatría*, un pequeño grupo de terapeutas se reunieron para discutir sobre áreas de acuerdo en psicoterapia, entre los que se encontraba Watson (1940 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien señaló que si se estudiaba la distinción entre lo que los terapeutas dicen que hacen y lo que realmente hacen, encontrarían que en la práctica clínica aparecerían áreas de gran acuerdo a pesar de que en la teoría no las hubiera, de manera que comenzaba a hacerse evidente la existencia de importantes puntos en común.

También en los años 40, Alexander y French (1946, cit. en Feixas y Miró, 1993; Mirapeix y Rivera, 2010) proponen el término *experiencia emocional correctiva*, consistente en exponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar adecuadamente en el pasado, con la finalidad de darle la oportunidad de superar la influencia traumática de dichas experiencias. Este concepto es considerado como una de las propuestas que han tenido mayor importancia para los factores comunes, puesto que constituye el objetivo de la psicoterapia en general.

Durante los años 50, los estudios de Fiedler (1950, cit. en Feixas y Miró, 1993) reforzaron la propuesta de los factores comunes al describir que los terapeutas expertos de distintos enfoques coincidieron más que los principiantes, en los componentes más importantes de la relación terapéutica.

Desde otra perspectiva, Thorne (1950, cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) se encontraba interesado en alcanzar la integración terapéutica a partir del conocimiento empírico sobre el funcionamiento y proceso

de cambio de las personas, de modo que uno de sus objetivos era establecer una serie de principios generales a partir del mismo.

3.1.3 El eclecticismo técnico

En el eclecticismo técnico se pretende mejorar la habilidad de los terapeutas para elegir el tratamiento más adecuado para el paciente, basándose en los hallazgos de la investigación que hayan comprobado que dicha técnica es efectiva en situaciones similares, sin importar su teoría de origen (Norcross, 2005a).

Si bien en este periodo aún no existía el término “eclecticismo técnico” como tal, se ha logrado rastrear el antecedente más importante reportado dentro de esta línea, el libro de Herzberg (1945 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) *Psicoterapia Activa*, en el que describía que la prescripción de tareas podía ser utilizada en el contexto de la terapia psicodinámica, principalmente en los casos en que la conducta de evitación de los pacientes estuviera basada en ansiedad.

3.1.4 Dificultades y críticas a la integración

Mirapeix y Rivera (2010) consideran que las dificultades para la integración en esa época, giraban en torno a que las dos escuelas fundamentales de ese periodo estaban desarrollándose, por lo que los intentos de integración eran aún reservados. Por otro lado, los terapeutas conductuales no mostraban ningún interés en la integración debido a que su orientación en ese momento podría calificarse como anticognitiva, en contraposición al psicoanálisis, que posee fundamentos cognitivos importantes.

Ahora bien, los autores reconocen que durante esa época el contexto no era propicio para los acercamientos teóricos ni de ningún otro tipo, pues Europa atravesaba por dos Guerras Mundiales y el ambiente se caracterizaba por visiones

dicotómicas del mundo, enfrentamientos ideológicos y dificultades para colaborar entre distintos países e instituciones, por lo que en ese momento cualquier tipo de acercamiento resultaba complicado.

3.2 Periodo pre-institucional (1950-1983)

El periodo pre-institucional se delimita a partir de 1950 con el trabajo de Dollard y Miller, cuya influencia no tuvo mucho impacto en aquél momento. Sin embargo, Eysenck (1952, cit. en Feixas y Miró, 1993) estimuló la investigación en psicoterapia al desafiarla a que demostrara su eficacia, a partir de su observación de que la mejoría de los pacientes podía darse incluso en ausencia de tratamiento. Fue así que poco a poco comenzaron a explorarse distintos aspectos del proceso terapéutico y los hallazgos de la investigación comenzaron a señalar la necesidad de una psicoterapia más unificada. De hecho, durante las décadas de los 50 y 60 no se publicaron muchos trabajos relacionados con el eclecticismo o la integración y es hasta los años 70 que comienzan a aparecer más desarrollos al respecto (Mirapeix y Rivera, 2010). De hecho, Goldfried, Pachankis y Bell (2005) mencionan que a partir de los años 80 la integración en psicoterapia comienza a avanzar mucho más como un área delimitada de interés, por lo que aumentan las publicaciones sobre el tema y se forma la *Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia*, evento que marca el fin de este periodo.

3.2.1 La integración teórica

En relación con la integración teórica, Glad (1959, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) observaba que los sistemas teóricos “puros” limitaban el proceso psicoterapéutico, por lo que recomendaba que el terapeuta estuviera expuesto a las intervenciones de especialistas de distintas escuelas para nutrirse de sus aportaciones y no caer en una práctica rígida de la psicoterapia.

A partir de la década de los 60 fue cuando nuevamente comenzaron a hacerse varias propuestas sobre la integración del psicoanálisis con la terapia conductual, como la de Alexander (1963 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien sugería que la terapia psicoanalítica podía entenderse en términos de la teoría del aprendizaje y señalaba que se estaba observando el inicio de una integración prometedora entre ellas que podría conducir a grandes avances en la teoría y práctica de la psicoterapia.

Por otro lado, London (1964 cit. en Feixas y Miró, 1993; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a) señaló las limitaciones de las orientaciones psicodinámica y conductual al afirmar que las personas son más simples de lo que las escuelas del insight consideran, pero también son más complejas de lo que los conductistas piensan. Así, sugirió que un sistema capaz de articular estos aspectos, resultaría en un mayor beneficio para los pacientes. De hecho, Wolf (1966 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) también creía que la integración de dichos modelos tarde o temprano era inevitable a pesar de las resistencias en contra de ello, pues ninguno de ellos podía ignorar el conocimiento desarrollado por su “antagonista”.

En relación con las demandas del trabajo clínico, Woody (1968 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), en su *Terapia Psicoconductual*, enfatizaba que la integración de la terapia de la conducta y la psicoterapia psicodinámica era particularmente relevante para aquellos casos que no respondían a un solo tratamiento. Marmor (1969 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), por su parte, consideraba que el simple modelo estímulo-respuesta no podía explicar algunos de los aspectos más complejos del funcionamiento humano, por lo que concluyó que las psicoterapias conductual y psicoanalítica podían verse como complementarias y ninguna de ellas era totalmente aplicable a todos los casos.

Para la década de los 70, el enfoque conductual ya poseía una identidad bien establecida y comenzaba a abrir su visión ante la posibilidad de integrar procesos cognitivos. Asimismo, la psicoterapia psicoanalítica comienza a desarrollar opciones dirigidas al trabajo sobre un foco terapéutico. Es en este marco que comienzan a producirse desarrollos interesados en la integración teórica, pues parecía que los tiempos empezaban a estar maduros para proponer dichas posibilidades (Feixas y Miró, 1993). De hecho, Goldfried, Pachankis y Bell (2005) señalan la inauguración de la revista *Terapia conductual* como un evento importante para la integración, pues ofreció un espacio a publicaciones relacionadas con el tema aunque no fueran estrictamente conductuales.

Mirapeix y Rivera (2010) mencionan el trabajo de Birk (1970) como uno de los primeros de esta década. El autor reconoce que las diferencias entre el psicoanálisis y la terapia conductual tienen que ver con que sus metas son distintas, pues el primero pretende dar sentido a las experiencias que han quedado en el inconsciente y la segunda se centra en la modificación de la conducta a través de la manipulación de las contingencias ambientales. Así, afirma que estos modelos no deberían representar dos sistemas opuestos, ya que ambos pueden ser utilizados para reforzar las debilidades del otro.

Ahora bien, en ese momento también comenzaron a darse acercamientos entre la terapia conductual con algunos principios y técnicas cognitivas, sobre lo cual Bergin (1970 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a) identifica tres consecuencias importantes:

- La reducción de las barreras al progreso debida a perspectivas estrechas.
- La conjunción de la experiencia y el conocimiento de los especialistas para superar los problemas relacionados con la subjetividad.
- Se hace evidente la idea de que una terapia de conducta pura no existe.

Así pues, el autor señaló la importancia que posteriormente adquiriría el enfoque cognitivo para la integración en psicoterapia.

Por su parte, Marmor (1971 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) publicó un artículo en el que establecía que la psicoterapia, independientemente de las técnicas que utilizara, era un proceso de aprendizaje, de manera que las diferencias entre el psicoanálisis y la terapia de la conducta tienen que ver más bien con los métodos de enseñanza que utilizan y el hecho de que sus metas y sus visiones sobre la psicopatología son distintas.

Por otro lado, Guntrip (1972, cit. en Mirapeix y Rivera, 2010) señala que en ese momento estaban dándose movimientos importantes dentro del psicoanálisis, pues la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales introdujeron cambios que a su vez facilitaron que éste se acercara a los desarrollos cognitivos dentro del campo conductual, promoviendo la integración teórica.

Si bien durante este periodo los intentos de integración en su mayoría se dirigían a los enfoques psicodinámicos y conductuales, también comenzaban a surgir otras propuestas que intentaban integrar, por ejemplo, la teoría del aprendizaje con la terapia centrada en el cliente (Martin, 1972 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005). En relación con esto, Bergin (1971, cit. en Goldfried, 1996) reconocía que la terapia conductual estaba haciendo importantes contribuciones empíricas, sin embargo invitaba a la comunidad terapéutica a estar abierta a las aportaciones que podían hacer otros enfoques. Así pues, se empezaron a desarrollar intentos de integración del enfoque psicoanalítico con el cognitivo, el cognitivo con el sistémico o el humanista con el conductual (Feixas y Miró, 1993).

Por otro lado, aunque durante ese periodo comenzaron a explorarse las posibilidades de integrar distintos modelos a través de un mismo terapeuta que tuviera una amplia visión de las posibilidades para abordar los trastornos psicológicos, también surgieron algunas otras alternativas como la de Woody (1973, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien reportó dos casos de conflictos sexuales en los que se alcanzó el éxito a través de la combinación de la

terapia aversiva con una psicoterapia dinámica a corto plazo, aplicadas por distintos especialistas.

Goldfried, Pachankis y Bell (2005) establecen que durante 1974 aparecieron varios artículos dedicados al acercamiento de las escuelas. Uno de los más importantes fue el de Birk y Brinkley-Birk (1974 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quienes realizaron una propuesta de integración conceptual del psicoanálisis y la terapia de conducta, ya que consideraban que el insight puede preparar el terreno para el cambio, mientras que la terapia conductual podría aportar los procedimientos para alcanzarlo.

Asimismo, ante la conocida crítica realizada a los enfoques conductuales sobre las recaídas de los pacientes por no tratar los conflictos subyacentes a los síntomas, Wachtel (1975 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) sugería que los patrones desadaptativos que siguen los pacientes pueden identificarse por medio de un marco psicoanalítico y las intervenciones a realizar pueden tomarse de la perspectiva conductual. Posteriormente, el autor amplía su propuesta al plantear que las intervenciones conductuales pueden servir como una fuente para nuevos insight, mientras que éstos pueden promover cambios en la conducta.

Goldfried (1996) menciona que durante 1976 hubo nuevamente un gran número de publicaciones que retomaban el tema de la integración. Por ejemplo, Hunt (1976 cit. en Goldfried, 1996) afirmaba que en ese momento no existía ningún modelo que pudiera manejar efectivamente todo el material clínico para realizar intervenciones completas, motivo por el cual eran necesarias varias perspectivas para obtener un enfoque comprensivo del tratamiento.

Por otro lado, algunos autores hicieron críticas a otros modelos en las que señalaban los puntos débiles de los mismos. Entre ellos se encontraba Strupp (1976 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien criticaba al psicoanálisis por

no mantenerse actualizado, utilizando procedimientos terapéuticos más basados en la fe que en datos de investigación. Asimismo, Grinker (1976 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) subrayaba la necesidad de basarse en la investigación y señalaba que al adquirir más experiencia clínica, se pone de manifiesto la necesidad de utilizar distintos métodos para facilitar el cambio.

En cuanto a la integración entre el conductismo y el humanismo, Wandersman, Poppen y Ricks (1976 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) reportaron discusiones entre varios miembros de cada orientación que pretendían encontrar puntos de acercamiento entre los enfoques. Asimismo, Krasner (1978, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) resaltó que el humanismo y el conductismo tienen visiones comunes de algunos aspectos del funcionamiento humano.

Por otro lado, Gurman (1978 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) sugería que la terapia debía ser vista como una ciencia en evolución más que como una serie de procedimientos, por lo que consideraba que una sola teoría para tratar un problema psicológico era insuficiente. Diamond, Havens y Jones (1978 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) llegaron a la misma conclusión y enfatizaban la necesidad de un acercamiento ecléctico en psicoterapia que fuera lo suficientemente flexible para ofrecer tratamientos individualizados.

Ahora bien, a finales de la década de los 70 aparecen las primeras aportaciones de Ryle (1978, cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) a la síntesis de los modelos cognitivos y psicoanalíticos. Goldfried (1979 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), a su vez, propuso que la terapia cognitivo-conductual, que trataba con las estructuras de significado implícitas del sujeto, debería ser aceptada también por clínicos con enfoque psicodinámico.

Para el final de esta década, Mahoney (1979 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) realizó un estudio en el que ante un reactivo que medía la satisfacción de los terapeutas con su comprensión del funcionamiento humano, la mayoría arrojó

bajos puntajes, indicando que independientemente de su orientación teórica, los especialistas encontraban deficiencias al respecto, abriendo así la posibilidad de aceptar propuestas más integradoras. Además, en el siguiente año, el autor señalaba que los terapeutas conductuales comenzaban a darle importancia ya no solamente a la conducta sino también a los pensamientos, de modo que se comenzaban a explorar los eventos inconscientes, lo cual implicaba un avance importante para la integración.

A principios de la década de los 80, una encuesta realizada por Larson (1980, cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) reflejaba que a pesar de que los terapeutas utilizaban una sola orientación como su principal punto de referencia, el 65% de ellos reconocía que su trabajo en la clínica incluía contribuciones de otras aproximaciones teóricas, de manera que cada vez era mayor el número de terapeutas que reconocían las limitaciones de su propio enfoque y se apoyaba en otros para compensarlas. Así, diversos autores comenzaban a apoyar el argumento de que cada orientación posee distintos puntos fuertes que pueden combinarse en un abordaje más amplio y efectivo. Entre ellos se encuentran Landau y Goldfried (1981 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quienes describieron cómo ciertos conceptos de la psicología experimental cognitiva podían ofrecer un marco en el cual la evaluación cognitiva, conductual y psicodinámica pueden incluirse para mejorar las intervenciones.

Posteriormente, Goldfried y Padawer (1982 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) hacen una reflexión en la que concluyen que es necesario que cada terapeuta reconozca lo que es capaz de hacer y lo que no, pues esto puede abrir la posibilidad de que las áreas de debilidad sean complementadas por un área fuerte de otra orientación. Asimismo, Bergin (1982 cit. en Goldfried, 1996) afirmaba que nadie que buscara comprender al ser humano debería limitarse a una sola muestra de principios, sino que dependiendo del aspecto de funcionamiento, se requieren diferentes principios y es por esto que son

necesarias diferentes orientaciones terapéuticas para poder desarrollar un enfoque multidimensional de intervención.

3.2.2 Los factores comunes

Uno de los primeros autores que durante este periodo contribuyó a la línea de los factores comunes fue Garfield (1957 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien se encontraba a favor de un enfoque terapéutico basado en los hallazgos de la investigación y señaló factores universales en las psicoterapias como un terapeuta comprensivo, la oportunidad de experimentar una catarsis emocional y facilitar la auto-comprensión.

Carl Rogers (1957, cit. en Feixas y Miró, 1993; Mirapeix y Rivera, 2010) también contribuyó indirectamente a los factores comunes al proponer que la psicoterapia era efectiva ya que se daba en un tipo particular de relación humana que favorecía los cambios de los pacientes, caracterizada por la empatía, calidez y consideración positiva incondicional.

Por otro lado, Frank (1961 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a; Mirapeix y Rivera, 2010) describe una serie de factores que considera comunes a cualquier tratamiento que tenga como objetivo tratar los conflictos psicológicos de los pacientes –no solamente la psicoterapia-, entre los que se encuentra una relación empática y de confianza con un alto componente emocional entre paciente y terapeuta; una explicación racional de la conducta y patología del paciente, y la oportunidad de tener experiencias de éxito, fortaleciendo la sensación de dominio sobre el conflicto.

Rogers (1963 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) consideraba que durante este periodo el campo de la psicoterapia era un desorden, pero rescataba el hecho de que las orientaciones teóricas comenzaban a venirse abajo, por lo que el campo estaba listo para liberarse de las limitaciones de las escuelas, de manera

que resultaba esencial observar más directamente los procesos que ocurren en el curso de la psicoterapia. Asimismo, Bergin (1968 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005 p.28) consideraba que una teoría terapéutica que estuviera dirigida a una serie de principios psicológicos universales, evitaría que los especialistas llegaran a “callejones sin salida conceptuales” al enfrentarse con casos especialmente complejos.

Durante los años 70 comienzan a aparecer más contribuciones sistemáticas de los factores comunes. Por ejemplo, Truax y Mitchell (1971 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) señalaban la importancia de una relación terapéutica cálida y empática desde un enfoque conductual, y hacían énfasis en que la influencia positiva del terapeuta participa en la construcción de un pronóstico favorable de la terapia. Asimismo, Raimy (1975 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) publicó un libro en el que establecía que todos los enfoques terapéuticos parecían estar dirigidos a cambiar las ideas erróneas de los pacientes sobre sí mismos y otros, sin embargo, las intervenciones para ello eran diferentes.

Por otro lado, Sloane et al. (1975 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) hicieron un estudio sobre las actividades de los terapeutas psicodinámicos y conductuales en el que encontraron que ambos presentaban grados similares de calidez y consideración positiva de los pacientes y éstos, a su vez, mostraban el mismo grado de auto-exploración, lo cual favorecía la línea de los factores comunes.

Ahora bien, Beutler, Moleiro, y Penela (2004) establecen que uno de los antecedentes más importantes del movimiento de integración está constituido por el *veredicto del dodo bird*. El origen del término se encuentra en el artículo de Luborsky, Singer y Luborsky (1975 cit. en Beutler, Moleiro y Penela, 2004), quienes retoman la analogía que hace Rosenzweig (1936, cit en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010) de un pasaje del libro *Alicia en el país de las maravillas*, para explicar la situación en psicoterapia. Así,

afirman que parece haber una competencia entre los enfoques en la que cada uno sigue su propio camino y al final todos ganan, situación que pone de manifiesto la imposibilidad de reconocer la superioridad de un solo modelo y esto a su vez se relaciona con la visión que afirma que todas las psicoterapias ejercen sus efectos a través de los factores comunes, que constituyen una mejor explicación del cambio que las técnicas específicas.

A principios de los años 80, Goldfried y Padawer (1982 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) señalaban que las actividades de los psicoterapeutas en realidad eran muy similares a pesar de que articularan de forma distinta su conceptualización de los casos. Por su parte, Ryle (1982 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) en su obra *Psicoterapia: una integración cognitiva de la teoría y práctica*, propuso una forma de unificar teorías y métodos de un grupo heterogéneo de orientaciones en un sistema lingüístico común, a saber, el que se desprende de la psicología cognitiva.

Finalmente, es importante mencionar que durante esta etapa muchos de los enfoques se encontraban en proceso de definirse y consolidarse, de manera que la búsqueda de factores comunes no era realmente una prioridad (Mirapeix y Rivera 2010).

3.2.3 El eclecticismo técnico

El concepto de eclecticismo técnico fue introducido por Lazarus (1967 cit. en Feixas y Botella, 2004; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a; Mirapeix y Rivera, 2010), quien afirma que el exagerado énfasis en las teorías ha favorecido la proliferación caótica de enfoques, por lo que considera que lo que se necesita son más hechos. Así, sostiene que los terapeutas pueden utilizar técnicas de diferentes sistemas terapéuticos sin aceptar necesariamente las bases teóricas asociadas a ellos, pero tomando como criterio de selección la evidencia empírica de su efectividad.

A finales de la década de los 60, Brammer (1969 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) proponía que lo que se necesitaba en el campo de la psicoterapia era un eclecticismo basado en hallazgos de investigación sobre la efectividad de las diversas intervenciones terapéuticas, con el fin de evitar la combinación caótica de técnicas distintas sin tomar en cuenta sus fundamentos.

A pesar de esto, las críticas hacia el eclecticismo técnico no se hicieron esperar y fue Eysenck (1970, cit. en Lazarus, 2005a; Martínez-Taboas, 2008a) uno de los autores que describieron al eclecticismo como una mezcla de procedimientos carente de relaciones lógicas y que no podía ser evaluada realmente. Esto refleja que aunque el eclecticismo apunta a que el terapeuta pueda utilizar distintas estrategias con el objetivo de adaptar los métodos al paciente, algunos lo consideran una postura puramente pragmática sin una teoría que lo sustente.

Posteriormente, Lazarus (1971 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) describió un amplio repertorio de técnicas tanto conductuales como no conductuales que podían ser empleadas por diversos terapeutas. A su vez, Woody (1971 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) publicó un libro en el que integraba procedimientos conductuales y orientados al insight y consideraba que el especialista debía ser capaz de integrar distintas técnicas.

En su artículo sobre el fin de la ideología de la terapia conductual, London (1972 cit. en Goldfried, 1996; Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) reflexionaba sobre el hecho de que existen técnicas que aunque no corresponden a la escuela conductual, han demostrado ser efectivas, situación por la que no deberían ser ignoradas ya que constituyen potenciales aportaciones al área. Además, invitaba a sus colegas a ser más pragmáticos en la clínica y los prevenía de involucrarse demasiado con las teorías, ya que finalmente lo más importante es la intervención con los pacientes.

Por otro lado, en su libro *Terapia conductual multimodal*, Lazarus (1976 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) extendió su acercamiento de la psicoterapia conductual para tomar en cuenta tanto la conducta del individuo como sus afectos, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales y los estados psicológicos en general, señalando que siempre debía ser la efectividad empírica la que dictara las intervenciones a aplicar.

Hasta aquí llegan los eventos más importantes de este periodo en la vertiente de los factores comunes. Ahora bien, en cuanto a la evolución del movimiento de integración en psicoterapia en general, es importante destacar algunos puntos:

Lazarus (2005a) señala que desde la década de los 60, distintos autores comenzaron a caer en cuenta de que no había ninguna terapia “pura” que ofreciera todas las respuestas a los conflictos que se encontraban en la clínica. En lugar de eso, varios modelos ofrecían métodos potencialmente útiles. Goldfried (1996) señala que a partir de eso surgió un mayor interés en el acercamiento entre los modelos terapéuticos, lo cual se ha reflejado en la creciente tendencia al eclecticismo.

De esta manera, el eclecticismo comenzó a posicionarse como la opción más utilizada en la práctica, sin embargo, esto también comenzó a ser fuente de confusión al favorecer la selección indiscriminada de elementos de origen distinto, dando origen a una mezcla incoherente de conceptos y técnicas (Feixas y Miró, 1993; Lazarus, 2005a), pues ante tanta diversidad de enfoques, se comenzaron a tomar distintos aspectos de los mismos para adaptarlos al propio estilo. De esta manera, los psicoterapeutas intuitivamente comenzaron a explorar otras direcciones, generando con ello un *eclecticismo espontáneo* (Fernández-Álvarez 1992, cit. en Fernández-Álvarez y Opazo 2004) en el que comenzaron a utilizar cualquier estrategia de cambio que pudiera ser útil para cada caso particular. A partir de esto, Norcross (2005a) establece que en un principio, la mayoría de las

combinaciones eran mezcladas y utilizadas de manera idiosincrática, por lo que el término “ecléctico” abarcaba un amplio rango de perspectivas distintas.

En este punto y según lo que establecen Feixas y Botella (2004), la pluralidad tanto de enfoques puros como de prácticas eclécticas, reflejaba la diversidad de la psicoterapia y a su vez comenzaba a plantear nuevos retos como la evolución hacia la exploración de un avance común más que disgregado. Poco a poco, con la proliferación de publicaciones alrededor del tema de la integración, los encuentros entre distintos terapeutas para intercambiar puntos de vista y evitar el caos, comenzaron a darse. Es así que Goldfried, Pachankis y Bell (2005) refieren que en 1981, un grupo pequeño formado por Garfield, Goldfried, Horowitz, Kendall, Strupp, Wachtel y Wolfe, celebró una conferencia para determinar si los clínicos con diferentes enfoques podían entenderse al tratar material clínico concreto. El objetivo principal de dicho encuentro era tener la oportunidad de establecer el diálogo entre distintos especialistas. En los siguientes años, la comunicación entre terapeutas con diversas orientaciones se convirtió en un fenómeno a nivel mundial. Así, en Colombia en 1983, se celebró un congreso internacional enfocado en la convergencia de las psicoterapias.

Los autores afirman que durante esos años el movimiento de integración comenzó a tomar más forma; diversos libros y revistas comenzaban a publicar artículos sobre el tema, pero el evento más importante lo constituye la fundación en 1983 de una asociación internacional dedicada a acercar al creciente número de profesionales interesados en el tema, la *Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia* (SEPI, por sus siglas en inglés).

Ahora bien, Wachtel (2004) señala que muchos de los pioneros del movimiento de integración eran figuras importantes dentro de sus enfoques, lo cual los ayudó a promover dicha mentalidad, pues no era fácil hacerlos a un lado y lentamente comenzaron a ser escuchados.

Así pues, la SEPI nació por iniciativa de Goldfried y Strupp, quienes habían hecho aportaciones importantes al campo y en 1979 hicieron una lista de colegas que podrían estar interesados en los esfuerzos dirigidos a la integración en psicoterapia y les enviaron un cuestionario para obtener datos al respecto, en el que la mayoría sugería la formación de una organización y el establecimiento de un boletín informativo. A partir de ello, en 1983 un comité organizador formado por Birk, Goldfried, Phillips, Stricker, Wachtel y Wolfe, se reunió para discutir el tema. Finalmente decidieron que necesitaban construir una organización formal que facilitara los encuentros informales entre sus miembros, pues sin la existencia de la misma, sería difícil darle continuidad al incipiente movimiento de integración en psicoterapia. De esta manera, decidieron fundar la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (Goldfried, Pachankis y Bell, 2005).

Tanto Feixas y Miró (1993) como Goldfried, Pachankis y Bell (2005), consideran que la formación de la SEPI proporcionó el impulso para que la integración en psicoterapia se estableciera como un movimiento viable, con la esperanza de crear conciencia sobre la necesidad de un modelo comprensivo de intervenciones psicoterapéuticas que se desarrollara en un contexto de diálogo y respeto entre distintas perspectivas.

Este evento marca el fin del periodo pre-institucional y el inicio del institucional, pues ahora había un organismo dedicado a hacer converger las propuestas de integración, una vez que hubo suficiente evidencia a favor de dicho movimiento tanto para unificar un campo que hasta entonces había estado fragmentado, como para aumentar la efectividad de las intervenciones que se realizan en psicoterapia.

3.2.4 Dificultades y críticas a la integración

Durante los primeros años de este periodo, la tendencia de las escuelas se dirigía a enfatizar los propios aspectos teóricos y técnicos, remarcando las diferencias con las demás pues cada una se consideraba superior, situación que

evidentemente dificultó la integración al pasar por alto las semejanzas presentes en todas las perspectivas. Incluso es esta época cuando se realizan mayores críticas a los intentos de integración, ya que se consideraban un sueño imposible. Uno de los artículos que criticaba el incipiente movimiento de integración en psicoterapia fue el de Levis (1970 cit. en Mirapeix y Rivera, 2010), titulado: *Integración de la terapia conductual y la psiquiatría dinámica: Un matrimonio con altas posibilidades de terminar en divorcio.*

Goldfried (1996) afirma que hasta principios de los años 60 se escribió poco sobre el acercamiento entre las distintas terapias, pues se observaba un clima conservador tanto político como social que pudo desanimar a los terapeutas para cuestionar los paradigmas sobre los que se sustentaba su práctica. Sin embargo, posteriormente comenzaron a efectuarse cambios sociales que, por un lado, produjeron una mayor libertad para publicar artículos relacionados con la integración y por otro, fomentaron que las psicoterapias enfatizaran sus diferencias para hacerse más competitivas en un contexto socioeconómico mercantilista, pues la guerra fría se estaba desarrollando y había una gran presencia de radicalismos de todo tipo, lo cual dificultaba la posibilidad de integración (Feixas y Botella, 2004; Mirapeix y Rivera, 2010).

Finalmente, es importante señalar que si bien el terreno aún no era fértil para que se desarrollara el movimiento de integración, al final del periodo éste ya comenzaba a abrirse paso a pesar de las condiciones desfavorables por las que había estado atravesando (Goldfried, 1996; Mirapeix y Rivera, 2010).

3.3 Periodo institucional (1983- hasta la actualidad)

El periodo institucional ha sido considerado por Mirapeix y Rivera (2010) como el más fructífero, pues en él se ha publicado la mayor cantidad de trabajos en torno a la integración psicoterapéutica. El hecho de que este movimiento tenga un soporte institucional como la SEPI y un órgano de expresión constituido por el *Journal of*

Psychotherapy Integration, hace que éste sea un momento histórico de especial relevancia para el desarrollo de las propuestas integradoras en psicoterapia (Lazarus, 2005a).

En este punto es importante señalar que si bien el movimiento de integración se ha desarrollado con base en muchos de los trabajos que se presentaron en este periodo, no es posible mencionarlos todos ni es el objetivo del presente trabajo, de modo que se mencionarán sólo algunas de las publicaciones más relevantes.

3.3.1 La integración teórica

Goldfried, Pachankis y Bell (2005) reportan que a principios de este periodo, distintos autores entre los que se encuentran Beck (1984), Greenberg y Safran (1984), Mahoney (1984) y Ryle (1984), comenzaron a sugerir que el campo de la psicoterapia necesitaba desarrollar una teoría de orden superior que ayudara a comprender mejor las conexiones entre los sistemas cognitivos, afectivos y conductuales y que sirviera para desarrollar un paradigma más unificado.

De hecho, Beck (1984, cit. en Martínez-Taboas, 2008a) afirmaba que a pesar de las diferencias en los niveles filosófico, teórico y técnico entre las terapias cognitivas, conductuales, psicoanalíticas e incluso la farmacoterapia, hay suficientes similitudes que justifican los intentos de construir un metamodelo que incluya esos sistemas terapéuticos y que tenga un mayor poder explicativo.

Mahoney (1985 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), por su parte, afirmaba que las escuelas “puras” fomentaban puntos de vista estáticos y consideraba que el conocimiento avanzaría más cuando existiera una mayor apertura a las visiones que fueran más allá del pensamiento predominante, de modo que el movimiento de integración era una nueva área de exploración que debía apoyarse.

Uno de los trabajos que pretendían encontrar un modelo viable de integración es el de Beitman (1987 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), quien presentaba un modelo de terapia de cuatro fases que utilizaba un lenguaje común y pasaba a través de distintas orientaciones. En relación con esto, en 1987 un número de la *Revista de Psicoterapia Integrativa y Ecléctica* abordó los problemas para superar la barrera del lenguaje que impedía la comunicación entre terapeutas de distintos enfoques. Las propuestas consideradas más viables para desarrollar un lenguaje unificado fueron la del lenguaje vernáculo (Driscoll, 1987 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) y la del lenguaje de la psicología cognitiva experimental (Goldfried, 1987; Ryle 1987; cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005).

Por otro lado, Bergin (1988, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) sugería que se necesitan distintas orientaciones terapéuticas para diseñar un método de intervención multidimensional, pues no era posible comprender el funcionamiento humano basándose solamente en un grupo de principios. De este modo, el acercamiento de las psicoterapias es necesario para tratar efectivamente aquellos problemas complejos que requieren intervención terapéutica.

Durante este periodo, también la psicología cognitiva comenzó a aportar propuestas dirigidas tanto a su propio desarrollo, como al desarrollo de un marco de integración terapéutica. London y Palmer (1988, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) apoyan esta idea al considerar que las psicoterapias cognitivas constituyen en sí mismas intentos integrativos.

A finales de la década de los 80, comenzó a tomar importancia el desarrollo de metodología empírica para estudiar la integración en psicoterapia. En este sentido, Safran, Greenberg y Rice (1988 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) afirmaron que los psicoterapeutas podían aprender más sobre el proceso de terapia a través del estudio de casos en los que se tuvo éxito y en los que éste no se alcanzó, que a través del estudio de pacientes categorizados con base en clasificaciones diagnósticas. Asimismo, durante una conferencia del *Instituto*

Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés), Wolfe y Goldfried (1988 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) señalaron la importancia de una comprensión más unificada de la psicopatología como un aspecto necesario para que la integración en psicoterapia estuviera basada en datos empíricos.

Uno de los primeros programas de investigación diseñado para desarrollar una nueva metodología para el avance de la integración psicoterapéutica comenzó a partir del trabajo de Goldfried y sus colaboradores (1989 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) en el que mediante grabaciones y videos de sesiones de psicoterapia, estudiaban lo que los terapeutas realmente hacían. Por otro lado, Beitman, Goldfried y Norcross (1989 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) subrayaron la importancia de los hallazgos de investigación para que el tratamiento se basara en las necesidades del paciente y en la evidencia empírica más que en la predisposición teórica del terapeuta.

Asimismo, el trabajo de Barkham, Shapiro y Firth-Cozens (1989, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) constituyó una aportación importante al encontrar que una intervención combinada que fuera de un enfoque psicodinámico a uno cognitivo-conductual, funcionaba mejor que una terapia cuya secuencia fuera inversa. Esto pone de manifiesto la enorme complejidad de las intervenciones en psicoterapia, pues se debe tomar en cuenta una gran variedad de factores para diseñar las estrategias de intervención más adecuadas en cada caso.

Wachtel (1991 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), por su parte, proponía ir más allá de la simple combinación de elementos, sugiriendo que se debería buscar la manera de alcanzar una integración menos fragmentada. Por otro lado, Shoham-Salomon (1991 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a) subrayaba que solamente las terapias que son claramente diferentes pueden integrarse. Es decir, cuando los enfoques hablan de lo mismo pero de distintas maneras, sería posible integrarlos como parte del mismo sistema, sin embargo, cuando sus propuestas son diferentes existe la posibilidad de que se

complementen e integren verdaderamente, pues desde el principio formaban parte de aspectos distintos que potencialmente pueden unificarse.

3.3.2 Los factores comunes

Dentro del movimiento de integración en psicoterapia, los factores comunes también se consideran uno de los campos más fructíferos. Algunos autores (Stiles, Shapiro y Elliott, 1986; Goldfried y Safran, 1986; cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) han planteado la pregunta sobre porqué los resultados terapéuticos son tan similares cuando se sabe que los enfoques difieren tanto entre sí, situación que Stiles, Shapiro y Elliott (1986, cit. en Beutler, Moleiro y Penela, 2004) definen como *la paradoja de la psicoterapia*. Estos autores llegaron a la conclusión de que el hecho de que hasta el momento no se hubiera demostrado la superioridad de un enfoque sobre otro, debería llevarnos a seguir investigando el proceso de cambio en psicoterapia, pues dicha pregunta solo podría responderse con base en la investigación de los factores comunes que influyen en él.

En relación con esto, Karasu (1986 cit. en Mirapeix y Rivera, 2010) describe tres agentes de cambio involucrados en las distintas escuelas:

1. Experimentar una intensa relación afectiva entre paciente y terapeuta.
2. Habilidad cognitiva para la integración de las nuevas percepciones, patrones de pensamiento y/o autoconocimiento.
3. Regulación conductual, es decir, la modificación conductual a través de la cual el criterio de cambio se hace efectivo.

Por otro lado, Lambert (1986 cit. en Feixas y Botella, 2004; Mirapeix y Rivera, 2010) reporta que el 40% del cambio terapéutico se atribuye a los factores extraterapéuticos, el 30% a los factores comunes, el 15% a las técnicas empleadas y el otro 15% al efecto placebo. De dichos resultados se desprende la importancia de los factores comunes en el proceso terapéutico, pues aparentemente éstos juegan un papel más importante que las técnicas, sin

importar el marco conceptual del que provengan. Asimismo, concluye que lo que sucede fuera de terapia tiene una gran importancia y a veces ésta es minimizada por los terapeutas, quienes en una actitud omnipotente piensan que la intervención es, per se, lo que produce el cambio. A partir de esto, resulta razonable pensar que si los factores comunes son responsables del 30% del cambio, deberían ser considerados con mayor atención. Ahora bien, el autor considera que los factores comunes más importantes en psicoterapia son:

1. Factores de apoyo: la identificación con el terapeuta, una relación terapéutica positiva, la empatía y la alianza terapéutica.
2. Factores de aprendizaje: la experimentación afectiva, la asimilación de experiencias problemáticas, la experiencia emocional correctora y el insight.
3. Factores relacionados con la acción: la regulación conductual, la habilidad cognitiva, el juicio de realidad y la práctica de nuevas habilidades.

Grencavage y Norcross (1990 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005; Martínez-Taboas, 2008a) hicieron una revisión de la información disponible acerca de los factores comunes con base en la cual propusieron que éstos podrían ser clasificados de acuerdo con las características del paciente, los atributos del terapeuta, los procesos de cambio, la estructura del tratamiento y la relación terapéutica. Por su parte, Goldfried (1991 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) proponía que al enfocarse en principios clínicos comunes a distintas orientaciones, la investigación probablemente lograría identificar los mecanismos de cambio más importantes en el proceso terapéutico.

En relación con esto, Kleinke (1995) toma nueve propuestas de los factores comunes y las analiza, concluyendo que la alianza terapéutica, definida por Greenson (1986) como la capacidad y motivación del paciente para trabajar en la solución de su conflicto, fomentada por el especialista y la interacción entre ambos, ha sido reconocida como el mejor predictor del cambio terapéutico. Martínez-Taboas (2008a) también reconoce la importancia de la alianza

terapéutica, sin embargo la concibe como algo necesario pero no suficiente en el proceso de cambio.

Finalmente, Mirapeix y Rivera (2010) señalan que es necesario pensar en términos de relaciones multivariadas e interactivas entre los factores comunes, de tal forma que expliquen de una forma más completa el papel que éstos juegan en el cambio que se produce en psicoterapia.

3.3.3 El eclecticismo técnico

Una de las propuestas más importantes en esta área es la de Beutler y Clarkin (1990), quienes propusieron una terapia ecléctica sistemática que promueve la selección del tratamiento basándose en las variables del paciente, el contexto del tratamiento, las variables de relación, las estrategias terapéuticas y las técnicas. Es decir, se trata de una propuesta que posee criterios sólidos sobre los cuales se seleccionan las intervenciones a realizar.

En un diálogo entre Lazarus y Messer (1991, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) publicado en la *Revista de Integración en Psicoterapia*, Lazarus lamentaba la fragmentación existente entre las psicoterapias y hacía un llamado a trabajar con base en menos teorías y más hechos, argumentando a favor de un eclecticismo técnico basado en los datos en lugar de una integración que se dé solamente sobre la base de la teoría. Messer respondió señalando que los datos tienen su base en la teoría pero también reconoció que deberían probarse técnicas tomadas de otros modelos para ser validadas a través de su uso y experimentación en otros contextos.

De esta manera, Goldfried, Pachankis y Bell (2005) afirman que con el tiempo, el eclecticismo comenzó a definirse como una combinación deliberada de intervenciones provenientes de un entrenamiento más adecuado en distintas orientaciones, una evaluación más sistemática de las necesidades de los

pacientes y el uso de la investigación sobre los resultados de la psicoterapia, por lo que ha disminuido la tendencia a relacionarlo con el caos.

Una vez finalizada la revisión de las propuestas relacionadas con el eclecticismo técnico dentro del movimiento integracionista, es importante apuntar algunos aspectos relacionados con el desarrollo de dicho movimiento en general:

Arkowitz (1992 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) afirma que a medida que el movimiento de integración en psicoterapia comenzaba a madurar durante la década de los 90, éste comenzó a diferenciar distintas vertientes: el eclecticismo técnico, que busca evidencias empíricas sobre lo que funciona basándose en los resultados de la investigación; los factores comunes, que buscan encontrar los ingredientes que dan cuenta de resultados similares a través de distintos modelos y la integración teórica, que busca desarrollar un nivel jerárquicamente superior en la síntesis teórica, para dar origen a nuevas ideas y métodos (Wachtel, 2004).

Con el avance del movimiento de integración en psicoterapia, Goldfried, Pachankis y Bell (2005) reportan la aparición de nuevas revistas que abordan aspectos relevantes a la integración, tales como la *Revista Internacional de Psicoterapia Ecléctica*, que posteriormente fue renombrada como *Revista de Psicoterapia Integrativa y Ecléctica* en 1987 y la *Revista de Psicoterapia Cognitiva*, que invitaba abiertamente a los terapeutas a discutir el tema de la integración de la psicoterapia cognitiva con otros modelos. Además, a principios de la década de los 90, la *Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia* comienza a publicar su propia revista, la *Revista de Integración en Psicoterapia*, en la que la mayor parte del trabajo sobre integración terapéutica se encuentra recopilado.

La investigación en psicoterapia también ha ido evolucionando con el objetivo de encontrar formas de intervención más efectivas. Si bien se han hecho avances importantes, a finales de la década de los 90, Glass, Arnkoff y Rodríguez (1998 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) hacen un llamado a realizar más

investigación, pues consideran que ésta se encuentra en desventaja en comparación con el interés teórico que la integración en psicoterapia ha recibido.

Como respuesta a esto, el número de publicaciones ha seguido en aumento y de entre ellas destaca tanto la primera como la segunda edición del *Manual de Integración en Psicoterapia*, editado por Norcross y Goldfried (1992 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), que ofrece un panorama comprensivo de la teoría y práctica de la integración en psicoterapia, pues el movimiento se encuentra ya lo suficientemente maduro como para ofrecer una perspectiva completa sobre su origen y desarrollo. En su publicación, los autores concluyeron que no era probable que el movimiento de integración desarrollara una orientación única y general de intervención en psicoterapia. Más bien, los esfuerzos integrativos podrían aportar un mayor consenso sobre las intervenciones indicadas para ciertos problemas clínicos.

Por otro lado, el movimiento de integración en psicoterapia ha continuado su expansión desde Estados Unidos hacia países como Canadá, Italia, Holanda, Francia, Inglaterra, Sudáfrica, Alemania, España, Gran Bretaña, Argentina, Chile, Puerto Rico, entre otros. De hecho, actualmente el movimiento gira principalmente en torno a dos sociedades que han enfocado sus esfuerzos al desarrollo de nuevas perspectivas en el campo. La primera de ellas, la SEPI, se interesa por estudiar los avances de la psicoterapia sin limitarse a un solo enfoque. Por otro lado, la *Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia* (SEIP), creada a principios de la década de los 90, fomenta el acercamiento entre terapeutas de distintos países y con distintas orientaciones teóricas al crear espacios dedicados al diálogo e intercambio de opiniones sobre el tema (Obregón, 2002).

Ahora bien, Goldfried, Pachankis y Bell (2005) mencionan que los conceptos integrativos han continuado su expansión hacia modalidades psicoterapéuticas diversas que tienen presencia en la actualidad, por lo que las que han tenido un mayor impacto serán revisadas en el siguiente capítulo. De esta manera, se da por

terminada la revisión histórica del movimiento de integración en psicoterapia con el fin de la década de los 90, sin embargo, hay que enfatizar que siguen desarrollándose avances en el área.

3.3.4 Dificultades y críticas a la integración

Mirapeix y Rivera (2010) establecen que la madurez de la terapia de la conducta, la apertura de los psicoanalistas y la incorporación de las perspectivas cognitivas permitieron que poco a poco se flexibilizaran las posturas y que la búsqueda de factores comunes y puntos de encuentro entre especialistas con distintas orientaciones fuera bien vista. Esta situación se vio favorecida a su vez por el contexto socio-histórico a partir del cual se desarrolló, pues ha sido la época de la globalización, del acceso a la información, de intentos integradores a nivel socio-político y de la búsqueda de caminos intermedios en renuncia a las ideologías radicales.

Finalmente, considero importante conceptualizar de manera más concreta el desarrollo histórico del movimiento de integración en psicoterapia utilizando como marco la perspectiva de Wachtel (2004), quien después de haber sido testigo tanto del surgimiento como de los avances de este movimiento a lo largo del tiempo, lo describe en función de dos grandes momentos:

1. La primera ola, que consistió en establecer la viabilidad de la idea misma de integrar los enfoques que hasta ese momento se dedicaban a luchar unos contra otros, atribuyéndose grandes descubrimientos y tratando de desprestigiar a aquellos que no compartían su perspectiva. El punto medular para alcanzar dicha meta, fue la creación de la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (SEPI), ya que era necesario un punto de encuentro entre profesionales con distintas visiones sobre el mundo psicológico en el que fuera posible establecer un diálogo genuino, lo cual

abriría la puerta al crecimiento y enriquecimiento del área. Ahora bien, las preocupaciones centrales durante esta etapa giraban en torno a:

- La exploración de los significados comunes ocultos detrás de términos teóricos aparentemente incompatibles y diferentes.
- El costo de la visión limitada a partir de un solo modelo, que afectaba a los pacientes a quienes se trataba de incluir forzosamente en una visión rígida de la naturaleza humana, por rechazar las ideas de otras escuelas que eran juzgadas como incorrectas.
- El desarrollo de conceptualizaciones coherentes que dieran importancia al conocimiento y métodos terapéuticos de cada escuela.

2. La segunda ola comenzó a desarrollarse a partir de la pregunta sobre cómo poner en práctica una perspectiva integrativa una vez que se había logrado aceptar la idea de trascender los límites de las escuelas existentes para combinar sus conocimientos y métodos. En este sentido, el abordaje cognitivo resultó ser una base sólida para el desarrollo de muchas de las intervenciones integrativas, pues no solamente hace referencia a lo cognitivo, sino que incorpora aspectos provenientes de otras teorías. Así, la segunda ola se ha caracterizado por la aplicación de la perspectiva integrativa a los problemas del mundo real de los pacientes.

Por su parte, Goldfried (1996), después de realizar un cuidadoso seguimiento de los eventos que dieron pie al movimiento de integración en psicoterapia, habla de que finalmente la información nueva comienza a procesarse, lo cual se refleja en que a finales de los años 90 se inició un periodo de auto-examen, propio de lo que Kuhn (1970 cit. en Goldfried, 1996) identifica como las revoluciones científicas, que generalmente se encuentran precedidas por un periodo de crisis cuando los paradigmas dejan de cumplir su función, abriendo paso al debate sobre los principios y la insistencia en probar cosas nuevas. A su parecer, esto fue lo que dio pie para que la integración en psicoterapia comenzara a desarrollarse.

Norcross (2005a) describe que a lo largo del tiempo ha habido un progreso teórico que va de la segregación a la abolición de la segregación y de ahí a la integración. El eclecticismo representaba en un primer momento, la abolición de la segregación puesto que refleja la mezcla de ideas, métodos y personas de diferentes orientaciones teóricas, pero ahora hemos pasado a la integración, con esfuerzos crecientes que van dirigidos a descubrir principios integrativos viables para asimilar y acomodar lo mejor de los distintos sistemas.

Ahora bien, Fernández-Álvarez y Opazo (2004) hacen un balance de los resultados de los veinte años de evolución del movimiento integrador desde su nacimiento en los años 80, señalando tres aspectos importantes:

- En la actualidad, la integración en psicoterapia es una realidad en diferentes niveles y se expresa a través de distintas propuestas.
- Las intervenciones hacen combinaciones teórico-técnicas muy diversas.
- Ningún enfoque ha alcanzado hasta ahora, el poder de una explicación totalizadora compartida.

En relación con esto, Fernández-Álvarez (1992) menciona que a lo largo del tiempo y de sus propias prácticas, los psicoterapeutas han caído en cuenta de que el campo de los fenómenos sobre los que trabajan es un punto de intersección en el que participan factores relacionados con la historia personal del paciente, las circunstancias presentes e incluso sus planes a futuro; en cada trastorno intervienen factores personales e intrínsecos al individuo y factores relacionados con su contexto y las interacciones con las personas con las que interactúa. Con base en estas múltiples intersecciones, se hace necesario el desarrollo de modelos capaces de abordar al paciente teniendo en cuenta que dichas variables operan de manera conjunta y simultánea, y que las intervenciones serán más útiles en tanto incluyan esos diferentes aspectos.

El movimiento de integración en psicoterapia es un fenómeno reciente, que aun en la actualidad se encuentra desarrollando nuevas propuestas. Esta situación complica el proceso de definir en qué momento termina su desarrollo histórico y en qué momento inicia el panorama actual. Sin embargo, algunos autores entre los que se encuentra Beitman (1994 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005), consideran que el movimiento de integración en psicoterapia ya ha madurado lo suficiente como para considerar la necesidad de que la *Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia* cambie su misión, pues es momento de dejar de explorar y comenzar a definir las bases sobre las cuales se puede alcanzar la integración en psicoterapia.

A manera de conclusión del capítulo, se retoma la reflexión de Mirapeix y Rivera (2010) en la que mencionan que hasta ahora hemos estado acostumbrados a escuchar una historia de la psicoterapia llena de rivalidades y enfrentamientos, sin embargo, es momento de promover otra visión en la que los acercamientos y la complementariedad de perspectivas tenga un lugar predominante. De este modo planteada, la historia de la psicoterapia sería un punto de reflexión para darse cuenta de que el diálogo y el encuentro entre distintos modelos pueden servir como base para alcanzar una “comprensión de la complejidad de la psicoterapia, que no es otra cosa que una expresión de la complejidad del ser humano” (p. 22).

4. Movimiento de integración en psicoterapia: panorama actual

Cuando los caminos se estrechan y se vuelven poco conducentes, cuando las teorías “reduccionistas” se tornan insuficientemente explicativas, cuando el cambio en psicoterapia se nos presenta esquivo, y cuando los enfoques “estrechos” parecen tocar fondo, la opción a privilegiar se relaciona primeramente con el ensanchar horizontes (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004, p.15).

Esta cita hace referencia a la situación actual de la psicoterapia, pues desde que comienza a darse su aceptación y expansión a partir de la creciente conciencia social respecto de la participación de los factores psicológicos en el sufrimiento humano y la utilidad de la psicoterapia para mitigarlo, se formularon distintas teorías acerca del funcionamiento psicológico en general y la psicopatología en particular, sobre las cuales se construyeron sistemas con una explicación de tales trastornos y la manera de tratarlos. Sin embargo, al ver cómo surge un enfoque psicoterapéutico tras otro sin que ninguno de ellos tenga la respuesta a lo que debe hacerse para alcanzar el éxito terapéutico en la mayoría de los casos -pues cada uno aborda distintos aspectos del ser humano y ninguno es totalmente explicativo-, los terapeutas han comenzado a explorar otros caminos, lo cual conlleva la posibilidad de abrirse a perspectivas distintas como potenciales fuentes de aprendizaje (Fernández-Álvarez, 1992; Feixas y Miró, 1993).

Con base en lo anterior, Kelly (1969 cit. en Feixas y Miró, 1993) sugiere construir visiones alternativas más amplias que no constituyan solamente *un modelo más* para agregar a la lista de los ya existentes. Feixas y Miró (1993) lo explican del siguiente modo: “Si ninguna de las 400 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido convencer acerca de su utilidad para con todos los casos, no se trata de crear la número 401, sino de plantearse la cuestión desde otra perspectiva” (p. 357). Con esto se refieren a que actualmente el panorama en psicoterapia debería

enfocarse en explorar la integración de los conocimientos y técnicas parciales que pueden ayudar a comprender más ampliamente el proceso terapéutico.

4.1 Eclecticismo

En años recientes, según distintas investigaciones (Mahoney, 1989 cit. en Feixas y Miró, 1993; Norcross, 2009), la tendencia en psicoterapia se inclina hacia el eclecticismo, sin embargo, al no existir aún una teoría común, se legitiman muchas cosas y esta apertura va generando un camino abierto al desorden, pues parecería que existen tantos tipos de eclecticismo como terapeutas (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

De hecho, Hollanders (1999 cit. en Obregón, 2002) reconoce que la forma que toman las intervenciones clínicas, sean llamadas eclécticas, integrativas o incluso pluralistas, depende en gran medida del sentido personal del terapeuta, lo cual puede observarse claramente en la encuesta que realizó sobre la orientación clínica de los terapeutas en su país, en la que reporta, por un lado, que aunque no todos los encuestados afirmaron definirse como eclécticos o integradores, el 87% tendía a utilizar diversas aproximaciones en la práctica, constituyéndose a final de cuentas como tal, aunque de manera implícita. Por otro lado, si bien la práctica clínica más frecuente es la orientación ecléctica o integrativa, al indagar más al respecto, se percata de que no queda muy claro entre los mismos especialistas a qué se refieren cuando se identifican de esa manera, además de que tienden a referirse a dichas perspectivas indistintamente.

Una crítica que se hace al eclecticismo en esta misma línea, es aquella manifestada por Omer (1993) en la que entiende esta tendencia como el uso de una técnica específica para un tipo de problema también específico, lo cual acaba por fragmentar la práctica de la psicoterapia en intervenciones desconectadas, que no toman en cuenta ni las necesidades del paciente, ni el marco en el cual se aplican.

De esta manera, el término “eclecticismo” tiende a ser utilizado sin prestar atención a su significado. Zarzosa (1991) pone de manifiesto que una de las confusiones que giran en torno al mismo, se relaciona con el pragmatismo característico de los terapeutas empíricos, quienes ponen su mayor interés en los productos aplicables, en sus rutinas o técnicas, adoptando como premisa básica que a mayor cantidad y variedad de procedimientos o técnicas, mayor posibilidad de obtener cambios favorables, ya que de entre todas ellas, algo tendrá que dar resultado. Sin embargo, a causa de tal arbitrariedad en la selección de las técnicas, el terapeuta no siempre sabe qué técnica funcionó, ni porqué lo hizo, de manera que en lugar de avanzar, la terapia se vuelve desorganizada y carente de sistematización.

Tal desorden ha influido en que el término eclecticismo haya adquirido una connotación ambigua o incluso negativa para algunos clínicos dada su supuesta naturaleza desorganizada, pues se piensa que estos terapeutas tienden a experimentar con nuevos métodos indiscriminadamente. Sin embargo, la oposición al eclecticismo más bien debería dirigirse al sincretismo, en el que se dan combinaciones acríticas y asistemáticas a partir de una serie de técnicas que desembocan en una arbitraria mezcla de métodos sin fundamento, que representa la antítesis de la psicoterapia efectiva y eficiente (Norcross, 2005a).

Zarzosa (1991) indirectamente coincide con esto al criticar al eclecticismo hablando de que al desconocer un sistema teórico y tratar de incorporar elementos provenientes de otras fuentes, el resultado invariablemente será una mezcla sincrética, pues aunque aparentemente se trate de elementos compatibles, estos carecerán de lógica dentro de dicho sistema, al no haber sido reformulados en los términos teóricos necesarios para darle consistencia.

Ahora bien, Corsi (2005) advierte que la correcta definición del eclecticismo puede contribuir a modificar la visión negativa que se tiene de él porque lo identifica como el esfuerzo por encontrar los elementos válidos de distintas teorías para

combinarlas en un todo armónico. En relación con esto, resulta importante describir también sus características, entre las que se encuentra el hecho de que selecciona técnicas y procedimientos terapéuticos independientemente de la teoría de la que provienen, pero pretende desarrollar la habilidad del terapeuta para seleccionar sistemáticamente el mejor tratamiento para el paciente. Así, el eclecticismo se relaciona con lo técnico, la elección de entre varias opciones y aplicar lo que hay disponible en lugar de crear un sistema nuevo (Norcross y Newman cit. en Gabalda 1999). El eclecticismo del que hablan dichos autores se lleva a cabo por clínicos que son competentes en varios sistemas terapéuticos y que seleccionan las intervenciones de manera sistemática, basándose en los hallazgos de investigación y la necesidad del paciente. De este modo, la cuestión no se encuentra en ser ecléctico o no, sino en ser sistemático y consistente (Rotter, 1954 cit. en Norcross, 2005a).

Ahora bien, resulta evidente que existe cierta confusión en torno al término “eclecticismo”, mismo que puede ser utilizado tanto en su connotación “positiva” como en la “negativa” de manera indiscriminada, sin embargo, como parte de un intento por diferenciar uno y otro caso, se han definido diversas formas de eclecticismo que Feixas y Miró (1993) sistematizan de la siguiente manera:

1. *Eclecticismo intuitivo o ateórico*: la elección que hace el terapeuta de las técnicas tiene su base en la vivencia del momento, pero al no poseer ninguna lógica conceptual, puede desembocar en contradicciones. Esto va de acuerdo con la clasificación propuesta por Corsi (2005) de *eclecticismo asistemático*, caracterizado por utilizar técnicas de distintas escuelas según criterios subjetivos y puede expresarse de dos formas:
 - a. *Eclecticismo pragmático*: el criterio para seleccionar los recursos se basa en su utilidad.
 - b. *Eclecticismo relativista*: el enfoque y técnica a utilizar dependen del paciente, del problema y las preferencias del terapeuta, por lo que existirían tantas formas de terapia como situaciones clínicas.

2. *Eclecticismo técnico*: las técnicas se seleccionan de acuerdo con criterios sistemáticos aunque no se acepte el marco de referencia de donde provienen, sin embargo frecuentemente se hace evidente la necesidad de una teoría lo suficientemente amplia para abarcar dichos elementos de forma coherente.
3. *Eclecticismo sintético*: se conoce también como integración teórica y trata de integrar conceptos y técnicas provenientes de distintas teorías. Se relaciona con lo que Corsi (2005) propone como *eclecticismo sistemático* en el que se integran elementos de distintos sistemas en una nueva estructura conceptual, con su propia lógica y coherencia interna. Dentro de esta opción, Villegas (1990 cit. en Feixas y Miró, 1993) distingue dos vertientes que a su vez forman parte del llamado movimiento de integración en psicoterapia:
 - a. Integración asimilativa: reformulación de los conceptos de una teoría en términos de otra.
 - b. Integración acomodativa: articulación de elementos teóricos compatibles.

Con base en esto, se hace evidente que si bien en un inicio el eclecticismo adquirió una connotación “negativa” al ser un término que abrió paso a la confusión y desorganización, posteriormente y a partir de los intentos de aclarar tanto su definición como sus características en contraposición al pragmatismo y sincretismo, fue adquiriendo un sentido más “positivo” que actualmente estaría relacionado con la integración. En ese sentido, se reconoce el valor del eclecticismo en tanto fue esta perspectiva la que comenzó a abrir paso al movimiento de integración en psicoterapia. Sin embargo, aunque poco a poco se fue aclarando la confusión que giraba en torno al eclecticismo como concepto, ahora la confusión se encuentra en la diferencia entre el eclecticismo y la integración, lo cual se refleja en distintas visiones y opiniones al respecto, como la de Gabalda (1999), quien señala que los terapeutas que defienden una actitud integradora pretenden construir una psicoterapia científica y crear nuevos y mejores sistemas, mientras que quienes defienden una actitud ecléctica, se mueven a partir de motivos puramente funcionales. Considera que el hecho de

llamar integración a lo que en realidad es eclecticismo, puede llevar a confundir aún más las diferentes versiones de lo que es la psicoterapia, por lo que propone que para avanzar en el campo, primero es necesario diferenciar entre integración y eclecticismo.

En relación con esto, Norcross (2005a) enlista las diferencias entre ambos conceptos de la siguiente manera:

- Eclecticismo: se trata de un acercamiento técnico con base en las diferencias de los enfoques, selecciona intervenciones de entre la colección de técnicas existentes y es atórico pero empírico, por lo que podría verse como un acercamiento más realista que surge de la suma de las partes.
- Integración: trata de combinar dos o más de las teorías existentes hasta el momento para crear algo nuevo al unificarlas con base en sus convergencias y el resultado sería algo más que la suma de sus partes, sin embargo su visión más teórica que empírica, la hace idealista.

Por su parte, Obregón (2002) conceptualiza la diferencia entre el eclecticismo y la integración de la siguiente forma: “Eclecticismo (...) aporta los medios. Integracionismo es el fin, fin que radica en un esfuerzo cooperador de los profesionales de distintos enfoques (...) para llegar a consensos en pro de una práctica más eficaz” (p. 196). En relación con esto, Feixas y Miró (1993) afirman que uno de los mayores retos de la psicoterapia en la actualidad es la posibilidad de evolucionar desde la pluralidad hacia un avance en común, lo cual implica la transición de las posturas eclécticas hacia lo que se conoce actualmente como el movimiento integrador en psicoterapia.

En el nivel más básico de esta evolución, se encontraría lo que Hollanders (1999, cit. en Obregón, 2002) llamó acercamientos en sentido estrecho, es decir, la integración de perspectivas distintas intra-escuela, ya que incluso dentro de los distintos modelos en psicoterapia, existe cierta fragmentación y para poder

construir una teoría coherente, primero deben superarse dichas divisiones. En este sentido, Norcross (2005a) señala que las psicoterapias *puras* son integraciones de *segunda generación*. Por otro lado, Hollanders identifica los acercamientos en sentido amplio, refiriéndose de esta manera a la integración de distintos modelos de psicoterapia, a partir de la cual comenzó a configurarse el movimiento de integración en psicoterapia como tal.

Norcross (2005a) ha identificado los siguientes factores como las principales condiciones que llevaron al campo de la psicoterapia a poner atención en la integración:

1. La proliferación de enfoques psicoterapéuticos distintos: London (1988 cit. en Norcross, 2005a) señala que con tantos modelos y tantos colegas haciendo psicoterapia, se está haciendo cada vez más complicado proponer uno más y de cualquier manera, ninguna teoría ha demostrado su superioridad sobre las otras. Así, aunque la psicoterapia ha tenido una gran capacidad para crear distintas construcciones, su incapacidad para integrarlas se observa actualmente en un panorama de fragmentación, cuando el desarrollo de los sistemas de conocimiento debería ser entendido como una integración que llevara a una situación de complejidad, no de fragmentación. La alternativa ante este panorama sería la paz entre las escuelas en guerra (Feixas y Botella, 2004).
2. La inadecuación de teorías y tratamientos únicos: ningún enfoque es clínicamente adecuado para todos los pacientes y situaciones. La proliferación de teorías, de hecho, es tanto la causa como el síntoma del problema, ya que ni las teorías ni las técnicas de una sola escuela son adecuadas para tratar con la complejidad de los problemas psicológicos y las realidades clínicas demandan una perspectiva más flexible. Solamente cuando el terapeuta de un enfoque particular se enfrenta al fracaso, es que se pregunta si el punto fuerte de otra orientación podría compensar el punto débil de la propia.

3. Las contingencias socioeconómicas externas: la proliferación de enfoques fue precipitada en parte por una serie de presiones sociales y económicas a partir de la aceptación de la psicoterapia como una intervención importante en el tratamiento de la salud mental y del inicio del apoyo financiero para el entrenamiento en clínica y el tratamiento psicológico, que empezó a demandar respuestas en relación con la efectividad de la psicoterapia (London, 1983 cit. en Norcross, 2005a). Enfocarse en problemas clínicos específicos, a su vez, llevó a un número cada vez mayor de especialistas a buscar soluciones fuera de su propio paradigma. Además, los ataques provenientes de fuera de las profesiones dedicadas a la salud mental comenzaron a unirlos, pues si no se hacían cambios importantes, los terapeutas empezarían a perder pacientes.
4. El aumento de tratamientos breves enfocados en el problema: la exigencia de tratamientos breves ha acercado distintas terapias y ha creado variaciones de las mismas que son más compatibles entre sí. La integración, especialmente en el caso del eclecticismo técnico, responde entonces a la necesidad de buscar lo que sea que funcione mejor y más rápido para un paciente con un problema determinado.
5. La oportunidad de utilizar varios tratamientos, principalmente para trastornos complejos: el establecimiento de clínicas especiales para el tratamiento de trastornos específicos ha promovido la exposición a otras perspectivas y los profesionales ponen mayor énfasis en su experiencia con el problema clínico que en su orientación teórica. En general, estas clínicas se enfocan en tratar pacientes y trastornos que no han respondido favorablemente ante otras modalidades de psicoterapia.
6. El reconocimiento de que los puntos en común ejercen una gran influencia sobre el resultado terapéutico: los factores comunes más frecuentemente identificados son el desarrollo de una alianza terapéutica, la oportunidad de catarsis, la adquisición y práctica de nuevas conductas y las experiencias positivas de los pacientes (Grencavage y Norcross, 1990 cit. en Norcross, 2005a). Así, en el resultado en psicoterapia influyen en gran medida estos factores, independientemente del marco en el que se utilicen.

7. La identificación de efectos específicos de las terapias y los tratamientos: Garfield (1992, cit. en Norcross, 2005a) considera que el uso adecuado de los factores comunes y las contribuciones únicas de cada sistema en psicoterapia probablemente será más efectivo y llevará a la integración. Asimismo, el surgimiento de tratamientos basados en la investigación ha favorecido el derrumbe de las escuelas tradicionales y el aumento del pluralismo, que cederá el paso a una nueva metateoría de terapia, según Smith (1999, cit. en Norcross, 2005a).
8. El desarrollo de una red profesional para la integración: la SEPI fue formada para acercar a aquellos que se encontraban intrigados por las distintas rutas hacia el acercamiento entre las psicoterapias y actualmente promueve el espíritu integrativo a lo largo de la comunidad terapéutica.

4.2 Movimiento de integración

Para comenzar a hablar del movimiento de integración en psicoterapia como tal, Opazo (2006) parte de definir lo que es integrar:

- Integrar es construir un todo a partir de elementos diferentes que están relacionados con un centro e interactúan de acuerdo con las reglas del sistema completo (Opazo, 1997).
- Integrar es encontrar respuestas articuladas a conjuntos de elementos diversos y complejos (Fernández-Alvarez, 1996 cit. en Opazo, 2006).

Ahora bien, la psicoterapia integrativa busca nutrirse de la investigación y de la experiencia clínica para generar una teoría más completa, capaz de fundamentar una práctica clínica más efectiva.

De esta manera, Corsi (2005) identifica los modelos integrativos como una nueva estructura conceptual en la que se busca desarrollar un nivel jerárquicamente superior en la síntesis teórica en el que pudieran surgir nuevas ideas y métodos. Sin embargo, en la actualidad se siguen observando dos tendencias distintas:

1. La universalización de un modelo teórico-clínico, que plantea la posibilidad de aplicar el mismo procedimiento terapéutico a una diversidad de problemas, privilegiando la formación del terapeuta dentro de una determinada escuela, que estaría constituida por las aportaciones principales de las actuales, pero sería más amplia.
2. La perspectiva integrativa, que pone énfasis en la construcción de modelos terapéuticos a partir de la investigación clínica y coloca en el centro de la intervención al paciente y su problema. Para ello, la investigación ha comenzado a enfocarse en los factores principales que intervienen en el proceso terapéutico, es decir, “qué tratamiento, realizado por quién es más efectivo para este paciente con este problema específico, y bajo qué circunstancias” (Paul cit. en Beutler, Moleiro, y Penela, 2004).

En relación con esto, Feixas y Miró (1993) hacen la distinción entre el *sueño unificacionista* y la *exploración de la integración*. El sueño unificacionista apunta a la fusión de todos los enfoques en uno solo para alcanzar una modalidad de psicoterapia totalmente unificada, lo cual no parece ser muy viable ya que dicha pretensión sería ingenua en lo científico y discutible en lo ético. En contraste, la exploración de la integración busca fomentar el diálogo entre especialistas de distintos enfoques con el objetivo de desarrollar propuestas integrativas que reflejen la evolución del campo hacia estadios más maduros. Así, el espíritu integrador busca promover el esfuerzo común por llevar al campo hacia una utilización bien fundamentada de los recursos y la experiencia acumulada hasta el momento, que permita responder a las necesidades y particularidades de los pacientes (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, 2004).

Goldfried (1996) afirma que el interés creciente en la integración de las psicoterapias es lo que le ha permitido obtener el estatus de movimiento en la actualidad. Ahora bien, el movimiento de integración en psicoterapia se define como una serie de esfuerzos cuyo objetivo es ir más allá de los límites de las escuelas particulares para descubrir lo que puede aprenderse sobre otras

maneras de practicar la psicoterapia, conlleva la posibilidad de integrar lo mejor de diferentes orientaciones, alcanzar una comprensión más amplia de los procesos de cambio, articular modelos teóricos más completos y desarrollar tratamientos más efectivos (Arkowitz, 1992 cit. en Goldfried, 1996; Norcross, 2005a; Mirapeix y Rivera, 2010).

El movimiento de integración en psicoterapia adquiere sentido en tanto toma las partes válidas de las teorías y las *re-encuadra* en un marco teórico más amplio. Así, se nutre de fuerzas de cambio que provienen de distintos enfoques pero las organiza desde una visión integrativa que es capaz de contener la vasta complejidad multidimensional del ser humano en tanto ser bio-psico-social. En vista de que seguir la ideología de una sola escuela psicológica implica una gran limitación, al pretender integrar distintos conceptos y técnicas no solamente se acercan los enfoques, sino que se está construyendo una visión global de la experiencia humana, lo cual tiene un gran valor humanista (Fernández-Álvarez, 1992; Cacioppo y Bernston, 1992, cit. en Martínez-Taboas, 2008a; Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Ahora bien, la evolución del movimiento de integración en psicoterapia se ha visto reflejada en los clínicos, quienes con el paso del tiempo y a partir de los nuevos desarrollos en el campo, han modificado tanto su perspectiva como su práctica, por lo que resulta importante identificar dichas modificaciones para entender cómo se han dado los procesos, dónde están y hacia dónde se dirigen. Sin embargo, cabe mencionar que estos resultados se refieren principalmente a las tendencias estadounidenses, pues en este país se han dado la mayor parte de las aportaciones relacionadas con el movimiento integracionista. A continuación se describen los resultados principales de los estudios que exploran las tendencias actuales en psicoterapia (Mahoney, 1989 cit. en Feixas y Miró, 1993; Norcross, 2005a, 2005b, 2009).

- Las orientaciones “puras” muestran un descenso progresivo, principalmente en el caso del psicoanálisis y la terapia de conducta. Las orientaciones humanista y sistémica también han descendido, sin embargo parece que se han consolidado en esos niveles. Esto pudo darse a causa de que como se trata de enfoques más recientes que los anteriores, cuando surgieron, numerosos terapeutas los adoptaron, pero actualmente ha disminuido su práctica a causa de su consolidación y la estabilidad que esto conlleva.
- Incluso en la actualidad no se ha alcanzado el consenso en torno a la integración, de manera que el campo todavía está lleno de seguidores de una escuela de pensamiento particular y aunque la rivalidad se ha ido desvaneciendo poco a poco, no se ha extinguido, sobretodo en los países fuera de Estados Unidos y Europa. Tal sería el caso de México, donde todavía se aprecia esta rivalidad entre terapeutas, aunque el eclecticismo o integración está comenzando a aceptarse.
- Dado que la integración se concibe como un modelo más amplio, en un inicio se comenzó a adoptar en la forma de híbridos entre dos teorías. Ahora bien, el principal de ellos en un principio, el híbrido formado por los modelos conductuales y psicoanalíticos, ha sido reemplazado por la terapia cognitiva en combinación con alguna otra, siendo ésta la que contribuye con mayor frecuencia en la práctica ecléctica o integrativa.
- La orientación principal en Estados Unidos es aquella ecléctica o integrativa, sin embargo, la mitad de los terapeutas que actualmente se identifican en ella, pertenecían a una escuela específica antes de adoptar dicha visión. Las orientaciones teóricas previas eran principalmente la psicodinámica, la cognitiva y la conductual, lo cual indica que el cambio más notorio viene de los modelos psicoanalíticos y en segundo lugar, de las tradiciones cognitiva y conductuales, probablemente a partir de la inconformidad con el modelo, por un lado, y por la promoción de la integración, por el otro.
- Dentro de las vertientes de integración, existe una marcada preferencia por la integración teórica o asimilativa sobre el eclecticismo técnico. Sin embargo, las

partes que constituyen la orientación ecléctica o integrativa se encuentran todavía en evolución.

A partir de dichos resultados, se hacen evidentes tres cambios que Norcross (2005a) señala del siguiente modo: Una clara preferencia por el término y proceso de integración, más que de eclecticismo, aunque éste ha perdido su connotación negativa como la orientación de aquellos inconformes con las escuelas ortodoxas; la presencia dominante de la terapia cognitiva en la práctica ecléctica o integrativa y el surgimiento de la integración asimilativa como otra parte de la integración.

4.2.1 Vertientes del movimiento de integración

Ahora bien, para comenzar a hablar de los desarrollos que se han dado dentro del movimiento de integración, Prochaska y DiClemente (2005) consideran que cualquier perspectiva integrativa debería alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Aportar cierto orden al prevaeciente caos en el campo de la psicoterapia.
- Preservar las aportaciones más significativas de los principales sistemas de psicoterapia, pues esto reflejaría su riqueza.
- Proveer respuestas prácticas a los problemas con los que se enfrentan los terapeutas en la clínica.
- Generar una aproximación sistemática mediante principios que abarquen las dimensiones cruciales de la psicoterapia.
- Dejar espacio libre para la flexibilidad con base en la cual se promueva la libre elección y la creatividad.

Estos objetivos particulares proporcionan guías concretas que los especialistas deben tener en cuenta al realizar nuevas propuestas, con miras a alcanzar los objetivos generales de la integración en psicoterapia.

Dentro del movimiento integracionista, Mirapeix (2004) identifica intervenciones *intersistema o longitudinales*, caracterizadas por ser intervenciones dirigidas a la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales cuyo objetivo es la recuperación de un trastorno. Por otro lado, identifica los modelos de intervención integrada *intrasistema o transversales*, que consideran elementos teóricos provenientes de distintas escuelas psicoterapéuticas y cuyas estrategias de intervención utilizan técnicas procedentes de distintos enfoques.

Dentro de este marco, es necesario hablar de los modelos integrativos en plural, ya que la integración se manifiesta de distintas maneras y no sería correcto referirse un solo acercamiento integrativo, pues esto haría referencia al *sueño unificacionista o mito de la uniformidad* (Kiesler, 1966 cit. en Norcross, 2005a). Más bien, se habla de aproximaciones integrativas dentro de la psicoterapia. Con base en esto, todo modelo integrativo necesita ser formulado como un sistema abierto, evitando las elaboraciones absolutas y totalizadoras como las formulaciones reduccionistas que trata de superar (Fernández-Álvarez, 1992).

A continuación se presentan las distintas vertientes dentro del movimiento de integración en psicoterapia sintetizando la clasificación detallada de Feixas y Miró (1993) y la clasificación más general pero más actual de Norcross (2005a). En relación con esto, cabe mencionar que si bien la clasificación de los primeros es más detallada ya que incluye sub-clasificaciones, éstas solamente se mencionarán dentro del marco general de la explicación de las vertientes, pues en los últimos años se han dado distintos desarrollos en el campo que implican modificaciones en dicha categorización.

Resulta importante señalar que aunque no se mencionarán todos los modelos que se insertan en cada una de las vertientes, pues en los últimos años se ha hecho una gran variedad de propuestas en torno al tema de la integración, se explicarán solamente los principales con base en que sus planteamientos se encuentran bien estructurados y al aplicarse han obtenido resultados favorables, o bien, poseen

evidencia empírica que los dota de fundamentos sólidos. Finalmente, se trata de planteamientos internacionales que por un lado, se aplican principalmente en países de habla inglesa como Estados Unidos, Inglaterra, Gran Bretaña y Canadá, y por otro, de desarrollos de los países hispanohablantes que se encuentran más involucrados en el movimiento de integración y han obtenido resultados favorables, a saber, España, Argentina y Chile. Asimismo, resulta importante mencionar que en nuestro país no es fácil obtener información sobre el tema y no se encontraron desarrollos al respecto.

Ahora bien, Norcross (2005a) explica que las vertientes se caracterizan por tener como principal objetivo incrementar la eficacia, eficiencia y aplicabilidad de la psicoterapia al ver más allá de los límites de las teorías y sus técnicas. Sin embargo, cada ruta hacia la integración busca diferentes caminos para ello, de lo cual se desprenden cuatro vertientes principales:

4.2.1.1 Factores comunes

El acercamiento de los factores comunes busca determinar los ingredientes básicos que operan en el cambio psicológico y por lo tanto son compartidos por la mayoría de los modelos, con el objetivo de identificar los mejores pronosticadores del cambio y utilizarlos como referencia para elaborar tratamientos más eficaces. Esta búsqueda tiene su base en la creencia de que los factores comunes son importantes para explicar el éxito terapéutico, pues en las investigaciones se ha encontrado que no sólo no existe una eficacia diferencial entre los enfoques, sino que los factores comunes pueden explicar mejor el éxito terapéutico que las mismas técnicas. El resultado sería entonces un marco que le diera sentido a distintas formas de práctica con base en sus elementos subyacentes (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, 2004; Norcross, 2005a).

En el *Manual de Integración en psicoterapia* de Norcross y Goldfried (2005), si bien no existen modelos como en las otras vertientes, se mencionan dos

perspectivas que abordan el tema poniendo énfasis en distintos aspectos del proceso terapéutico:

El futuro como una fuerza integradora

Beitman, Soth y Bumby (2005) establecen que aunque tanto el pasado como el presente se exploran durante las sesiones terapéuticas, es el futuro el espacio en el que los pacientes tendrán la oportunidad de modificar sus patrones desadaptativos. En general, cuando el resultado de los planes coincide con los objetivos anticipados, surgen emociones positivas, mientras que cuando no es así, aparecen emociones negativas. En relación con esto, identifican 5 tipos de asociaciones erróneas que los pacientes tienden a hacer entre sus expectativas y el futuro:

- Futuro acortado (*foreshortened future*): se experimenta cuando se tiene dificultad para ver posibilidades positivas en el futuro.
- Futuro catastrófico: se prevé que algo terrible va a suceder y no puede prevenirse por ningún medio.
- Desajuste interpersonal: se caracteriza por preocupaciones que giran alrededor de ser controlado, sometido, rechazado o abandonado. Para evitarlo, los pacientes tienden a comportarse como creen que los demás esperan y al hacerlo, dejan de ser ellos mismos.
- Expectativas interpersonales conflictivas: se trata de múltiples expectativas opuestas que entran en conflicto y causan emociones encontradas.
- Desajuste del desarrollo: se configuran alrededor del fracaso para alcanzar las normas esperadas del desarrollo, experimentando una desconexión entre su nivel de madurez y su realidad.

El principal trabajo terapéutico se dirige a aminorar la intrusividad de estas expectativas y reducir la disforia que causan, para después reformularlas de manera que permitan concebir alternativas distintas u oportunidades para el futuro.

Generalmente esto se logra a través de un proceso de cuatro pasos que subyace a todas las escuelas de psicoterapia: en primer lugar es necesario identificar las respuestas problemáticas, posteriormente se debe instruir al paciente para activar su *yo observador* que le permita ser consciente de él mismo y sus acciones, emociones o pensamientos, para poder reflexionar sobre su relación con la realidad, ya que esto le permitirá identificar los desajustes entre sus expectativas y su experiencia, para finalmente hacerlas coincidir, eliminando así el conflicto. Ahora bien, para alcanzar dichos objetivos se usan distintas técnicas que giran alrededor de la capacidad de los pacientes para auto-observarse y crear *videos de expectativas* sobre sus patrones actuales y sobre las alternativas que los llevarían al cambio. En general, los métodos y estrategias que utilizan para alcanzar sus objetivos son cognitivos pues implican el trabajo con la construcción y modificación de sus videos de expectativas, hasta que el paciente sea capaz de construir una visión positiva de su futuro y pueda actuar en consonancia con ello.

Los resultados del trabajo clínico

Miller, Duncan y Hubble (2005) señalan que el debate entre los modelos terapéuticos, entre los factores comunes y específicos o el eclecticismo y la integración, pasa por alto el hecho de que la psicoterapia debería enfocarse en el cambio. De hecho, se ha encontrado (APA, 1998 cit. en Miller, Duncan y Hubble, 2005) que la mayoría de los potenciales clientes de psicoterapia señalan la poca confianza en los resultados del tratamiento como la razón principal para no involucrarse en el mismo. Ahora bien, para explicar los componentes básicos de un *enfoque dirigido al cliente*, los autores utilizan la analogía de un banco con tres patas. Cada una de ellas representa uno de los ingredientes básicos de la alianza terapéutica: objetivos en común, consenso sobre los métodos del tratamiento y un vínculo afectivo. De la unión de estos elementos emerge *la teoría de cambio del paciente* y la probabilidad de que se mantenga “cómodamente sentado en el tratamiento”(p. 87).

Uno de los principios de dicho enfoque es revisar continuamente con el paciente cómo se siente, pues su retroalimentación en cuanto a la alianza terapéutica, al proceso y resultado del tratamiento se utiliza para construir y guiar la interacción terapéutica. Si no percibe cambios significativos desde el principio del proceso o si se siente incómodo en la relación terapéutica, el especialista tendría que hacer algunos ajustes pues en caso contrario, resultaría difícil alcanzar los objetivos ya sea por las dificultades del paciente para involucrarse o porque abandone el tratamiento. Para alcanzar su objetivo, los autores utilizan escalas sencillas al inicio y final de cada sesión para evaluar la experiencia del paciente y darle una voz activa, que lo hace sentir tomado en cuenta a lo largo del tratamiento, al tener la oportunidad de hablar sobre los problemas que puedan surgir. Desde esta perspectiva, el terapeuta puede utilizar el modelo e intervenciones que considere pertinentes, pero debe enfocarse en la retroalimentación del paciente. Finalmente, los autores consideran que su propuesta constituye un acercamiento simple, sencillo y que unifica al campo alrededor del objetivo común de alcanzar el cambio.

4.2.1.2 Eclecticismo técnico

Lazarus, Beutler y Norcross (1992, cit. en Norcross, 2005a) establecen que si bien el eclecticismo técnico es el menos teórico de los acercamientos, no debe ser considerado como ateórico o antiteórico. La integración técnica (como la denominan Feixas y Miró, 1993) busca enriquecer la intervención y mejorar la habilidad de los terapeutas para elegir el mejor tratamiento para el paciente y su problema sin tomar en cuenta la teoría de donde provienen las técnicas que utilizan, pero guiándose por los datos de investigación sobre lo que ha funcionado para otras personas con problemas y características similares. El objetivo sería determinar qué técnicas, utilizadas con qué estilo terapéutico, con qué tipo de paciente y para qué tipo de problema son más efectivas, de manera que al hacer la selección del tratamiento con base en dichos factores pueda predecirse qué estrategias funcionarán y se maximicen los resultados (Martínez-Taboas, 2008a).

Según Feixas y Miró (1993), la cuestión entonces es saber cuáles son los criterios que motivan dicha elección. Para responder a esto, los autores proponen tres subclasificaciones que se incluyen en esta vertiente: la integración teórica pragmática, cuya meta sería desarrollar una matriz de *tratamientos por problema* que determine la técnica a emplear en cada caso; la integración técnica de orientación, que selecciona las técnicas guiada por la coherencia de una teoría específica, y la integración técnica sistemática, que selecciona las técnicas tomando en cuenta las distintas variables que intervienen en el proceso terapéutico, a partir de las cuales se construye un esquema conceptual que indica el tratamiento a implementar. En realidad, es esta última la que tiene una mayor relevancia dentro del marco del movimiento integracionista. A continuación se mencionan los modelos que se insertan en esta vertiente.

La Selección Sistemática de Tratamiento y La Psicoterapia Prescriptiva

Se trata de modelos que incorporan consideraciones relacionadas con el paciente y su problema, los objetivos, el terapeuta y la relación terapéutica, permitiendo a los especialistas ajustar los tratamientos a cada paciente de manera creativa y flexible. Pretenden alcanzar dicho objetivo al traducir la investigación y la práctica en una lista de principios de trabajo que integran diagnósticos para ayudar al especialista a desarrollar el plan de tratamiento. Así, representan el esfuerzo por definir variables relevantes desde las que los efectos diferenciales de varios tratamientos pueden predecirse para tomar decisiones clínicas bien fundamentadas (Beutler, Moleiro y Talebi, 2002; Beutler y Clarkin, 1990 cit. en Feixas y Botella, 2004).

Dentro del marco de la selección sistemática de tratamiento, Beutler, Consoli y Lane (2005) proponen un método sistemático de varios niveles para tomar decisiones con respecto a la intervención:

1. El primer nivel se encuentra enfocado en el paciente e incluye la evaluación de sus problemas, incluyendo su diagnóstico, su personalidad, el ambiente en el que se desarrolla y su nivel de funcionalidad.
2. El segundo nivel tiene que ver con el contexto del tratamiento en general y se refiere al *setting*, la intensidad, modalidad y formato del mismo.
3. El tercer nivel tiene que ver con mejorar las variables de relación a través del ajuste en factores que faciliten el impacto de la relación terapéutica; incluye el grado de correspondencia entre las perspectivas y antecedentes del paciente y el terapeuta, los tipos de intervenciones y modelos de tratamiento a utilizar y el uso de habilidades para manejar la alianza.
4. El cuarto nivel de toma de decisiones tiene que ver con el ajuste del tratamiento con base en 4 dimensiones y puntos de decisión principales:
 - a. Seleccionar la combinación adecuada entre el nivel de discapacidad funcional del paciente con la intensidad del tratamiento. En general, a mayor nivel de desajuste, el tratamiento debería ser más intenso.
 - b. Seleccionar para los pacientes con un estilo de afrontamiento internalizador, caracterizado por culparse y devaluarse a causa de su falta de habilidades, intervenciones más dirigidas al insight y a las emociones y para los pacientes externalizadores, caracterizados por culpar a las circunstancias externas o a otros de sus propios problemas, procedimientos que enfatizan el desarrollo de estrategias de solución de problemas y modificación conductual.
 - c. Según el nivel de reactancia del paciente, adoptar una posición de mayor o menor directividad. Los pacientes con mayor tendencia a resistirse a los esfuerzos de otros por cambiarlos, responden mejor con intervenciones en las que ellos tengan la posibilidad de ser más directivos, mientras que los pacientes con niveles menores de reactancia se benefician de intervenciones en las que el terapeuta funciona como guía.
 - d. El nivel subjetivo de estrés del paciente funciona como marcador para asumir un rol más dirigido a brindarle apoyo o confrontación. Dado que

los niveles bajos de distrés no son suficientes para motivar el cambio, deberían utilizarse procedimientos que favorecieran la activación afectiva. Por otra parte, con aquellos pacientes con niveles altos de distrés que implican el bloqueo emocional que los paraliza y les impide moverse para alcanzar sus objetivos, las técnicas de control de estrés y control cognitivo pueden resultar más útiles. Finalmente, se busca alcanzar un nivel de activación media que favorezca una solución de problemas efectiva.

La selección sistemática del tratamiento reconoce una serie de procesos de cambio que pueden ser ordenados en dos grupos, los principios básicos y los principios optimizadores. El principio más básico es que el resultado positivo en psicoterapia se incrementa significativamente cuando se informa a los pacientes la mejor manera de utilizar los servicios que se les ofrecen, para lo cual es necesario abordar temas tales como sus expectativas y el papel que se espera que jueguen durante el proceso. El segundo principio básico implica aplicar los tratamientos más adecuados para su nivel de desajuste, de manera que comiencen a percibir sus efectos positivos desde el principio.

Ahora bien, los principios optimizadores trabajan en los pacientes para facilitar el cambio. Entre ellos se encuentran características del terapeuta como la confianza, aceptación, respeto y apoyo; la importancia de la exposición como un proceso que favorece el cambio al contrarrestar la influencia dañina de la evitación; la importancia de tomar en cuenta la etapa de cambio en la que el paciente se encuentra; la activación emocional sostenida hasta que los síntomas disminuyen, y enfocar las intervenciones iniciales en desarrollar nuevas habilidades y disminuir síntomas disruptivos para asegurar la seguridad y estabilidad del paciente. Finalmente, es importante aclarar que la terapia prescriptiva es la aplicación del modelo de selección de tratamiento a la terapia individual (Beutler y Harwood, 2000 cit. en Beutler, Moleiro y Penela, 2004).

La terapia multimodal

Lazarus (2005b) propone el tratamiento de las dimensiones básicas del ser humano conceptualizadas a partir del acrónimo BASIC I.D. que corresponde a: conducta (*Behavior*), Afecto, Sensación, Imaginería, Cognición, Interpersonal y medicamentos o aspectos biológicos (*Drug/biologicals*). La evaluación multimodal identifica los síntomas presentes en estas áreas, determina interacciones entre ellos y al intervenir en estas dimensiones, el terapeuta procura “no dejar ninguna piedra sin voltear”(p. 107). Lazarus establece que existe un patrón relativamente estable a partir del que cada persona genera sus síntomas, por lo que para planear la estrategia de intervención más adecuada, es necesario rastrear el orden de la reacción en cadena e intervenir en las dimensiones en la misma secuencia.

Ahora bien, un paciente que solicita tratamiento, puede señalar cualquiera de las dimensiones como el punto de acceso a su problema, sin embargo generalmente también las otras se encontrarán involucradas, pero se incidirá en ellas posteriormente, ya que es importante atender a la problemática que el paciente presenta. En relación con esto, un punto característico de este enfoque es que cuando surgen *impasses* durante el tratamiento o se hacen evidentes las resistencias del paciente, Lazarus sugiere utilizar una técnica que llama *bridging* (construir un puente entre distintas dimensiones del paciente), es decir, sintonizarse con éste en su dimensión preferida, explorar su contenido y posteriormente tratar de desviarse hacia otros caminos que sean más productivos, en lugar de confrontarlo de manera directa. Al utilizar dicha técnica, el paciente se muestra más dispuesto a abordar las áreas que le representan un mayor conflicto y que ha estado evitando.

Por otro lado, así como considera que mientras más aprendan los pacientes en terapia a manejar sus conflictos cotidianos, menos probabilidad tendrán de recaer, también considera que mientras más amplio sea el repertorio de estrategias del terapeuta, más probable será que el tratamiento sea efectivo. De hecho, los

estudios de seguimiento que se han realizado con base en este modelo, sugieren que los resultados positivos más duraderos se encuentran en proporción directa con el número de modalidades o dimensiones por las que atraviesa la intervención. Además, se subraya la idea de que el tratamiento debe estar diseñado para cada paciente, pues las necesidades del mismo están antes que el marco teórico del terapeuta. Los terapeutas multimodales buscan una colección amplia de técnicas efectivas adaptadas al paciente que puedan ayudarlo a manejar su problema. Los métodos son aplicados cuidadosamente en un contexto apropiado y de la forma en que tenga mayor probabilidad de causar un impacto positivo.

Finalmente, la psicoterapia multimodal de Lazarus favorece la selección de intervenciones efectivas independientemente del enfoque del que provengan. Sin embargo, el énfasis en que se utilicen solamente técnicas empíricamente validadas reduce el espectro de las mismas al uso de técnicas principalmente cognitivo-conductuales, pues es ésta la corriente que ha documentado una mayor cantidad de técnicas de intervención y son relativamente pocas las que se encuentran fuera de ella.

4.2.1.3 Integración teórica

Consiste en integrar dos o más enfoques de psicoterapia, suponiendo que dicha fusión resultará mejor que cada una de las psicoterapias de las que se partió. Norcross (2005a) señala que su objetivo es construir una teoría emergente que sea más que la suma de sus partes. En opinión de Martínez-Taboas (2008a), esta vertiente es la más valiosa dentro del movimiento de integración en psicoterapia, pues pretende acrecentar las bases teóricas, refinar los fundamentos epistemológicos y aunar esfuerzos para ir más allá de los prejuicios con el objetivo de realizar una verdadera integración tanto teórica como práctica a partir de las aportaciones mejor fundamentadas de los distintos sistemas psicológicos. Dentro de esta vertiente, Feixas y Miró (1993) distinguen entre la integración

teórica híbrida, dirigida hacia la integración de las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos que generalmente se consideran complementarios, y la integración teórica amplia, que se diferencia de la anterior en tanto contempla la fusión de más de dos teorías. Los modelos integrativos que forman parte de esta vertiente son, entre otros:

La terapia cognitivo-analítica

Ryle (2005) parte de una integración práctica y teórica de ideas psicoanalíticas, cognitivas y constructivistas para el desarrollo de su modelo, aunque los recursos principales fueron las dos primeras. Mirapeix (2004), quien introdujo este modelo en España, considera que si bien es un modelo integrador pues combina de manera flexible elementos tanto teóricos como técnicos de distintas escuelas, se trata de una terapia cognitiva en tanto emplea técnicas cognitivo-conductuales y se basa en la capacidad del paciente para pensar sobre sí mismo, sus cogniciones disfuncionales, sus estrategias cognitivas de afrontamiento y sus esquemas, y es una terapia analítica ya que toma en cuenta la presencia de motivaciones, contenidos, deseos y registros de memoria inaccesibles al paciente pues están en un nivel inconsciente. Sin embargo, los conceptos se traducen a una terminología cognitiva, pues como hemos visto, Ryle considera que el lenguaje cognitivo facilitaría la integración de las psicoterapias.

La terapia cognitivo-analítica se caracteriza por la reformulación de los problemas del paciente con la participación de éste y del terapeuta, pues esto promueve la auto-reflexión y una relación reparativa con el especialista. Mirapeix (2004) describe la reformulación como la creación conjunta de una descripción de la dinámica subyacente a los problemas que trajeron al paciente a la consulta y que se pone por escrito en la *carta de reformulación*, en la que se vinculan los síntomas y aquellas experiencias afectivas que han estructurado la personalidad del paciente para dar un sentido de coherencia a sus experiencias pasadas y su unión con la situación actual. Dicha vinculación se articula a través de los

procedimientos cognitivos que utiliza el paciente para manejar su vida. Ryle (2005) señala que los pacientes pueden desarrollar patrones de pensamiento desadaptativos, mismos que explica que la siguiente manera:

- *Dilemas*: las posibles formas de actuar o relacionarse se perciben como alternativas extremas o dicotómicas.
- *Trampas*: las ideas negativas generan formas de actuar que las confirman.
- *Inconvenientes (snags)*: los objetivos adecuados tienden a abandonarse como si no estuvieran permitidos por otros o por el self.

Una vez que las dificultades del paciente son conceptualizadas en términos de estos patrones, el objetivo de la terapia sería revisarlos en términos de los procesos que implican, identificados a partir del *modelo de procesamiento secuenciado*, en el que la unidad de estudio es la secuencia de un proceso que describe la forma de pensar y comportarse del paciente. Con base en esto, los objetivos de la psicoterapia implican el cambio en el procesamiento a partir de una forma más adecuada de manejarse ante los conflictos y las relaciones, misma que se espera que controle o extinga los síntomas, pues el cambio en algún nivel de dicho procesamiento puede modificar la secuencia completa. Así pues, la reformulación debe sugerir los problemas concretos a modificar y la manera de abordarlos, además de señalar los obstáculos que se prevén en el tratamiento.

Ryle (2005) describe tres fases en la terapia cognitivo-analítica. Las primeras sesiones están dedicadas a conocer a los pacientes e involucrarlos en el tipo de pensamiento y actividades que el modelo requiere. Los desarrollos posteriores incluyen un periodo activo durante el cual los pacientes comprendan las cosas de una forma distinta, pero esto es emocionalmente doloroso y se relaciona con cierta ambivalencia en la relación terapéutica, que se acentúa en la tercera fase cuando se acerca la terminación, momento en el que el terapeuta escribe una *carta de despedida* en la que señala lo que se ha logrado hasta ese punto y los aspectos del procesamiento conflictivo que aún necesitarán trabajarse, de manera que

efectivamente se favorezca la internalización positiva del terapeuta como una voz correctiva, pues de esto depende el mantenimiento de los cambios.

El modelo integrativo supraparadigmático

Opazo (1997, 2004) propone una integración de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico para comprender tanto la psicopatología como el cambio terapéutico. Para esto, el sistema *self* coordina, conecta e integra los seis paradigmas, pues constituye la base de la personalidad (Kohut, 1971 cit. en Opazo, 1997) y le proporciona coherencia a todo el sistema, cumpliendo funciones de identidad incluyendo la autoimagen, autoestima y autoeficacia; de significación al traducir las experiencias en términos propios del sistema *self*; de auto-organización al adaptarse a las experiencias que afectan al sistema; de búsqueda de sentido en la vida y de conducción existencial, al comprometerse en su desarrollo personal (Opazo, 2001 cit. en Bagladi, 2004).

La dinámica del sistema establece que la persona interactúa con el ambiente, a partir de lo cual la percepción se concibe como un proceso activo de significación en el que el sistema *self* organiza, modifica e interpreta la experiencia, siendo a su vez modificado por ésta. Así, los *estímulos efectivos* son identificados como aquellos que influyen directamente y logran movilizar la conducta, lo cual produce consecuencias inmediatas y a largo plazo que a su vez son procesadas por el sistema y pueden influir en futuras conductas, de manera que la circularidad se vuelve un aspecto esencial.

Ahora bien, el principio de influencia asume la causalidad probabilística y el multideterminismo característicos del ámbito psicológico, por lo que *humaniza* el principio de causalidad. Si bien no garantiza que un efecto ocurrirá, implica que casi todos tenderían a dirigirse hacia el mismo efecto. En psicoterapia, este principio puede utilizarse para alcanzar los objetivos del tratamiento, pues con

base en él, el terapeuta estará seguro de influir en el paciente en la dirección correcta, aun cuando los efectos no sean observables de manera inmediata.

Al utilizar este modelo, se busca predecir estímulos efectivos, pero para esto es necesario que las características del estímulo, del self y la historia de las interacciones persona-estímulo, sean conocidas. Algunas veces, un sólo subsistema será el que determine el estímulo efectivo, sin embargo en general estará determinado por múltiples subsistemas. En términos predictivos, el modelo integrativo proporciona ventajas sobre otros modelos, pues al utilizar varios paradigmas, enriquece las oportunidades para una predicción más acertada. Por otro lado, los principios de influencia involucran fuerzas específicas de cambio de los seis paradigmas y de esta manera se convierten en estrategias clínicas para ayudar a alcanzar objetivos terapéuticos específicos.

Por otra parte, la psicoterapia es un proceso que se da en un contexto interpersonal y es diseñado como un medio de influencia a través de experiencias correctivas. La psicoterapia integrativa se nutre de fuerzas de cambio que se originan en el paciente, el terapeuta y la relación, pero también utiliza aquellas provenientes de los distintos enfoques terapéuticos. Los principios de influencia, flexiblemente administrados en un contexto interpersonal y en consideración de las necesidades del paciente y sus objetivos, aportan el material que el sistema self del paciente convierte en estímulos efectivos que lo motivan a cambiar. Cuando la situación clínica lo amerita, el terapeuta complementa la acción de cambio con técnicas específicas dirigidas a superar los problemas del paciente. En relación con esto, decidir cuándo y cómo intervenir es muy importante y para ello el diagnóstico establece las fortalezas y debilidades tanto del sistema self como de cada subsistema, por lo que ayuda a identificar las mejores estrategias de intervención. Ahora bien, cuando se produce un cambio sintomático, éste se *irradiará* a lo largo del sistema self y conducirá al ajuste sistémico hacia el equilibrio, por lo que puede intervenir desde cualquier paradigma y la sustitución de síntomas no será probable. Finalmente, el objetivo del modelo integrativo

supraparadigmático como tal, es buscar la verdad de cada enfoque con el objetivo de integrar dichos conocimientos en una totalidad coherente que beneficie a los pacientes (Opazo, 2004).

El modelo ecológico multidimensional

Corsi (2005) establece que tiene como objetivo superar algunas de las falsas dicotomías planteadas por los enfoques tradicionales adoptando una actitud abierta que permita responder de manera creativa y flexible a los problemas de los pacientes. El modelo toma en cuenta la amplia gama de determinantes que ejercen su efecto sobre las situaciones humanas y utiliza recursos para actuar sobre las distintas dimensiones del problema, afectando ya sea una o varias de ellas, pues éstas inciden en las otras (Corsi, 2005). La multidimensionalidad se da entonces, en dos ejes:

- La multiplicidad de los niveles significativos de la vida del paciente:
 - Dimensión cognitiva, conductual, intrapsíquica e interaccional.
 - Los contextos de los que el paciente forma parte (microcontexto (nivel individual), exocontexto (nivel familiar) y macrocontexto (sociedad)).
 - Las dimensiones temporales: pasado (historia personal), presente (situación actual) y futuro (proyecto de vida).
- La multiplicidad de recursos terapéuticos caracterizados por su flexibilidad y creatividad, pero con coherencia interna respecto de su estructura conceptual.

Ahora bien, los fundamentos en los que se basa el modelo multidimensional incluyen, por un lado, la teoría del determinismo recíproco propuesta por Bandura (1987 cit. en Corsi, 2005) quien explica la conducta en términos de una interacción recíproca entre los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales, lo cual promueve que las personas y el medio en el que se desenvuelven se determinen en forma recíproca. Corsi (2005) adapta esta propuesta señalando que los factores internos (aspectos cognitivos y psicodinámicos), los factores externos

(ambiente-contexto) y la conducta (acción-interacción) se resignifican entre sí constantemente. Por otro lado, toma el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987, cit. en Corsi, 2005) quien propone un modelo en el que establece que la realidad familiar, social y la cultura se organizan en un todo articulado de forma dinámica. Con base en esto, la persona es vista como una entidad dinámica que reestructura el medio en que vive, pues se trata de un proceso de construcción de la realidad. De este modo, los cambios tanto en el individuo como en los otros niveles de la estructura ecológica implican ciertas modificaciones en los otros subsistemas. Desde la perspectiva de este modelo, es necesario evaluar las relaciones intra e intersistémicas con el fin de contextualizar adecuadamente cada situación particular.

El modelo incluye el nivel individual como un subsistema en el que se identifican cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

- *Dimensión cognitiva:* incluye las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo.
- *Dimensión conductual:* se refiere a la serie de conductas a través de las cuales las personas se relacionan con el mundo.
- *Dimensión psicodinámica:* se refiere a la dinámica intrapsíquica e incluye las emociones, los fenómenos conscientes e inconscientes.
- *Dimensión interaccional:* se refiere a las relaciones y proceso de comunicación interpersonal que la persona establece.

Es importante tener en cuenta que todas estas dimensiones deben considerarse en su relación recíproca con los distintos contextos. Desde esta perspectiva, un cambio en cualquiera de los sistemas ocasionará cambios en las otras partes de la estructura. Con base en esto, se debe evaluar la *vía facilitada* que en cada paciente resulte más permeable para introducir un cambio en el sistema.

Por otro lado, el modelo es focalizado, de manera que el trabajo terapéutico se circunscribe a un área delimitada acordada entre el paciente y el terapeuta, sin

embargo, a lo largo de la terapia pueden trabajarse uno o más focos, dependiendo de la problemática y el proceso de cada persona. Ahora bien, para construir un foco multidimensional es necesario ubicar en el centro el motivo de consulta del paciente y determinar los aspectos cognitivos, conductuales, psicodinámicos e interaccionales asociados con el problema, así como reconocer los recursos en cada una de dichas dimensiones y evaluar la relación del conflicto con los sistemas más amplios. De esta manera, será posible promover un cambio que contribuya a la resolución del problema que preocupa al paciente a través de los mecanismos de cambio conocidos en cada una de las dimensiones psicológicas, mismo que promoverá cambios en el sistema total. Para activar estos mecanismos, el terapeuta dispone de recursos terapéuticos que deben seleccionarse tomando en cuenta la vía facilitada pero también los criterios que respeten la individualidad del paciente y el estilo personal del terapeuta.

Psicoterapia integrativa cognitivo-constructivista

Fernández-Álvarez (1992) toma como punto de referencia tanto la psicología cognitiva en lo referente a los procesos humanos como procesamiento de información, como la perspectiva constructivista que concibe al ser humano como agente proactivo en la construcción de sus significados. Así, parte de que los seres humanos interpretan las experiencias que viven otorgándoles un significado. En este sentido, la realidad que consideramos es la realidad que cada uno construye en un contexto determinado. Aquí, los trastornos psicológicos son considerados como una construcción disfuncional de la realidad, por lo tanto el objetivo de la terapia consiste en que el paciente pueda significar su experiencia de otra manera. Dentro de esta perspectiva, resulta de vital importancia adentrarse en la vivencia del sufrimiento que tiene el paciente y que lo lleva a demandar un tratamiento, pues esto permitirá tomar decisiones en torno al abordaje terapéutico.

Dentro de este marco, el autor propone un diseño de estrategias psicoterapéuticas en el que es importante tomar en cuenta una serie de variables que influyen en su

resultado e incluyen, entre otras, el tipo de trastornos a los que se aplica la psicoterapia, lo cual depende principalmente de su complejidad y etiología; las construcciones personales de la realidad que mantiene el malestar del paciente en cuanto a su disfuncionalidad; el nivel de procesamiento de la información y su complejidad; sus expectativas de cambio en relación con el tratamiento, su disposición al cambio y el nivel de profundidad de las modificaciones necesarias.

Fernández-Álvarez, Kirszman y Nieto (1994 cit. en Mariñelarena-Dondena, 2008) refieren que las intervenciones se diseñan apoyándose también en las fortalezas personales, procurando desarrollar las competencias del paciente y enfatizando los aspectos emergentes de la organización personal.

Finalmente, Fernández-Álvarez (1992) menciona la importancia de identificar el momento del proceso terapéutico para determinar algunas de las estrategias más adecuadas, sin olvidar que la psicoterapia implica un vínculo interpersonal, por lo que no es deseable que las técnicas le resten importancia al vínculo terapéutico, pero es importante tener la oportunidad de seguir produciendo conocimiento en nuestra área e “inventando nuevos signos para hablar de otra manera sobre aquellas cosas que siempre se han dicho” (p. 325).

Integración transteórica

Como parte de la vertiente de la integración teórica, tanto Feixas y Miró (1993) como Norcross (2005a) consideran la posibilidad de articular distintas teorías psicoterapéuticas desde un marco que atraviese por los modelos terapéuticos. Contrario al concepto *integración metateórica* que proponen Feixas y Miró (1993), considero el concepto de *integración transteórica (transteorética)* más adecuado para referirse a esta categoría, pues abarca los modelos integrativos que se enfocan en los procesos que pasan a través de las teorías, pero no se encuentran en un nivel de abstracción superior al de las mismas, pues dicha alternativa todavía representa problemas epistemológicos en el campo de la integración. Así,

es importante señalar la diferencia entre estas concepciones para no crear confusión al respecto. En realidad, puede considerarse que esta modalidad de integración es distinta de la teórica, sin embargo la incluye y de hecho va más allá de las perspectivas que plantean los diferentes enfoques, al adoptar visiones alternativas de los procesos que se dan en psicoterapia.

De acuerdo con esto, Opazo (1997) considera que las contribuciones que un modelo de este tipo podría hacer al campo de la psicoterapia serían:

- Aportar tanto un terreno como un lenguaje comunes para discusiones en las que puedan abordarse asuntos más avanzados sin tener que aclarar cada vez los supuestos básicos.
- Una apertura teórica al conocimiento generado desde distintos acercamientos, promoviendo el diálogo y la comunicación.
- Reglas claras para las metodologías aceptables dentro del marco.
- Reglas compartidas para evaluar tanto el conocimiento como la eficacia, que conllevarían la acumulación de conocimiento válido.
- La posibilidad de rescatar procesos específicos de cambio de distintos acercamientos.
- Las bases para el desarrollo de una psicoterapia integrativa más efectiva.

Por su parte, Goldfried (1996) también hace una propuesta que aunque no constituye un modelo integrativo como tal, conlleva aportaciones que pueden servir como base para la práctica de este tipo de modelos, pues el autor sugiere que la búsqueda de factores comunes es más factible en el nivel intermedio entre la teoría y la práctica, específicamente en el nivel de las estrategias utilizadas por distintas orientaciones. El autor llega a esta conclusión a partir de que conceptualiza la psicoterapia como algo que conlleva varios niveles de abstracción a partir de lo que es directamente observable. Así, en el nivel superior se encontraría el marco teórico para explicar el cambio y las bases filosóficas de la naturaleza del funcionamiento humano, que es el punto donde difieren las teorías

más importantes. En el nivel más bajo se encontrarían las técnicas psicoterapéuticas empleadas en la intervención. Ahora bien, en el nivel intermedio entre la teoría y la técnica, se encuentran las estrategias clínicas o principios de cambio, que funcionan como reglas clínicas que guían las intervenciones de manera implícita. En la medida en que los clínicos de distintas orientaciones sean capaces de alcanzar un grupo de estrategias comunes, es más probable que lo que surja constituya fenómenos sólidos pues habrá sobrevivido a las distorsiones impuestas por los sesgos de los terapeutas, sin embargo para lograr esto, se necesita un estudio más sistemático del proceso de cambio terapéutico.

Las similitudes más importantes en el nivel intermedio de abstracción que Goldfried (1996) ha encontrado, son las siguientes:

- Las expectativas de mejoría del paciente con base en que la terapia le ayudará a alcanzar los cambios que desea.
- La participación en una relación terapéutica con una persona comprensiva que tiene beneficios terapéuticos en sí misma.
- La posibilidad de obtener una perspectiva externa sobre uno mismo y el mundo, pues al encontrarse inmerso en sus conflictos, la visión del paciente es subjetiva.
- Las experiencias correctivas refuerzan la idea de que no necesariamente debe haber consecuencias negativas a las conductas que los pacientes han evitado anteriormente, lo cual resulta motivante para buscar experiencias nuevas.
- La oportunidad de comprobar la realidad a partir de la identificación de sus patrones desadaptativos.

Ahora bien, los principios que menciona se basan en los ingredientes activos de la psicoterapia, de modo que atraviesan por todos los modelos terapéuticos existentes.

El enfoque transteorético

Prochaska y DiClemente (2005) proponen que el cambio tanto en general como en psicoterapia depende de distintos factores que deben tomarse en cuenta al diseñar un tratamiento terapéutico y que se mencionan a continuación:

- Los procesos de cambio: se encuentran en un nivel intermedio de abstracción entre los supuestos teóricos básicos de un sistema psicoterapéutico y las técnicas propuestas por dicha teoría y representan distintos tipos de actividad iniciada por un individuo al modificar sus patrones de pensamiento, conducta o afecto en relación con un problema particular. A partir de esto, los autores sugieren la existencia de 10 procesos de cambio distintos: aumento de consciencia, auto-liberación, liberación social, contracondicionamiento, control de estímulos, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, manejo de contingencias, relaciones de ayuda y alivio dramático. A partir de sus estudios se percataron de que en situaciones normales, las personas utilizan esos procesos de cambio para modificar conductas problemáticas, mientras que los principales sistemas psicoterapéuticos solamente utilizan dos o tres de ellos, lo cual señala la necesidad de que los terapeutas aborden la compleja problemática de sus pacientes para comprenderlos mejor; deberían ser capaces de pensar en términos de procesos más comprensivos y de aplicar técnicas que aborde cada proceso cuando sea adecuado.
- Las etapas de cambio: representan tanto un periodo de tiempo como una serie de actividades necesarias para pasar a la siguiente etapa. Durante ciertas etapas de cambio, se enfatizan procesos de cambio específicos y la integración de ambos puede servir como guía para los terapeutas, pues cuando se logra identificar la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente, se puede determinar qué procesos de cambio aplicar para ayudarlo a

progresar hacia la siguiente etapa. Los autores identifican cinco etapas básicas de cambio:

- Precontemplación: los pacientes procesan menos información sobre sus problemas y presentan menos reacciones emocionales a sus aspectos negativos, por lo que no se encuentran realmente motivados a cambiar; es aquí donde se ubicarían los pacientes considerados resistentes. Para pasar a la siguiente etapa, el paciente debe percatarse del problema, apropiarse de él, identificar aquellos aspectos que lo hacen difícil de controlar e identificar aspectos negativos del mismo. Para alcanzar tal objetivo, las intervenciones de aumento de consciencia son las más indicadas e incluyen confrontaciones e interpretaciones que ayuden a los pacientes a ser más conscientes de las causas y consecuencias de sus problemas. También el proceso del alivio dramático proporciona experiencias afectivas que ayudan a motivar al paciente a cambiar.
- Contemplación: los pacientes se encuentran más conscientes de la naturaleza de sus problemas, por lo que tienen mayor libertad para reevaluarse tanto cognitiva como afectivamente; mientras más cerca estén los problemas de sus valores básicos, la reevaluación implicará más cambios en su yo. La reevaluación ambiental también sirve para identificar los efectos que su conducta tiene en sus contextos, especialmente en la relación que mantienen con otros.
- Preparación: indica que el paciente está listo para cambiar y tiene en mente las lecciones de los intentos y fracasos pasados en relación con el cambio. Para preparar a los pacientes para la acción, se necesita hacer cambios en la forma en que piensan y se sienten respecto a su conducta problemática y qué tanto valoran tal estilo de vida. Aquí, los pacientes se encuentran cerca de actuar y necesitan establecer metas de acuerdo con ello e incluso planes de acción, además de hacer compromisos firmes para continuar con la opción de acción que elijan.

- Acción: las personas generalmente comienzan con pasos pequeños hacia la acción, etapa durante la cual resulta importante que consideren que tienen la autonomía suficiente para cambiar significativamente sus vidas. La auto-liberación implica ser efectivo en procesos conductuales tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos para lidiar con las circunstancias externas que pueden presionar a los pacientes para recaer.
 - Mantenimiento: implica una evaluación de las condiciones bajo las cuales una persona será propensa a recaer. Los pacientes necesitan evaluar las alternativas que tienen para enfrentarse a dicha situación sin utilizar nuevamente conductas o respuestas patológicas.
- Pros y contras del cambio: representan los aspectos motivacionales y de decisión en torno al cambio y varían dependiendo de la etapa de cambio en la que se encuentre el paciente. Los pros de cambiar son más altos en la etapa de contemplación que en la de precontemplación, en la que los pros y contras se encuentran al mismo nivel y reflejan la ambivalencia que caracteriza esta etapa. Por otro lado, en la etapa de preparación, los pros son altos debido a que las personas se encuentran más convencidas de que los esfuerzos que se necesitan durante la fase de acción valdrán la pena.
- Niveles de cambio: representan una organización jerárquica de cinco niveles de problemas psicológicos a los que se dirige la terapia, a saber, problemas situacionales o síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, conflictos familiares o sistémicos y conflictos intrapersonales. Ahora bien, tanto terapeutas como pacientes deben estar de acuerdo a qué nivel atribuyen su problema y en qué nivel centrarán el trabajo terapéutico, siendo generalmente el nivel de los síntomas el primero en el que se interviene pues generalmente representa el problema por el que buscan ayuda. Mientras más abajo en la jerarquía se enfoque el trabajo terapéutico, menos conscientes

son los determinantes del problema y más relacionados se encuentran con el self, por lo que la psicoterapia será más compleja. Ahora bien, es importante señalar que los niveles se encuentran relacionados, por lo que el cambio en uno de ellos, también implicaría el cambio en otros.

El enfoque transteorético ve la integración terapéutica como la aplicación diferencial de los procesos de cambio en etapas de cambio específicas relacionadas con el nivel del problema identificado. De esta manera se construye un modelo para intervenir sistemáticamente a través de un amplio rango de contenido terapéutico. Cada sistema psicoterapéutico tiene fortalezas distintas, de manera que dependiendo del nivel y la etapa en la que se esté trabajando, distintos tipos de psicoterapia jugarán un papel más o menos prominente. Así, pueden emplearse tres estrategias para intervenir:

1. *Cambio de niveles*: implica que si se comienza la intervención en un nivel determinado pero ésta no resulta efectiva, la terapia debería intervenir a otro nivel para alcanzar el cambio.
2. *Nivel clave*: si existe evidencia que apunte a un nivel específico en el que se encuentra la causa del problema y el paciente puede involucrarse en el trabajo en ese nivel, se trabajaría exclusivamente en él.
3. *Máximo impacto*: se utiliza para casos complejos e implica crear intervenciones para incidir en los múltiples niveles que estén involucrados, para alcanzar el cambio de una forma sinérgica.

Finalmente, los autores recalcan que el objetivo de su trabajo en torno al proceso de cambio –siempre y cuando éste sea intencional- es identificar las variables que son más efectivas para ayudar a los pacientes a avanzar a lo largo de las etapas de cambio en relación con un problema particular.

Feixas y Miró (1993) consideran que se trata de un modelo bien fundamentado, pues tiene su base en un profundo conocimiento de diversas modalidades

terapéuticas que los autores relacionan con el cambio del paciente, algo que con frecuencia no se toma en cuenta.

4.2.1.4 Integración asimilativa

Messer (1992, cit. en Feixas y Miró, 1993; Mirapeix, 2004; Wachtel, 2004; Stricker y Gold, 2005; Norcross, 2005a) propone la noción de integración asimilativa como una vertiente más del movimiento en psicoterapia en la que el terapeuta posee una base firme en un sistema de psicoterapia determinado pero integra a su perspectiva tanto conceptos como prácticas de otros sistemas. Al hacerlo, combina las ventajas de su modelo teórico con la flexibilidad de un amplio rango de intervenciones. Así, aunque los especialistas adoptan elementos de otros enfoques, la influencia de su orientación de origen permanece en primer plano, pues el impacto y significado de dichos elementos están determinados por el contexto y por lo tanto no puede ignorarse la perspectiva del terapeuta.

Asimismo, el autor plantea que la asimilación es un paso hacia la integración debido a que la mayoría de los terapeutas son formados con base en un solo enfoque y muchos de ellos incorporan gradualmente partes y métodos de otras aproximaciones al descubrir las limitaciones del mismo. En relación con esto, Stricker y Gold (2005) consideran que un terapeuta asimilativo no solamente debería conocer las fortalezas de su enfoque sino también sus limitaciones, a partir de lo cual podría complementarlas por medio de otras propuestas. De hecho, Messer establece que esa es la manera en que los terapeutas modifican su práctica clínica, ya que no descartan sus ideas y prácticas originales, pero con el paso del tiempo las reestructuran, aumentan y las proyectan de una nueva forma al integrar nuevos métodos en su teoría original para responder de forma más efectiva a las necesidades de los pacientes.

De lo anterior se desprende que uno de los criterios más importantes para utilizar otros enfoques desde esta perspectiva es lo que Stricker y Gold (2005) describen

de la siguiente manera: “Cuando encontramos que estamos atorados temporalmente, que la exploración ha conducido a un callejón sin salida, que el paciente está muy afectado por un síntoma o problema para continuar, (...) hacemos un cambio técnico en el que pretendemos utilizar otros factores de cambio” (p. 227). Ahora bien, los autores reconocen que cada paso hacia la integración asimilativa debe estar complementado por un paso que produzca la acomodación entre la teoría y las aportaciones incorporadas, de manera que el modelo de intervención sea consistente. Finalmente, señalan que en la medida en que las teorías que complementan a la propia sigan creciendo, sus modificaciones tendrán que adaptarse en la asimilación para que esta última posea más alternativas para el trabajo con los pacientes.

La terapia psicodinámica cíclica

Esta terapia había sido considerada por Feixas y Miró (1993), como parte de la integración teórica híbrida, pues en un principio tomaba los aspectos más fuertes del psicoanálisis y la terapia conductual y los integraba para beneficiarse de sus puntos fuertes, pero actualmente el modelo ha evolucionado y Wachtel, Kruk y McKinney (2005) lo describen como una terapia integrativa relacional que pretende sintetizar facetas clave de las teorías psicodinámica, conductual y sistémica. Más aún, aunque la clasificación de Norcross (2005a) considera este modelo como parte de la integración teórica, los autores señalan que más bien podría insertarse en la integración asimilativa, pues parte de conceptos psicodinámicos básicos, pero integra aportaciones de otros enfoques. Probablemente la confusión en relación con la clasificación de este modelo, se relacione con la evolución que ha tenido a lo largo del desarrollo del movimiento de psicoterapia, de manera que para hacer justicia a la clasificación más actual del mismo, he decidido integrarlo como parte de la vertiente de la integración asimilativa.

El modelo considera que la perspectiva psicodinámica debería prestar atención a los componentes actuales que favorecen los conflictos inconscientes, pues éstos son resultado de círculos viciosos que se mantienen en la situación presente, perpetuando el problema a partir de los patrones disfuncionales de interacción aprendidos desde la infancia que se confirman continuamente y a su vez, confirman una visión negativa de sí mismo y del mundo. De esta manera, el mundo interno y la realidad externa de los pacientes se encuentran constantemente redefiniéndose y los modelos sistémico y conductual proveen técnicas de cambio para complementar el énfasis del psicoanálisis en el insight, pues en realidad se trata de un proceso sinérgico en el que nuevas conductas promueven nuevos insights y éstos a su vez, aumentan la motivación para intentar nuevas conductas.

De esta manera, desde la perspectiva de la terapia psicodinámica cíclica, se considera que las intervenciones activas de los terapeutas conductuales pueden promover los cambios que los terapeutas psicodinámicos buscan. La clave para complementar las conceptualizaciones conductuales y psicoanalíticas es poner atención en la naturaleza circular de la causalidad en los problemas humanos. Los eventos que tienen un impacto causal en nuestra conducta son frecuentemente una función de la misma. Así, tanto el impacto del contexto en nuestra conducta como nuestra capacidad para modificar el contexto, deben tomarse en cuenta si se espera que las prácticas terapéuticas intervengan en la complejidad de la conducta humana. De hecho, según Frank (1999, cit. en Wachtel, Kruk y McKinney, 2005), si el terapeuta lleva a cabo cualquier estrategia conductual desde una actitud de apertura a la experiencia del paciente, en realidad no se percibe una dicotomía entre el trabajo centrado en el insight y en la acción. En realidad, aunque los teóricos psicodinámicos le han dado mayor peso a la dirección causal que va de adentro hacia afuera y los teóricos conductuales, a la dirección que va de afuera hacia adentro, existen otras perspectivas como las versiones interpersonal y relacional de la primera y las cognitivas y de aprendizaje social de la segunda, que tienden a tratar las secuencias causales menos

unidireccionalmente, proporcionando las bases para un modelo integrativo. De ahí que en el trabajo actual desde este modelo, sea difícil diferenciar la parte psicodinámica de la parte conductual, pues se trata de una integración más *pura* en la que los procedimientos no son exactamente lo que los terapeutas conductuales o psicodinámicos harían tradicionalmente, sino procedimientos emergentes que reflejan el espíritu integrativo de la terapia.

La psicoterapia psicodinámica asimilativa

Stricker y Gold (2005) establecen que se caracteriza por que en ella se asimilan intervenciones cognitivo-conductuales, experienciales y sistémicas para producir una visión más amplia del funcionamiento psicodinámico y un impacto mayor de las intervenciones dentro de este marco. En general, utiliza las estrategias psicoanalíticas habituales en combinación con las de los otros enfoques cuando se requieren intervenciones más activas o cuando surgen conflictos en el proceso a partir de las resistencias al cambio, pero siempre es importante tomar en cuenta la personalidad del paciente, sus estilos de relación o sus habilidades psicológicas, pues dependiendo de estos factores, tendrá mayor facilidad para involucrarse en el tratamiento desde cierto tipo de intervenciones.

Ahora bien, la formulación del proceso terapéutico se basa en un modelo de tres niveles del funcionamiento psicológico en el que el primero corresponde a la conducta y a las relaciones interpersonales; el segundo, a la cognición, percepción y emoción, y el tercero a los conflictos psicodinámicos, las auto-representaciones y las representaciones del objeto. Así, se evalúa el funcionamiento del paciente, sus fortalezas y debilidades en cada uno de los niveles y se buscan las relaciones entre ellos para seleccionar las intervenciones más adecuadas.

Dado que este modelo motiva el cambio de un foco inicial más inmediato y sintomático a uno más exploratorio y enfocado a la personalidad, el terapeuta también puede ayudar al paciente a disminuir su sufrimiento y a modificar los

patrones subyacentes a su forma de conducirse en distintas situaciones a través del insight, visto como un mecanismo de cambio derivado de la expansión de la consciencia sobre el papel que uno juega en su mundo psicológico y que desde este enfoque, puede alcanzarse a través de distintos medios. En relación con esto, los autores enfatizan que el modelo no privilegia una fuente de insights sobre otra, pues si bien estos pueden darse mediante las tradicionales interpretaciones, también pueden producirlos las intervenciones activas.

Finalmente, los autores establecen que si bien la base de su tratamiento es psicodinámica, mantienen una posición abierta en relación con integrar aportaciones de otros modelos tanto para la comprensión del conflicto como para diseñar estrategias efectivas, con la meta última de beneficiar al paciente.

La integración asimilativa cognitivo-conductual

Castonguay et al (2005), establecen que si bien las conductas, cogniciones y emociones que ocasionan distrés deberían ser los principales blancos de las intervenciones terapéuticas, también hay factores situacionales e intrapersonales que se relacionan con la etiología y el mantenimiento de los desajustes de los pacientes.

A partir de su experiencia, los autores concluyen que las técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales no siempre son suficientes para tratar los problemas de los pacientes y ayudarlos a manejar sus dificultades de una mejor forma, por lo que han optado por el uso de técnicas que tengan como objetivo facilitar el funcionamiento interpersonal y profundizar en el aspecto emocional, pues estos aspectos constituyen el punto débil de la orientación cognitivo-conductual.

La modalidad de intervención diseñada en este modelo implica que el trabajo terapéutico en un primer momento de la sesión sea desde el enfoque cognitivo conductual y posteriormente, desde la terapia interpersonal. De esta manera, se

utilizan ambos enfoques de manera independiente y secuencial, en lugar de utilizar distintas técnicas dentro del modelo.

Dicha modalidad de tratamiento parte principalmente de la propuesta de Safran (1998, cit. en Castonguay et al., 2005), quien establece que los esquemas que poseemos no son solamente cognitivos sino también emocionales y reflejan que nuestra imagen del yo se encuentra moldeada en gran medida por nuestras relaciones con otras personas significativas, de modo que al comprender las relaciones problemáticas de los pacientes con sus figuras significativas, se tiene la oportunidad de corregir sus esquemas y patrones de relación desadaptativos.

Desde esta perspectiva, la terapia interpersonal puede ser vista como un acercamiento que examina y trata de modificar las relaciones causales que existen entre los eventos ambientales, los procesos cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales de los pacientes y las consecuencias de sus conductas, mediante métodos enfocados tanto en lo emocional como en lo interpersonal. A partir de esto, serán capaces de expresar lo que sienten en sus relaciones aunque se trate de emociones negativas, pues el manejo adecuado de las mismas desconfirma sus experiencias negativas pasadas mediante un estilo de comunicación abierta. Además, al exponer al paciente a su experiencia emocional, éste aprende que a pesar de que algunas emociones pueden ser dolorosas, no son peligrosas, logrando experimentarlas a profundidad y apropiarse de ellas. Así, en la seguridad de la relación terapéutica, se desarrollan experiencias correctivas.

Ahora bien, con base en la revisión de los principales modelos integrativos que forman parte del movimiento de integración en psicoterapia, se observa que muchas de las propuestas integrativas se desarrollan alrededor de la integración teórica, lo cual pone de manifiesto el gran valor que se le otorga, probablemente debido a que es ésta la que busca integrar realmente la teoría con la práctica dentro del campo (Obregón, 2002). De hecho, Mirapeix y Rivera (2010) reconocen que sin un soporte teórico la psicoterapia se convertiría en una serie de

estrategias que eliminan la sintomatología, pero que no permiten tener una visión global de la conducta del ser humano y una explicación del porqué se producen sus cambios. Ahora bien, Norcross (2005a) señala que la integración teórica es vista como una vertiente promisorio para el futuro, sin embargo la práctica actual en psicoterapia es ecléctica en gran medida, pues es difícil integrar conceptos distintos y el campo de la salud mental demanda intervenciones económicas y efectivas. Para esto, Lazarus (2005a) privilegia el eclecticismo técnico como una alternativa viable, pues desde su perspectiva, la integración teórica trata de mezclar nociones incompatibles que solamente llevan a la confusión.

En contraste, Beutler (1991) establece que el cambio en psicoterapia no solamente se debe a la especificidad de las técnicas y aunque reconoce que las variables que podrían considerarse en una matriz de selección de estrategias terapéuticas son ilimitadas, sí es necesario tener una guía teórica que sirva tanto para seleccionar qué variables serán más relevantes, como para generar hipótesis acerca de lo que produce el cambio en psicoterapia.

Por otra parte, Arkowitz (1992, cit. en Martínez-Taboas, 2008a) considera que las discusiones en las que se enfoca la vertiente de los factores comunes terminan por minimizar la importancia de los factores que diferencian a las terapias, mismos que juegan un papel primordial en el campo, pues en realidad, un conflicto puede analizarse y entenderse mejor considerando que tanto los factores comunes como los factores únicos de las terapias contribuyen al proceso terapéutico (Bergin y Garfield, 1994 cit. en Opazo, 1997). Así, entre mayor sea la severidad del caso del que se trate, más se harán evidentes las limitaciones de los factores comunes y más será necesario echar mano de otras aportaciones ya desarrolladas, pues dentro del movimiento de integración no se han diseñado “técnicas integrativas”, sin embargo se ha estudiado la mejor forma de complementar dos o más enfoques o de elegir determinadas técnicas de acuerdo con el paciente y el problema que presente, entre otras variables (Martínez-Taboas, 2008a).

Ahora bien, Norcross (2005a) trata de dejar de lado las diferencias al enfatizar que en el trabajo clínico, las distinciones entre estas cuatro rutas hacia la integración no son excluyentes. Así como ningún ecléctico técnico puede ignorar la teoría, ningún integracionista teórico puede ignorar la técnica. Sin puntos en común entre los distintos modelos terapéuticos, la integración teórica sería imposible, pero tampoco se pueden ignorar los factores específicos de cada sistema, pues los integracionistas asimilativos y los eclécticos técnicos parten de la incorporación de procedimientos terapéuticos de distintas escuelas al considerar que la síntesis puede ocurrir al nivel de la práctica.

Finalmente, el autor señala que existe consenso al identificar el eclecticismo técnico, los factores comunes, la integración teórica y la integración asimilativa como parte del movimiento en psicoterapia, sin embargo también señala la importancia de preguntarse sobre sus límites y sobre otras perspectivas que puedan compensarlos.

4.2.2 Psicoterapias integrativas para trastornos específicos

El movimiento integracionista se ha centrado en los desarrollos que buscan diseñar intervenciones basándose en variables del enfoque, del terapeuta, del paciente, del problema o del proceso de cambio. Sin embargo, otro acercamiento incluye las intervenciones diseñadas para trastornos específicos, pues “es tan importante conocer al paciente que tiene el trastorno, como conocer el trastorno que el paciente tiene” (Beutler, Consoli y Lane, 2005 p. 133).

De hecho, a lo largo del tiempo se han diseñado numerosas intervenciones con base en los hallazgos de investigación relacionados con distintos trastornos. Así, se estudia a fondo el trastorno de que se trate desde cada de sus dimensiones cognitiva, emocional, conductual, interpersonal y biológica, a partir de lo cual se elabora un modelo que guía las intervenciones con base en los procesos y alteraciones que influyen en el mantenimiento del trastorno. Si bien se ha

desarrollado una gran cantidad de modelos e intervenciones de este tipo, se mencionarán brevemente algunas de ellas:

- Wolfe (2005) desarrolla una psicoterapia integrativa de los trastornos de ansiedad con base en la observación de que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante emociones amenazantes y sus significados, de manera que es necesario tratar tanto los síntomas superficiales del trastorno, como los conflictos subyacentes al mismo que influyen en su desarrollo y mantenimiento. Toma en cuenta el círculo vicioso del “miedo al miedo” (Goldstein y Chambless, 1978 cit. en Wolfe, 2005) en el que cuando el paciente comienza a sentirse ansioso, enfoca su atención a las implicaciones de estarlo, lo cual le produce más ansiedad que aumenta hasta desembocar en una crisis de pánico. El autor también habla de la existencia de *heridas del self* (*self-wounds*) que define como experiencias dolorosas relacionadas con el self que se encuentran almacenadas en la memoria y son la base del trastorno, pero el paciente no las puede contactar ya que al sentirse ansioso, desvía su atención a un foco más distante del self, tratando de evitar la sensación y comprender su origen de una forma más *cognitiva*. Con base en este modelo, el autor propone intervenir con los objetivos de promover la auto-eficacia del paciente, incrementar su tolerancia a las experiencias emocionales negativas identificando sus defensas ante ellas y reestructurar las visiones *tóxicas* del self, lo cual a su vez le permitiría establecer relaciones interpersonales auténticas, haciendo uso de técnicas conductuales y cognitivas para reducir los síntomas, técnicas psicodinámicas y técnicas enfocadas en la emoción.
- La terapia integrativa para el trastorno límite de la personalidad de Heard y Linehan (2005) parte de que los pacientes con este trastorno carecen de habilidades para relacionarse efectivamente con otros, para autocontrolarse y regular sus emociones, además de que se encuentran inmersos en un contexto que impide el desarrollo de dichas habilidades y refuerza la conducta

problemática. Así, los pacientes son inestables y se involucran en conductas perjudiciales, por lo que los principales objetivos del tratamiento son disminuir la frecuencia de dichas conductas, disminuir aquellas que interfieren con el proceso terapéutico e incrementar las habilidades conductuales, incluyendo la tolerancia al estrés, la regulación emocional y la efectividad interpersonal para desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos.

Ahora bien, también existe la alternativa en la que los terapeutas parten de uno de los modelos integrativos ya desarrollados, pero lo utilizan para tratar trastornos específicos, pues tanto la conceptualización del trastorno como el modelo de intervención, coinciden en puntos importantes. En esta modalidad de tratamiento se encuentran, entre otras, las propuestas de Bagladi (2004), quien aplica el modelo integrativo supraparadigmático para tratar trastornos de personalidad, y la de Castonguay et al (2005), quienes diseñaron un modelo de integración asimilativa cognitivo-conductual que aplican principalmente en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y de la depresión. En este caso, los autores utilizan estrategias cognitivo-conductuales al principio de las sesiones y posteriormente echan mano de estrategias interpersonales para el trabajo con las emociones y las relaciones que establecen los pacientes con sus figuras significativas.

Con base en lo anterior se concluye que el movimiento de integración en psicoterapia se expresa de diversas formas. Si bien ha tenido un gran desarrollo desde que surgió hasta la actualidad, todavía no se alcanza el consenso respecto a qué tipo de acercamiento a la integración es el más adecuado –si es que hay uno que sea más adecuado-. Sin embargo, representa un paso más hacia el desarrollo del campo de la psicoterapia como un todo, pues vislumbra otras perspectivas para entender a los pacientes y sus problemas, ya no como parte de dogmas y visiones subjetivas, sino a partir de un estudio a conciencia de las dimensiones humanas que influyen en el cambio.

5. Proyección a futuro

El movimiento de integración en psicoterapia ha ido madurando en los últimos años, haciendo nuevas propuestas y buscando distintos caminos hacia una práctica terapéutica más efectiva. A partir de los desarrollos que han motivado el avance del movimiento, han surgido nuevas preguntas, algunas críticas y el cuestionamiento sobre el camino que seguirá el movimiento de integración en años futuros, por lo que el objetivo del presente capítulo es señalar algunos de estos aspectos para ir concretando sus implicaciones.

5.1 Aplicaciones

En los últimos años, cada vez se ha evidenciado más la importancia de realizar intervenciones que respondan a la diversidad de casos que los terapeutas enfrentan. Fernández-Álvarez y Opazo (2004) identifican una serie de situaciones clínicas que se benefician de la aplicación de principios integradores:

- Demandas complejas en las que se manifiesta una gran variedad de síntomas y problemas que aquejan al paciente.
- Trastornos de personalidad que repercuten en distintas áreas de la vida del paciente y que son susceptibles de complicarse a través de la comorbilidad.
- Trastornos adictivos en los que debe aprovecharse toda fuerza de cambio que pueda resultar útil, dado lo complicado que es tratarlos.
- Las demandas que al afectar a varios sistemas, requieren a su vez intervenciones en múltiples niveles.

De esta manera, resalta la necesidad de modelos que intervengan en varios niveles del funcionamiento humano, ya que los trastornos que los pacientes expresan son verdaderamente complejos.

Norcross (2005a) señala que la maduración requiere autoconciencia y autocrítica, por lo que es importante tener presentes tanto los avances como las barreras del

movimiento de integración en psicoterapia. Así pues, Fernández-Álvarez y Opazo (2004) han descrito una serie de ventajas y dificultades, a las cuales se agregan algunas otras que se consideran importantes:

5.2 Ventajas

Beneficios para el paciente

Los autores señalan que la naturaleza flexible de los modelos integrativos ofrece al terapeuta una mayor diversidad de recursos técnicos para luchar contra la resistencia inherente a los procesos de cambio. Dichos procedimientos responden a la complejidad de los problemas planteados por los pacientes, quienes participan en la definición de los objetivos del tratamiento y en la evaluación del proceso terapéutico. Así se evita que el paciente se acomode a las necesidades del modelo, pues es éste el que debe adaptarse a las necesidades del paciente

Promoción del desarrollo científico

El movimiento de integración se encuentra íntimamente relacionado con una reconstrucción permanente de la teoría y la técnica, pues debe basarse en datos de investigación capaces de aportar conocimientos y prácticas que enriquezcan el proceso terapéutico y por consiguiente, al paciente. Asimismo, incorpora procesos metodológicos que aportan mayor confiabilidad y validez a las intervenciones.

Ventajas para la sociedad

En los últimos años ha aumentado la demanda de atención psicológica, situación que exige contar con profesionales capaces de manejar procedimientos que sean lo más funcionales posible dentro de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud mental y que además complementen el proceso terapéutico con otras intervenciones. Es así que los tratamientos se han vuelto más focalizados, diseñando los que se consideran más efectivos para cada caso (Feixas y Miró, 1993; Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Por otro lado, el movimiento de integración ayuda a contrarrestar la imagen de la psicoterapia como una profesión donde impera la lucha de escuelas, pues dicha fragmentación le resta credibilidad tanto ante la sociedad, como ante los responsables de las decisiones en los centros de salud e investigación. Así, el movimiento de integración también funge como una respuesta a influencias sociales, políticas y económicas (Feixas y Miró, 1993).

5.3 Dificultades

Problemas epistemológicos

Para comprender plenamente el problema alrededor del aspecto epistemológico, se retoma la explicación de Gaete (cit. en Obregón, 2002) en la que establece que en todo modelo teórico existen tres niveles:

- El nivel metateórico o epistemológico: en este nivel se encuentran los principios dirigidos a validar el cuerpo de conocimiento, relacionados con la delimitación del objeto de estudio y la naturaleza de dicho objeto, que determinará a su vez, los medios para conocerlo.
- El nivel teórico: se refiere al cuerpo de conocimiento que se ha alcanzado con base en los principios metateóricos e incluye las nociones que cada modelo posee sobre el ser humano, el desarrollo, la enfermedad y la salud, la personalidad, la psicoterapia, etc.
- El nivel práctico: implica el desarrollo de técnicas fundamentadas en los aspectos teóricos y su aplicación en la práctica psicológica.

Fernández-Álvarez y Opazo (2004) consideran que la ventaja de los modelos “puros” en psicoterapia radica en la posibilidad de trabajar con límites definidos los fenómenos que abarcan, lo cual favorece la coherencia teórica y contribuye a la consistencia del modelo explicativo.

Por otra parte, Mirapeix (1993 cit. en Obregón, 2002) considera que los modelos integrativos deberían encontrar sustento en un nuevo paradigma como algo que rompa con el conocimiento existente hasta el momento y que a través de una perspectiva distinta, promueve la creación de una nueva ciencia. Sin embargo, diversos autores (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004; Messer, 1992 cit. en Norcross, 2005a; Mirapeix, 1993 cit. en Obregón, 2002; Obregón, 2002) coinciden en que uno de los argumentos más sólidos en contra del movimiento se refiere a la incompatibilidad entre los modelos terapéuticos que trata de integrar, ya que éstos se derivan de posturas epistemológicas distintas. Un abordaje integrativo recurre a esquemas cuyas bases pueden estar distantes entre sí, sobretodo en aspectos que tienen que ver con las visiones acerca de la naturaleza humana, los determinantes del desarrollo de la personalidad y el origen de la psicopatología; cada uno considera que el origen del problema se encuentra en distintas áreas y sus divergencias se manifiestan también en la observación y los datos que obtienen, lo cual hace necesario disponer de conceptos metateóricos sólidos o reglas de correspondencia consistentes.

De acuerdo con esto, una de las alternativas que plantean diversos autores (Gaete, cit. en Obregón, 2002; Mirapeix, 1993 cit. en Obregón, 2002) en relación con el nivel teórico, es que en éste no existen contradicciones esenciales entre los distintos modelos en psicoterapia porque se refieren a objetos distintos, y la contradicción entre ellos realmente se ubica en el nivel epistemológico, cuando dos perspectivas opuestas afirman cosas distintas sobre el mismo objeto. Así pues, se enfatiza la posibilidad de ver un fenómeno desde distintos enfoques, cada uno de los cuales resulta válido. Por tanto, lo deseable para estos autores sería que los modelos terapéuticos favorecieran una integración de sus teorías para comprender la complejidad de la conducta y desarrollar un enfoque multidimensional que construya una visión menos fragmentada y más integral del ser humano. De hecho, Norcross (2005a), considera que las diversas formas de ver el mundo son las que enriquecen el tema de la integración, al unificar las fortalezas individuales de orientaciones que en realidad son complementarias.

Por otro lado, el desafío más grande en el aspecto epistemológico en opinión de Fernández-Álvarez y Opazo (2004), es construir un modelo sólido en este plano, ya que si hay errores en el mismo, habrá incongruencias desde la base de las intervenciones. Así pues, Castonguay (1989 cit. en Goldfried, 1996) considera necesario saber si es factible algún tipo de eclecticismo epistemológico para solucionar este conflicto.

Como respuesta a esto, en los últimos años se ha propuesto la epistemología constructivista para superar dichas contradicciones. Feixas y Botella (2004) la describen no como un concepto concreto, sino como la posibilidad que ofrecen distintas propuestas constructivistas, aplicadas a ciertas vertientes de la integración terapéutica, de construir modelos integrativos más amplios. Así, consideran que la epistemología constructivista ofrece un marco viable para la integración debido a que tiene un alto grado de abstracción y flexibilidad, y atraviesa por varias disciplinas que han hecho aportaciones importantes al área, posibilitando de esta manera el desarrollo de un modelo más abarcador del cambio terapéutico que posea coherencia filosófica y técnica.

La epistemología constructivista refleja su fertilidad para generar propuestas en alternativas como la del integracionismo teórico progresivo de Neimeyer y Feixas (1990, cit. en Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, 2004), que propone limitar la síntesis teórica y técnica a enfoques que sean epistemológicamente compatibles. Así, incorpora conceptos y heurísticas congruentes con sus formulaciones.

Por otro lado, desde la conceptualización constructivista/narrativa se puede entender la psicoterapia como la génesis de significados que pueden transformar la construcción de la experiencia de los pacientes mediante un diálogo colaborativo. La terapia se convierte entonces en una revisión del sistema de significado personal que permita a los pacientes participar en la construcción de su mundo social. La noción constructivista relacionada con esto sería: “La psicoterapia no es un *tratamiento* que un técnico experto administra a un paciente

pasivo, sino *una forma de relación* que se ofrece al cliente para que éste cambie (pro)activamente a sí mismo” (Feixas y Botella, 2004, pp. 40-41).

Mahoney (2005) coincide con esto pues considera que el constructivismo es una de las formas más efectivas de ayuda, ya que es más sensible a las necesidades de los pacientes, a su desarrollo, a las circunstancias variables de sus vidas, a sus relaciones interpersonales y a su entorno. Integra estos aspectos teniendo en cuenta las aportaciones de otras disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía o la neurociencia cognitiva, de manera que “es un enfoque que tiende puentes y pone al mismo nivel los contrastes que han quedado fosilizados, especialmente aquellos entre mente y cuerpo, cabeza y corazón, individuo y sociedad” (p. 25). Para el autor, se trata de un sistema que integra el conocimiento sobre el ser humano, con base en el hecho de que somos participantes activos de nuestras vidas.

A partir de esto, Feixas y Botella (2004) afirman que el constructivismo es una de las bases más fructíferas dentro del movimiento de integración, ya que la epistemología constructivista se caracteriza por poseer una actitud integradora. Estas perspectivas respetan la diversidad de construcciones posibles de la realidad terapéutica y a su vez, el intento de producir construcciones cada vez más evolucionadas y amplias lleva a la integración. De esta manera, “la forma más coherente de ser constructivista es ser integrador, a la vez que la postura más avanzada dentro de la integración es el constructivismo” (p. 61).

Vastedad de conocimientos necesarios

Si bien el terapeuta integrativo no necesita dominar la totalidad de información y conocimientos en el área, sí debe poseer un panorama amplio de los recursos disponibles, para lo cual la variedad de fuentes que debe consultar resulta una complicación exhaustiva (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Además, las terapias integrativas siguen expandiéndose, lo cual implicaría incorporar nuevos

elementos que de ser ignorados, llevarían nuevamente a una versión estrecha de la psicoterapia que no aborda las necesidades de la población que busca ayuda (Rigazio-Digilio, Goncalvez y Ivey, 1996 cit. en Norcross (2005a).

No especificidad de los procedimientos

Las técnicas deben promover cambios específicos, sin embargo en el caso de la integración puede llegar a perderse dicha especificidad a partir de los múltiples procesos y procedimientos que se ponen en juego. Asimismo, los enfoques integrativos deberían desarrollar técnicas particulares, consistentes con sus fundamentos, pues hasta ahora no existen técnicas integrativas como tal (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

El lenguaje

Messer (1987 cit. en Norcross, 2005a) compara los intentos de comunicación entre terapeutas de distintas orientaciones, con una Torre de Babel en la que cada clínico se expresa en su propia jerga y pone más distancia entre los enfoques al impedir el diálogo, tan necesario para llegar a acuerdos.

Driscoll (1987 cit. en Norcross, 2005a) propone que a corto plazo el uso del lenguaje vernacular, es decir, el lenguaje ordinario que no utiliza términos técnicos, puede ser suficiente para describir aspectos psicológicos. Sin embargo, a largo plazo el campo necesita un sistema de lenguaje neutral que podría provenir de la investigación, debido a que sus conceptos surgen del estudio sobre cómo y en qué circunstancias ocurre un conflicto, lo cual permitiría comprenderlo mejor. Distintos autores (Fernández-Álvarez, 1992; Goldfried, 1996) consideran que dicho sistema se desarrollará a partir de la psicología cognitiva experimental y al hacer uso de este sistema lingüístico común, los especialistas caerán en cuenta de que en realidad pueden estar hablando de lo mismo, en distintos términos.

Competitividad

Aunque la fragmentación en el campo de la psicoterapia es un argumento que justifica el movimiento de integración y aparentemente se están haciendo esfuerzos conjuntos para avanzar, en realidad la competitividad de la sociedad en la que nos encontramos inmersos se sigue reflejando en este movimiento, pues las nuevas propuestas se convierten en propiedad de su exponente, quien busca sobresalir (Goldfried, 1996). De esta manera, incluso dentro del movimiento de integración parece existir cierta fragmentación, al estar dividido en vertientes entre las que la competencia persiste, pero ahora se da a partir de estudios cuyo objetivo es probar la superioridad de un tratamiento en relación con otros (Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried, 2005). Sin embargo, si el fin es integrar, entonces todas las propuestas son de importancia, por lo que las disputas sobre cuál es la mejor, deberían estar superadas y el énfasis más bien debería encontrarse en el esfuerzo por encontrar puntos en común (Obregón, 2002). De hecho, Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried (2005) consideran que aunque la reducción del número de terapias o vertientes no es uno de los objetivos explícitos del movimiento de integración, ésta sería consecuencia de los avances en el mismo y debería ayudar a reducir la redundancia sobre el funcionamiento humano al identificar similitudes que ayuden a aumentar la efectividad de los terapeutas.

Tanto las ventajas como las dificultades del movimiento de integración en psicoterapia son puntos a considerar dentro de este marco, pues para que el movimiento pueda seguir avanzando en pro de tratamientos más efectivos, debe trabajarse en las dificultades que aún persisten, para encontrar los puntos en común que son tan esquivos y que a la vez son fundamentales para alcanzar algún consenso en el área.

Ahora bien, a continuación se aborda el tema del perfil ideal del psicoterapeuta integrativo como puente para acercarnos al tema de la formación de los mismos, ya que los avances que se han alcanzado en el área de la psicoterapia deberían

verse reflejados en cambios en la formación de los nuevos terapeutas, pues es de vital importancia comenzar a “aterrizar” tales aportaciones y que dejen de ser solamente teorías llenas de cuestionamientos sobre su efectividad a causa de que no se han implementado en el mundo real.

5.4 Perfil del terapeuta integrativo

De entre toda la diversidad que existe actualmente en el campo de la psicoterapia, algunas propuestas nos gustan más que otras debido a que todos tenemos una visión determinada del ser humano, sus problemas y la forma de abordarlos, que surge de nuestras características personales y nuestra historia de vida (Gabalda, 1999). De acuerdo con esto, Norcross y Halgin (2005) afirman que al elegir una orientación teórica, los rasgos de personalidad y las experiencias de vida juegan un papel importante, e incluso las intervenciones siempre quedan matizadas por el estilo personal, pues “cada quien hace en psicoterapia lo que su personalidad le permite” (Mirapeix, 1993 cit. en Obregón, 2002).

Fernández-Álvarez y Opazo (2004) identifican algunas características que poseen quienes deciden trabajar con un modelo de integración, entre las que se encuentra la disposición de basarse en una concepción explicativa amplia del funcionamiento psicológico para articular distintos recursos con el fin de mejorar sus intervenciones, siempre poniendo a prueba su efectividad, pues tienen presente que el conocimiento está en una evolución permanente.

Por su parte, Beutler, Moleiro y Talebi (2002) señalan que un terapeuta integrativo debe poseer las siguientes características:

1. Una actitud que permita establecer una alianza terapéutica caracterizada por la calidez, el optimismo, la aceptación y el interés genuinos
2. Tener conocimiento de los principios de cambio que guían las intervenciones
3. Habilidad para utilizar técnicas y herramientas efectivas

Así, ambas propuestas coinciden en que “el psicoterapeuta integrativo es capaz de privilegiar al paciente por encima de sus compromisos con su propio enfoque” (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004 p. 18)

Un aspecto importante para alcanzar dicho objetivo es la planeación del tratamiento de acuerdo con criterios objetivos derivados de la evaluación de la problemática del paciente. Para esto, se deben tomar en cuenta aspectos generales que Norcross y Napolitano (1986 cit. en Norcross, 2005a) identifican como la combinación de formatos terapéuticos, es decir, de terapia individual, grupal, familiar o de pareja y la combinación de tratamientos terapéuticos y farmacológicos. Clarkin (2005) considera dichos aspectos como parte de la *terapéutica diferencial* que se basa en una metodología de toma de decisiones y se dirige a la planeación del tratamiento considerando tanto sus aspectos más generales (*macro niveles*) como los más específicos (*micro niveles*), con el objetivo de crear una base sólida para diseñar la intervención. Dicha metodología debería ser utilizada para guiar tanto el diseño de los sistemas de integración en psicoterapia, como el de los que se centran en trastornos específicos e incluso las intervenciones mismas en el proceso terapéutico.

En este punto y en consonancia con la propuesta de Consoli y Machado (2004), es importante señalar el papel que la evaluación juega para guiar las estrategias de intervención. Una característica de la mayoría de los modelos integrativos abordados en el presente trabajo es que utilizan instrumentos de medición tales como pruebas psicométricas o cuestionarios para identificar la presencia o ausencia de las variables que intervienen en el proceso terapéutico. Dichas herramientas son diseñadas por los proponentes del modelo, o bien, son instrumentos ya desarrollados que resultan útiles para identificar dichas variables. Esto pone de manifiesto la importancia de realizar una evaluación de aspectos relevantes para el tratamiento sobre la cual tomar las decisiones que incidirán directamente en el proceso de cambio del paciente. Ahora bien, me parece importante señalar que en nuestro país, con excepción de algunas clínicas o de

algunos modelos (principalmente el cognitivo-conductual), la evaluación detallada de las variables del paciente para guiar el proceso, no es algo que se practique. Incluso si se practica, muchas veces no se le da la importancia necesaria como guía de las intervenciones. De esta manera, sería importante prestar más atención a dichos aspectos al estandarizar pruebas en nuestra población y hacer propuestas de instrumentos o métodos de evaluación que puedan servir como herramientas para aumentar la eficacia de nuestros tratamientos.

Por otra parte, en relación con la difundida idea de que la psicoterapia personal de los terapeutas debería ser un prerrequisito para la práctica clínica, Norcross y Halgin (2005) consideran que esto depende de si sus problemas personales interfieren con su desempeño en el contexto terapéutico. En tal caso, debe tomar medidas al respecto entre las cuales se encontraría inscribirse en un proceso de psicoterapia, mismo que es recomendable aunque no obligatorio, porque puede mejorar el trabajo del terapeuta al proporcionarle una comprensión más completa de la dinámica y conflictos intrapsíquicos; mejorar su funcionamiento emocional y mental; sensibilizarlo sobre la experiencia de los pacientes al colocarse en ese lugar, y ofrecer la oportunidad de observar los métodos clínicos. De hecho, probablemente en dicho contexto los especialistas se percatarán de que la terapia rara vez se practica en una modalidad absolutamente “pura”, ya que los “buenos” terapeutas generalmente incorporan varios métodos de intervención (Norcross, Strausser y Missar, 1988 cit. en Norcross y Halgin, 2005).

5.5 Formación del terapeuta integrativo

“Había una vez, psicoterapeutas que eran entrenados exclusivamente en una orientación teórica (...) pero a lo largo del tiempo, (...) comenzaron a reconocer que sus orientaciones eran teóricamente incompletas y clínicamente inadecuadas para la variedad de pacientes, contextos y problemas que enfrentaban en la práctica” (Norcross y Halgin, 2005, p. 439) y desde entonces, comenzaron a formarse en varios sistemas teóricos.

Mientras los expertos enseñen la profesión favoreciendo la concepción de un campo fragmentado, las nuevas generaciones seguirán albergando malentendidos sobre el mundo de la psicoterapia. Sin embargo, durante los últimos años, las cuestiones referentes a la formación de psicoterapeutas y la atención que se ha puesto en ello, se relacionan con el reconocimiento de que se trata de una profesión mucho más compleja de lo que se consideraba anteriormente (Feixas y Miró, 1993), de manera que en la actualidad, la unión de esfuerzos para sentar las bases para un cambio verdadero en el campo mediante la implementación de programas de formación de terapeutas integrativos es de vital importancia “porque después de todo es desde los semilleros de donde tiene que venir el cambio de pensamiento” (Obregón, 2002 p. 191).

Schacht (1991 cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) propone que quienes forman a los psicoterapeutas en aproximaciones integrativas, deben tomar en cuenta el proceso de desarrollo que los estudiantes siguen al convertirse en expertos, pues esto influye en la manera en que inician su práctica clínica. De hecho, se ha reportado que los terapeutas con menor experiencia tienden a inscribirse en una sola de las escuelas disponibles al inicio de su vida profesional pues no han identificado las limitaciones de un sólo enfoque (Norcross y Prochaska, 1982; Norcross y Wogan, 1983 y Smith, 1982 cit. en Norcross, 2005a).

Con base en esto, Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried (2005) consideran que el entrenamiento integrativo desde el principio ahorraría a los estudiantes las dificultades de tratar de *desaprender* años de trabajo y práctica dentro de un solo paradigma, pues es más difícil integrar exitosamente distintas teorías después de desarrollarse en un paradigma específico. De esta manera, el entrenamiento integrativo permitiría a los estudiantes dominar múltiples aproximaciones sin la necesidad de deshacerse de los sesgos de su enfoque original.

Ahora bien, esta perspectiva parecería ir en contra de lo que propone la asimilación integrativa, a saber, formar a los terapeutas con el objetivo de que en

un primer momento conozcan a fondo un solo enfoque, para después asimilar dentro del mismo, conceptos y técnicas de otros modelos. En este punto, me parece importante cuestionar qué tanto la propuesta de Messer tiene que ver con la manera en que él mismo y sus contemporáneos aprendieron psicoterapia, pues ciertamente en aquél momento el movimiento de integración no era una alternativa, ya que se encontraba en desarrollo. Probablemente muchos de estos terapeutas adoptaron la propuesta con cierto optimismo debido a que todos ellos tuvieron una formación específica en un enfoque y solamente a partir de la experiencia se percataron de sus limitaciones y comenzaron a vislumbrar la alternativa de la integración, misma que es difícil practicar fuera del marco en el que se formaron. Este comentario toma relevancia al plantear distintas propuestas de formación de terapeutas integrativos, ya que sería importante preguntarse si incluso con una formación de esta naturaleza, la propuesta de Messer sería una alternativa viable.

Ahora bien, todavía no se ha implementado un programa de formación aceptado por los especialistas en el tema, sin embargo, se han hecho algunas propuestas, de las cuales mencionaré en primer lugar la de Fernández-Álvarez y Opazo (2004), quienes conceptualizan la formación del terapeuta integrativo basándose en los siguientes pilares:

- a) Teoría de la psicoterapia: implica una discusión amplia sobre la naturaleza de los procesos psicológicos en general y de los psicopatológicos en particular, tomando como punto de partida la conjunción de lo psíquico con lo biológico y lo social, pues como bien sabemos, dicha unión es insoluble. Por otro lado, se debe otorgar un lugar central a la teoría del cambio para explicar las condiciones bajo las cuales éste tiene lugar y el papel de las resistencias en dicho proceso.
- b) Diagnóstico integral: implica ser capaz de establecer diagnósticos en las dimensiones de funcionamiento biológica, cognitiva, afectiva, inconsciente, interaccional y social de los pacientes.

- c) **Habilidades terapéuticas:** se refieren al entrenamiento teórico-práctico en el manejo de las competencias fundamentales para el ejercicio de la psicoterapia, tales como la entrevista, el diseño de las intervenciones, la aplicación del tratamiento y la evaluación de la psicoterapia.
- d) **Autoconocimiento:** son importantes las experiencias propias para explorar los puntos fuertes y débiles del terapeuta y canalizarlos de manera adecuada en su práctica profesional.
- e) **Interdisciplina:** implica el aprendizaje de habilidades que le permitan compartir sus actividades con otros profesionales para diseñar intervenciones multidisciplinarias más completas al lado de disciplinas afines.

Por su parte, Norcross y Halgin (2005) explican el proceso de la formación de los terapeutas integrativos que consideran ideal, mediante seis pasos:

1. Enseñar a los estudiantes las habilidades básicas de relación y de comunicación que se utilizan en el proceso terapéutico, tales como la escucha activa, la comunicación no verbal, la empatía y el respeto hacia los problemas del paciente, pues éstas favorecen el establecimiento de la alianza terapéutica.
2. La *exploración* de distintas teorías del funcionamiento humano y sus desajustes, principalmente los modelos psicoanalítico, humanista-existencial, cognitivo-conductual e interpersonal-sistémico, presentados como nociones explicativas de la conducta, que difieren en sus objetivos y metodología.
3. Un curso de los sistemas terapéuticos enfocado en aplicar los modelos del funcionamiento humano, haciendo énfasis en la necesidad de compararlos e integrarlos de una manera clínicamente significativa.
4. Una serie de prácticas dirigidas a desarrollar la competencia de los estudiantes por lo menos en dos sistemas terapéuticos.
5. Un modelo de toma de decisiones para seleccionar los métodos, formatos y relaciones que se aplicarán bajo determinadas circunstancias, con cierto tipo de pacientes, independientemente del enfoque del que provengan.
6. Una residencia en un escenario donde los estudiantes atiendan diversos pacientes, para que evalúen sus habilidades y practiquen la integración.

Empero, al finalizar el programa de formación, se animaría a los terapeutas a continuar especializándose en los métodos y las poblaciones que prefieran.

Si bien Norcross y Halgin (2005) plantean esta propuesta de enseñanza de la psicoterapia integrativa con expectativas positivas, ésta aún no se ha implementado, situación que dificulta identificar sus fortalezas y debilidades, y constituye un reto para los potenciales profesores, ya que cada quien enseña con base en la forma en que aprendió y ellos ciertamente no fueron entrenados para ser terapeutas integrativos (Robertson, 1986 cit. en Norcross y Halgin, 2005). En relación con esto, Lazarus (2005a) remarca la importancia de la investigación para poder sentar bases sólidas que abran paso a la formación efectiva de los psicoterapeutas integrativos y considera que en este sentido, lo más necesario es identificar los niveles necesarios y suficientes del entrenamiento de los terapeutas.

Por otro lado, varios autores (Feixas y Miró, 1993; Consoli y Machado, 2004; Norcross y Halgin, 2005) coinciden en que la formación de terapeutas integrativos debería tener como meta última transmitir el mensaje de que no existe *una* verdad terapéutica al promover una forma de pensar más integrativa, es decir, abierta, sintética y crítica, lo cual les permitirá desempeñarse y hacer uso de habilidades metacognitivas de forma creativa, al adaptar el tratamiento a sus pacientes, cada uno con su propio estilo y perspectiva clínicos.

Finalmente, en respuesta a la pregunta que plantean en el título de su artículo “Los terapeutas, ¿Nacen o se hacen?”, Consoli y Machado (2004) concluyen que los terapeutas nacen en la medida en que los candidatos se caracterizan por ser personas que aceptan a los demás, son cálidos, confiables y abiertos en el plano intelectual y en su experiencia. Dichos rasgos se encuentran presentes en los futuros terapeutas, sin embargo también puede decirse que éstos se hacen en la medida en que éstos se integran intencionalmente con características profesionales dirigidas a la evaluación, diagnóstico y formulación de casos e intervenciones para ayudar a otras personas.

5.6 Lo que falta por hacer

El movimiento de integración en psicoterapia ha madurado a lo largo de su desarrollo, sin embargo, como cualquier proceso, continua en evolución y a pesar de las importantes aportaciones que ha hecho al campo, no puede considerarse como algo ya hecho, por lo que a continuación se mencionarán aquellos aspectos que aún requieren atención para poder seguir avanzando hacia su objetivo.

A partir de lo anterior, Opazo (2006) menciona una serie de desafíos que deberían darle dirección a la psicoterapia integrativa, pues aunque algunos de ellos se han investigado, aún no hay acuerdos significativos al respecto:

- Asumir un adecuado “punto axial” que permita acceder a la observación del panorama completo de la dinámica psicológica.
- Aportar sistematización y orden al desorden que aún existe en el campo de la psicoterapia.
- Privilegiar tanto el conocimiento como al paciente por encima de dogmatismos.
- Establecer criterios epistemológicos claros acerca de los alcances del conocimiento en el área.
- Integrar la flexibilidad al recoger hipótesis de fuentes distintas, con el rigor metodológico al verificarlas.
- Integrar los fragmentos de conocimiento teóricos válidos que los distintos enfoques han propuesto.
- Aceptar potenciales fuerzas de cambio en beneficio de los pacientes sin importar su procedencia, pero verificando su efectividad.
- Ir generando una modalidad de psicoterapia integrativa que permita una evaluación diagnóstica integral para seleccionar las estrategias adecuadas.

Uno de los temas que ha generado mayor interés y que es necesario para el avance del campo es el relacionado con la evaluación y diagnóstico de los trastornos psicológicos. La mayor parte de los colaboradores en el *Manual de*

integración en psicoterapia (Norcross y Goldfried, 2005), autores profundamente involucrados en el movimiento de integración en psicoterapia, consideran que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) tiene muchas deficiencias, ya que los problemas psicológicos en realidad se desarrollan y manifiestan de múltiples formas y las características, fortalezas y dimensiones interpersonales del paciente son más útiles para conceptualizar y tratar a los individuos, por lo que es necesario que los tratamientos sean diseñados más allá de diagnósticos discretos. Para esto, Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried (2005) consideran que sería importante desarrollar guías para la evaluación y la formulación de casos a partir de aspectos con que los terapeutas se encuentran frecuentemente en la clínica. Sin embargo, algunos especialistas temen que dichas guías se asemejen a los manuales existentes en el campo, pero los autores señalan que las guías deberán estar sujetas a revisión en lugar de ser consideradas “sacrosantas leyes de psicoterapia” (p. 509). Así, se pueden crear guías que reflejen la investigación consensuada y la flexibilidad clínica que se requiere para responder a las necesidades del paciente que se tiene en frente.

Finalmente, el objetivo sería, en opinión de Obregón (2002), la construcción de un esquema básico con las directrices para realizar integración, pues esto ofrecería la posibilidad de trabajar sobre una base concreta y de realizar evaluaciones consistentes de las aportaciones.

A partir de lo anterior, uno de los aspectos más relevantes y que a la vez continuará siempre un paso delante de la evolución de la integración, es la investigación. Una orientación científica proporciona una forma de pensar que trasciende las teorías terapéuticas, ya que promueve ser inquisitivo, enseña a obtener información confiable, a analizarla y hacer inferencias a partir de ella y esto, a su vez, ayuda a organizar el conocimiento clínico. Así, Norcross y Halgin (2005) afirman que aunque los clínicos no produzcan investigación, deben respetar este proceso de adquisición de conocimiento.

De hecho, aunque los terapeutas aparentemente valoran la importancia de los estudios científicos relacionados con la efectividad de la psicoterapia, en realidad pocos investigan (Beutler, Williams, Wakefield y Entwistle, 1995 cit. en Beutler, Moleiro y Penela, 2004), por lo que la investigación va retrasada en relación con la teoría que se ha desarrollado en torno al tema de la integración y de la psicoterapia en general. Además, los investigadores generalmente se quejan de que los terapeutas no toman en cuenta los hallazgos de investigación, mientras que los terapeutas se quejan de que la investigación no es aplicable a sus pacientes y circunstancias. Si se logra superar esta distancia entre la investigación y la práctica, se pueden producir tratamientos basados tanto en la realidad clínica como en la validación empírica (Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried, 2005)

El desarrollo de nuevas teorías debería estar guiado por la investigación básica, pues las ideas sobre la terapia deben ser consistentes con el conocimiento derivado de la investigación de la conducta humana y del funcionamiento cerebral. Además, se debería prestar atención a la experiencia clínica ya que la intuición de los terapeutas experimentados está por delante de los hallazgos e investigación, pero las herramientas de la investigación pueden ayudar a acercarse a este conocimiento de una forma sistemática. Así, al desarrollar nuevas teorías con base en la investigación, ésta también debería utilizarse como una herramienta para comprobar y revisar las teorías (Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried, 2005).

Ahora bien, Beutler, Consoli y Lane (2005) señalan que es importante basar la investigación en lo que los terapeutas realmente hacen, más que en lo que dicen que hacen, pues esto no siempre coincide. Para esto, el énfasis debería situarse en procedimientos específicos y aspectos concretos para estudiar los procesos terapéuticos relevantes para el cambio de los pacientes, en lugar de basarse en aspectos más amplios que dejen espacio a inferencias mal fundamentadas sobre las cuales se comiencen a construir nuevas teorías.

Por otro lado, sería importante que hubiera investigadores de distintas orientaciones porque la mayor parte de la investigación que se produce viene del enfoque cognitivo-conductual y hace falta investigación psicoanalítica, humanista-existencial y sistémica. Los investigadores de distintas orientaciones generalmente utilizan distintos métodos de investigación, mismos que podrían complementarse para aprehender la complejidad de los fenómenos clínicos (Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried, 2005).

Con base en lo anterior, Lazarus (2005a) y Martínez-Taboas (2008a) enfatizan que el movimiento de integración en psicoterapia debe ser evaluado empíricamente de forma continua, pues es necesario que documente rigurosamente sus ventajas tanto teóricas como empíricas para transformar la psicoterapia en una ciencia clínica. Finalmente, si cualquier aproximación ecléctica a la psicoterapia prueba ser más beneficiosa que las teorías que trata de integrar, debe pasar tanto la prueba empírica como la clínica, de manera que los conceptos que se deriven de ello sean verificables para el científico y aceptables para una diversidad de terapeutas (Beutler, Consoli y Lane, 2005).

5.7 Proyección a futuro

El movimiento de integración es joven en comparación con los modelos tradicionales, por lo que en este punto todavía no es posible asegurar cuál será su resultado, sin embargo es posible tener buenas expectativas basadas en el momento histórico que vivimos, puesto que la tendencia hacia la investigación en psicoterapia ha aumentado y esto puede ayudar a determinar los factores que promueven el cambio independientemente de la teoría de donde provengan, pues finalmente el cambio es el objetivo principal del proceso terapéutico.

Algunos autores afirman que el movimiento de integración ha generado expectativas elevadas (Norcross y Prochaska, 1983; Norcross y Wogan, 1983, cit.

en Norcross, 2005a). Una de ellas, sería la posibilidad de alcanzar un modelo unificador de las principales corrientes terapéuticas.

En relación con esto, Fernández-Álvarez y Opazo (2004) consideran que es posible desarrollar un modelo global de intervenciones en psicoterapia, sin embargo el campo aún no se encuentra listo para tal acontecimiento y más bien señalan que el futuro de la psicoterapia está abierto; la posibilidad de llegar a una teoría unificada es una aspiración, pero más allá de que eso pueda concretarse en un modelo en este momento, las inquietudes sembradas por el pensamiento integrativo darán pie a nuevos descubrimientos que fortalezcan el quehacer terapéutico. Opazo (1997), por su parte, confía en la posibilidad de alcanzar un paradigma integrativo compartido, sin embargo reconoce que sería ingenuo esperar que de pronto un modelo pueda integrar satisfactoriamente el campo de la psicoterapia y sería aún más ingenuo pensar que se alcanzaría el consenso. Al respecto, Messer (1992, cit. en Norcross, 2005a) señala que aunque sería mejor que el mundo de la psicoterapia no fuera un *multiverso* sino un *universo*, dicha conquista no se logrará en el futuro próximo, por lo que por el momento habría que enfocarse en otros aspectos de la integración y la investigación.

En esta línea, la apuesta de Goldfried (1996) en cuanto al futuro de la integración en psicoterapia gira en torno a que se desarrollarán teorías más válidas e intervenciones más efectivas mediante el desarrollo de conceptualizaciones integradoras que especifiquen los mecanismos de cambio más importantes en la clínica. Asimismo, considera que en el futuro la tendencia se dirigirá hacia los tratamientos especializados a partir de la comprensión de los determinantes de los trastornos, de los mecanismos de cambio de los pacientes y de las intervenciones más efectivas. De esta manera, el trabajo sobre la integración posibilitará a los clínicos alcanzar algún consenso con bases empíricas sobre el modo de proceder.

En relación con esto, Fernández-Álvarez (1992) afirma que la psicología cognitiva ha realizado aportaciones que podrían sentar la base sobre la cual se estructuren

los modelos integrativos más efectivos. Goldfried (1996) coincide con esto al afirmar que la percepción del paciente sobre sí mismo y su realidad contribuye a sus conflictos, por lo que los hallazgos de las ciencias cognitivas ayudarán a entender el proceso de cambio terapéutico y por tanto, servirán como base para la integración. De hecho, Alford y Beck (1997, cit. en Goldfried, Pachankis y Bell, 2005) también consideran que la terapia cognitiva puede ser un paradigma integrativo para la psicoterapia, pues ha evolucionado hasta constituir un acercamiento multidimensional que incorpora diversas técnicas de otros enfoques.

Ahora bien, Obregón (2002) propone que lo importante es saber integrar con base en el amplio conocimiento de la psicoterapia y su práctica para no crear más enfoques desconectados entre sí, que dificultan alcanzar cierto consenso en relación con las intervenciones más efectivas en el área, mismo que es esencial para poder avanzar en el campo. De esta manera, Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried (2005) predicen que en el futuro los terapeutas podrían estar trabajando desde guías consensuadas que fueran la base de la integración, refinándolas continuamente al ir adquiriendo más información de la investigación y la experiencia clínica.

Norcross (2005a) señala que la integración en psicoterapia, sea considerada como un cambio revolucionario en los paradigmas o un tema que atraviesa por todas las orientaciones teóricas, será un pilar terapéutico durante el siglo XXI. Lo ideal según el autor, sería que la integración diera origen a un sistema abierto de acercamientos profundos y práctica basada en la investigación que lleve a tratamientos psicológicos más efectivos.

Coincido con la perspectiva que establece que la investigación en psicoterapia abrirá paso a nuevos desarrollos que permitirán identificar distintos aspectos y procesos que intervienen en el contexto terapéutico, con base en los cuales podrán diseñarse intervenciones “a la medida” del paciente. Resulta complicado construir un modelo unificador, pues esto implicaría basarse en el conocimiento

que se ha generado a partir de ciertos sesgos desde su origen. Lo ideal sería identificar tanto los puntos fuertes como los puntos débiles de los distintos enfoques para aprender de ellos, con el objetivo de cambiar de perspectiva y a partir de los hallazgos de investigación, comenzar a ver la psicoterapia de otra forma, de modo que en el futuro ya no existan clasificaciones de técnicas cognitivas, psicodinámicas, sistémicas, humanistas, etc sino técnicas para trabajar con las emociones, técnicas para modificar la conducta, etc. con base en una teoría construida a partir de los hallazgos de investigación y dependiendo siempre de la personalidad y las necesidades del paciente.

Ahora bien, antes de alcanzar cualquiera de las alternativas planteadas anteriormente, hace falta observar lo que está sucediendo en el momento actual: el movimiento de integración en psicoterapia, expresado principalmente través de la SEPI, ha logrado cambiar el *zeitgeist* que predominaba antes de la formación de dicha sociedad, lo cual se refleja en una mayor apertura a las perspectivas de otros. Sin embargo, dentro del contexto de este nuevo *zeitgeist*, todavía hay mucho por hacer ya que después de años de debates sobre el futuro de la integración, no se ha podido llegar a un acuerdo en relación con la pregunta de si se debe seguir explorando, comenzar a integrar de manera más activa o encontrar la manera de hacer ambas cosas (Wachtel en Wachtel y Goldfried, 2005; Goldfried en Wachtel y Goldfried, 2005).

Eubanks-Carter, Burckell y Goldfried (2005), ubicando la situación actual del movimiento en psicoterapia dentro del modelo transteorético de cambio, establecen que los esfuerzos de la integración han ayudado a mover a la psicoterapia de la fase de precontemplación, cuando nadie se percataba de las posibilidades de la integración, a la fase de contemplación, en la que se comienza a pensar seriamente en incorporar ideas de otros enfoques al trabajo clínico propio. La siguiente etapa, la de preparación, implica desarrollar un plan de acción y aunque ha habido discusiones sobre la mejor manera de avanzar, no se ha alcanzado el consenso al respecto, por lo que el movimiento de integración se

encuentra estancado en esta etapa y no ha avanzado, pero entonces se corre el riesgo de quedarse a la mitad del camino para confirmar que finalmente el viejo estereotipo de la terapia no era más que eso, por lo que es tiempo de tomar un riesgo distinto, el de ir hacia adelante.

Finalmente, los autores consideran que una visión dialéctica en cuanto a tomar acción o seguir explorando reconoce el valor de ambos aspectos y motiva los esfuerzos para sintetizarlos, teniendo en cuenta que cualquier síntesis será eventualmente reemplazada en un proceso de desarrollo continuo. De esta manera, considero que lo ideal sería encontrar la forma de aplicar en el mundo real los esfuerzos de tantas investigaciones, pues hasta ahora pareciera que el movimiento de integración se ha esforzado por encontrar –ahora sí- “la verdad absoluta” para entonces comenzar a aplicar el conocimiento adquirido. Sin embargo, esto no parece posible ya que sería complicado encontrar dicha verdad y tomaría años siquiera acercarse a ella, por lo que también es importante seguir explorando, buscando alternativas que verdaderamente promuevan una perspectiva distinta en el campo de la psicoterapia, pues aparentemente la perspectiva desde la que se ha visto la profesión hasta ahora, no ha sido la adecuada ni para los especialistas, ni para los pacientes.

Discusión y conclusiones

A partir de la revisión de las publicaciones de la mayoría de los autores más involucrados y comprometidos con el movimiento de integración en psicoterapia, vemos que ésta última ha evolucionado a partir de fragmentos de conocimiento sobre la naturaleza del ser humano, mismos que con el tiempo comenzaron a verse como aspectos complementarios para acercarse a un conocimiento más integral del paciente, pues ha logrado reconocerse en mayor o menor medida, que cada fragmento que pretendía reducir al ser humano a su propia perspectiva, resultaba insuficiente.

Una vez que se reconocieron las limitaciones de los distintos enfoques terapéuticos, comenzaron a desarrollarse propuestas sobre cómo integrarlos. A partir de esto, se han formado cuatro rutas distintas hacia la integración. Una de las preguntas que esta situación provoca es la que se refiere a qué tanto la psicoterapia ha evolucionado de la fragmentación de la visión del ser humano a la fragmentación de las formas de acercarse a un ser humano visto de manera más integral. En realidad, lo importante sería no perder de vista la meta última del movimiento de integración en psicoterapia, es decir, diseñar intervenciones efectivas que beneficien a los pacientes. De esta manera, aunque se sigue observando cierta rivalidad añeja entre los representantes de distintas orientaciones y ahora entre los proponentes de las distintas rutas, existe un gran esfuerzo dirigido a avanzar en el campo a partir de la investigación de lo que funciona mejor, pues finalmente involucrarse en nuevas discusiones sobre la superioridad de una ruta sobre otra, llevaría al mismo resultado, a saber, adoptar una perspectiva parcial de los fenómenos terapéuticos.

De esta manera, el movimiento de integración promueve la comunicación entre sus miembros y el respeto a las distintas propuestas que han tenido origen dentro de ese marco, como una forma de contrarrestar la tendencia natural de los seres humanos a defender sus propias creencias por sobre las demás, y más aún

cuando realizan propuestas con base en ellas. Es natural que cada autor defienda su propuesta, misma que representa mucho de lo que es como persona, sin embargo, las visiones de otros colegas pueden ayudar a contrarrestar estos sesgos de los cuales es difícil deshacerse, pues forman parte de nuestra naturaleza humana. Ésta es la esencia del movimiento integracionista.

Con base en lo anterior, podría decirse que el objetivo principal del movimiento de integración en psicoterapia no es encontrar “la verdad absoluta” sobre la cual basarse para diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas, sino promover una mentalidad más integrativa y más científica para evitar cometer nuevamente los errores del pasado.

Así pues, el movimiento de integración ha realizado grandes aportaciones al marco teórico de la psicoterapia, pues ha fundamentado algunos de los factores más relevantes que intervienen en ella tomando como base la investigación y a partir de ellos ha realizado propuestas que han resultado más efectivas que las antiguas visiones predominantes en el campo. Asimismo, ha sentado las bases para una práctica de la psicoterapia más centrada en el paciente y sus necesidades, sin embargo aún queda pendiente trabajar sobre los aspectos epistemológicos, la barrera del lenguaje y desarrollar más investigación que fundamente el movimiento, de manera que aunque todavía falta mucho por hacer, va por buen camino.

Ahora bien, el objetivo de todo trabajo de investigación radica en ser una aportación para el campo en el que se desarrolla, pero también para el país en el que se publica. El movimiento de integración en psicoterapia tiene su historia en el contexto de países como Estados Unidos o más recientemente, España y Chile, y aunque ha hecho grandes aportaciones al campo de la psicoterapia en general, no todos los países se han beneficiado de él. El presente trabajo constituye un esfuerzo para aportar información sobre las posibilidades de integración en

psicoterapia, a partir de la cual también nuestro país pueda comenzar a beneficiarse.

Obregón (2002) establece que si bien en México existen algunos esfuerzos por integrar distintos enfoques, la mayoría de las propuestas no se apegan al movimiento de integración en psicoterapia. Esto pone de manifiesto la situación de que muchos especialistas, al adquirir mayor experiencia, caen en cuenta de las limitaciones de su propio enfoque y buscan alternativas para ofrecer tratamientos más efectivos, sin embargo, muchos de ellos lo hacen por sí solos, pues en nuestro país el movimiento de integración en psicoterapia no es algo difundido. De hecho, el desconocimiento de las tendencias actuales en el campo es lo que lleva a tratar de avanzar en diferentes direcciones, ya que constantemente se realizan nuevas propuestas sin saber que existen esfuerzos de otras personas que van en la misma dirección.

El presente trabajo se inserta en una de las recomendaciones de la autora, quien señala la importancia de hacer llegar información actualizada sobre la integración psicoterapéutica de otros países a México, pues resulta evidente que si bien en nuestro país cada vez son más los terapeutas que comienzan a abrirse ante la alternativa de integrar distintos modelos terapéuticos, muchos de ellos lo hacen con desconocimiento de los desarrollos de otros países que llevan años explorando las posibilidades de integración. Una de las causas de este desconocimiento es la poca difusión del movimiento de integración en psicoterapia, probablemente en parte por las barreras del lenguaje, pues la mayor parte de la información se encuentra en inglés, aunque también hay países hispanohablantes que han hecho propuestas importantes en torno al tema.

Así pues, uno de los aspectos que le dan importancia a la difusión de este tema es que en nuestro país llevamos cierta desventaja, pues parece que hemos ido avanzando en el campo tal como evolucionó la psicoterapia en general, es decir, desde que comenzó a desarrollarse tanto la psicología como la psicoterapia en

México a partir de la importación desde sus países de origen, hemos estado instalados en la rivalidad entre enfoques y todavía en 1982, momento en que el movimiento de integración en psicoterapia comenzaba a tomar forma, en nuestro país continuaba la lucha protagonizada principalmente por conductistas y psicoanalistas (Díaz Guerrero, 1980; González, 1989 cit. en Obregón, 2002). Si bien poco a poco se ha comenzado a reconocer que existe la posibilidad de acercamiento entre distintos enfoques, ésta aún no es una ideología completamente instalada en nuestro contexto. Sin embargo, se reconocen los esfuerzos que ha habido en torno a esto, como un artículo que aparece en 1985 por Ramírez, quien aplica el eclecticismo técnico a un caso obsesivo-compulsivo, siendo uno de los pocos autores que abordan el tema y más aún, lo pone en práctica y lo reporta.

Aparentemente en el caso de Ramírez (1985) sucedió lo que sucedía en Estados Unidos con las primeras propuestas integrativas, a saber, el *zeitgeist* en ese momento no era el adecuado para tomar en cuenta dicha aportación. Además, en México la investigación en psicoterapia no es una de las prioridades ni para desarrollarla por las complicaciones que representa, ni para actualizarse a partir de ella, situación que –una vez más- dificulta la difusión de ideas valiosas en torno al tema. De esta manera, y aunque Obregón (2002), identifica la década de los noventa como aquella en la que comienzan a publicarse artículos mexicanos que abordan el tema de la integración –aunque en realidad son pocos-, seguimos en desventaja con el movimiento de integración.

Así, uno de los objetivos del presente trabajo es promover el conocimiento del tema de la integración, de modo que en lugar de que la psicoterapia en México se desarrolle tal como se desarrolló en otros países como Estados Unidos, pero con la desventaja de encontrarse un paso –o varios- atrás en el tiempo, se comiencen a conocer los desarrollos sobre el tema y la psicoterapia como campo pueda beneficiarse de ellos y acercarse al movimiento de integración como se encuentra en la actualidad, sin la necesidad de atravesar por dicho proceso entre la

proliferación de enfoques y aportaciones relacionadas con el tema pero desconectadas entre sí, como señala Obregón (2002).

Por otro lado, Martínez-Taboas (2008a) reporta que en el directorio de miembros de la SEPI se encuentran terapeutas de México, por lo que podríamos esperar que en los siguientes años comience a haber una mayor difusión sobre el tema de la integración psicoterapéutica en nuestro país, situación que solamente comenzará a darse si el *zeitgeist* ha evolucionado lo suficiente para aceptarla.

En este sentido, no solamente se necesita que los terapeutas hayan comenzado a darse cuenta de las limitaciones de los enfoques “puros” y hayan comenzado a señalar la importancia de la integración en las aulas de las universidades, sino que también es necesario realizar cambios que vengan desde la formación de los futuros terapeutas y para ello es necesario realizar cambios institucionales que den crédito a la complejidad de la naturaleza humana y a la complejidad de los tratamientos necesarios para intervenir cuando el funcionamiento mental de las personas se encuentra en juego. De hecho, también debe considerarse el contexto social en el que nos encontramos inmersos, mismo que favorece la prevalencia de las que en algún momento fueron llamadas “enfermedades del alma”.

De esta manera, Opazo (2006) considera que las fuerzas de cambio del paciente, del terapeuta, de la alianza terapéutica, de las técnicas específicas y de cada paradigma aportan potencia a un proceso que lo necesita en tiempos de gran patología social y escasos recursos económicos. Así, en lugar de obligar al paciente a progresar por una sola vía, se le ofrecen múltiples vías de progreso que recorrerá en función del diagnóstico, sus motivaciones y necesidades, pues éste seguramente echará mano de todo lo que lo pueda ayudar. De esta manera, parece estar llegando la hora de ir configurando una psicoterapia integrativa profunda y esto implica el ser capaces de aprender de la historia de la psicoterapia y el ser capaces de responder a la exigencia de los tiempos.

Así pues, el movimiento de integración en psicoterapia ya no solamente es una tendencia, sino también una necesidad cuando los terapeutas se enfrentan a diversos pacientes que expresan su complejidad de múltiples formas y a los cuales el terapeuta debe ser capaz de ofrecer una vía factible de cambio. Así, en la práctica de esta profesión, tan necesario es ser flexible pues se trata de interactuar con seres humanos, como contar con fundamentos teóricos y técnicos sólidos con base en la investigación, pues esto aporta conocimientos sobre la naturaleza humana que será posible observar “en primera fila” y que será imprescindible conocer para dar esperanza al paciente de que su situación puede mejorar y para acompañarlo en el proceso, frecuentemente doloroso y lleno de inseguridad e incertidumbre. La investigación, entonces, proporcionará los cimientos para construir una práctica de la psicoterapia más efectiva.

Con la fundamentación del movimiento de integración en psicoterapia, no solamente se fortalecería este campo, sino también el campo más general de la psicología, pues recuperaríamos la credibilidad perdida a lo largo del proceso de búsqueda de los determinantes de la conducta humana, que finalmente no se encontraron en una sola perspectiva, pero que el movimiento de integración en psicoterapia pretende encontrar a través de las perspectivas que se involucraron en tal búsqueda, para finalmente dar cuenta, si no de la totalidad de la naturaleza humana, sí de sus procesos principales, con toda su riqueza y su complejidad.

Finalmente, la importancia del movimiento de integración en psicoterapia se puede traducir en términos de la afirmación de Norcross (2005a), quien establece que el éxito de un movimiento no se mide por el tiempo que dura, sino por lo que deja como legado. El legado de la exploración de la psicoterapia integrativa ya ha comenzado a construirse y es la esperanza de muchos, que al final efectivamente nos permita comprender y sobretodo, ayudar a los pacientes.

Alcances

El presente trabajo constituye una aportación para nuestro país sobre el tema de la integración en psicoterapia, pues retrata el estado actual del movimiento en países tales como Estados Unidos o España, en los que se han desarrollado la mayoría de las propuestas integrativas. Constituye una investigación que proporciona información sobre el tema, misma que puede promover la visión de la psicoterapia como un campo en el que se puede trabajar integrando distintas perspectivas que anteriormente habían sido consideradas contrarias pero que en realidad pueden complementarse para favorecer una práctica terapéutica más efectiva. Además, puede proporcionar cierta guía sobre cómo comenzar a diseñar o aplicar intervenciones integrativas, pues las propuestas abordadas poseen fundamentos empíricos y han sido aplicadas con resultados favorables.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones para la realización de este trabajo fue la dificultad para encontrar información desde sus fuentes originales. La integración en psicoterapia no es un tema difundido en nuestro país, por lo que existen escasos artículos y trabajos que aborden el tema de manera abierta, si bien algunos de ellos lo abordan de manera indirecta debido a la falta de información al respecto. A causa de dicha situación, para obtener información es necesario recurrir a las fuentes originales, sin embargo éstas no se encuentran disponibles más que –algunas de ellas- a través de internet. Asimismo, es importante mencionar que la mayoría de las fuentes consultadas son de origen extranjero, por lo que deben considerarse las diferencias culturales que se ponen de manifiesto en dichos trabajos y que pueden no ser generalizables a nuestro país.

Por otro lado, los temas tratados son muy extensos, de manera que solamente fue posible abordarlos de manera superficial a razón de los objetivos del presente trabajo. Además, de las propuestas disponibles solamente se tomaron las

consideradas más relevantes en función de su estructura y fundamentación, pues existe un gran número de ellas.

Sugerencias

Las sugerencias para la elaboración de futuros trabajos sobre el tema, se dirigen a que las instituciones educativas que incluyan programas de formación para psicólogos y terapeutas, incluyan en sus acervos bibliográficos y hemerográficos, publicaciones relacionadas con el tema de la integración.

Asimismo, se recomienda realizar estudios exploratorios sobre la orientación teórico-práctica de los psicoterapeutas en nuestro país que profundice en lo que realmente se lleva a cabo en la práctica, pues no es suficiente con conocer cómo se identifican, sino también explorar cómo llevan a cabo su quehacer clínico.

Por otro lado, es de vital importancia fomentar la investigación en el campo de la psicoterapia, pues solamente a partir de la misma pueden identificarse los aspectos más efectivos para alcanzar el cambio de los pacientes y en nuestro país no se le da la importancia que tiene, salvo algunos investigadores provenientes principalmente del enfoque cognitivo-conductual.

Finalmente, se recomienda comenzar a diseñar planes de estudio que incluyan el tema de la integración y no solamente los distintos modelos existentes. Esto daría pie a una perspectiva en la que el campo de la psicoterapia deje de verse fragmentado y comience a verse con distintas posibilidades que pueden complementarse.

Referencias

- Ávila Espada, A. (1994). ¿Qué es psicoterapia? En Ávila Espada, A. y Poch I. Bullich, J. (comps.) *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Bagladi, V. (2004): Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. (1979): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. USA: New American Library.
- Becoña, E.; Vázquez, F.L.; Oblitas, L.A. (2008): Terapia cognitivo-conductual. En Oblitas, L. A. (comp.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Beitman, B.; Soth, A. y Bumby, N. (2005): The Future as an Integrating Force Through the Schools of Psychotherapy. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Beutler, L. (1991): Selective Treatment Matching: Systematic Eclectic Psychotherapy. *Psychotherapy*. Vol. 28(3). Pp. 457-462.
- Beutler, L.; Consoli, A. y Lane, G. (2005): Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy: An Integrative Eclectic Approach. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) (2005): *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Beutler, L.; Moleiro, C. y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia? En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Beutler, L.; Moleiro, C. y Talebi, H. (2002). How Practitioners Can Systematically Use Empirical Evidence in Treatment Selection. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 58(10). Pp. 1199-1210.

- Brems, C. (1999): *Psychotherapy: processes and techniques*. USA: Allyn and Bacon.
- Castanedo, C. (1993): Terapia Gestalt: el ahora y el cómo. En Castanedo, C. (comp.) *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.
- Castonguay, L.; Newman, M.; Borkovec, T.; Holtforth, M. y Maramba, G. (2005): Cognitive-Behavioral Assimilative Integration. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Celano, M.; Smith, C. y Kaslow, N. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 47(1). Pp. 35-44.
- Clarkin, J. (2005): Differential Therapeutics. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Consoli, A. y Machado, P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿Nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: Implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Corsi, J. (2005): *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz Portillo, I. (1998): *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax México.
- Dorsch, F. (Ed.)(1985): *Diccionario de Psicología*. (10° ed.) Barcelona: Herder.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1983): *Terapia racional-emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Editorial Pax.
- Eubanks-Carter, C.; Burckell, L. y Goldfried, M. (2005): Future Directions in Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.

- Farber, E. (2010). Humanistic-existential psychotherapy competencies and the supervisory process. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 47(1). Pp. 28-34.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia; reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, T. (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. (14° ed.) Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (1992): *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Argentina: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004) Introducción. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1910): Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En Freud, S. (1976) *Obras completas. Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras (1910)*. (2° Ed., 7° reimp.) (Vol. XI) Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Gabalda, C. (1999): El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública*. Vol. 11 (1) Pp. 19-26.
- Goldfried, M. (1996): *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. España: Desclée de Brouwer.
- Goldfried, M.; Pachankis, J. y Bell, A. (2005): A History of Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Greenson, R. (1986): *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Heard, H. y Linehan, M. (2005): Integrative Therapy for Borderline Personality Disorder. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.

- Jensen, H. (1993): Aspectos básicos del psicoanálisis freudiano. En Castanedo, C. (comp.) *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.
- Kleinke, C. (1995): *Principios comunes en psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer.
- Kriz, J. (1990): *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. (3° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lafarga Corona, J. (2008): Más allá de la psicoterapia tradicional. En Oblitas, L. A. (comp.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Lazarus, A. (2005a). Is There Still a Need for Psychotherapy Integration? *Current Psychology*. Vol. 24 (3) pp. 149-152.
- Lazarus, A. (2005b): Multimodal Therapy. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Lucke, H. (1993): Terapia conductual. En Castanedo, C. (comp.) *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.
- Mahoney, M. (2005): *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2008): Psicología Positiva y Modelos Integrativos en Psicoterapia. *Fundamentos en humanidades*. Vol. 18(II). Pp. 55-68.
- Martínez-Taboas, A. (2008a) Psicoterapia integracionista. En Oblitas, L. A. (comp.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Martínez-Taboas, A. (2008b): Terapias de familia. En Oblitas, L. A. (comp.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Martorell, J.L. (2004): *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Miller, S.; Duncan, B. y Hubble, M. (2005): Outcome-Informed Clinical Work. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Minuchin, S. (1994): *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa editorial.

- Mirapeix, C. (2004): Psicoterapia Cognitivo-Analítica. En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Mirapeix, C. y Rivera, L. (2010): Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Febrero-Marzo 2010. Recuperado de: www.interpsiquis.com
- Newman, C. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: foundational, functional and supervisory aspects. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 47(1). Pp. 12-19
- Norcross, J. (2005a): A Primer on Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2005b): What's an Integrationist? A Study of Self-Identified Integrative and (Occasionally) Eclectic Psychologists. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 61(12), pp. 1587-1594.
- Norcross, J. (2009). A place for all of us: The Society of Clinical Psychology. [Versión electrónica]. *The clinical psychologist*. Vol. 62(1). Pp. 1-3.
- Norcross, J. y Halgin, R. (2005): Training in Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Oblitas, L. A. (2008): *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Obregón Velasco, N. (2002) *Análisis del movimiento integracionista de la psicoterapia: Consideraciones para futuras propuestas integrativas*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Omer, H. (1993): The Integrative Focus: Coordinating Symptom and Person Oriented Perspectives in Therapy. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 47(2), pp. 283-295.
- Opazo, R. (1997): In the Hurricane's Eye: A supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 7 (1), pp. 17-49

- Opazo, R. (2004): Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal. En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Opazo, R. (2006) Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos? Recuperado de: www.icpsi.cl/articulos/psicoterapiaintegrativa_exigencia.pdf
- Perls, F. (1976): *El enfoque gestáltico & Testimonios de terapia*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (2005): The Transtheoretical Approach. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Ramírez, J.J. (1985): Aplicación de Eclecticismo Técnico a una Reacción Obsesiva-Compulsiva. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. II (1), pp. 43-50.
- Reisman, J. (1971): *Toward the integration of psychotherapy*. USA: Wiley-Interscience.
- Roca, M; Vega, R; Zaldívar, D. (2004): *Psicoterapia general*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez, G. (1993): Terapia rogeriana. En Castanedo, C. (comp.) *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.
- Rogers, C. (1984): *Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en la persona*. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.
- Ryle, A. (2005): Cognitive Analytic Therapy. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Sánchez-Escárcega, J. (2008): Psicoanálisis. En Oblitas, L. A. (comp.) *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Sarnat, J. (2010). Key competencies of the psychodynamic psychotherapist and how to teach them in supervision. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 47(1). Pp. 20-27

- Stricker, G. y Gold, J. (2005): Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Wachtel, P. (2004). La integración en psicoterapia llega a la mayoría de edad. En Fernández- Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Wachtel, P. y Goldfried, M. (2005): A Critical Dialogue on Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Wachtel, P.; Kruk, J. y McKinney, M. (2005): Cyclical Psychodynamics and Integrative Relational Psychotherapy. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Wadeley, A.; Birch, A.; Malim, T. (2003): *Perspectives in psychology*. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Wolfe, B. (2005): Integrative Psychotherapy of the Anxiety Disorders. En Goldfried, M y Norcross, J. (comps.) *Handbook of Psychotherapy integration, Second Edition*. USA: Oxford University Press.
- Zarzosa Escobedo, L. (1991): Problemas del eclecticismo: un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 8 (1 y 2), pp. 109-115.