

189



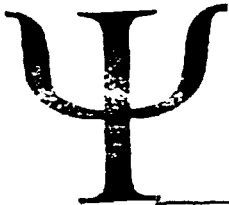
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS DEL MOVIMIENTO INTEGRACIONISTA DE LA PSICOTERAPIA: CONSIDERACIONES PARA FUTURAS PROPUESTAS INTEGRATIVAS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
NYDIA OBREGON VELASCO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA
REVISOR DE TESIS: MTR. CELSO SERRA PAULLA



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA

2002



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.

	Pág.
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	
<i>I. Psicoterapia: Aspectos generales.</i>	1
I.1 Conceptualizaciones y definiciones de Psicoterapia.	1
I.2 Reseña Histórica de la Psicoterapia.	3
I.3 Notas para una reseña histórica de la Psicoterapia en México.	18
I.4 Elementos Fundamentales en Psicoterapia.	24
<i>II. Enfoques Psicoterapéuticos.</i>	37
II.1 Abordajes de Psicología Profunda.	64
II.2 Abordajes de la Conducta.	72
II.3 Abordajes Humanista-Existencial.	78
II.4 Abordajes Sistémicos.	85
II.5 Otros abordajes	94
<i>III. Movimiento Integracionista de la Psicoterapia (MIP).</i>	94
III.1 Definiciones y conceptualizaciones del MIP.	95
III.2 Reseña Histórica de la Integración Psicoterapéutica.	96
III.3 Factores Influyentes en el MIP.	111
III.4 Tipos de Integración.	116
III.5 Algunos otros aspectos del MIP.	120
III.6 Algunos estudios que abordan la integración psicoterapéutica de los años 90' al 2000 localizados en México.	123
<i>IV. Análisis del Movimiento Integracionista de la Psicoterapia.</i>	171
<i>V. Discusión y Conclusión.</i>	192
<i>VI. Referencias</i>	202

Agradecimientos

Deseo dedicar este trabajo a todas aquellas personas que me han acompañado en la consecución de mis metas...

Mamá y Papá

Gracias por su infinito amor y por darme la libertad de crecer.

Mis hermanos: Caty, Pepe, Nestor, Raúl, Olímpica, Edel y Dinora... Por haberme dejado lo mejor de cada uno... Mil gracias.

Raúl

Gracias por tu "ama-ble" existencia...

Héctor

Gracias... por ser tan especial y sobre todo por ser un gran amigo...

Mi agradecimiento a:

Mi directora de tesis: Profesora Asunción Valenzuela Cota quien ha sido una estupenda guía y persona conmigo.

Mi revisor: Mtro. Celso Serra Padilla, por su empática y cordial atención.

A mis sinodales :

Dr. José de Jesús González Núñez, por su siempre reanimante sonrisa.

Dr. Jorge Cappon Gotlib, por sus invaluable anécdotas.

Dra. Marcia Olga Morales Figuerola, por su atenta disposición.

¡Gracias a cada uno de ellos por sus sabios consejos!...

A todos mis amigos y familiares... ¡MUCHAS GRACIAS!

Resumen

Branco (1992) comenta que el estado actual de la psicoterapia se asemeja mucho con una "torre de Babel", por la gran diversidad de enfoques que lo matizan y por una marcada fragmentación. Kuhn (1977) considera necesario llegar a consensos dentro de la comunidad científica. El *Movimiento Integracionista de la Psicoterapia* (MIP) es una tendencia dentro del campo que tuvo su apogeo en los años 80' aunque desde los 30' se rastrean sus indicios. Fomenta el acercamiento entre los enfoques psicoterapéuticos, creando ambientes de respeto y cooperación entre profesionales de distintas posturas teóricas con el objetivo de retroalimentarse de las experiencias en beneficio de los clientes. Aspecto que ha logrado con éxito. Tiene mucha fuerza actualmente en otros países, aunque en México no es un tema abordado. Por tal razón, la presente investigación se propuso analizar dicho Movimiento, identificando y analizando diferentes propuestas psicoterapéuticas y elaborando algunas consideraciones generales para futuras propuestas de integración. Se encontró que el MIP es una tendencia compleja y diversa. Justificada por seis grandes factores que avalan su permanencia. Postula tipos y subtipos de integración donde cada uno sustenta diferentes principios de cómo llevar a cabo la misma. Sin embargo existe disputa respecto a qué nivel debe situarse la integración: si en el técnico, teórico o en lo común. La investigación del proceso terapéutico es un área impulsada fuertemente por el integracionismo y en consecuencia ofrece ciertas directrices de cómo llevar a cabo ésta. Se ve necesario preocuparse por una educación formativa que asegure una visión de las escuelas psicológicas y de los enfoques psicoterapéuticos como parte de un todo, señalando lo común, lo complementario y lo diferencial de cada una, con la finalidad de adquirir una comprensión más completa del ser humano que permita desarrollar procedimientos mucho más competentes para quienes nos solicitan ayuda.

Palabras clave: Psicoterapia, Movimiento Integracionista, Enfoques psicoterapéuticos

Introducción.

Desde los años 80' en otros países se ha venido dando un fenómeno dentro del campo de la psicoterapia denominado "Integracionismo". Parloff en 1976 argumentaba que cualquiera que deseará una terapia, debería decidir cuál de los más de 130 enfoques existentes será el más útil. (Citado en Goldfried, 1995).

Cada vez más psicoterapeutas expresan insatisfacción por el empleo de una única orientación, reconociendo que ningún enfoque puede explicar ni generar las intervenciones para la amplia gama de fenómenos clínicos que se observan en el ejercicio profesional (Goldfried, 1995).

Raimy en 1976 expresa que las diferentes escuelas terapéuticas han contribuido indudablemente al entusiasmo y a la urgencia competitiva que ha llevado a los terapeutas a desarrollar su pensamiento y sus técnicas, pero también les ha impuesto horizontes limitados y les ha asignado modelos rígidos (citado en Mirapeix, 1993).

El Integracionismo se ha convertido en una esperanza para la crisis que esta sufriendo la psicoterapia, ya que se produjo una creciente tendencia a cuestionarse si todas las respuestas podían hallarse dentro de una escuela terapéutica determinada (Feixas y Miró, 1993).

Kunh (1977) considera que ya es hora de cuestionarse hasta donde hemos llegado y cuánto nos falta por lograr un *consenso* en la comunidad profesional. Habla de que las revoluciones científicas suelen ir precedidas normalmente por periodos de crisis, cuando los paradigmas aceptados simplemente dejan de funcionar tan bien como lo hacían antes. Pues tales crisis se reflejan en la proliferación de articulaciones competitivas, la voluntad de probar cosas nuevas, la expresión abierta del descontento, la vuelta a la filosofía y el debate de los principios.

El Movimiento Integracionista de la Psicoterapia nace en los 80', más desde los años 30' se rastrean indicios de integración en citas de artículos, conferencias, libros, etc. de los profesionales de la salud mental. Comenzó con el acercamiento de las dos grandes escuelas: conductismo y psicoanálisis. Y posteriormente con el acercamiento de los otros enfoques.

Dicho movimiento tiene un impulso muy fuerte en otros países como Estados Unidos, España, Argentina, Chile, etc. pero en México no es un tema del que se escriba o se hable. La presente investigación documental invita a los interesados a conocer y comprender esta tendencia Integradora en la Psicoterapia a través de analizarla y elaborar algunas consideraciones para futuras propuestas de integración.

I. PSICOTERAPIA (ASPECTOS GENERALES).

En este capítulo se expondrá como el título menciona; generalidades acerca de psicoterapia. En primer lugar se describirá el problema de la definición de la psicoterapia, definiciones y conceptualizaciones de la misma desde diferentes puntos de vista, y algunas otras que sus autores han denominado integrativas; se concluirá con una definición y conceptualización de la psicoterapia encuadrando así lo que en este trabajo se entenderá por ella. Después se desarrollará una breve reseña de la historia de la psicoterapia dividida en tres grandes estadios: sus raíces, su aparición y su desarrollo hasta su estado actual, incluyendo también la historia de la psicoterapia en México. Para finalizar se expondrán los elementos esenciales en psicoterapia: el cliente, el terapeuta, la relación y el proceso terapéutico.

I.1 Definiciones y conceptualizaciones de psicoterapia.

Existen tantas definiciones de psicoterapia como libros escritos sobre la misma (Kleinke, 1994).

Wolberg en 1977 planteaba que el problema está en que existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, y en consecuencia, un abanico extenso de definiciones sobre psicoterapia ya que cada uno tiene su propia definición (Citado en Poch y Ávila, 1998).

No obstante, la búsqueda de una definición sistemática de psicoterapia ha preocupado y sigue preocupando a los investigadores.

Etimológicamente hablando la palabra "psico" proviene del griego *psiche* cuyo significado es espíritu, el alma o ser. La palabra terapia proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro.

Entonces psicoterapia significa desde este punto de vista, cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas lo hacen escuchando a sus clientes, poniéndoles atención, ofreciéndoles comprensión, respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas (Kleinke, 1994).

A continuación se citan algunas definiciones de psicoterapia:

- Todo método de tratamiento de los desordenes psiquicos o corporales, que utilice medios psicológicos y, de manera mas precisa, la relación del terapeuta con el enfermo (Laplanche, J. Y Portalis, Jean-B, 1971).

- Psicoterapia es una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con objeto de retirar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones perturbados de conducta y de promover el crecimiento y desarrollo personal (Wolberg, 1977).
- La psicoterapia puede ser definida como la relación de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto (Ávila, 1989 citado en Ponch y Ávila, 1998).
- Psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre la persona que cura entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que busca aliviar el dolor y el malestar de él que sufre lo hace a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que puede utilizar como oportunidad para el crecimiento personal (Jerome D. Frank, 1982).
- Psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se le lleva a cabo de acuerdo a una metodología sistematizada basada en determinados fundamentos teóricos y tiene como finalidad, eliminar o disminuir el sufrimiento de los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones emocionales a través de la relación interpersonal entre terapeuta y paciente (Corderch, 1987).
- La psicoterapia es considerada un procedimiento psicológico o reeducativo, que supone procesos interpersonales y de aprendizaje (Garfield, 1979).
- La psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra implícita o explícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y de los terapeutas (Zeig y Munion, 1990, citado en Feixas y Miró, 1993). *La anterior definición es uno de los primeros intentos por emitir una definición integrativa.*

Sin realizar un análisis minucioso, podemos observar que todavía no hay un acuerdo muy claro respecto a denominar a la persona que acude a psicoterapia, como "cliente", "paciente", "enfermo" o inclusive hay algunos que lo llaman "usuario"; además tampoco hay acuerdo acerca de si es un "proceso", "un método", una "relación", o una "interacción". Pero la gran mayoría actualmente acepta la importancia y peso que tiene la interacción entre el cliente y el terapeuta.

Dentro de las definiciones que se denominan integrativas están:

Ávila en 1994 dice que la psicoterapia es un conjunto de sistemas teórico-conceptuales aplicados, de carácter interdisciplinario en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias y trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en la sociedad (Citado en Poch y Ávila, 1998).

Definición que mencionan Poch y Ávila (1998) es un intento de síntesis en la que se subraya la imprescindible actuación que todo acto psicoterapéutico comporta entre el modelo teórico, recursos técnicos y su aplicación concreta en el individuo, para un problema dado y en un contexto preciso, remarcando también el papel de la psicología que dicen dichos autores es la esencia de la psicoterapia.

Además estos mismos autores ofrecen una síntesis de los elementos compartidos de las definiciones de psicoterapia, que ellos encontraron; estos son:

1. Intervención de un especialista
2. Con el propósito de curar o aliviar
3. Determinados trastornos de la persona que acude en busca de ayuda
4. De base emocional
5. Mediante procedimientos psicológicos.

Otra definición integradora es la de Kleinke (1994), dice que la psicoterapia no es un tratamiento que los clientes reciben de los terapeutas, sino por lo contrario, es una relación de trabajo entre terapeutas y clientes, encaminada a buscar soluciones a los problemas del cliente, más ventajosas de las que estos han utilizado hasta el momento.

En esta definición comenta, lo que se quiere enfatizar es: 1) Que la patología no es necesariamente un constructo explicativo, 2) Donde la meta es el cambio y no la curación y 3) en donde se remarca la responsabilidad del cliente para hacer cambios en su vida.

En el presente trabajo psicoterapia se entenderá cómo, la propuesta por Feixas y Miró (1993) que escriben: *"Psicoterapia es un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional entre cliente y terapeuta"*.

I.2 Reseña histórica de la psicoterapia.

Haremos un recorrido a través de la historia de la psicoterapia tomando como base la estructuración que realizan Feixas y Miró (1993) capítulo dos. Dichos autores dividen la historia de la psicoterapia en cuatro grandes periodos: *sus raíces, su aparición, su desarrollo hasta el estado actual de la psicoterapia,*

Las Raíces de la Psicoterapia.

Sus raíces están presentes en diferentes tipos de saberes, tales como la magia, la medicina, la filosofía y la religión (Gómez, 1985).

Las sociedades primitivas.

Ellenberger (1970) dice que la investigación histórica y antropológica ha puesto de manifiesto importantes descubrimientos sobre el uso entre los pueblos primitivos de muchos métodos utilizados por la psicoterapia moderna aunque en forma diferente, o métodos terapéuticos que difícilmente han encontrado paralelo en la actualidad. Y es por eso que el estudio del curanderismo primitivo es importante por ser la raíz de la cual, después de una larga duración se desarrolló la psicoterapia.

En las sociedades primitivas (también llamadas tribales) se encuentran las primeras explicaciones sobre la naturaleza y la vida, las cuales están dominadas por las metáforas sobrenaturales, místicas y míticas. La característica esencial del funcionamiento humano en este estadio es la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza (Ellenberger, 1970; Muller, 1979; Feixas y Miró, 1993).

La conciencia del individuo como algo distinto de la conciencia tribal era algo lícito de hablar. Por ello es que los remedios que utilizaban para hacer frente a lo que hoy llamamos enfermedad mental corresponden a actividades muy diversas que implicaban no sólo al enfermo y al curandero, sino al grupo social en su conjunto (Ellenberger, 1970; Muller, 1979; Feixas y Miró, 1993; Brennan, 1999).

Muller, (1979) habla acerca de una actitud animista consistente en la creencia en un principio distinto del cuerpo, el alma, que puede abandonar el cuerpo durante el sueño y también puede sobrevivir al cuerpo después de la muerte, reencarnándose en otros seres (metempsicosis).

Sendrail en 1980 mencionaba que esta actitud animista corresponde a las prácticas que se pueden considerar antecedentes remotos de la psicoterapia; también indicó que < la enfermedad en este periodo es esencialmente un fenómeno de posesión: un alma extraña y devoradora que ocupa el lugar del paciente > (Citado en Feixas y Miró, 1993).

En el cuadro siguiente se presentan los tratamientos que podrían llamarse psicoterapéuticos primitivos. En este estadio la psicoterapia consistía en la relación inmediata entre el sufrimiento y aquello que lo alivia (Ellenberger, 1970).

Cuadro 1

<i>Teoría de la Enfermedad</i>	<i>Tratamiento</i>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intrusión del objeto-enfermedad. ❖ Pérdida del alma. ❖ Intrusión del un espíritu (posesión). ❖ Rotura del tabú. ❖ Hechizo 	<p>Extracción del objeto enfermedad. Búsqueda, recuperación y restauración del alma.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Exorcismo b) Extracción mecánica del espíritu extraño. c) Tránsito del espíritu extraño a otro ser viviente. <p>Confesión y propiciación. Contramagia.</p>

Tomado de Elleberger, 1970.

Comentan Feixas y Miró op cit, que aunque las creencias primitivas todavía existen en la actualidad en determinados contextos, históricamente el círculo cerrado de la tribu comenzó a resquebrarse hacia el siglo VI a. De C., periodo en el que se produjo un cambio respecto a las creencias primitivas consistente en que dejaron paso a dos caminos distintos de conceptualización: las religiones organizadas y el pensamiento racional.

Grecia y el mundo antiguo.

En Grecia hay que situar el origen de la psicoterapia actual pues en esta surgió el pensamiento racional y con él la tradición filosófica y la médica (Feixas y Miró ob cit.).

El uso de la palabra fue ampliamente utilizada en Grecia con fines curativos. Algunos sofistas, como Gorgias, propusieron incluso su aplicación técnica para la curación de algunas enfermedades. Platón, por otro lado hizo interesantes observaciones sobre los efectos de la palabra en la vida animica e incluso algunas de estas observaciones fueron sobre las pasiones y los sueños y lo inconsciente que parecen antecedentes del pensamiento de Freud (Muller, 1976; Feixas y Miro, 1993).

La tradición filosófica iniciada en Grecia aporta a la psicoterapia una concepción racional y un conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional de ser humano, que hace posible la convivencia, predomine sobre la parte pasional/animal que la haría imposible. La parte racional ha sobrevivido hasta nuestros días y se encuentra estructurada principalmente en torno a dos doctrinas éticas: la aristotélica y la estoica. La primera que argumenta que cualquier acción racional en el caso del hombre inclina al ejercicio de la recta razón, la virtud es el justo medio entre los extremos viciosos. Y, la segunda que argumenta que hay que prescindir completamente la parte pasional por considerarla irracional y que puede dirigir a la enfermedad. Los estoicos comenta, conciben a las pasiones como representaciones falsas o engañosas de las cosas, por lo tanto ellos

aprendían a controlarlas por medio de ejercicios escritos y verbales de concentración y meditación. (Feixas y Miró, op cit.)

Grecia es una de las cunas de la tradición médica occidental. Y la emergencia del pensamiento racional introdujo cambios notables en la clasificación de las enfermedades y la conducta anormal (Brennan, 1999).

En contraste a las concepciones mágicas que atribuían la enfermedad a agentes externos, Hipócrates las localizó en estados internos del organismo, postulando cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, localizados en órganos específicos (corazón, cerebro, hígado y bazo) y asociados a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). También concibió a la salud como un estado de armonía o equilibrio entre los cuatro humores y la enfermedad como el desequilibrio, la curación se consideraba obra de la naturaleza, lo único que el médico podía hacer, era ayudarla a su lucha por restablecer el equilibrio (Muller, 1976).

Galeno, cuya influencia prevaleció hasta el renacimiento; sus concepciones estaban enmarcadas en una fisiología finalista, pues veía en el hombre una alma que se vale de un cuerpo. Distinguió entre elementos naturales (humores, temperamento, etc), cosas preternaturales (la enfermedad, las causas, etc), y las no naturales (aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, etc). El médico lo que hace es ayudar a la naturaleza a curar alterando las cosas no naturales, como ya Hipócrates había mencionado (Muller, 1976).

El Cristianismo y la Edad media.

Durante este periodo la Iglesia jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural: el diablo. La enfermedad mental se interpretó como el resultado de una posesión por el Otro (el diablo). En la doctrina neotestamentaria, el hombre no sólo puede pecar con la conducta, sino también con el corazón, de modo que lo verdaderamente decisivo para la vida moral (y religiosa) es la secreta (y libre) intimidad de cada hombre, es decir, su vida interior. La concepción del hombre cambió: mientras un griego ve en otro individuo a un ser vivo, un producto común de la naturaleza, un cristiano ve una realidad emergente de la nada dotada de un centro cuasidivino por el cual puede deificarse o pecar. Más el hombre con su naturaleza cuasidivina no es el que peca, el que lo hace, es el pecado mismo que habita en él (Muller, 1976; Feixas y Miró, 1993).

La instauración del procedimiento de la confesión, y los recursos para evitar el pecado son dos aspectos importantes para la historia de la psicoterapia. Melchor Cano e Ignacio de Loyola son los dos teólogos que propusieron procedimientos para implantar virtudes cristianas; el primero propone *retiros espirituales periódicos*, en los que el cristiano se ocupa de reflexionar sobre su propia vida, a solas con Dios, reflexión encaminada a conocer los vicios para poder vencerlos.

Melchor Cano cree que el ser humano es débil y que no puede cambiar, de modo que la tarea es vencerse a sí mismo toda la vida. Ignacio de Loyola por su lado, piensa que por el contrario, es posible cambiar. Y para ello, propone realizar ejercicios intensivos muy estructurados durante un periodo de cuatro semanas bajo la guía de un experto (Feixas y Miró, op cit.)

La actitud de la iglesia católica ante la enfermedad mental y el pensamiento libre durante la Edad Media fue despótica e inhumana, más no deja de tener aspectos positivos como los procedimientos implantado por los teólogos antes citados (Elleberger, 1970)

Feixas y Miró (op cit.) comentan que fue durante el Renacimiento cuando hubo un descentramiento en Dios y un regreso al hombre como el centro de atención, pero contradictorio, ya que coincidió con el periodo de mayor caza de brujas, demonios, fantasmas y diablos. Una explicación a esto se puede atribuir al saber que el renacimiento fue un periodo de gran transformación social; por las guerras, las pestes, el hambre y la sífilis traída por Colón al Nuevo Mundo.

A Gassner (1722-1779), se le conoce como el mayor exorcista de todos los tiempos. Éste distinguía entre dos tipos de enfermedades las "naturales" y las "prenaturales. Implanto el exorcismo, que puede considerarse en algún sentido, una práctica psicoterapéutica estructurada. Este sacerdote preparó el terreno para la implementación de un método curativo sin relación alguna con la religión y que satisfacía los requerimientos de una era lustrada. (Ellenberger, 1970).

Pinel, (1775-1826) fue el que introdujo el tratamiento moral al filo de la revolución francesa, que constituye un paso muy importante hacia la humanización de la enfermedad mental, fue el primero en considerar a los enfermos mentales como seres humanos necesitados de un trato humano simpatizante (Phares, 1996 y Garfield, 1979). El tratamiento moral, ofrecía un tratamiento más humanitario que psicoterapéutico, puesto que sin una concepción psicogenética de las alteraciones mentales poco más podía hacerse (Brennan, 1999).

Krappelin a mediados del siglo pasado realizó una clasificación de los cuadros psicopatológicos observados con más frecuencia (Phares, 1996).

La aparición de la psicoterapia.

Los comienzos de la psicoterapia profesional (como se entiende hoy) no se sitúan antes de finales del siglo XIX (Kriz, 1985) periodo en que los descubrimientos sucedían con rapidez y los conocimientos pasados que se mantuvieron ocultos, comenzaron a ser vistos desde una nueva visión. La influencia de la mente sobre el cuerpo era tema de preocupación para los médicos, sin embargo es durante este periodo cuando la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogenética de la neurosis. Hecho de mucha trascendencia ya que sin una auténtica psicogenia no es posible una psicoterapia (Caparrós, 1983, citado en Feixas y Miró, 1993).

Comentan Feixas y Miró (1993) que el adjetivo *psicoterapéutico* aparece probablemente por primera vez en el trabajo titulado: "Faith Healing and Fear Killing publicado en el *Contemporary Review*, escrito por F.Cobbe, 1887, en el que se defendía el papel de la fe en el proceso de curación

Kriz (1985) dice que se suele tomar como fecha de referencia del surgimiento de la psicoterapia formal, la aparición de la obra de gran envergadura de Freud, *La interpretación de los sueños* o la publicación de Freud y Breur acerca del caso de *Anna O.*, 1893, o 1985 año en que sé público *Estudios sobre la histeria*. Escritos que menciona, son el acta de nacimiento de un abordaje psicoterapéutico denominado "psicoanálisis", término que en ese tiempo consideraban como sinonimo de "psicoterapia". Sin embargo este mismo autor comenta que en el siglo XIX hubo precursores de los abordajes pedagógicos de la terapia de conducta, pero que lo prominente en ellos es precisamente el aspecto pedagógico, mientras que el psicoanálisis desde el principio se refirió a la psicoterapia de las psiconeurósisis.

En la historia de la psicoterapia el camino recorrido desde el magnetismo animal a la hipnosis es muy importante, pues representa la ligadura entre las curaciones prepsicológicas de la antigüedad relacionadas con la posesión diabólica y las curaciones del psicoanálisis relacionadas con la posesión inconsciente.

El magnetismo animal se refiere a lo postulado por Ven Helmont (1577-1644) como la existencia de un fluido al que la voluntad podía guiar para influir en la mente y el cuerpo (Feixas y Miró, 1993.).

Mesmer (1734-1815) lo estudió posteriormente creando un sistema resumido en cuatro puntos:

1. El magnetismo animal es un fluido físico sutil que llena el universo y forma un medio de unión entre el hombre, la tierra y los cuerpos celestiales y también entre hombre y hombre.
2. La enfermedad se origina por la desigual distribución de este fluido en el cuerpo humano, la restauración se da cuando se restaura dicho equilibrio.
3. Con la ayuda de ciertas técnicas este fluido puede ser almacenado, canalizado y transmitido a otras personas.
4. De esta manera se pueden producir crisis en los pacientes y curar las enfermedades (Elleberger, 1970).

Una comisión investigadora que se formó por 1794 para evaluar la existencia del magnetismo animal informó que los resultados positivos de su tratamiento residían en la posición de los sujetos más que del magnetismo. Argumento que retoma el marques de Puységur para sostener que el poder curativo tenía que ver con el poder psicológico de la fe (Feixas y Miró, 1993; Elleberger, 1970).

Victor Race escribió acerca de cuando el marqués magnetizó a un campesino encontrando resultados distintos, pues en lugar de presentarse las crisis de convulsiones típicas, este campesino mostró un estado de adormecimiento en el cual presentaba un estado de lucidez asombroso, escribe podrá recordar cosas olvidadas hacia mucho tiempo, podía predecir el curso de sus síntomas e incluso

proponer tratamientos para sus dolencias. Estado que denominó Pyséur "sonambulismo artificial"; replicando los efectos en otros sujetos describió la amnesia posthipnótica (Feixas y Miró, 1993 Elleberger, 1970).

Se dio paso hacia la "hipnosis" término acuñado por Braid (1808-1860), quien la concibió desde el punto de vista neurofisiológico, como trastorno del cerebro espinal manifestado como un estado de sueño nervioso, este autor se basaba en la condición mental y fisiológica del sujeto dejando atrás el oscurantismo de Mesmer, pero ni así la comunidad científica aceptó sus ideas (Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985).

Con la revolución Francesa los mesmeritas (seguidores de Mesmer) y sus enseñanzas quedaron en el olvido, redescubriéndose un siglo más tarde ya dentro del marco de la medicina (Elleberger, 1970).

Liebault (1823-1904) figura que puede considerarse como de transición, era un médico rural en un pueblo llamado Nancy. Por razones desconocidas después de éxito en su práctica médica comenzó a tratar sus pacientes con hipnosis gratis, ordenándoles que le miraran fijamente a los ojos para que en el estado de sonambulencia les asegurara que sus síntomas habían desaparecido (Elleberger, 1970 y Feixas y Miró, 1993).

Los lugares en los cuales se trabajó con hipnosis fueron la escuela de Nancy entorno a las figuras de Liebault y Berheim (1840-1919) y la escuela de la Salpêtriére entorno a la figura de Charcot (1825-1893) en donde realizó su investigación clínica P. Janet (1859-1947). En ambas escuelas Freud estudió primero con Charcot y posteriormente con Berheim (Elleberger, 1970 y Feixas y Miró, 1993).

Berheim como profesor universitario prestigiado se consideraba admirador de Liebault. Para Berheim la hipnosis era resultado de la sugestión entendida como "la aptitud para transformar una idea en acto", aptitud que posee cualquier ser humano en mayor o menor grado. El procedimiento para inducir hipnosis era muy similar al de su admirador. Berheim con el tiempo fue prescindiendo de la hipnosis, sosteniendo que los resultados podían ser alcanzados a través de la sugestión pero en el estado de vigilia y procedimiento que en la escuela de Nancy se denominó Psicoterapia (Elleberger, 1970; Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985 y Brennan, 1999).

Por otro lado la posición de Charcot difería, pues también influyó la diferencia de ambientes ya que Nancy era una universidad y la Salpêtriére era una especie de asilo médico enorme como un pueblo pequeño. Charcot era el director de una sección fue por 1870 cuando comenzó a estudiar la histeria y el hipnotismo. Él consiguió demostrar que la histeria, (cuadro que no tenía referente de lesión orgánica y por lo tanto no tenía lugar en el modelo médico), podía ser inducida por la hipnosis, demostrando también, que no era un cuadro exclusivo de mujeres

como se creía una vez que la pudo inducir en hombres también. Se puso a investigar si así como la hipnosis inducía histeria también podía curarla, investigación que se vio limitado por su formación médica ya se dirigió a encontrar una lesión orgánica. Creía que la hipnosis lo único que hacía era activar una lesión neurológica que ya existía y que era la causante del padecimiento, para él la sugestionabilidad a la hipnosis era en sí misma signo de degeneración neurológica (Feixas y Miró, 1993; Elleberger, 1970).

Berheim descubrió que la inducción de histeria a través de la hipnosis era una pantomima que montaban los amigos de la Salpêtiere de Charcot, para no contradecirlo pues lo apreciaban mucho, sin embargo esto se supo más tarde (Elleberger, op cit.).

El procedimiento de la sugestión hipnótica se convirtió durante un tiempo en el equivalente de la psicoterapia, pero este no podía acabar definitivamente con los síntomas de la enfermedad. El siguiente paso importante en la génesis de la psicoterapia moderna lo proporciono el método catártico, a partir del cual Freud desarrollo su método psicoanalítico.

Breuer desarrolló el método catártico e incluso fue el descubridor de la transferencia positiva, sólo que nunca se percato de ello, ya que su involucración afectiva con la paciente Ana O. sé lo evitó (Kriz, 1985).

Quien se percata de ello fue Sigmud Freud (1856-1939) parte por la experiencia con el mismo Breuer y parte por lo vivido también con Ana O. Y otros pacientes. Freud comenzó a hacer sus investigaciones en la histeria por un lado por que era el cuadro de moda en la época, pero por otro porque está llevo a ser exasperante para todos los médicos incluso para Freud, ya que no se encontraba referente orgánico y con su formación médica, les rompía el esquema, pero además era muy interesante porque variaba la localización del sintoma en los pacientes (Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985; Elleberger, 1970).

Freud empezó a practicar la hipnosis en las histéricas bajo el procedimiento y la concepción e la escuela de Nancy. Freud al igual que Libeault es una figura de transición de los viejos métodos de la sugestión hipnótica al nuevo método psicoanalítico (Feixas y Miró, ob cit.).

El método catártico es en sí el método que consiste en ayudar al paciente a revivir y descargar las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos. La hipnosis tenía el propósito con Breuer en la ultimas sesiones con Ana O. Y después con Freud, de aumentar la esfera de la consciencia del paciente y facilitar de este modo el recuerdo de los hechos traumáticos. Pero para que el método fuera efectivo, los recuerdos tenían que revivirse con toda la intensidad afectiva y con el mayor detalle (Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985).

La diferencia con la sugestión hipnótica y el método catártico dicen Feixas y Miró está en que el primero va dirigido al síntoma mientras que el segundo a las causas del síntoma. El ir a las causas del síntoma más que al síntoma en sí, dio un paso en la descentración del mismo lo que indica una evolución a la psicoterapia.

Freud con el tiempo se fue percatando de las limitaciones del método catártico, pues no todas las personas eran susceptibles de hipnosis y no todas descargan con la intensidad afectiva deseada. Además de que la defensa hacía su aparición, rechazando lo insoportable de la relación terapéutica. Gracias al método catártico que Freud descubrió los fenómenos clínicos que se conocen como resistencia y transferencia lo que le llevo al método de la asociación libre (Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985).

El desarrollo que Freud aportó desde la medicina a la psicología, es el que sentó las condiciones de posibilidad para que esta pasara de ser un sistema operativo y efectivo para detectar la enfermedad a uno capaz de promover la salud.

Freud retoma la concepción científica-médica interesada en la hipnosis y en la sugestión (Berheim, Breuer, Forel, etc.) evolucionando hasta un nuevo método basado en la asociación libre y en la interpretación, el cual se convertiría simultáneamente en la técnica psicoterapéutica y método de investigación tanto científico como tecnológico (Feixas y Miró, op cit.).

El desarrollo de la psicoterapia.

Al respecto del desarrollo de la psicoterapia, su evolución ha transcurrido desligada de la psicología durante muchos decenios, y en cierto modo hasta nuestros días. A finales del siglo XIX y principios del XX, en las instancias públicas y privadas, algunos psicólogos académico - experimentales comenzaron a interesarse por problemas sociales prácticos y aproximarse a ellos con su ciencia (Feixas y Miró, op cit.).

A pesar de que la obra de Freud se desarrolló a partir de la medicina tuvo un papel importante en el auge de la psicología clínica después de la Primera Guerra Mundial, dada la insatisfacción reinante en relación con el enfoque psicométrico (Phares, 1996). En este sentido, Feixas y Miró (op cit.) refieren que el psicoanálisis ofrecía un saber operativo y comprensivo, un saber científico y tecnológico que facilitó el desarrollo de técnicas no sólo diagnósticas sino también terapéuticas.

En la época de los treinta, la disconformidad de los clínicos con el enfoque psicométrico, produjo en un principio, las reivindicaciones de unas funciones psicodiagnósticas que contasen con la historia del sujeto y con su desarrollo, que lo viesan como una totalidad. Planteada esta primera reivindicación no tardó en darse la segunda: la participación del psicólogo en las tareas psicoterapéuticas, en las que no tardaron en propiciarse algunos éxitos, además se hallaban las

posibilidades ofrecidas por el psicoanálisis a los psicólogos no médicos (Phares, 1996; Feixas y Miró, 1993).

Con la Segunda Guerra Mundial, la conciencia terapéutica de los psicólogos fue en aumento; se apoyaba, además, en una fuerte demanda social. Esta conciencia llevo al reconocimiento definitivo de la dimensión terapéutica de la psicología clínica gracias en gran parte al trabajo realizado por los psicólogos en la selección de personal militar y en el tratamiento de los veteranos de guerra, para lo que se dispuso de fondos muy sustanciales. En 1946 se afirmaba que el psicólogo clínico debería de ser también terapeuta bajo el marco médico.

En 1947 el comité para el entrenamiento de la psicología clínica de la Association Psychology American (APA) enfatizaba en que la terapia es una de las principales funciones del psicólogo clínico, sin embargo no definieron de forma precisa dicha función terapéutica (Phares, 1996).

Se celebró la renombrada conferencia de Boulder (Colorado, EE.UU.) en la que se prefiguró el modelo de psicólogo clínico que se aplicaba en los departamentos universitarios norteamericanos hasta nuestros días. Y este es el modelo del "científico-practicante" desde el que se plantea que el psicólogo clínico debe recibir formación científica (Feixas y Miró, 1993 y Phares, 1996).

El modelo de psicólogo clínico como científico - practicante ha inspirado a los programas de formación de psicólogos sin embargo este modelo de entrenamiento ha recibido a ataques tales como: 1) ser poco realistas, 2) no responder a las necesidades de los alumnos que aspiraban a la práctica. Más este modelo aun sigue siendo la plataforma de muchos programas de entrenamiento en distinto grado. El modelo subraya que los psicólogos clínicos deben recibir formación en tres áreas: el diagnóstico, la investigación y la terapia (Parhes, 1996).

Es en esta época cuando aparecen los enfoques terapéuticos alternativos al psicoanálisis con un interés visible por desarrollar investigación científica en psicoterapia. Ya para ese entonces el pensamiento psicoanalítico empezaba a extenderse y dividirse.

En 1942 Carl Roger publicó "Terapia Centrada en el Cliente", que se convirtió en la principal alternativa a la terapia psicoanalítica hasta ese momento. El libro de Rogers constituyó un desarrollo de gran significado que tuvo diversas repercusiones en el mundo de la psicoterapia y la investigación (Phares, 1996 y Garfield, 1979).

Después, el conductismo se presentaba como una alternativa al psicoanálisis, capaz de inspirar una práctica psicoterapéutica distinta: la terapia de conducta. Esta escuela logró que los trastornos psicopatológicos que no contaran con un referente orgánico evidente, serian trastornos aprendidos, y, como tales, sujetos a leyes de condicionamiento. Se postula, de entrada, una continuidad entre

conducta normal y la anormal. Y cuando esta última se ve desde la óptica de una conducta aprendida, la apelación a causas intrapsíquicas, conflictos internos, y demás constructos interferidos pierde sentido (Feixas y Miró, 1993).

El trabajo de Eysenck (1952), consideran los citados autores marcó el hito en la investigación terapéutica, y reforzó indudablemente las posiciones de los psicólogos clínicos frente a los psiquiatras, que en su mayor parte seguían anclados a las posiciones psicoanalíticas.

Skinner, en 1953 impulsó la terapia conductual, su paradigma del aprendizaje operante era hegemónico en esos momentos, al reinterpretar la terapia psicoanalítica en términos de refuerzo y castigo ahorrándose las formulaciones intrapsíquicas, ofreció más argumentos para que los psicólogos clínicos se establecieran sobre unas bases autónomas. Otra obra que también contribuyó a establecer la terapia de conducta como método científico de tratamiento psicológico fue la de Wolpe en 1958 (Feixas y Miró, 1993 y Parhes, 1996).

Al iniciarse la segunda mitad del siglo el panorama psicoterapéutico se reducía a dos opciones: las terapias de orientación psicoanalítica que al margen de la psicología académica, seguían predominando en el terreno aplicado y, la modificación de conducta, que aun en fase de desarrollo, se inspiraba en gran medida en la psicología científica para el desarrollo de sus técnicas. Sin embargo estas dos opciones resultaron insuficientes, ya que la efectividad de estos dos enfoques en el tratamiento de la multiplicidad de los problemas humanos no era devastadora a la luz de las expectativas depositadas, además de las bases antropológico-filosóficas de estos enfoques (principios reduccionistas, deterministas y reduccionistas) proporcionaban una imagen del ser humano para muchos decepcionante, a las que se sumaban las dificultades de tales modelos para comprender cierto tipo de fenómenos humanos complejos con los ideales históricos de época (creatividad, libertad, espiritualidad) (Feixas y Miró, 1993).

El clima de insatisfacción reinante en ese tiempo propició que, a partir también de sus determinantes internos específicos, nacieran una serie de enfoques psicoterapéuticos que han tenido su peso en el desarrollo de la psicoterapia, de entre los que cabe destacar la psicología humanista y el enfoque sistémico (Kriz, 1985).

La psicología humanista de en cierto periodo de incubación en los años cincuenta, se consolidaba a principios de los años sesenta. Nacido como un movimiento filosófico y social, más que como enfoque psicoterapéutico, aglutina de una forma asistémica una serie de pensadores (Buhler, Bugental, Maslow, May, Murphy, Rogers, van Kaam, etc.) y técnicas promotoras de la autorrealización (terapia centrada en el cliente, guesáltica, análisis transaccional, etc.) (Feixas y Miró, op cit; Kriz, 1985).

De forma totalmente independiente, también en los años cincuenta y sesenta, se desarrolla el enfoque sistémico, que se caracterizó por su especial protagonismo en la terapia familiar, modalidad con la que a menudo se identifica, y por la adopción de la teoría general de sistemas y la cibernética como marco orientador de su práctica y conceptualización clínica. El salto cualitativo lo constituye el hecho de dejar de atribuir los problemas humanos y psicopatológicos al portador del síntoma, para considerarlos como expresión de una determinada estructura del sistema familiar y su funcionamiento cibernético (Feixas y Miró, op cit; Kriz, 1985).

Feixas y Miró, op cit. mencionan que durante la década de los años sesenta y setenta aparecen los modelos cognitivos en psicoterapia, en parte debido a la propia evolución de las teorías del aprendizaje y la terapia de conducta, pero principalmente como movimiento autónomo. Coincidiendo con el predominio del enfoque cognitivo en la psicología académica, las llamadas terapias cognitivas tienen su impacto muy significativo en la escena psicoterapéutica contemporánea. Sin embargo por su parte Kriz (1985) considera a este enfoque dentro de la aproximación o escuelas de conducta y no como un movimiento autónomo.

La tendencia actual de la psicoterapia.

La situación actual de la psicoterapia es muy compleja dada su amplitud y variabilidad. La han comparado con una "torre de Babel" en donde su complejidad desafía la comprensión humana (Kleinke, 1994; Branco, 1992).

Feixas y Miró (1993) mencionan que la primera característica (retrotraída) que definiría a la psicoterapia actualmente es la multiplicidad de perspectivas terapéuticas. Se habla de varias cifras, una de ellas es la de Corsini que alcanza los 241, algunos otros hablan de 250 a 300, pero el colmo es el de Karasu en 1986 que menciona cerca de 400 psicoterapias.

Por su parte Mahoney en 1991 elaboró una investigación de 15 estudios desde 1953 a 1988 acerca de la orientación teórica de los psicólogos clínicos en Norteamérica. De esta investigación concluyó lo siguiente: (citado en Phares, 1996; Feixas y Miró, 1993).

- Aumento espectacular desde los años setenta del eclecticismo que aparece con la tendencia dominante. De sus datos observó un descenso ligero en la década de los ochenta de dicha orientación.
- Descenso progresivo de la orientación psicoanalítica entre los años sesenta y ochenta con una cierta recuperación en los ochenta debido según este autor. La profundización en el estudio del si mismo (self).
- Aumento lento pero progresivo y constante de los modelos cognitivos, que se sitúan a niveles unas veces superiores y otras inferiores que las conductuales, pero en la misma banda. Aspecto que este autor explica diciendo que es por el uso extensivo de la denominación híbrida cognitivo-conductual en muchos ambientes.

- Consolidación de la orientación humanística durante los años sesenta, con cierto incremento al inicio de los ochenta que parece ir decayendo a finalizar la década.
- Papel moderado, pero constante, de la tendencia conductista.
- Evolución constante, pero más moderada, de la orientación sistémica.

Más Feixas y Miró (op cit.) hacen aclaración de que estos datos deben tomarse con las siguientes advertencias:

1. Los datos hacen referencia a EE.UU. y no son generalizables a nosotros
2. La investigación sólo contempla a psicólogos clínicos, y la psicoterapia no es únicamente una profesión practicada por otros profesionales como: psiquiatras, counselors (consejeros), asesores religiosos y matrimoniales, asistentes sociales, etc.

Además hacen mención de un posible sesgo en los datos de Mahoney, ya que la orientación sistémica y la humanista, son practicados con mucha frecuencia en los Estados Unidos pero no por psicólogos como tal.

Otro aspecto que caracteriza al estado actual de la psicoterapia, y que también dejo ver el estudio de Mahoney, es la tendencia hacia el eclecticismo y la integración.

La tendencia ecléctica/integrativa ha tomado y sigue tomando mucho auge, parece ser la opción más utilizada en la práctica (Feixas y Miró, 1993; Mirapeix, 1992; Golfried, 1994; Kleinke, 1994; Rivera, 1994, Hollanders, 1999). Más cabe aclarar que esta situación sola es aplicable a E.U.A., España y Gran Bretaña, puesto que las investigaciones llevadas a cabo sobre ello, se han realizado en dichos países.

En México no contamos con estudios al respecto. De las tesis revisadas en el área clínica acerca de psicoterapia. (véase Rodríguez y Vazquez, 1992) No hay estudios que investiguen la orientación teórica que utilizan los psicólogos en su práctica clínica como tema central, ya que existen trabajos como el de Serra (2000) que ofrecen datos al respecto, pero, sólo con fines descriptivos debido a que el motivo de estudio es otro. La orientación ecléctica se encuentra elevada en comparación de otras orientaciones, sin embargo, las orientaciones tradicionales como la psicodinámica, lo cognitivo y la bionérgica son algunas de las que se ubican por encima de las demás.

El Eclectisismo menciona Brennan en (1999) y Feixas y Miró. (op cit.) siempre ha tenido mayor aceptación en época y periodos de crisis ideológica o escepticismo, lo cual se ha visto a lo largo de la historia y está pasando con la psicoterapia desde los años setenta, dada la creciente tendencia a cuestionarse si todas las respuestas podían ser respondidas y halladas dentro de una escuela terapéutica determinada.

Kunt (1977), ya expresaba algo similar, al hablar de que las revoluciones científicas suelen ir precedidas normalmente por un periodo de "crisis", cuando los paradigmas aceptados simplemente dejan de funcionar tan bien como lo hacían antes. Y que tales crisis se reflejan en la proliferación de articulaciones competitivas, la voluntad de probar cosas nuevas, la expresión abierta del descontento, la vuelta a la filosofía y el debate de los principios.

Aunque los modelos eclécticos permiten mayor apertura y flexibilidad, favorecen una mayor selección indiscriminada de elementos de las más diversas procedencias, lo que puede dar lugar a la mezcolanza arbitraria de conceptos y técnicas totalmente incoherente. Por lo que no hay que creer que el adoptar el eclecticismo llevará a una mejora automática en la actuación terapéutica (Feixas y Miró, 1993).

Niemeyer, 1992; Norcross, 1986; Villegas, 1990 han comenzado a distinguir entre diversas formas de eclecticismo (Citados en Mirapeix, 1993; Feixas y Miró, op cit.).

Existen varios tipos de enfoques eclécticos/integrativos muy desiguales respecto a la contribución del avance de la psicoterapia como ciencia. Sin embargo no es la finalidad en el presente apartado explicar los diferentes tipos de eclecticismos, eso se verá posteriormente en el capítulo 3.

Otra característica del estado actual de la psicoterapia es la tendencia hacia la terapia breve. (Omer, 1993; Feixas Miró, 1993; Watkins y Guarnaccia, 1999).

Watkins y Guarnaccia (1999) comentan que hay un incrementado énfasis en que los tratamientos sean breves, a bajo costo, responsables y con manejo cuidadoso.

El psicoanálisis en un principio era el enfoque psicoterapéutico que predominaba, de ahí que la psicoterapia se le conociera como un proceso largo. Con el surgimiento de los otros modelos se fue consolidando la tendencia, cada vez mayor hacia el acortamiento del proceso terapéutico, por ejemplo los enfoques sistémicos de terapia familiar no sobre pasan las 20. El criterio de duración establecido es de 25 sesiones para considerar una terapia como breve (Feixas y Miró, op cit.)

Otros modelos también se defienden en este sentido, incluso dentro de los psicodinámicos hay intentos de acortar el tiempo como las terapias breves psicoanalíticamente orientadas. Garfield y Bergin (1986) concluyen que es obvio que la mayor parte la psicoterapia que se ofrece al público en general es relativamente breve, tan efectiva como el psicoanálisis, y menos costosa (Citado en Feixas y Miró, 1993).

A este respecto Feixas y Miró op cit., citan algunos datos de la duración de la psicoterapia que proporcionó Garfield en 1986; este autor reconoce que dos

tercios de los pacientes tratados terminan el tratamiento antes de la décima sesión. Lo que refuerza aun más la tendencia hacia la brevedad.

Por otra parte algo que ha venido a incrementar esta tendencia son los estudios sobre la efectividad de la psicoterapia, pues según estudios realizados al respecto las psicoterapias breves comparadas contra las psicoterapias de larga duración no arrojan datos diferenciales en cuanto su efectividad, así entonces, las terapias breves son preferibles por qué:

- En servicios mentales dentro del plano de salud pública no sería factible gastar el dinero de los contribuyentes en tratamientos largos cuando enfoques breves pueden resultar igual de efectivos que un enfoque con duración mayor.
- En el ámbito privado el efecto es aun mayor, por el pago; de ahí que resulte poco ético proponer un tratamiento de larga duración.
- Por otro lado es recomendable tener consciente que la psicoterapia no es un fin en sí misma, sino que su finalidad es promover un funcionamiento del cliente en su medio natural, cuando más dure una psicoterapia más se le aparta al cliente de su medio y más importante se vuelve la figura del terapeuta dentro de su red social. (Botella, Pacheco, Herrero y Corbella, internet).

Otro aspecto que caracteriza a la psicoterapia hoy en día es la tendencia mayor a la investigación acerca del proceso terapéutico. Más específicamente de los procesos de cambio: analizando desde las variables del cliente, terapeuta, su interacción y especialmente las que se consideran derivadas del método terapéutico. (vease Botella, et al., internet).

Poch y Ávila (1998) dicen que la investigación nació desde la misma práctica de la psicoterapia desde que Freud y Breuer publicaron "Estudios sobre la histeria", pero que uno de los pioneros más formales al respecto, fue Otto Fenichel en Berlín a partir de la década de los veinte. Sin embargo estos mismos autores apoyan la idea de que, el que volcó una tendencia mayor a la investigación en psicoterapia fue Eysenk en 1952, con su estudio que llevaba por conclusión - que no había evidencia que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento- lo que fue un motor que impulso a la investigación empírica en psicoterapia de una forma más contundente

Es importante señalar que el estudio de Eysenk desde ese entonces ponderaba ya a la psicoterapia ecléctica, a la cual le daba el 64% de mejoría en los pacientes, por arriba de la psicoterapia de corte psicoanalítico que le daba el 44%; ambas inferiores obviamente a la ausencia de tratamiento en pacientes tratados en hospitales psiquiátricos que tenían una mejoría sintomática del 72%.

Más Eysenk ya ha sido refutado por muchos autores, uno de ellos Kellner en 1965 (Citado en Poch y Ávila, 1998; Botella, et al., internet) al probar que el estudio de Eysenk era incompleto, además de que algunos datos eran erróneos. Posteriores estudios arrojaron lo contrario y comprobaron la efectividad de la psicoterapia. Sin

embargo una vez dicho que la psicoterapia era efectiva, la investigación se torno hacia demostrar cual de todas las formas de psicoterapia era la más efectiva, esto hasta nuestros días.

Por su parte Luborsky y cols. en 1975 demostraron después de revisar 33 estudios de diferentes tratamientos, que la psicoterapia era efectiva respecto a un grupo control que no recibía tratamiento. Concluyendo: "... todos participaron en la carrera y todos ganaron"... (citado en Poch y Ávila en 1998 y Botella, et al., ineten) es decir todas las formas de psicoterapia son efectivas. Pero esta conclusión no es satisfactoria aun para muchos.

1.3 Notas para una reseña histórica de la Psicoterapia en México.

Es importante aclarar que no hay como tal una historia de la psicoterapia en México, sin embargo pueden ser aproximada a través de la historia de la psicología, la historia del psicoanálisis y algunas otros notas al respecto en México.

Valderrama (1983) por ejemplo comenta que las prácticas psicológicas de las comunidades prehispánicas giran con respecto a lo que se conoce como psicología clínica, es decir, las prácticas terapéuticas para rehabilitar personas.

Este mismo autor comenta que los aztecas concebían a la relación rostro-corazón como los componentes principales de la persona. La salud mental de los individuos era el equilibrio precisamente de la relación rostro-corazón, y su desequilibrio causaba los trastornos de personalidad. No tenían una conceptualización de "alma, ya que para ellos lo psicológico tenía su base en el corazón.

El especialista para los Aztecas en resolver los problemas psicológicos era el tonalpouhqui, quien por medio de la palabra, buscaba restablecer el rostro y recuperar el "yo". El tonalpouhqui era un sacerdote formado en el Calmecac, institución de enseñanza especialmente para los nobles. Aquí se les enseñaba a leer el libro de los destinos "el tonamántli". (Valderrama, 1983).

Se funda el primer hospital para dementes del continente (San Hipólito) en 1966 por Bernardino Álvarez, aquí y en otros hospitales se trataba a los enfermos mentales con métodos persuasivos y logoterapéuticos, o sea, usando la palabra para regular los desequilibrios mentales. (Valderrama, 1983).

En el hospital de maternidad "Ávila Camacho" existía un servicio de psicología integrado por un psiquiatra, un psicólogo, un neurólogo, un psicómetra y una trabajadora social. En la terapia psicológica se utilizaban métodos tales como la terapia de juego, dibujo, modelado y psicoanálisis ya que la orientación terapéutica se hacia extensiva a las madres y familiares. (Nuñez, R. 1984).

Inicialmente la psicoterapia era solamente practicada por los psiquiatras, y el psicólogo se limitaba a vigilar y controlar la evolución del tratamiento. Posteriormente se le permitió controlar la psicoterapia de grupo, el psicodrama y eventualmente la psicoterapia individual. En la segunda mitad de los años cincuenta, la rama de aplicación de la psicología más desarrollada por ellos era la psicología clínica. En "La Castañeda", hospital Neuropsiquiátrico, se le daba importancia a la psicología clínica y el psicólogo clínico era considerado como auxiliar indispensable del equipo terapéutico, que participaba tanto en el psicodiagnóstico como en el tratamiento. Se realizaba psicoterapia ocupacional y de grupo. (Nuñez, R. 1984).

Por ahí de los años 1947 y 48, un grupo de médicos jóvenes toman la decisión de ir al extranjero para prepararse en psicoanálisis, debido a las limitaciones que existían para hacerlo en México, y se trasladan a Estados Unidos, Argentina y Francia en donde reciben una preparación adecuada, creando una conciencia de formar una escuela sólida, debido a que en su principio, cualquier persona que hubiera tenido un contacto superficial con la literatura psicoanalítica podría afrontar en forma silvestre esa psicoterapia. Dicho grupo de médicos jóvenes seguidores del psicoanálisis ortodoxo de Sigmund Freud y quienes estaban afiliados a la Asociación Psicoanalítica Internacional; a través de las sociedades que en las escuelas se habían formado, y encabezado por Santiago Ramírez y Ramón Parrés, regresan a nuestro país a partir de 1952. A su llegada forman un grupo de trabajo y su propia asociación que, inicialmente, funcionó como "Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos", y en mayo de 1956 se crea la "Fundación Psicoanalítica Mexicana" A.C. Al año siguiente se funda la "Clínica Mexicana de Psicoterapia", la cual tiene una corta existencia de un año, debido a la falta de personal; lo que ocasiono que se transformara en la "Asociación Psicoanalítica Mexicana", como resultado del XX Congreso Internacional de Psicoanálisis, el cual se llevo a cabo en París, Francia, en la primavera de 1957.

Mientras tanto otro grupo de médicos que permanecían en México también se vieron en la necesidad de recibir una mejor preparación, invitaron al Dr. Erich Fromm a venir a México, quien llega a México en 1950 invitado por González Enriquez y otros más, e imparte cursos de Psicoanálisis Humanista en la Escuela de Medicina, ayudado por algunos profesores huéspedes, realizando además trabajos de supervisión y algunos seminarios de enseñanza. (Valderrama, 1983 y Benavides y cols., 1983).

Los grupos psicoanalíticos frommiano y freudiano dirigieron los caminos de los psicólogos en los cuarenta, convirtiéndolos en auxiliares psicométricos para establecer el diagnóstico e impidiéndoles el incorporarse a actividades psicoterapéuticas, ya que no habían tenido preparación médica. Ambos grupos psicoanalíticos, debido a la magnitud de su desarrollo, fueron abocándose a preparar analistas didácticos o de supervisión y han sido durante mucho tiempo las corrientes de pensamiento predominantes para la estructura de la enseñanza de la psicología en México. (Valderrama, 1983).

Desde el punto de vista de Lara Tapia, la importancia de estos dos grupos fue la disputa que existió entre ellos en todas las áreas académicas, fue incrementándose el profesorado en ambas tendencias, existiendo mucho antagonismo y radicalismo entre estos grupos. La influencia académica de estos dos grupos, fue saturando los programas de estudio de materias de contenido psicoanalítico. Orillando a los psicólogos profesionales a decidir entre dos caminos: integrarse a cualquier grupo psicoanalítico o pertenecer a un grupo amorfo y desorganizado, con tendencias básicamente psicotécnicas, filosóficas o psicopedagógicas. Ello produjo una síntesis ideológica. (Lara Tapia, 1983).

El grupo frommiano se queda definitivamente en la escuela de medicina y el grupo freudiano se queda en el colegio de psicología (Valderrama, 1983). A finales de los cincuenta, la psicología de orientación experimentalista era únicamente sostenida por Díaz Guerrero, en 1955 comienzan los primeros y amplios contactos con la psicología experimental norteamericana, gracias a las visitas masivas de estudiantes que se mantuvieron durante toda la década. (Díaz Guerrero, 1980).

Las posibilidades de convertirse en psicoterapeuta les estaban veladas a los psicólogos por no tener antecedentes médicos. Limitando su trabajo al psicodiagnóstico utilizando tests. (Valderrama, 1983).

Pero, hubieron psicólogos que inconformes con esta restricción para formarse como psicoanalistas se fueron al extranjero. Un ejemplo de ello es el Dr. Jorge Cappon Gotlib quien en una conversación, comenta lo complicado que le fue formarse como psicoanalista, pues en ese entonces tenía dos opciones para hacerlo: Ir a Inglaterra a la "British Psychoanalytic Association", ó bien, ir a Nueva York con Theodore Reik (psicólogo, fiel discípulo de Freud¹) a la "National Psychological Association Psychoanalysis". Su elección fue Inglaterra, pero ahí le fue solicitada una carta que explicitará la aprobación de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (AMP) para que el Dr. Cappon fuera formado, esto con el argumento de que su nacionalidad era Mexicana y así era el protocolo. La carta le fue negada. Fue en Nueva York en donde por fin se formó sin ningún problema con Teodoro Reik. A su regreso como psicoanalista, se le invitó a participar en la APM, pero para su sorpresa, le exigieron que nuevamente iniciará su formación con ellos, ya que tendría casos bajo supervisión hasta que ellos comprobaran que ya estaba preparado. (Comunicación personal, 29 de agosto del 2002).

Lo anterior nos confirma la enorme represión que existía en México respecto a negarles a los psicólogos la posibilidad de formarse como psicoanalistas, bajo el argumento de que no eran médicos.

¹ Fue precisamente Freud en su trabajo: "psicoanálisis silvestre" quien afirmó que el psicoanálisis era más para psicólogos que para médicos, manifestando su inconveniencia por no haber sido el mismo psicólogo.

Según Valderrama (1983) la década de los sesenta representa las respuestas de los psicólogos contra la hegemonía de las aproximaciones psicoanalíticas en el Colegio de Psicología. El impulso experimental, permitió el desarrollo de otras áreas de la psicología, que se logró gracias a la sección experimental (fundada en 1966) dentro del Colegio era la única no dominada por los psicoanalistas u otras profesiones, y constituía una vía de desarrollo profesional y autodeterminación académica, y en menor o mayor grado esto ha ocurrido en otros países y ha propiciado el desarrollo de una disciplina orientada científicamente. (Lara Tapia, 1983).

En el Colegio de psicología de la U.N.A.M., los experimentalistas desplazaban casi por completo a los psicoanalistas propugnando por un cambio en el plan de estudios, cosa que lograron en 1971 con su curriculum de alto contenido de materias experimentales (Valderrama, 1983).

El nuevo plan de estudios fue heterogéneo y equilibrado, según Lara Tapia, (1983) porque se permitió que frommianos, ortodoxos, psicólogos de orientación experimental y estudiantes intervinieran por primera vez junto con las autoridades de forma unificada, lo que hizo que se redujeran las tensiones y diferencias de grupo. Se fortalecieron las orientaciones científicas de la carrera debido a la llegada del extranjero de maestros y doctores, lo cual permitía una competencia más digna e igualitaria. Los alumnos reclamaban la enseñanza clínica y práctica, la cual se daba por fuera del Colegio, debido a su estructura, en la (APM) Asociación Psicoanalítica Mexicana (freudianos) y en la (SPM) Sociedad Psicoanalítica Mexicana (frommianos), y en otras sociedades disidentes del psicoanálisis freudiano fundadas posteriormente, pero cuyo cimiento y estructura se consolida en la Escuela antes Colegio y actualmente Facultad de Psicología. La especialidad del psicoanálisis de los grupos psicoanalíticamente orientados dentro de la Universidad es impedida por dos razones: el psicoanálisis personal y las supervisiones que requieren de una estructura específica. El psicoanálisis pasaba a ser otra corriente más, que pasa como moda, ya que las demás corrientes reaccionaron en contra de este en un frente común. El conductismo, como antes el tomismo y luego el psicoanálisis tomaba fuerza.

Según Benavides y cols. (1984) el desarrollo del psicoanálisis influye de manera importante en nuestro país aunque, en sus inicios, el movimiento psicoanalítico en México, con técnicas y métodos científicos colocados en entre dicho, sólo lograba repudio general y académico. Con el paso del tiempo se visualiza el desarrollo de la teoría y la práctica psicoanalítica. La formación de psicoanalistas propiamente dicho se inicia más tarde.

En el periodo de 1952-1957, se formalizan la creación de grupos definidos ("asociaciones corporativas"), cada uno con orientaciones diferentes y algunos de ellos con ciertas semejanzas.

González, M. F (1989) ofrece algunas notas acerca del psicoanálisis en México. El autor muestra una serie de acontecimientos que considera dieron pauta al cuestionamiento y desestructuración de la hegemonía sostenida por las dos grandes instituciones psicoanalíticas en México: La APM y SPM. Y en consecuencia la aparición de nuevos actores y otras alternativas de legitimación... "como terapeutas". Principalmente las que se fueron despegando de la APM.

De la APM nace: en 1964 la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica (AMPP) con Santiago Ramírez antes de abandonar la APM y las psicólogas Vidalina Ramos, Dolores Sandoval, Frida Rosenberg, Beatriz Rosas, Felisa Podera, Raquel Berman. También, en 1967 se funda la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) con José Luis González, Frida Zmud y Gustavo Quevedo.

El autor señala que la AMPP responde probablemente a la contradicción que algunos maestros de la AMP sentían respecto a sus alumnos, que eran fundamentalmente no médicos y mayormente psicólogos de la UNAM, a los que daba un mensaje así: "Ustedes no son médicos, por lo tanto no pueden ser psicoanalistas, pero sí terapeutas con orientación psicoanalítica". La mayoría de las disidentes fueron mujeres y el machismo psicoanalítico las denominaba: "las fálicas".

La AMPAG ha mantenido hasta la fecha relaciones con la AMP. Los que practican la terapia analítica de grupos son psicoanalistas nacidos en la APM y de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina). Sin embargo los que se forman en la AMPAG tienen que empezar desde cero si quieren formarse en la APM.

Del encuentro de doctores como: Gustavo Quevedo y Frida Zmud con algunos monjes da pie a la fundación de el "Centro Psicoanalítico Meaux" (CPE) en 1966, que abría a todos aquellos, cualquiera que fuera su religión e incluso ateos.

En 1972 se da lugar una salida masiva de analistas de la APM, debidas probablemente a: 1. Las tensiones generadas por la introducción de la psicoterapia de grupo, 2. Plazas escasas y, 3. Pugnas de poder. Dicha fuga no estuvo influida según González, M. (1989) por razones teóricas o técnicas, a diferencia de las gentes que habían fundado y regenteaban la AMPAG.

Después de esta fuga se forma el "Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos", A.C. con Amapola González.

El "Círculo Mexicano de Psicoanálisis" (CPM) nació de un primer círculo denominado "Círculo Mexicano de Psicología Profunda", que fue efímero. A mediados de 1971 se funda el CPM con Armando Suárez, Raúl Páramo llegados del extranjero y Arturo Fernández Cerdeño. El Dr. Páramo alrededor de 1977 fundó el Grupo de Estudios Sigmund Freud. Para González (1989) el CMP se formó fuera de la hegemonía de la AMP y la SPM, más no de su horizonte. Ya que había cuentas pendientes como ajustar la concepción teórica diferente y la forma de legitimarse.

Con la llegada de los Argentinos y algunos Uruguayos el encruzamiento ya existente de las genealogías se volvió más rico y denso, ya que se integraron en diferentes instituciones y sirvieron para permear los contactos entre ellas. No obstante dicha integración provocó tensiones: El número y la heterogeneidad de los que llegaban, el tamaño de los grupos donde se insertaban y las escasas plazas que dio por resultado una válvula de escape que fue la creación de espacios privados que los argentinos mantenían a partir de su capital de saber y su legitimación previa. Y así se podía tener acceso a supervisiones, seminarios y análisis "por fuera" de los establecidos.

La red institucional porosa y el surgimiento en 1976 del texto: "psicología, ideología y ciencia" de corte althusseriano, contribuyeron, entre otras cosas, al rompimiento de que el psicoanálisis era de uso exclusivo de la práctica médica-psiquiátrica. Y también al surgimiento de posiciones radicales dentro del psicoanálisis: los lacanianos competían entre ellos. Después entre los klenianos y los psicólogos del yo. La difusión de las nuevas corrientes en psicoanálisis en algunas ciudades de la provincia, se debió a múltiples debates que se llevaron a cabo entre los años 1976 y 1980. Los psicólogos de provincia sin la posibilidad de acceder a una formación analítica, lo utilizaron para diferencia, principalmente con la corriente conductista. En la UNAM la corriente conductista había sentado sus reales y no todos los psicólogos deberían derivar hacia el análisis.

A finales de los sesenta y principios de los setenta muchos psicólogos mexicanos adoptaron un enfoque Skkineriano dogmático, pero en 1976, en reacción a este dogma, emergieron o re-emergieron otras cuatro tendencias: la psicología cognoscitivista, la psicodinamia, un tipo especial de psicología social aplicada y una conciencia crítica acerca del estatus científico de la psicología y sus metodologías. (Días Guerrero, 1980).

Todavía en 1982, el conductismo seguía determinando la imagen de la psicología, aunque cada vez son más claras otras tendencias y los propios conductistas se plantean los apremiantes problemas sobre las limitaciones de los conceptos del conductismo. Además la crítica a la psicología desde el enfoque de las ciencias sociales marxistas ha tenido gran apoyo en la nueva generación y es tomada seriamente por los psicólogos de pasadas generaciones.

A través de freudomarxismo, el psicoanálisis ha cobrado nuevo impulso de manera especial debido al crecimiento y difusión del existencialismo. Esta evolución ha llevado a una situación, iniciada hacia 1976, en la que el psicoanálisis se perfila nuevamente como una alternativa contra el conductismo. Además crece el interés por la psicología, el psicoanálisis y la psicología social francesa y por la psicología humanista de Rogers. (Galindo y Vorweg, 1983).

En la actualidad, uno de los problemas urgentes no es tanto cómo conservar una élite a salvo de los embates de los psicólogos o colegas que quieren hacer grupos y

que antes eran considerados de "segunda", sino cómo convivir entre concurrentes que se sienten tan psicoanalistas como el que más y que se autorizan en algunos de los "pedazos" producto del desmembramiento. (González, M. F. 1989).

I.4 Elementos fundamentales en psicoterapia.

A pesar de la gran variedad de enfoques en psicoterapia y sus diferencias, hay elementos esenciales y comunes a toda psicoterapia. Es importante desarrollarlos en el presente trabajo, debido que al hablar de psicoterapia necesariamente se habla de sus elementos esenciales. A continuación se presentan sin apego a una corriente en específico.

Cliente.

El "cliente", "paciente", "enfermo", "usuario", "el que sufre", etc es el término que se utiliza para denominar a la persona que en un sentido operativo acude a servicios psicoterapéuticos con el deseo de cambiar la manera de relacionarse consigo mismo y con el medio, sea como sea el tipo de relación que establece con éstos. Cambios que no puede realizar por el mismo, ni recurriendo a las fuentes naturales de ayuda existentes en la comunidad, aceptando que requieren de ayuda de una persona especialmente preparada. (Feixas y Miró, 1993).

Para Singer (1979) es cualquier ser humano que la mayoría de las veces busca psicoterapia con miedo y esperanza. Con la expectativa de que un experto en relaciones humanas le ayude a afrontar sus problemas, reconociendo que necesita hacer un cambio, pero también la gran dificultad para lograrlo sin ayuda y apoyo.

El término "cliente" es últimamente menos usado en relación con el enfoque que lo postulo (humanista-existencial), aunque no acaba de ser bien aceptado por algunos psicoterapeutas por su connotación marcadamente mercantil, es aceptado por una mayoría; en contraste con el término "paciente" u "enfermo" que se utiliza más frecuentemente en el contexto asistencial y refleja un modelo más médico, llevando implícitamente una imagen de un enfermo (este término y paciente se utilizan en ocasiones como sinónimos) que padece y de un profesional que tiene los medios para curar, dejando así al paciente en una posición pasiva contraria a lo que se desea en un proceso psicoterapéutico (Feixas y Miró, 1993). Con lo que respecta al término "usuario" se usa frecuentemente en el ámbito institucional, y "el que sufre" es un término utilizado particularmente por Jerome Frank en 1982 en su escrito "Aspectos comunes en psicoterapia".

Las razones o motivos que impulsan al cliente a asistir a psicoterapia son muy variados, incluyen casi todo tipo de problemas humanos, de síntomas y quejas. A continuación se citaran varias razones que nos ofrecen algunos autores que abogan por la integración de la psicoterapia:

- ❖ Kleinke en 1991 menciona que las personas llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan, ya que sus estilos de afrontamiento son erróneos e inadecuados (Citado en Kleinke, 1994).
- ❖ El deseo de cambio es provocado por alguna dificultad, malestar o trastorno lo suficientemente fuerte e importante para acarrearlo (Dana 1972).
- ❖ Kleinke (1994) considera que las personas sufren y deciden acudir a terapia cuando sus estilos de personalidad les lleva a responder de manera rígida y determinada frecuentemente, sin tomarse el tiempo de analizar la situación y adaptar una adecuada.
- ❖ Feixas y Miró (1993) plantean que habitualmente los clientes expresan como motivo de consulta: conflictos con otras personas y síntomas tales como ansiedad, desesperanza, incomunicación con su compañero (a), conducta de evitación, insomnio, ideas obsesivas, amnesia, sentimientos de hostilidad, jaquecas, pérdida del apetito, falta de concentración entre otros.

Gafield (1979) ofrece una síntesis de los caminos por los cuales una persona llega a consulta psicoterapéutica; de esta manera las quejas médicas o somáticas llevan, por lo general al individuo a consultar a su médico. Cuando no se descubre ninguna causa orgánica de los síntomas o cuando los síntomas no responden al tratamiento médico ordinario, se suele remitir a la persona para que se le practique una evaluación psicoterapéutica o psiquiátrica. Los problemas de holgazanería, de fracaso escolar, de inclinación al robo y otros parecidos suelen ser remitidos para ayuda psicoterapéutica por las escuelas, los tribunales o las agencias sociales. Los remitidos a causa de otros problemas sintomáticos suelen provenir de ministerios religiosos, del médico de la familia, de los amigos, de columnistas de periódicos o por iniciativa del propio individuo.

Sin embargo en todo caso, el individuo que busca, o es remitido para buscar ayuda psicológica, está motivado por un problema o síntoma que resulta *personalmente* molesto para él. Si no está suficientemente motivado o suficientemente angustiado no buscará el tratamiento psicoterapéutico, o abandonará el tratamiento poco tiempo después de haberlo iniciado.

Algo muy común en los clientes es la falta de responsabilidad sobre lo que les está aconteciendo, lo ven como algo ajeno a sí mismos. Aspecto que con frecuencia permea el que los clientes acudan a psicoterapia con ideas poco realistas, en otras palabras, buscando que el terapeuta les de "la" solución a sus problemas como "una pastilla mágica" (Feixas y Miró, 1993).

En psicoterapia no es tan importante determinar si el cliente es responsable o no de causar sus problemas, lo que realmente es importante es que tanto terapeuta como cliente acuerden asumir la responsabilidad de buscar soluciones a los problemas del cliente (Kleinke, 1994).

Feixas y Miró (1993), recomiendan que es importante dejar bien claro que el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los clientes sino para ayudar a los mismos a que se cambien a sí mismos. Otro elemento importante que mencionan dichos autores respecto al rol de cliente, es el de la ansiedad que puede despertar el hecho de iniciar una psicoterapia, ansiedad que puede estar relacionada, con la falta de conocimiento y referentes en la cultura respecto lo que es una psicoterapia, por ejemplo, la consulta con un médico es mucho más conocida que la de un psicoterapeuta, además los indicadores culturales como el cine, el teatro, la literatura al respecto son anecdóticos y con frecuencia poco apegados a la realidad.

Aunque por otra parte Garfield (1979) refiere que, durante la última década la psicoterapia se ha hecho muy popular, gracias a los artículos que se publican en los periódicos y las revistas, y la dramatización que se hace de ella en el cine y la televisión. A consecuencia de esto, una buena parte de la población tiene cierto conocimiento sobre psicoterapia y tiende a buscar ayuda para problemas que creen que tienen un origen psicológico. Sin embargo, comenta el autor, estos individuos provienen, por lo general, de estratos bien educados y de un nivel socioeconómico superior al resto de la sociedad.

Por su parte Guy (1987) considera que el cliente contemporáneo, cada vez se encuentra más informado y educado, y acude a psicoterapia con una multitud de preguntas, demandas y expectativas. Aunque algunas de estas creencias pueden ser resultado de distorsiones o impresiones equivocadas, pero algunas otras que no lo son. Esto denota en su parecer un aumento en que el cliente llegue con muchos deseos de participar activamente en los objetivos por alcanzar, y la evaluación continua del proceso del tratamiento

Ahora bien, es relevante el aclarar que el cliente no sólo es la persona que está sufriendo algún problema o dificultad y acude en demanda de ayuda, sino también puede ser la que no está sufriendo el sintoma propiamente o el problema en directo, también hay quienes no acuden a psicoterapia por iniciativa propia sino por mandato o indicación, como en el caso de los menores de edad, los discapacitados o por contextos judiciales. De ahí que se tenga que distinguir entre *demandante* aquel que determina la necesidad de intervención profesional en psicoterapia y *paciente identificado (PI)* el portador del sintoma o problema. Cuando el demandante y el PI no coinciden, la psicoterapia resulta mucho más compleja. (Feixas y Miró, op cit.).

La figura del cliente no se refiere sólo al individuo en concreto sino puede incluir una pareja, una familia, un grupo o una institución.

El psicoterapeuta.

El psicoterapeuta es el último descendiente de un largo linaje de curanderos, que podemos rastrear en la historia. (Fromm-Reichman, 1977; Guy, 1987). Estos

orígenes incluyen al médico brujo, el mago, el sacerdote y al médico de familia (Elleberger, 1970).

El psicoterapeuta es un ser humano que llevó a cabo una capacitación especializada (Dana, 1972).

Para Singer (1979) es un "experto" en problemas emocionales, cuya formación, entrenamiento y características de personalidad, le permiten establecer una relación profesional, con el fin de aumentar el bienestar, reducir el sufrimiento y promover el desarrollo del individuo, grupo, pareja o institución que lo demande.

Feixas y Miró, 1993 proponen que, esta es una cuestión que debe abordarse en dos formas distintas actualmente:

Por una parte desde los requisitos formales que se requieren para ser socialmente autorizado como psicoterapeuta. *Área que abarca la formación profesional del psicoterapeuta.*

Y por la otra, desde las aptitudes y actitudes asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta. *Área de las características personales del psicoterapeuta.*

En lo que corresponde a la *formación profesional del psicoterapeuta*, debe tenerse en cuenta que el rol de éste es muy antiguo, sin embargo como profesión es relativamente nueva, de hecho es gracias a la creciente demanda social de los clientes, es que empieza a consolidarse en nuestros días, como una profesión autónoma (lo que lleva al problema de la formación del psicoterapeuta), sin embargo hoy por hoy se consolida dentro de la psicología científica.

Existe una gran variedad de personas de muy diversa preparación y profesión que ejercen algún tipo de psicoterapia. Legal y tradicionalmente, este campo ha sido responsabilidad de grupos médicos. Pero los psicólogos han puesto en tela de juicio la conveniencia de considerar las dificultades de adaptación como una enfermedad, y se ha puesto el punto de vista de que la "psicoterapia" puede ser considerada como un procedimiento psicológico o reeducativo que supone procesos interpersonales y de aprendizaje.

Por lo que toca a conocimientos de tipo intelectual, es evidente que el psicoterapeuta necesita saber acerca de psicopatología y de diversas manifestaciones del comportamiento mal adaptado; necesita también saber acerca de métodos terapéuticos, de diagnóstico, teorías de la personalidad y del desarrollo, en pocas palabras tiene que saber comprender el comportamiento humano. Pero además requiere estar bien informado acerca de procedimientos terapéuticos, de las principales teorías de la psicoterapia y acerca de los diversos problemas con que suelen tropezar en ella. Sin embargo también es importante que el terapeuta sea un individuo bien educado y culto.

Un aspecto muy interesante también es el hecho de que aun y cuando el terapeuta llega a preferir un método terapéutico por encima de todos los demás tiene que estar razonablemente informado acerca de otros métodos. (Garfield, 1979).

Este mismo autor dice que un buen psicoterapeuta es algo más que tener una mente atiborrada con todo tipo de conocimientos psicológicos. La psicoterapia es un proceso interpersonal, así que la personalidad del terapeuta es una parte integral del proceso terapéutico y supone muchos más conocimientos verbales y de razonamiento intelectual. Aquí se ponen en juego los sentimientos y las emociones.

Feixas y Miró (op cit.) comentan que el mayor avance dentro del área de la formación del psicoterapeuta se ha desarrollado en el marco de los distintos enfoques psicoterapéuticos.

En el área de las características personales de aquellos que escogen la profesión de psicoterapeutas, se han realizado diversos estudios que enfatizan: que la personalidad del terapeuta, en especial para la interacción con el cliente es una de las variables más importantes en psicoterapia (Kleinke, 1994; Golfried; 1995; Feixas y Miró, 1993; Garfield, 1979; Phares, 1996; Guy, 1987; Fromm-Reichman, 1977; Dana, 1972).

Para hablar de las características principales de los que eligen la profesión de psicoterapeutas hablaré un poco acerca del estudio de Guy en 1987, en el cual realiza una investigación donde sistematizo las características personales asociadas a la elección de la profesión, datos que fueron obtenidos por medio de encuestas que le eran realizadas a los psicoterapeutas profesionales. Guy diferenció entre motivaciones funcionales y disfuncionales, las primeras que resultan beneficiosas para el ejercicio de la profesión y las segundas que la obstaculizan. Enseguida se presenta el cuadro que detalla dichas características:

Cuadro 2

MOTIVACIONES FUNCIONALES	MOTIVACIONES DISFUNCIONALES
1. Interés natural por la gente y curiosidad por él mismo y los demás.	1. Aflicción emocional: <i>Actitud mesiánica de curar a los demás en compensación a no encontrar cura para nosotros mismos.</i>
2. Capacidad de escuchar.	2. Enfrentamiento indirecto: <i>Posición de ayudar a los otros a superar cuestiones no superadas en nuestra propia vida.</i>
3. Capacidad de conversar.	3. Soledad y Aislamiento.
4. Capacidad de discernimiento emocional: <i>conocimiento y aceptación de las propias emociones y tolerancia por la de los otros.</i>	4. Deseo de poder.
5. Capacidad de autonegación: <i>Capacidad de negar las propias gratificaciones o postergarlas.</i>	5. Necesidad de amor.
6. Capacidad introspectiva: <i>Autoreflexión, autoexploración.</i>	6. Rebelión indirecta: <i>Actitud de revelarse y atacar a la autoridad mientras ayudas a los demás.</i>
7. Tolerancia a la ambigüedad: <i>Tolerancia a las respuestas o explicaciones a medias.</i>	
8. Capacidad de cariño.	

- | | |
|--|--|
| <p>9. Tolerancia a la intimidad.
 10. Confortable con el poder: <i>Disfrutar de la influencia que se tiene en los demás pero sin sentirse omnipotente.</i>
 11. Capacidad de reír.</p> | |
|--|--|

Modificado de "La personalidad del terapeuta" por Guy, 1987

Si hablamos de un perfil característico de las familias de origen de los que eligen la profesión de psicoterapeutas es importante mencionar que no existe uno determinado, más la información que brinda Guy (op cit.) al respecto indica que:

1. La madre normalmente se describe como la figura central de la casa, mientras que el padre es presentado como pasivo y sin una interacción emocional intensa con su hijo (a).
2. La madre se describe con una tendencia a comunicar al futuro psicoterapeuta sus propios problemas forzando así, el proceso de maduración emocional y cognitiva.
3. También reporta que el aspirante a psicoterapeuta es frecuente se situó o este implicado en los problemas de los padres. En síntesis, en las familias de los psicoterapeutas futuros, la reciprocidad ha estado alterada por diversas circunstancias, facilitando de esta forma, el relacionarse con los demás, en la que se es muy sensible a las necesidades de los otros y se aprende a silenciar las propias.

Feixas y Miró, (op cit) dicen que la investigación de Guy sirve en gran medida para conocer qué tipos de personas eligen ser psicoterapeutas, pero no se centra directamente en los atributos y habilidades que debe reunir el psicoterapeuta eficaz. Para ello hablaremos acerca de algunos estudios realizados al respecto.

Fromm-Reichman (1977) hace hincapié en el conocimiento de sí mismo que tiene que tener el terapeuta, dice que el éste tiene que ser sensible a sus propios sentimientos y conducta, al igual que a los del paciente, señala la necesidad de que el terapeuta se someta a psicoterapia personal para ello.

Luborsky y colaboradores llegaron a la conclusión después de sus investigaciones acerca de los factores del terapeuta sobre el resultado del tratamiento, de que el principal agente de una psicoterapia eficaz es la personalidad del terapeuta (Citado en Kleinke, 1994).

Dos actitudes identificadas por este autor y sus colaboradores son:

1. El interés del terapeuta por ayudar al cliente.
2. La salud y competencia psicológica del terapeuta; ejemplificada con un ajuste adecuado: que se presentan como capaces y dispuestos a ayudar, que no son ni autoritarios ni rígidos.

Ambos aspectos concluyeron permiten a los terapeutas exitosos establecer una sólida alianza de trabajo con sus clientes.

Además Rogers en 1959 hace hincapié en tres características del terapeuta que considera esenciales para el avance y éxito en la psicoterapia: empatía acertada, genuinidad y cariño no posesivo o aprecio positivo (citado en Garfield, 1979).

Por su parte Kleinke (1994) nos ofrece algunas características deseables en el terapeuta para la psicoterapia exitosa. Las cuales resumo en la tabla siguiente:

Cuadro 3

Proximidad	Capacidad de transmitir a través de comportamientos verbales y no verbales interés, disposición, y compromiso con el cliente para ayudarlo.
Inmediatez verbal	Es la habilidad para capturar el momento y transmitirlo verbalmente.
Competencias verbales	Son el conjunto de competencias que tienen que ver con la forma en como el terapeuta trasmite verbalmente al cliente, sus componentes son: tanteo, clarificación, parafrasis (poner en las palabras del cliente el mensaje), reflejo (reformulación de sentimientos o afectos en una frase), confrontación (precisa, oportuna, sin ser agresivo), interpretación, recapitulación y preguntas.
Habilidades de conversación	Habilidad para establecer conversación donde lo que se diga refuerce una sensación de competencia y credibilidad, sus componentes: ser activo, empleo de tono expresivo, hablar con fluidez.
Poder de humor	Capacidad de disfrutar y utilizar el humor.
Comunicación	Consciencia de que es el instrumento que se utiliza, pero además se incluyen aspectos como: el uso de metáforas y de paradojas.
Sensibilidad al proceso.	Capacidad de percatarse de todo aquello que acontece durante el proceso y beneficiarse de él.

Modificado de Principios Comunes en Psicoterapia, cap. 3 por Chris L. Kleinke, 1994)

Es relevante enfatizar que el psicoterapeuta no es sólo en un sentido unipersonal, pues si hablamos un poco más al nivel de *sistema terapéutico*, el psicoterapeuta puede tomarse desde una entidad que incluye más elementos que el psicoterapeuta, podríamos hablar de la figura del *co-terapeuta*, que se refiere a la persona que trabaja en coordinación con el psicoterapeuta, pudiendo tener una relación variada: que va desde un trabajo muy paritario en donde ambos comparten las mismas responsabilidades al mismo nivel, que estaríamos hablando de dos co-terapeutas más que de psicoterapeuta y co-terapeuta, hasta en donde el nivel del co-terapeuta está a nivel más secundario

Ahora también dentro de este mismo apartado del psicoterapeuta es importante tocar lo que se refiere al *equipo terapéutico*, que se caracteriza por ser un grupo de terapeutas que comparten parte de la responsabilidad terapéutica, bien asesorando al terapeuta a partir de sus comentarios acerca del estado del caso (en

las sesiones clínicas), bien observando directamente el proceso (a través de un video o cámara de Gessel) y eventualmente participando de forma simultánea en dicho proceso (mediante consultas con el terapeuta durante la sesión o incluso con mensajes dirigidos directamente al cliente.

La figura del *supervisor* cuenta con mucha tradición, pero más que el supervisor en sí mismo, es el contexto de supervisión, puesto que se realiza también en grupo. La supervisión del trabajo terapéutico es un ingrediente necesario no solo para terapeutas principiantes sino para la trayectoria de un psicoterapeuta. Esta consiste en la consulta de un caso a un terapeuta considerado más experto, sea por su mayor experiencia, prestigio o simplemente por la distancia a la que se sitúa por no estar implicado en el caso directamente. Los dos tipos de supervisión son directa e indirecta: en la primera en la que un monitor observa desde un espejo o monitor unidireccional, y la más frecuente en donde la supervisión se realiza con posterioridad y es relatado el caso por el psicoterapeuta (Feixas y Miró, 1993; Fromm-Reichmann, 1977).

La Relación Psicoterapéutica.

Gelso y Carter (1985) definen la relación terapéutica, como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia, tienen entre sí y su manera de expresión. (Citado en Kleinke, 1994).

Strupp (1982), dice que la meta en la relación terapéutica no es imponer el cambio al cliente sino crear una condición que permita que se produzca un cambio en éste (Citado en Phares, 1996).

Garfield (1979) por otro lado comenta que la relación terapéutica es única, que difiere de otras relaciones, se refiere a ella como la creación de un ambiente en el que se espera se pueda resolver los problemas, superar las dificultades y aumentar el nivel de adaptación del cliente.

Según Feixas y Miró (1993) la relación terapéutica es:

Cuadro 4.

- | | |
|----|---|
| a) | <u>Asimétrica</u> .- Ya que se inicia a partir de la demanda del cliente y se centra en sus necesidades. |
| b) | <u>Tiene carácter retributivo</u> .- Pues se le remunera al psicoterapeuta por su trabajo, aspecto por demás importante dado que el centramiento en la persona del cliente no debe incluir una actitud abnegada, sacrificada y altruista por parte del psicoterapeuta, ya que podría ser contraproducente a lo que se quiere lograr, pues puede generar un sentimiento de deuda del cliente hacia el psicoterapeuta. Por ello es necesario que el cliente pague al psicoterapeuta por su dedicación, bien sea mediante honorarios establecidos de acuerdo a los barómetros vigentes, o bien mediante los sistemas contributivos que sostienen los servicios públicos. |
| c) | <u>Su encuadre</u> .- La relación terapéutica así mismo requiere una estructura específica, lo que nos lleva al encuadre, tradicionalmente conocido como el conjunto de reglas |

fijadas por el terapeuta para ser viable la terapia. Incluye los honorarios, la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizarán, las vacaciones, así como cualquier otro detalle que afecte el desarrollo de la psicoterapia, por ejemplo, el informar que independientemente de que no asista o llegue a tiempo a las sesiones están se cobrarán, o de que el horario es de tal a tal hora y no más, etc. Ya Freud en 1913 hacía énfasis en estos aspectos en su escrito "La iniciación del tratamiento". Cabe hacer énfasis en que la relación terapéutica resulta muy útil con un encuadre preciso que contribuya a dejar la confusión de roles, del mismo modo que es recomendable que el cliente y el psicoterapeuta no mantengan ningún otro tipo de relación sea profesional, comercial o personal, fuera o dentro de las sesiones terapéuticas.

Estos mismos autores aclararon que independientemente del "encuadre externo" existe algo llamado "encuadre interno" empleado por los psicoterapeutas de enfoque psicoanalítico referente a la actitud que debe guardar el psicoterapeuta o analista. Pero dicho encuadre depende más del enfoque psicoterapéutico con el que se mire.

Los diferentes enfoques sugieren su visión muy particular de lo que debe ser la relación terapéutica. Así por citar un ejemplo, el enfoque humanista existencial destaca la calidez personal mediante actitudes de empatía, consideración positiva y autenticidad del terapeuta, desde el enfoque conductual enfatiza menos este aspecto, se propone al terapeuta como objeto de moldeamiento y reforzador de conductas apropiadas, desde el modelo cognitivo se propone una relación de guía orientador y desde el enfoque sistémico se propone que el terapeuta se sitúe en una posición de equidistancia con relación a las posturas de los distintos miembros de la familia u otros implicados en el problema. (Feixas y Miró, 1993).

Como vemos la relación terapéutica ha sido y sigue siendo un tema polémico u de crucial importancia en psicoterapia. Pero más allá de las particularidades que cada enfoque ha hecho acerca de la relación terapéutica Kleinke (1994) nos presenta los factores comunes encontrados entre distintas orientaciones acerca de ésta.

Gelson y Carter (1985) identificaron tres elementos existentes en la relación terapéutica. El reto está en encontrar el equilibrio entre los niveles de relación con los clientes: (citados en Kleinke, 1994).

1. *Alianza de trabajo*: la noción de alianza terapéutica, originada en el seno del enfoque psicodinámico, resulta en la actualidad ampliamente generalizado a los otros modelos. La calidad en ésta, se ha encontrado que tiene vinculación con el resultado de la terapia. Al desarrollar una buena alianza de trabajo, el terapeuta debe vencer el desafío de ganarse la confianza del cliente y transmitir a éste un sentido de competencia, aceptación y respeto. Menciona que la colaboración en pos de la consecución de tareas y metas acordadas de antemano es el vínculo que debe reforzar la alianza de trabajo. Este mismo autor dice que la alianza se compone de tres aspectos:

- Las tareas.- El acuerdo en las tareas de la terapia, es decir, en los medios para conseguir los objetivos propuestos, las metas planteadas y las responsabilidades asumidas tanto por el terapeuta como por el cliente.
 - Los objetivos.- Que tanto acuerdo hay en las metas o logros que se quieren obtener en el proceso terapéutico.
 - Los vínculos.- Representan la cercanía de la relación existente entre terapeuta y cliente e incluyen aspectos como confianza, aceptación, confidencia mutua; su calidad determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que a su vez influye en su colaboración en el proceso terapéutico.
2. El segundo componente expresado por Gelson y Carter (1985) en la relación terapéutica es la *Trasferencia*. Entendida como la repetición de conflictos pasados con personas significativas. El desafío está en resolver los conflictos revividos y tratar de relacionarse y responder de una manera diferente y adecuada.
 3. El tercer y último componente es el *Intercambio interpersonal*. La parte en donde los clientes y terapeutas comparten sus sentimientos "sensación de que cliente y terapeuta están en esto juntos". Intercambio que tiene lugar cuando terapeuta y cliente comunican sus experiencias en el aquí y ahora a medida que se trabaja con la consecución de metas comunes.

Así la relación terapéutica es una relación muy peculiar y distinta a toda relación que puede resultar de ayuda, por ejemplo hablar con un amigo o un familiar, de hecho para que pueda llamarse terapéutica debe ser distinta a todas las relaciones del cliente. La diferencia como tal radica en que la relación terapéutica es una relación profesional: en la cual el psicoterapeuta se interesa genuinamente por los problemas del cliente, pero no forma parte sus relaciones interpersonales cotidianas, así mismo tiene características peculiares (Feixas y Miró, 1993).

Kleinke (1994) considera que la atención que se debe brindar a la relación terapéutica debe ser *en el aquí y ahora*, pues ésta se emplea para ayudar a los clientes a reconocer pautas o líneas en la forma en cómo se han relacionado en el pasado, cómo se relacionan con otros en el presente, y cómo se están relacionando con el terapeuta en el aquí y ahora.

La relación terapéutica tiene enorme importancia, así que han sido muchos los que han querido investigar y estudiar. Las preguntas de investigación han girado en torno a saber cuáles son las condiciones esenciales para promover una relación terapéutica verdaderamente terapéutica, y cuál es la importancia de la relación terapéutica en el proceso de cambio (Feixas y Miró, 1993).

Carls Roger en 1957 hizo una contribución enorme al brindarnos los tres ingredientes de una relación terapéutica eficaz (Citado en Kleinke, 1994):

- **Autenticidad.** Se refiere a la cualidad de entregarse sinceramente a ayudar a los clientes, respondiendo de una forma congruente y no sesgada por estados de ánimo, sentimientos, valores o necesidades propias. A su vez está se compone de cuatro elementos:
 1. **Comportamiento de rol.-** Los terapeutas auténticos se sienten cómodos en su rol de terapeutas, no utilizando su sabiduría para satisfacer necesidades propias.
 2. **Empatía.-** Adoptar el punto de vista del cliente intentando compartir el mundo subjetivo convirtiéndose en otro yo para el cliente que le permita distinguirse con mayor claridad, experimentándose de manera más profunda y verdadera eligiendo así con mayor conocimiento sobre sí mismo.

Truax y Carknuff en 1967 describen actitudes y acciones específicas que posee los terapeutas empáticos. (Citado en Kelnke, 1994).

- **Aceptación positiva e incondicional.-** Significa un "Yo estoy de tu parte y te valoro como persona". Es un estar con el cliente sin juzgarle, sino estar con él mientras encuentra nuevas formas de actuar, pensar y sentir. Arnold Lazarus (1985) dice que aunque los terapeutas pueden enfrentarse energicamente a las actitudes inadecuadas, siempre reconocen la dignidad del cliente.
- **Estar en, estar para y estar con.-** Moustakas en 1986 comentó; *Estar en* es ser empático, estar en el cuerpo y mente del cliente a la medida de lo posible. *Estar para* es ser el defensor del cliente y su aliado, ofrecer apoyo y guía en su viaje terapéutico. *Estar con* significa trabajar juntos.

Kleinke (1994) comenta que los cuatro componentes de una relación terapéutica eficaz como Roger lo defino no estaria completa sin mencionar sus alcances. Expresa que aunque los componentes pontecian el progreso de la terapia no siempre son predictivas del resultado exitoso. No obstante son cualidades que deben esforzarse por alcanzar los terapeutas independientemente de su orientación por el bien de muchos clientes que si responden positivamente al poder de la relación terapéutica

El proceso terapéutico.

Proceso terapéutico en un sentido amplio se refiere al conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio hasta el fin de la terapia (Feixas y Miró, 1993).

Sin embargo su concepción va depender en gran medida del modelo o enfoque psicoterapéutico que se adopte. No obstante existen otros planteamientos que abarcan el proceso terapéutico en general, esto es, independientemente de un enfoque psicoterapéutico específico.

Roger en 1942 propuso un modelo general del proceso terapéutico que constaba de tres etapas básicas: catarsis, insight y acción. Carrkhurff, en 1969 tomo este mismo modelo como punto de partida, pero enfatizando la tercera fase tratando de ir más allá de lo que hizo Roger, además de someterlo a comprobación empírica. Según la propuesta de Carhuff, el cliente sigue las siguientes fases en el proceso terapéutico: (Citados en Feixas y Miró, ob cit.)

- a) Exploración de la situación.
- b) Comprensión de la situación en relación con los objetivos, y
- c) Actuación para conseguir los objetivos.

Carkuff, apunta que la terapia centrada en el cliente tiene su foco de aplicación en la primera fase, el psicoanálisis en la segunda y la modificación de conducta en la tercera.

Esta propuesta es interesante en la medida que puede tomarse como una propuesta de integración de las psicoterapias.

Por su parte Kleinke (1994) expone procesos terapéuticos comunes en psicoterapia, estos son:

1. Ofrecer consejo.- El problema en esta cuestión no está en que si se debe o no aconsejar, sino en qué casos, cuando y cómo. El arte de la terapia es cómo crear las condiciones para que los clientes lleguen a la posición en la cual ellos mismos se dan sus propios consejos. Es más adecuado aconsejar cuando cliente y terapeuta han acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta, Para evitar que el cliente pueda desarrollar cierta dependencia hacia el terapeuta por está cuestión desde el principio el terapeuta debe tener muy clara la actitud de no satisfacer las necesidades del cliente en ese sentido y hacer hincapié en la responsabilidad de éste dentro de su proceso de cambio. Una manera de ofrecer consejo es proporcionándole varios tipos de sugerencias acerca de cómo alcanzar las metas fijadas en la terapia, las cuales van siendo negociadas para asegurar la cooperación del cliente. También es recomendable aconsejar cuando el cliente está dispuesto a hacer alguna cosa que inevitablemente es dañina, lo que se hace es animarles a anticipar las consecuencias de esta acción.
2. Ampliar la visión del mundo que tiene el cliente.- Un proceso importante en la terapia es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de sus formas de afrontamiento que bien nunca se imaginaron o no creyeron fueran posibles.
3. Ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos.- Una de las contribuciones de Freud fue su reconocimiento de la tendencia de los clientes a transferir conflictos no resueltos de su infancia al terapeuta, esto es permitir la neurosis de trasferencia con el fin de desarrollar "insight" e interpretaciones adecuadas, al revivir el pasado reprimido en la seguridad de la relación terapéutica se ofrecía al cliente la oportunidad de superar defensas y

resistencias neuróticas. Este concepto ha sido retomado y ampliado por los psicoterapeutas desde la época de Freud. La tarea aquí consiste en no responder a las demandas del cliente de una forma predictiva y ayudar a éste último a comportarse de forma distinta. El punto clave en la terapia es que los clientes recreen y representen en su relación con el terapeuta, los mismos conflictos que lo han llevado a buscar ayuda. También se retoma el concepto de contratransferencia para describir las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el cliente, información que es importante y debe ser compartida por el terapeuta al cliente de una manera adecuada y en momentos adecuados.

4. Establecer una experiencia emocional correctiva.- Exponer al cliente bajo condiciones más favorables a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado, pero sin las consecuencias temidas o sin los resultados contradictorios a los anticipados, es la oportunidad de interactuar con otra persona de una forma nueva y más adecuada. Esto es lo que da la experiencia emocional correctiva. Esta tiene los siguientes ingredientes: a) Una relación terapéutica segura, b) Empatía del terapeuta, c) Re- experimentar en el aquí y ahora y d) Responder de una manera diferente de lo que espera el cliente.
5. Promoción de Expectativas Positivas.- Esta documentado de que los clientes se desenvuelven mejor en la terapia cuando tienen expectativas positivas de éxito. Esto a través de ciertos métodos como son: a) Reforzar la demanda de terapia del cliente, b) Preparar a los clientes para la terapia, c) Inculcar expectativas realistas, d) Acentuar la responsabilidad del cliente, e) Proporcionar alivio a los síntomas y f) Desarrollar una relación terapéutica positiva.
6. Permitir experimentar emociones.
7. Ejercer una Influencia Social.- Hay que estar consciente de que las interacciones del cliente con el terapeuta incluyen cierta cantidad de influencia social, llamada por Jerome Frank "Persuasión": Esto a través del condicionamiento operante y el modelado.
8. Promover la práctica de nuevas competencias.- Nuevas formas de comportarse, pensar y sentir, son puestas en práctica primero en terapia y luego en la vida del cliente. El método frecuentemente mencionado para establecer la práctica de nuevas competencias es a través de tareas para casa.

II. ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS.

La finalidad del presente capitulo es introducir a la amplia gama de enfoques que actualmente matizan el campo de la psicoterapia, contenidos en cuatro grandes abordajes, siguiendo la agrupación de Kriz, J.(1985) quien los divide en:

1. Abordajes de psicología profunda.
2. Abordajes de la conducta.
3. Abordajes humanistas y
4. Abordajes sistémicos.

Se recomienda que los interesados en profundizar en algún enfoque en particular se remitan directamente a la bibliografía que corresponda.

La extensión que se dará a cada uno de los modelos teóricos no depende tan solo de su importancia teórica o clínica, también proviene de la necesidad de suministrar la información adecuada, esto es, hay conceptos para los que se necesita mayor amplitud, ya que son complejos y requieren de proporcionar información adicional para que se entiendan. La estructuración o manejo de la información en cada enfoque estará basada en una mezcla de propuestas hechas por: Wolberg, 1977; Valenzuela Cota, 1998; Vazquez Malagamba, 1996; y Feixas y Miró, 1993. Los rubros que se manejarán son

- ┃ **Concepto de ser humano y principales conceptos** -. La concepción filosófica del ser humano que cada escuela y autor define, así como sus conceptos esenciales.
- ┃ **Desarrollo normal** -. La concepción que tienen de la evolución del ser humano a lo largo del tiempo.
- ┃ **Proceso salud-enfermedad**-. La concepción de lo que se considera es la enfermedad y la salud.
- ┃ **Proceso terapéutico** -. La forma en que cada escuela y autor definen el proceso de terapia que cada uno sigue.
- ┃ **Nivel de intervención, metas de la terapia y rol del terapeuta** -. El primer aspecto corresponde precisamente al nivel en el cual se sitúa la intervención de acuerdo a la clasificación que propuso Wolberg en 1977. El segundo aspecto comprende el fin último que persigue la terapia, y el tercero aspecto tiene que ver con el actuar del terapeuta durante la terapia.

II.1 Abordajes de Psicología Profunda.

Bajo este rubro enmarcaremos a todas aquellas orientaciones donde el conflicto intrapsíquico es fundamental. Incluirá al psicoanálisis de Sigmund Freud, y sus posteriores elaboraciones: La psicología individual de Adler, la psicología analítica de Jung, Heinz Hartmann como principal exponente de la escuela de psicología del

yo, la escuela de relaciones objétales representado principalmente por Otto Kernberg y Heinz Kohut, y finalmente Jaques Lacan y su teoría del sujeto.

Psicoanálisis.

Calvin Hall (1996) comenta que presentar la obra de Freud en un trabajo que no es precisamente dedicado a él, se tiene que decidir entre plasmar sus ideas definitivas, ya que no podemos darnos el lujo de desarrollar una narración histórica tan cambiante en tan poco espacio, sin limitar la riqueza de la obra.

Para Kriz (1985) el psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicología moderna, pues abarca una teoría de la estructura y desarrollo de la personalidad, así como de la psicopatología, la relación terapéutica y proceso terapéutico.

Concepto del ser humano y principales conceptos: Para Freud el hombre está influido en gran medida por los instintos biológicos, los cuales son principalmente sexuales y agresivos, que buscan salir y ser calmados, llevando al hombre a un conflicto con la realidad social. Freud concebía a la personalidad total integrada por tres sistemas principales: *ello, yo y superyó*. *Ello* es la estructura más primitiva y menos accesible. Pura libido, o energía de naturaleza irracional y de carácter sexual que determina por instinto los procesos inconscientes. No está en contacto con el entorno, sino con otras estructuras que median entre los instintos de él y el mundo exterior. Se guía por el "principio del placer" y gratifica sus deseos en forma indirecta con ayuda del "proceso primario de pensamiento" ya sea por acciones motrices impulsivas o por fantasías y sueños. El objeto exacto (deseo) de la gratificación directa del principio del placer está determinado por la etapa psicosexual del desarrollo del individuo. De éste se despliegan las siguientes instancias. *Yo*, el ejecutivo de la personalidad por su función canalizadora de las energías del *ello* en formas socialmente aceptables. Se rige por el "principio de realidad"; está al tanto de las exigencias del medio y modifica su comportamiento de modo que las presiones instintivas queden satisfechas de manera apropiada; esto a través del "proceso secundario" que cumple con lo que el proceso primario es incapaz de hacer (distinguir entre lo real y lo subjetivo) sin embargo *yo* también posee un proceso parecido al proceso primario, que produce fantasías y ensueños libre de las exigencias de la realidad, el *yo* contiene todos los procesos cognoscitivos. Aunque en gran parte es producto de una interacción con el ambiente, la dirección de su desarrollo está determinada por la herencia y guiada por los procesos naturales del crecimiento (maduración), lo que significa que cada persona posee potencialidades innatas para pensar y razonar. La última diferenciación de las estructuras de personalidad, es *superyó*, es la rama moral judicial de la personalidad, representa más lo ideal que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad, es el código moral de la persona. Se forma por la incorporación de las normas sociales, por lo regular una asimilación de las ideas de los padres. La internalización de las normas de los padres permite controlar el comportamiento según el deseo de los padres, y al hacerlo se asegura su aprobación y se evita su disgusto. De ese modo *yo* aprende

que no solo tiene que obedecer el principio de realidad para obtener el placer y evitar el dolor sino que también tiene que tratar de comportarse de acuerdo con los dictados morales de sus padres. Esta instancia esta constituida por dos subsistemas, *el ideal del yo y la conciencia moral*; el primero tiene que ver con los conceptos de lo que es moralmente bueno, el segundo tiene que ver con los conceptos que se consideran moralmente como malos. Ambas cosas se transmiten mediante experiencias de recompensa y de castigo por las personas de autoridad. *Superyó* al igual que *ello*, no distinguen entre lo real y lo subjetivo, así *superyó* castiga al *yo* por tener malos pensamientos aunque estos nunca se traduzcan en acciones. (Hall, 1996; Kriz, 1985; Valenzuela, 1998; Gómez, 1985; Brennan, 1999).

Desarrollo normal del ser humano: El desarrollo de la personalidad esta dado para Freud en función de tendencias infantiles que se convierten en rasgos permanentes de carácter en la edad adulta. Distinguió etapas psicosexuales (la oral, la anal, la fálica, la genital) que se caracterizan por sus diferentes fuentes de gratificación de acuerdo al "principio del placer" y con una zona del cuerpo particularmente identificada. El niño es en esencia autoerótico, obtiene placer de la estimulación de dichas zonas erógenas o haciendo que la madre proporcione dicha estimulación. Así, en la etapa oral la zona erógena es la boca, en la anal es el ano, en la fálica el pené del niño y en el caso de las niñas cualquier cosa que lo simbolice; después de esta etapa se entra aun periodo de latencia que dura hasta la pubertad para dar paso a la etapa genital. Durante las etapas psicosexuales el niño transita por el ciclo edípico (atracción por el padre del sexo opuesto) hasta su resolución a través de la identificación con la persona parental del mismo sexo y represión de los impulsos sexuales hacia el padre del sexo contrario. Esto hasta el comportamiento sexual adulto. Sin embargo en las niñas el desarrollo se complejiza dada la envidia al pené, el deseo reprimido de encarar la masculinidad (Brennan, 1999; Vazquez, 1996; Berezowsky y Recinos, 1994, y Hall, 1996).

Concepto de salud - enfermedad: La enfermedad para Freud es cuestión de grado, ya que el conflicto intrapsíquico que experimenta la persona originado en los primeros años de vida, impide que se de un proceso de desarrollo que permita llegar a la etapa genital, y que la persona viva en la pregenital, que origina la fijación o regresión que sufre y se manifiesta por la resolución inadecuada del complejo de Edipo y origina conductas neuróticas, psicóticas, o de los trastornos de carácter. En la persona mentalmente sana la organización entre los tres sistemas que conforman la personalidad, es equilibrada, armónica e unificada. Cuando cooperan y trabajan en conjunto estos sistemas permiten que el individuo se relacione de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. (Serra, C, 2000; Berezowsky y Recinos, 1994)

Proceso terapéutico: Para Freud, los aspectos terapéuticos del psicoanálisis venían después de los aspectos científicos y teóricos. El objetivo general del proceso es ayudar a descubrir la naturaleza de los conflictos inconscientes del paciente y se guía en el análisis de la transferencia y la resistencia usando recursos como señalamientos, aclaraciones, confrontaciones e interpretaciones. Las

técnicas principalmente utilizadas para acceder al inconsciente son las asociaciones libres y la interpretación de los sueños. El encuadre bajo el cual trabaja el psicoanálisis incluye: sesiones de 45 a 50 minutos aproximadamente, uso del diván y duración del proceso indeterminado. El espacio de reunión se procura la mayor neutralidad en todos los sentidos: ambiente, estilo de la relación, pero sobre todo neutralidad por parte del terapeuta, que debe de permanecer como un espejo hacia el paciente para que este pueda proyectar sus transferencias, promoviendo así la neurosis de transferencia; la contratransferencia es también utilizada en pro del análisis. El análisis está enfocado a pacientes neuróticos, quienes guardan cierta coherencia intelectual (organización del yo) en comparación con los psicóticos. El resultado del análisis es lograr el insight, operación que denota la capacidad del paciente para descubrir las raíces del conflicto y abrir, posibilidades y caminos de soluciones con mucho más conocimiento de sí mismo y fuerza en su yo, a los problemas o conflictos cualquiera que estos sean y en el momento en que se presenten; proceso que se llama elaboración. La alianza de trabajo se establece con las partes sanas del yo del paciente, dicha alianza incluye todo lo que es el contrato terapéutico (horario, lugar, tiempos, pago, acuerdos en metas a alcanzar y estrategias a utilizar (Vazquez, 1996; Berezowsky y Recinos, 1994; Hall, 1996; Gómez, 1985).

Nivel de intervención, metas de terapia y rol del terapeuta: De acuerdo con Wolberg (1977) el psicoanálisis pertenece a las terapias de nivel reconstructivo, ya que se trabaja con aspectos intrapsíquicos y se busca precisamente la reconstrucción de la personalidad. El rol del terapeuta como se hizo mención arriba es de un espejo que permita transferir los contenidos inconscientes sobre la persona del terapeuta y fomente la neurosis de transferencia. La meta que se persigue en el psicoanálisis es que el paciente alcance el insight, esa capacidad para percatarse de las raíces y causas de sus conflictos proponiendo vías de solución. Para después convertirse en un procedimiento permanente en la vida del paciente sin necesidad de la situación controlada del análisis. A este proceso se le conoce como elaboración, la cual es la meta en sí. (Valenzuela, 1998 y Berezowsky y Recinos, 1994).

La psicología Individual de Adler.

Desde otoño de 1902, se reunían semanalmente en casa de Freud la llamada "Sociedad Psicoanalítica de los Miércoles". Pertenecieron a dicha sociedad seguidores de Freud que posteriormente formarían sus propios movimientos distintos y opuestos en cierta forma al psicoanálisis tradicional de este. Alfred Adler (1870-1937) fue el primero en separarse, en 1911 debido a que proponía ampliar la teoría de las pulsiones con aspectos sociales. Adler nombro a su corriente psicoterapéutica "psicología individual" en 1912. Esta se particularizo por destacar los aspectos socio-psicológicos del desarrollo y la variabilidad de las perturbaciones psíquicas. Kniz (1985), refiere que la concepción de Adler presenta una fuerte impronta teleología, es decir que se orienta a descubrir aspectos funcionalistas y finalistas. No cuestiona tanto cuáles son las causas y las raíces,

sino, cuáles son los fines y las funciones de tal o cual síntoma. A diferencia con Freud, Adler utilizaba lo inconsciente solo como un atributo.

Concepto de ser humano y principales conceptos: Para Adler el ser humano es una unidad con la capacidad para crecer, desarrollarse, en la necesidad de superar sus defectos e inferioridades. Pensaba que todo ser humano nacia con el sentimiento de inferioridad, producto de la misma condición de nacer desprotegido, vulnerable, en un mundo de grandes. Sin embargo a este sentimiento de inferioridad se le contrapone en "el afán de hacerse valer y superación " tendencia simultanea que consiste en elevar la autoestima, y de aspiración hacia lo alto. Además todo ser humano posee tres aspectos entrelazados e inseparables: estilo de vida, líneas rectoras y plan de vida. El estilo de vida se refiere a la forma en que abordamos las demandas del ambiente y el sentimiento de inferioridad; las línea rectoras están contenidas en el estilo de vida, representan principios de acción (conductas y apercpciones "tendenciosas") para el cumplimiento del plan básico de vida, inconsciente en la mayoría de los casos y se refiere a la meta de toda la existencia para el dominio de las exigencias del ambiente. El sentimiento de comunidad, es una adhesión a la vida en su conjunto, una capacidad de colaborar y convivir con el prójimo, con una tendencia a la formaron d e una comunidad ideal.

Desarrollo normal del ser humano: Para Adler una educación que prepare adecuadamente al niño para las tareas de la vida ahorrara en definitiva toda psicoterapia. Y en primer lugar refiere que hace falta calmar el hambre de ternura, amparo y calidez en el recién nacido. En el periodo siguiente, el principio primordial en la educación es el amor, pero no confundido con el mimo, que daña severamente la confianza en el niño y es uno de lo principales responsables de la neurosis. Al igual que Freud creia debe existir una equilibrio entre los castigos y las alabanzas. El recién nacido que viene al mundo de adultos más competentes, grandes y fuertes, experimenta desvalimiento a causa de su impotencia y pequeñez. Se traduce en un sentimiento de inferioridad que se ve reforzando cuando el niño va creciendo, pues se va percatando que sus recursos no alcanzan para servirse de los objetos (medio externo) en la medida de sus deseos, también este sentimiento se ve sumamente afectado por aspectos económicos, biológicos y sociales en desventaja. Sin embargo este sentimiento de inferioridad es positivo dentro del desarrollo en tanto suscita el afán de hacerse valer y de superación. Que constituye una compensación normal en el desarrollo del ser humano ya que dicho sentimiento de inferioridad es la fuerza impulsora para todo progreso y logro cultural del ser humano, al promover el desarrollo evolutivo y la humanidad en su conjunto, en la medida en que se pone al servicio de la comunidad y lleva a realizar acciones sobresalientes dentro de esta, que constituye el llamado sentimiento de comunidad". Para Adler las posibilidades del desarrollo de este sentimiento están dadas en el alma de todo niño, mas lo esencial para esto es la relación con la madre, que es el primer "tu" con quien el niño constituye un vínculo social, mas este vínculo tiene que ser tal que debe experimentar al otro genuinamente "confiable", y despierte su interés hacia los demás. Uno de los

aspectos sociales que afectan el sentimiento de inferioridad y al cual Adler le da un papel importante es, el lugar que ocupamos en la serie de hermanos en nuestra familia. A ése aspecto le suma el elemento diferenciador de los sexos. Hacia el cuarto o quinto año de vida ya se ha establecido el estilo de vida. En la primera infancia se desarrolla el sistema de referencia primario, que es privado y prejudicativo, centrado en el sentimiento, se singulariza perjuicios externos y conclusiones generalizadoras, y bajo esta plataforma constituye la base de la conducta egoísta y el afán de superación personal. Es también llamado el "niño pequeño en nosotros". El sistema de referencias secundarias se adquiere solo en el transcurso de la socialización por el obrar del compañero social, es convencional, intersubjetivo, acorde a las reglas, es lógico y racional, esta descentrado de la esfera de la "egoidad" inmediata y de este modo constituye en su conjunto la base del sentimiento de comunidad, también es llamado "el adulto en nosotros". (Kriz, 1985; Cueli, 1972; Brennan, 1999).

Proceso de salud - enfermedad: En este punto es importante recordar que para Adler lo importantes no son las causas sino la funcionalidad, que función o finalidad se persigue; de ahí que plantee la existencia de un plan de vida (en su mayoría inconsciente) que es la guía orientadora o finalidad de la existencia. La salud anímica es considerada por Adler como "...el sentimiento de comunidad que tiene expresión concreta en el interés demostrado por el asunto del prójimo, por el trato y la colaboración con él en un pie de igualdad"... (Citado en Kriz, 1985, pag. 79.). Este sentimiento de comunidad es una noción central de la psicología individual; en el sentido de una evolución hacia una comunidad ideal. Así "...el desarrollo pleno del ser humano en lo corporal y en lo espiritual (es) asegurado del mejor modo cuando el individuo se inserta en el marco de la comunidad ideal, a la que es preciso aspirar, como miembro afanoso y activo"... (citado en Kriz, 1985, pag. 79). Los síntomas se desarrollan a modo de defensa frente a reclamos del ambiente, su punto de partida es el sentimiento de inferioridad, que como hemos mencionado, se le contrapone una compensación normal con la tendencia o "afán de hacerse valer y de superación; sin embargo se habla de enfermedad cuando esta compensación se convierte en sobrecompensación cuando el desarrollo ha sido fallido y las variables (sociales, económicas y biológicas u orgánicas) que afectan el sentimiento de inferioridad son muchas, produciendo en vez del sentimiento de inferioridad con la compensación común, un complejo de inferioridad que no acepta la compensación usual. Un síntoma no se genera sino se le forma (casi siempre Inconscientemente) y se le ejercita por que resulta acorde a alguna línea de vida y contribuye a aquello que Adler denomina plan de vida, mas cabe también mencionar que la función inmediata del sintoma es evitar que se desenmascare el ya citado complejo de inferioridad. (Kriz, 1985, Cueli, 1972; Brennan, 1999).

Proceso terapéutico: Ya que el núcleo del desarrollo humano esta determinado por el sentimiento de inferioridad, alentar al cliente, ocupa un lugar central dentro de los principios de intervención psicoterapéutica. Hay que infundir en la persona confianza en sus capacidades y su valía, y promover estas, la valía

personal comenta, va encaminada hacia la comunidad. Pues para Adler el desmedido afán de demostrar valía sobresaliente frente a los demás produjo los efectos nocivos que llevaron al paciente a demandar terapia. Al mismo tiempo recomienda animar a extender mas y más sus limitados campos de acción y superar el peligro de fracasar en ciertas situaciones sin que deba de interpretar esto refiriéndolo a una inferioridad radical. Para ello es necesario previamente descubrir el plan de vida "erróneo" (tomando los conceptos de "erróneo" y "correcto" desde el punto normativo encaminado a la evolución del ser humano hacia la comunidad ideal) del sujeto en cuestión, y tomar conciencia de él. Lo que lleva a investigar la finalidad funcional de los síntomas. La cual es generalmente la carencia de un sentimiento comunitario, de ahí que se exhorte a los clientes a volcarse hacia los demás e incluirse en la comunidad como miembro afanoso. La investigación del plan de vida debe de hacerse bajo un camino mas bien cognitivo, aunque también refiere poner atención a aspectos corporales como los gestos, el registro de voz, actitudes en general. Pero la curación para Adler solo podía lograrse por caminos intelectuales: la comprensión que el paciente alcanza cada vez mayor de los errores en los que esta, y en el desarrollo de su sentimiento de comunidad. El trabajo cognitivo esta destinado a modificar el estilo de vida, recomendado particularmente cuando la perturbación se sitúa en el campo del sistema de referencias secundario, ya que esta, determinada por aspectos cognitivos, lógicos y digitales. Cuando la patología se encuentra insertada en el sistema de referencias primaria (el niño de la persona) se plantea el peligro de que la resistencia se incremente porque una acción produce una reacción contraria, en este caso Adler plantea un procedimiento desarrollado por Titze en 1979 y que en otras variedades de psicoterapia lo denominan "reencuadramiento" pero debido al espacio no lo desarrollaremos en el presente trabajo. Además en la psicología individual el chiste y el humor se introducen como formas de intervención paradójica, técnicas de las cuales se dispone un vasto instrumental en esta psicología. También Adler daba interpretación simbólica a los recuerdos sexuales infantiles. Se procura obtener el estilo pedagógico de los padres y determinar la divisa familiar (Kriz, 1985; Brennan, 1999; Cueli, 1972).

Nivel de intervención, metas de terapia y rol del terapeuta: El nivel de intervención desde el punto de vista de Wolberg (1977), es en el ámbito reconstructivo, aunque vale la pena aqui retomar sus aspectos marcadamente pedagógicos (educativos) y cognitivos. Lo que se persigue en esta psicoterapia es reconstruir el obrar de la persona y su patología, remitiéndolo como un todo a su propio sistema de referencias, el estilo de vida (o el plan de vida que esta en la base). El terapeuta debe esforzarse por el fortalecimiento del yo del paciente así como de llevar al paciente a hacer conciencia del plan de vida erróneo y así realizar cambios en él mismo. (Valenzuela, 1998; Vazquez, 1996; Kriz, 1985).

La psicología analítica de Jung.

Los dos autores anteriores en suma con la psicología analítica de Jung constituyen, en conjunto, las tres grandes escuelas clásicas de psicología profunda. Jung era como la mano derecha de Freud.

Algunas de las diferencias que Jung, enfatizó respecto a su obra con la de Freud son: Utilizó el término "libido" en acepción mucho más amplia que Freud, para Jung era una energía psíquica general cuyos aspectos sexuales desempeñaban un papel secundario. Su concepto de inconsciente también lo marca como distinto al de Freud: no incluía solo los aspectos reprimidos provenientes del vivenciar personal sino que se enriquecía de aspectos esenciales y comunes en todo ser humano, de tal forma, lo dividida en dos: inconsciente personal e inconsciente colectivo.

Concepto del ser humano y principales conceptos: Para Jung la psique humana se caracteriza por pares de conceptos complementarios: consciente-inconsciente, introversión-extroversión, pensamiento-sentimiento, intuición-sensación, animus-anima. Para él, la relación entre consciente e inconsciente es compensatoria, como los mecanismos homeostáticos del cuerpo. El límite entre ambos es deslizable en cierta medida. *El yo*, participa siempre en dos campos, atrapa contenidos inconscientes e impresiones del mundo exterior. La conciencia se caracteriza sobre todo por su orientación hacia el mundo exterior y solo después en la serie filogenética como una parte en el inconsciente. Distingue sistemas en la psique: la ectopsique, sistema que regulan o sostienen la orientación consciente en las relaciones con el mundo exterior, y la endopique, sistema dirigido a los aspectos y procesos intrapsíquicos; responsable de la relación con contenidos que provienen directamente de influjos del ambiente a través de percepciones. Propone cuatro funciones para cada uno de los sistemas, a la ectopique: sensación, pensamiento, sentimiento e intuición; a la endopique: memoria, componentes subjetivos de las funciones conscientes, emociones y afectos, e invasiones. Con lo que respecta a las funciones ectopsíquicas: sensación (qué es) denota la suma total de los hechos exteriores percibidos, nos dice que algo es. El pensamiento (qué significa) en cambio nos dice lo que es algo, da a la cosa el nombre y es "percepción más juicio". El sentimiento (qué vale) comunica el valor de las cosas y va ligado siempre con los dos anteriores. La intuición (por qué es) es una propiedad como profética, inexplicable, que particularmente establece relaciones con el pasado y el futuro, esta propiedad se da con más intensidad en los pueblos primitivos más que en las civilizaciones. Pensamiento y sentimiento son complementarios y sensación e intuición también. Estas cuatro funciones forman un tipo cruz donde el eje de la X, es sensación e intuición y el eje de la Y, son pensamiento y sentimiento. Las funciones endopíquicas son: la memoria que establece la conexión con las cosas que han desaparecido de la conciencia, que fueron dejadas a un lado o que fueron reprimidas. Los componentes subjetivos de las funciones conscientes son de difícil definición, pero, se trata de la inclinación a reaccionar de cierto modo, inclinación procedente de la "sombra" (denominación que se da así a una parte de nuestra

personalidad que apenas conocemos). Las emociones y los afectos derogan el control del yo sobre ellas. Las invasiones se producen cuando la sombra, el inconsciente se ha apropiado del gobierno y control cuando hay irrupciones en la conciencia, pero que no se pueden caracterizar propiamente como patológicas. Es a través de estas funciones endopsíquicas que la persona entra en contacto con su inconsciente. Divide al inconsciente en inconsciente personal e inconsciente colectivo. El primero contiene las funciones endopsíquicas de: los recuerdos y lo reprimido. Y el segundo contiene a las emociones, invasiones y de esta última una parte que nunca se puede hacer consciente. Además el inconsciente colectivo, es común a toda la humanidad, con carácter mitológico, independiente de la cultura, de la raza o de la biografía personal. Contiene imágenes primordiales colectivas llamadas "arquetipos" dichas imágenes se ven intervinidas por principios básicos de estructuración que organizan según ciertas imágenes los elementos psíquicos cuando estos ingresan a la conciencia. Jung además postuló una teoría de los tipos: extroversión-introversión. Estos modos de actitud caracterizan el grado o vuelco a los objetos del mundo exterior o del mundo interior que coincide con la dirección de la energía psíquica y se manifiesta en la modalidad de acciones y experiencias subjetivas. Así es individuo introvertido se orienta más hacia los sucesos exteriores, su sentimiento, pensamiento y acción se vuelcan sobre los objetos externos y normas de validez colectiva. El individuo introvertido por el contrario vive dentro de su experiencia interior, se retrae del mundo exterior ya que lo abruman, y por ello se adapta mal al ambiente. No existen tipos puros, se oscila entre ellos, además a una orientación extravertida de la conciencia corresponde una introvertida de lo inconsciente y viceversa. Las tres dimensiones (funciones perceptivas, judicativas y modos de actitud) dan lugar a la constitución de ocho orientaciones de la psique. La función más marcada se llama "función rectora", la función contrapuesta de esa misma función se llama "función inferior", que se sitúa en lo inconsciente en su totalidad, o al menos, en mayor parte. Dependiendo del arreglo de la función rectora que se presenta, se describen los cuatro tipos, determinados por el juicio y la percepción más o menos. Entre los arquetipos más sobresalientes están los de: el animus (masculino) y, el anima (femenino), que se refieren a la experiencia común en todos los seres humanos, del sexo contrario. (Cueli, J et al., 1994, Kriz, 1985 y Marx y Hillix, 1992).

Desarrollo normal del ser humano: En Jung no se encuentra muy claro una postulación respecto al desarrollo. Sin embargo se intentará brindar lo más cercano a este aspecto. Hay un proceso para Jung muy importante llamado "individuación" que se define como (proceso interior de hominización) el empeño interior que dura toda la vida, por descubrir el propio ser. En este sentido Jung, sí realiza un proceso a través del desarrollo. En la primera mitad de la vida, el individuo tiene que dominar la tarea de "la iniciación a la realidad exterior", que trata de la implementación y desarrollo de la función rectora, la formación del yo (como centro de conciencia) y de la persona (parte de la personalidad que es el propio ser), se encuentra volcada completamente hacia el mundo exterior y detrás de ella como si fuera una máscara el individuo se cubre. En este tramo el sentido de la vida está orientado a tener descendencia y proteger a la cría, ganar dinero y

cierta posición social. En el segundo año de la vida, es necesario dominar "la iniciación a la realidad interna" que es propiamente la Individuación. En la primera fase se produce un encuentro con la "sombra" parte complementaria al yo, y por lo tanto, incluye en primer lugar los dominios del inconsciente personal, de las funciones inferiores, que no son vivenciados por el individuo. La sombra puede llegar al inconsciente colectivo sobre todo, cuando es reprimida de manera permanente. En la segunda fase sobreviene un encuentro con el animus y el anima, y en las fases restantes, afloran una y otra vez arquetipos que llevan a la conciencia determinados problemas y que después pueden ser dominados e integrados. (Kriz, 1985)

Proceso salud-enfermedad: Para Jung la salud es la integración en el individuo, es decir, la integración del continuo conciencia - inconsciente. Hizo hincapié en el poder y efecto del inconsciente sobre la conducta del hombre; ignorarlo es invocar problemas mentales, emocionales por medio de delirios, compulsiones y dificultades fóbicas. Entre las causas esenciales de la neurosis, existen dos: una función inferior que puede penetrar a la conciencia, o bien, ámbitos parciales de la psique que han sido segregados y reprimidos de la psique total, que provoca perturbación. Los complejos son para Jung precisamente estas psiques parciales. Las causas de dichos complejos, son en su mayoría trauma, lesiones animicas o choques, por los cuales ciertos contenidos resultaron alejados de la conciencia. (Cueli, J, et al; Kriz, 1985)

Proceso terapéutico: Para Jung una neurosis debe verse en el sentido positivo, en tanto, abre el camino para un nuevo desarrollo de la personalidad. El análisis Jungniano aspira a conseguir reconciliación de impulsos y metas conscientes e inconscientes por medio de la observación consciente de las afirmaciones simbólicas del inconsciente colectivo según sus manifestaciones en sueños, las fantasías, las producciones artísticas, etc. Los mensajes inherentes a estos fenómenos deben ser integrados en la vida consciente y contrastados con los valores de adaptación externos. (Kaplan y Sadock, 1987).

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: El nivel de intervención es en el ámbito reconstructivo, ya que trabaja en la reconstrucción de habilidades, su centro de conflictos es inconsciente y hay una exposición del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas. La meta es el propio ser integrado aunque refiere que no puede describirlo bien con palabras, lo denomina "mandala simbolismo que se utiliza en muchas otras cultura y sus religiones, es como una aspiración a la totalidad, y lo describe como un fenómeno que se sitúa mas allá de la experiencia cotidiana "normal" y según Kriz (1985) mas allá de las metas de la psicoterapia, aun y aunque esta sea Junguiana. El terapeuta no debe tener ideas fijas de lo que es correcto o normal y de los que es y no es. Debe intentar ayudar a su paciente a hallar nuevos significados en su interior. Con este fin, de lo que se trata no es

tanto de hablarle al paciente sobre él cuanto de ponerle en contacto consigo mismo. (Kaplan y Sadock, 1987).

La psicología del yo: Heinz Hartmann.

Engler (1996) refiere que las posteriores elaboraciones del psicoanálisis, después de Freud, tuvieron las siguientes características:

- Aumentó el interés por el estudio del niño y en general por el estudio del desarrollo.
- También cambió el estudio de la estructura del ello a la del yo.
- Se desarrolló una expansión del psicoanálisis como herramienta terapéutica y un mayor aprecio por el papel de la sociedad y la cultura en el desarrollo de la personalidad.

En 1950 y 1960 el psicoanálisis estadounidense fue dominado por la psicología del yo. Mientras que en Inglaterra Melanie Klein en 1932 inicio su teoría de relaciones con los objetos. (Engler 1996).

En los últimos años Freud dejó entrever una modificación, conjeturando que, el yo podía tener alguna energía propia (en vez de depender del ello). La principal característica de los teóricos de la psicología del yo es que todos aceptaban la división tripartita de la personalidad, pero enfatizando el papel del yo, en algunos casos dándole un mayor grado de autonomía. *Anna Freud* restringió la función del yo a prevenir los impulsos. *Hartmann* exploró las respuestas adaptativas del yo ante el ambiente, y *Erickson* se vio influenciado por *Hartmann* y se interesó en investigar la manera en que podría fortalecer y enriquecer al yo de los niños pequeños. (Engler 1996).

La psicología del yo surge en los años treinta, pero tiene su apogeo en los años sesenta, al emigrar muchos analistas europeos a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Tiene mucha cercanía con muchas ideas de S. Freud. El Su interés de Hartmann, radicaba en hacer una confluencia entre las ideas del psicoanálisis con las ideas de ...raigambre positivista que acentuó los modelos biológicos de la personalidad, tales como adaptación, equilibrio, maduración y desarrollo, fases progresivas y regresivas, funciones mentales de la psicología general, etc"... (Bleichmar y Leiberman, 1989, págs. 67-68). Hartmann es considerado el mayor exponente dentro de la psicología del yo, así en el presente apartado nos daremos a la tarea de presentar su teoría (Engler, 1996 y Cueli, et al., 1972).

Concepto del ser humano y principales conceptos: Para Hartmann, la estructura de la psique al igual que lo pensaba Freud estaba constituida por instancias (ello, yo y superyó), pero el interés se centro en el yo básicamente. Afirmo la existencia de subestructuras o subinstancias psíquicas, el ello y superyó están formados por subestructuras, y por lo tanto el yo también; así habla de

funciones autónomas del yo ("autonomía primaria del yo"), autónomas por que están fuera de la esfera pulsional. A las funciones autónomas se llama el área libre de conflictos del yo, la cual entra al servicio del yo y es el almacén de los mecanismos de defensa, para que el yo se defienda de las pulsiones del ello y pueda adaptarse a la realidad. Más estas funciones pueden ponerse al servicio de determinados conflictos (a lo que se llama utilización ó agresivización de la función). Otras funciones nacidas como defensa contra determinados impulsos se liberan secundariamente del conflicto que les dio origen, se desexualizan y pasan a la esfera libre de conflictos del yo (lo que se le llama autonomía secundaria del yo). Da mucho énfasis al concepto de adaptación del ser humano al ambiente. Adaptación que está dada por el desarrollo del yo, cuya principal tarea es lograr dicha adaptación. El yo es el encargado de dar satisfacción a las pulsiones provenientes del ello, sin que dicha satisfacción entre en conflicto con la realidad ni con las propias normas morales (medio social) del sujeto. En sus propias palabras: "El yo debe resolver tareas, adaptarse a la realidad y modificarla al mismo tiempo que modificarse" (Bleichmar y Liberman., 1989, pág. 78). El yo, puede lograr la adaptación de tres maneras: 1. con cambios aloplásticos (en el ambiente), cambios autoplásticos (en el sujeto) ó cambios de ambiente; está última contribución de Hartmann, las otras dos de Freud. El concepto de instinto se refiere aquí, básicamente a los elementos de índole biológica que compelen al hombre a determinadas conductas, siendo estrictamente más importantes en los animales que en el ser humano mismo. El impulso o pulsión es, por el contrario, un concepto de índole psicológica; todo proceso mental de la psique humana tiene más movilidad, está menos predeterminado y sus condicionantes guardan en buena parte, distancia del sustrato fisiológico. Para los psicólogos del yo, el ello no es el único depósito de las pulsiones, sino que también hay pulsiones del yo. En esta corriente también se hace una diferenciación entre yo función (instancia psíquica) y yo representación (imagen de si mismo o self). El término narcisismo se deja para este último concepto, el cual incluye la imagen que yo, ello y superyó tienen de si mismo. (Bleichmar y Liberman, 1989; Michaca, 1987 y Cueli, 1972.)

Desarrollo normal del ser humano: Hartmann tampoco realiza una postulación definida del desarrollo, pero, plantea el desarrollo de la instancia psíquica yo. Es una diferenciación de una matriz indiferenciada yo-ello, matriz en la cual existe una dotación natural que permite este surgimiento, dada por las funciones autónomas que posteriormente pasaran al servicio del yo. Dicha diferenciación esta dada por los factores reguladores primitivos que son progresivamente reemplazados y complementados por regulaciones yoicas más eficaces, es decir, lo que estuvo en un principio anclado a los instintos puede ulteriormente ser ejecutado por el yo. El desarrollo del yo se da por varios factores que lo impulsan, tales como el hereditario o constitucional, en el cual se engloban las capacidades innatas o autónomas del yo. Este factor interactúa con otros tres elementos en el curso del desarrollo: las influencias de los impulsos instintivos, los condicionamientos de la realidad externa y la propia imagen corporal, la cual juega un importante papel en la diferenciación del yo con el mundo de los objetos. Lo que mueve al yo o a sus esbozos a diferenciarse de los impulsos es la necesidad de

supervivencia. (Vazquez, 1996; Bleichmar y Liberman, 1989). Dentro de esta escuela Erickson y Anna Freud son quienes ofrecen una postulación bastante completa del desarrollo. Se recomienda que los interesados se remitan directamente a éste autor.

Proceso salud-enfermedad mental. El conflicto psíquico se da entre las instancias psíquicas, y además entre las subestructuras dentro de cada instancia psíquica de ahí que se hable de conflictos intra e intersistémicos. Debe de existir una jerarquización y coordinación de las funciones de las subestructuras para que no existan conflictos entre estas. Dado el énfasis al concepto de adaptación, se considera que el sujeto enfermo es aquel que no ha logrado la adaptación. Se estará mas adaptado al medio cuanto más pueda el sujeto armonizar sus necesidades pulsionales con la realidad y con las metas pulsionales que se propone, es decir, que el sujeto pueda dar satisfacción a sus pulsiones sin que esto entre en conflicto con la realidad ni con sus propios valores morales. En palabras de Hartmann "un hombre estará bien adaptado si su productividad, su habilidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están trastornados" (citado por Bleichmar y Liberman, 1989, pág. 49). Esto es, el logro que tiene cada sujeto en la función sintética e integradora del yo. El área libre de conflictos del yo no es definitiva, sino variable, dependiendo de la energía de las pulsiones, la cual puede ser (como en el caso de las psicosis) demasiado fuerte y puede invadir el área libre de conflictos del yo, alterando su integridad y capacidad de auto-observación. (Bleichmar y Liberman, 1989).

Proceso terapéutico: La psicología del yo crea los conceptos de alianza terapéutica y alianza de trabajo. Los parámetros que utiliza Freud para el tratamiento siguen en pie en está corriente, pero con las pequeñas variantes de identificar muy bien la zona libre de conflictos, ya que es la que permite trabajar con el paciente. El terapeuta debe aliarse con dicha área y fomentar la escisión del yo. Por una parte, el yo escindido, reacciona con la neurosis de transferencia, pero la otra parte escindida es el área libre de conflicto del yo, la cual sirve al paciente para auto-observarse e identificarse con las interpretaciones del terapeuta. El terapeuta debe preservar una función analítica en la búsqueda de insight por parte del paciente tanto para instaurar la alianza terapéutica y dar las interpretaciones adecuadas para facilitar la escisión del yo del paciente en un yo vivencial y un yo observador. Se debe ser cálido sin violar la ley de abstinencia. Debe fomentarse la regresión en el paciente ya que de esta forma entra en el proceso primario de pensamiento y pueda comprender sus conflictos e integrarlos al proceso secundario. La asociación libre facilita está tarea. (Bleichmar y Liberman, 1989; Vazquez, 1996; Cueli, 1972).

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: Dada derivación del psicoanálisis, su nivel de intervención también es en el ámbito reconstructivo, la meta a alcanzar es la jerarquización y coordinación de las instancias y subinstancias, que permitan una mejor adaptación en los dos sentidos: en el

amplio, que se refiere a la posibilidad de vivir como organismo y en el sentido estrecho, que se refiere a la tendencia a mantener integrado el aparato psíquico. Respecto al rol del terapeuta ya se habló en el apartado de arriba.

Teoría de las relaciones de objeto: Otto Kernberg y Heinz Kohut.

La teoría de las relaciones de objeto no es una, sino varias, las cuales se generaron a partir de Freud y de algunos de sus primeros discípulos, pero que encontraron su mayor desarrollo en el terreno teórico a partir de los años cuarenta, y su aplicación clínica se extiende a partir de finales de los sesenta.

Se toma como inicio, la fecha de 1914 cuando Freud publica "Ensayo sobre narcisismo" donde ofrece el primer análisis del problema de las relaciones de objeto. Lo esencial de este ensayo es:

1. Presenta a la libido como una fuerza susceptible de variación cualitativa y cuantitativa, narcisista y objetal, cuyos movimientos explican las manifestaciones de la psicosexualidad.
2. Contiene la primera presentación sistemática de la elección de objeto.
3. Establece los diversos significados del narcisismo.
4. Brinda una clasificación nueva de la psicopatología: la división en neurosis narcisistas, en la que el paciente es incapaz de establecer un vínculo emocional estable con el terapeuta, y la neurosis de transferencia donde esto si es posible.
5. Introduce, por primera vez, el concepto del ideal del yo, que dará origen a la estructura del superyó.

La escuela de relaciones de objeto se divide en dos: *la escuela inglesa* donde encontramos a personalidades como, Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Michael Balint y Donald Winnicott. Y *la escuela estadounidense* integrada por Edith Jacobson, René Spirtz y Margaret Mahaler. (Michaca, 1987; Cueli, et al., 1972; Beichmar y Liberman, 1989).

A *Melanie Klein* se le considera la precursora del estudio de las relaciones de objeto. Ella desde el inicio se ocupó de las relaciones de objeto, mientras sus contemporáneos, como Ana Freud, se mantuvo más dentro de la línea de la una psicología del yo, realizando estudios longitudinales del desarrollo. Entre lo más sobresaliente respecto a Melanie Klein, están: (Michaca, 1985).

- a. Estudió las relaciones de objeto internalizadas pero vistas siempre como parte de una estructura intrapsíquica presente desde el nacimiento, conceptualizó al yo como estructura, como definición de identidad y como capacidades ejecutivas desde el inicio de la vida.
- b. Tuvo apego irrestricto a la teoría dual de los instintos (Eros- vida, Tanhatos- muerte).
- c. Marcó la aparición del superyó a la altura de la posición depresiva, entre los seis y nueve meses y desde esta edad plantea la existencia de la triangulación edípica.
- d. Los objetos siempre estuvieron ahí y constituyen el objeto del instinto.

c. Su relación con la realidad es meramente fortuita y no es modificable por el objeto real, más que en forma secundaria, ya que la fuerza proviene de los instintos y no de la relación con los objetos del exterior.

Los teóricos de las relaciones de objeto, manifiestan diferencias con la psicología del yo. En la perspectiva de la psicología del yo el aparato mental es concebido como unipersonal (tiene su propia energía en vías del desarrollo), mientras que si se considera la estructura psíquica como resultado de las relaciones de objeto tempranas, la conceptualización del aparato mental y sus formas de desarrollo es totalmente diferente (Bleichmar y Liberman, 1989).

Estos mismos autores mencionan que la psicología del yo y la teoría lacaniana coinciden al igual que Freud y Melanie Klein, en aceptar un aspecto pulsional interno para la constitución del psiquismo. Por el contrario la escuela de relaciones objetales se inclina a la jerarquización de los factores ambientales para explicar la formación de la personalidad y el origen de los síntomas. (Bleichmar y Liberman, 1989).

Para el resto de los teóricos de las relaciones de objeto, los objetos internos han sido internalizados, y el cómo llegan a formar parte de la estructura intrapsíquica es parte de la historia de la formación de la estructura. (Michaca, 1987).

Siguiendo a Michaca (1987); Cueli (1972) y Bleichmar y Liberman (1989), se presentan a continuación las nociones más básicas de las propuestas que brindan los autores representativos de las relaciones de objeto.

Fairbairn. Para él la búsqueda de objetos, no es para descargar energía, sino hay una relación objetal que implica emociones en las que aparecen los impulsos. Postuló que las relaciones de objeto son incorporadas a la mente a través de un proceso de internalización que es el origen, a su vez de estructuras endopsíquicas. El grado de patología depende de que tan negativa haya sido la relación temprana con la madre.

Balint. Considera que el nacimiento es en sí, un evento que rompe el estado de armonía que se tiene en la vida intrauterina cuando sujeto y objeto están unidos. Postula el concepto de <falta básica> que se refiere a un área de la mente, que se constituye por las relaciones diádicas más tempranas del sujeto, y de la cual dependen las relaciones futuras con sus objetos. Su teorización va dirigida a recobrar ese estado perdido de armonía. Habla de dos maneras o formas de estructuración primitiva con el medio y, estilo de relacionarse con los objetos: Ocnofilico- unión muy estrecha con el objeto, y el filobático- separación con los objetos. Él comienza ya hacer señalación de la importancia de una buena calidad en cuanto cuidados del medio hacia el infante.

Winnicott. Su gran contribución es, que los problema psicológicos se inician en el vínculo del recién nacido con su madre. Puntualiza y subraya la importancia de un ambiente facilitador o "cuidados maternos" adecuados. Habla acerca de <la preocupación materna primaria> que da a la madre una habilidad especial para

hacer las cosas correctas. Y postula los posibles disturbios respecto a ello, entorno a la madre. Además postula el concepto de <holding>, que se refiere a la función de sostenimiento, apoyo, abrazo, contención, que cumple la madre. Dicha función es la que constituye la base para lo que en el futuro se irá convirtiendo gradualmente, en una experiencia del self. Un buen holding, permite que el niño tenga experiencias objetales de tipo omnipotente que se van transformando en un desarrollo e integración sana de la vida psíquica

Jackson. El self para él es la persona en su totalidad. Postula los conceptos de <representación del self>, donde el self es el continente y la representación el contenido, la <representación del objeto>, que se encuentra en el mundo externo. Desarrolla una teoría entorno a estudiar la forma en cómo se diferencia el self de los objetos. Es en gran medida uno de los autores en los cuales encontramos las bases más fuertes de Kernberg y Kohut. Retoma la importancia de la identificación en la formación de la estructura del yo.

Spitz. En este autor la <percepción> toma un papel clave, ya que es la herramienta del yo para contactar con el mundo. De este modo, cree, en la existencia de una barrera primitiva desde el inicio, para la estimulación excesiva en el infante. Habla acerca de organizadores psíquicos, que se expresan como signos de forma externa, pero que hacen alusión a cambios internos: 1ero es la sonrisa, estructura la percepción y los indicios del yo. El 2do es la capacidad de reconocer cognitivamente a nuestra madre (la angustia ante extraños), e integra las relaciones de objeto con la pulsiones, y establece al yo como una estructura organizada. El 3ero es la abstracción <no>, signo semántico, que afirma la independencia del sujeto, al mismo tiempo que limita su acción impulsiva, abre camino a las relaciones de objeto en el patrón de comunicación semántica.

Mhaler. Probó que el desarrollo psicológico y el biológico, no son simultáneos. Afirmó que hay una necesidad de establecer con el paciente una <experiencia simbiótica correctiva> que condujera la re- construcción de una relación más parecida a la de la madre. Considera que es a través de la <simbiosis> con la madre que se van adquiriendo las herramientas para iniciar la existencia como ser independiente. Ella cree que durante toda la vida el ser humano, lucha contra un deseo de fusión simbiótica con el objeto primario (madre) y un intento de individuación que lo lleva paulatinamente a separarse de dicho objeto. Esta autora es la figura bajo la cual está basado mayormente la postulación que hace Kernberg acerca del desarrollo, y de muchos otros aspectos de su postulación al igual que Kohut.

Otto Kernberg y Heinz Kohut.

Michaca (1987), considera que todas las teorías que constituyen la escuela de las relaciones de objeto desembocan básicamente en dos autores: Otto Kernberg y Heinz Kohut, pues ellos además de integrar a los otros exponentes y proponer algo innovador, han dado un paso más allá de la teoría y proponen aplicaciones

concretas del tema al tratamiento de patologías severas, como son pacientes fronterizos y trastornos narcisistas.

Bleichmar y Liberman (1989) mencionan que *Kernberg*, combina los conceptos principales de otros analistas de las relaciones de objeto, con los trabajos de psicología del yo y de Hartmman. Y que *Kohut*, además de combinar los conceptos de los demás autores, da un punto de vista distinto, y postula el desarrollo del self como resultado del desarrollo narcisista.

Siguiendo esta idea es que en el presente trabajo se desarrollaran sólo a estos dos autores como representantes principales de las teorías de las relaciones de objeto.

Concepto del ser humano y conceptos principales: Para comenzar es importante señalar que las teorías de relaciones de objeto en su globalidad, se caracterizan por concebir al ser humano como producto de las internalizaciones que hacemos (sobre todo de la infancia) de los objetos y de como éstos inciden en la formación de estructuras mentales. Sin embargo cada autor tiene su propio punto de vista de cómo ocurre esto.

Otto Kernberg.

Kernberg, identifica mecanismos de internalización de las relaciones de objeto por una parte, y las vicisitudes de los derivados pulsionales instintivos y la formación del yo, por la otra. En resumen considera que:

La introyección, la identificación y la identidad del yo son tres niveles del proceso de internalización de las relaciones de objeto en el aparato psíquico; a los tres los define en su conjunto como "sistemas de identificación". Todos estos procesos de internalización forman precipitados o estructuras psíquicas para las cuales se utiliza el mismo término del mecanismo respectivo. Introyección así resultará lo mismo, un proceso del aparato psíquico que, como resultado de tal proceso, una estructura.

Todos los procesos de internalización consisten de tres componentes básicos: 1. Imágenes objetales o representaciones de objeto, 2. Imágenes del self o representaciones del self, 3. derivados o disposiciones pulsionales o estados afectivos específicos.

La internalización, está teñida por fantasías desde el comienzo de la vida, son sentimientos de amor y de odio, libidinales y agresivos, con los que se impregnan y distorsionan las cualidades de los objetos.

La organización de los sistemas de internalización suceden primero en un nivel básico (primitivo) de funcionamiento del yo, en el cual la escisión es el mecanismo crucial para la organización defensiva del yo. Posteriormente se alcanza un

segundo nivel de organización defensiva del yo, más avanzado en la cual la represión toma el lugar de la escisión como mecanismo central.

El grado de integración del yo, así como del superyó, depende del grado en el cual la represión y los mecanismos aliados han remplazado a la escisión y sus mecanismos derivados.

La identificación es una forma superior de introyección, que puede tener lugar recién cuando las capacidades perceptiva y cognitiva del niño de han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los roles de interacción interpersonal.

La identidad del yo representa, el más alto nivel de organización de procesos de internalización, que se refiere a la organización general de las identificaciones y las introyecciones, bajo el principio orientador de la función sintética del yo. Esta estructura es característica del yo, a diferencia de los otros dos mecanismos que son estructuras del aparato psíquico general.

La inyección es el más primitivo y básico nivel de organización del proceso de internalización, es la reproducción y fijación de una interacción con el medio gracias a la influencia de un grupo organizado de restos de memoria que implican al menos tres componentes: 1. La imagen del objeto, 2. La imagen del self en interacción con el objeto, 3. El abrillantamiento afectivo de la imagen del objeto y de la imagen del objeto bajo la influencia del representante pulsional presente en el momento de la interacción. Este proceso es un mecanismo de crecimiento, y también es utilizado por el yo para fines defensivos.

El abrillantamiento afectivo tiene esencial importancia ya que determina "la valencia activa" de la introyección; cuando la valencia es positiva ó sea libidinal, pasa a formar parte del "buen objeto interno", mientras que si es la valencia es negativa ó sea de derivados pulsionales agresivos la introyección pasa a formar parte del "mal objeto interno".

También hace la diferencia entre escisión y represión, la escisión es un mecanismo de defensa de nivel menor o más primitivo, consiste en disociar los sistemas de identificación con valencias opuestas (en conflicto) sin relación de acceso a la conciencia mientras que la represión rechaza los impulsos o su ideación representacional o ambos del yo consciente, y es de un nivel defensivo más avanzado. Así como la escisión se ve reforzada por la proyección, la negación y otras defensas primitivas, la represión se ve reforzada por el aislamiento, el desplazamiento y otras defensas típicamente neuróticas o normales. (Michaca, 1987; Cueli, et a l. 1972 y Bleichmar y Liberman, 1989; Kernberg, 1976)).

Desarrollo normal.: La teoría de las relaciones de objeto pone gran énfasis en las cuestiones del desarrollo, ya que como se ha venido mencionando, este modelo teórico hace referencia a la construcción de representantes bipolares intrapsíquicas (imágenes del self y de los objetos) como reflejos de la relación

original madre-hijo y su posterior desarrollo en diádas, tríadas y múltiples relaciones interpersonales, internas y externas. Y es por ello que el cómo se desarrolla esto es importante.

Kernberg propone muy parecido a lo postulado por *Mhaler*, una propuesta del desarrollo en cinco fases, que muestra la evolución de unidades básicas (representación de objeto, representación del self, y vínculo afectivo) y sus repercusiones en la forma de la estructura intrapsíquica. En el siguiente cuadro se resume esto:

ESTADIO	EDAD	CARACTERÍSTICAS
1. Estadio primario indiferenciado o "autismo normal".	Primer mes de vida.	Precede al establecimiento de las constelaciones self-objeto "positivas" indiferenciadas. Muy parecida a la postulación de <i>Mhaler</i> con la fase autista infantil.
2. Estadio de las representaciones self-objeto indiferenciadas o primarias o simbiosis normal.	Del segundo al séptimo mes.	Le adjudica mayor importancia conceptual. Se da la formación de representaciones self-objeto indiferenciadas "positivas" consecuentes a experiencias gratificantes, o por el contrario "negativas" consecuentes a experiencias frustrantes o dolorosas. Ambas son independientes entre sí. Posteriormente en este mismo estadio. La experiencia self-objeto negativa se expulsa, mientras que la positiva se convierte en el núcleo del yo. La expulsión realizada, hace que inicie un concepto del ahí afuera. Entre el sexto y noveno mes comienza a presentarse una diferenciación entre las representaciones self-objeto positivas y negativas así como de las representaciones objeto positivas y negativas. En buena parte determinada por una mayor exploración del mundo externo más realista.
3. Diferenciación de las representaciones del self de la de los objetos.	De entre el sexto y noveno mes y llega a su fin entre los 18 a 36 meses.	Después de la diferenciación que dio inicio en el estadio anterior, comienza una integración (con la cual concluye) de representaciones self-objetos positivas y negativas, en su concepto del self integrado y con la integración de las representaciones de objeto positivas y negativas en la representación de "objeto total", ósea la "constancia objetal".
4. Integración de las representaciones del self y de las representaciones de objeto, y del desarrollo de estructuras derivadas de relaciones de objeto de alto nivel intrapsíquico.	Comienza a final del tercer año y dura toda la fase edípica.	Existe ya un sistema de self definido, y de representaciones de objeto estables. Aquí se consolida el yo, el superyó y el ello como estructuras psíquicas totales. Se inicia la integración del superyó como una estructura psíquica independiente.
5. Consolidación del superyó e integración		Inicia con la integración de todos los niveles del superyó tanto del ideal del yo como del aspecto prohibitivo de

del yo.		éste, lo que disminuye su oposición entre yo y superyó y alienta la identidad del primero. Se establece la estructura del carácter que representa a aquellas conductas predominantes automatizadas que devienen de la identidad del yo. Hay una relación recíproca entre el concepto del self y la estructura del carácter.
---------	--	---

Basado en Michaca, 1987 y Bleinchman y Liberman, 1989.

Proceso de salud-enfermedad La enfermedad para Kernberg es una regresión o fijación en los estadios del desarrollo, donde las instancias intrapsíquicas son las que entran en conflicto. Kernberg postuló una nueva clasificación de la patología del carácter. (Michaca, 1987 y Cueli, et al., 1972).

Proceso terapéutico: Kernberg plantea que su tratamiento hay que elegirlo en caso de patologías borderline, lo denomino "psicoterapia expresiva", donde rompe con el encuadre tradicional del diván y prefiere que las sesiones se desarrollen cara a cara, ya que el material no verbal que proporcionan este tipo de pacientes es muy abundante. Se promulga por utilizar la contratransferencia como instrumento adicional para la comprensión del paciente. Y básicamente plantea toda una guía para el manejo de la transferencia, la cual toma un papel fundamental dentro del proceso terapéutico.

La guía que brinda para el manejo de la transferencia es la siguiente.

1. La transferencia predominantemente primitiva (negativa) debe ser sistemáticamente elaborada en el aquí y ahora, es decir, en la vida inmediata del paciente, ya que este tipo de pacientes (borderline) son más bien ahistóricos. Señala que la elaboración de este tipo de transferencia debe hacerse sobre todo en actings-out severos y disturbios con la realidad externa, que amenace la integridad del tratamiento o la sobrevivencia del paciente.
2. Se debe interpretar las constelaciones defensivas típicas primarias centradas en la escisión.
3. Hay que usar límites para evitar el acting out, respetando en lo posible la neutralidad del terapeuta.
4. La transferencia positiva (menos primitiva) no debe ser interpretada, ya que constituye una mejor alianza terapéutica.

Heinz Kohut.

Concepto de ser humano y principales conceptos. Por su parte Kohut, escribe su teoría intencionalmente en un lenguaje complejo. Una muestra de ello es el término "self object, que utiliza a lo largo de su teoría y que al traducirlo al español, mencionan Michaca (1987) y Cueli, et al, 1972), causa confusión. Por ello es que lo manejan en la lengua original "selfobject".

Sin embargo Bleichmar y Liberman (1989), sí lo traducen como "objetos del self" y de hecho la traducción que se hace del libro original de Kohut (), lo manejan así. Este término se refiere a <objetos del medio externo que son utilizados por el narcisismo, y son estos precisamente los que al internalizarse constituyen al self.

El self para Kohut a diferencia del resto de los otros autores de las relaciones de objeto incluyendo Kernberg, no se constituye a partir de la internalización de las relaciones con los objetos cargados de libido objetal sino de las relaciones de objetos cargadas con libido narcisista. <El desarrollo pulsional es la estructura tripartita de la mente, el desarrollo del narcisismo es el del self>. (Citado en Bleichmar y Liberman, 1989, pág. 395).

Para él, la libido narcisista (aquella que carga al self) no es un paso hacia la libido objetal (aquella que carga a los objetos), cada una de ellas tiene un desarrollo independiente y no son consecuencia la una de la otra. De esta forma postula narcisismos primitivos, inmaduros o patológico, pero también, narcisismos maduros, adaptativos y normales. Kohut desarrolla una teoría que trata de explicar aquellos hechos que conciernen a la estructura del self y sus <self objects>, u <objetos del self> diferenciados o no, más que una teoría de las relaciones de objeto y su eventual diferenciación e internalización.

Habla de un concepto fundamental dentro de su teorización denominado "internalización trasmutadora", que consiste en preservación de una función de objeto perdido, por medio de la internalización, formando una estructura psíquica que realiza la misma función que el objeto realizaba antes de que ocurriera la pérdida "tolerable". Así es como se van creando las estructuras psíquicas que rompen la dependencia que al principio se establece con los objetos del mundo externo. Y se pasa de un estado de narcisismo primario a uno más evolucionado.

El self lo concibe en un primer momento como algo análogo a las representaciones de los objetos, como un contenido del aparato psíquico, pero como ninguno de sus constituyentes. Sin embargo conforme avanza la teoría del self, se constituye como el núcleo de la personalidad. Las dos configuraciones del self son:

1. Self grandioso, en el que el narcisismo original total es salvado por medio de concentrar perfección y poder en el self, separándose activamente de un exterior al que se le atribuyen todas las imperfecciones. Cuando esta configuración está convenientemente integrada proporciona el combustible instintivo para que se haga presente en las formas maduras de autoestima, autoconfinaza, capacidad para aceptar nuestros éxitos sin vergüenza y nuestros fracasos sin culpa ni derrumbes, en la búsqueda de sabiduría y de reímos (humor) de nosotros mismos sin que esto nos destruya.
2. Imago parental omnipotente, donde la psique salva una parte de la experiencia perdida de perfección narcisista global, cuando ésta se ve amenazada por algún disturbio, a través de la idealización de un objeto transicional o selfobject que le da al niño o al adulto protección y apoyo. Es la que evoluciona hacia la formación de un superyó idealizado que sirva de guía. Si su configuración es madura, encontramos que en él subyace las formas maduras de admiración por otros, nuestra capacidad para entusiasmarlos, para adherirnos a una idea o ideal y trabajar por ello, la base para el altruismo y el cuidado genuino por otros que nos provocan satisfacción personal, más allá del amor objetal que

profesamos. (Michaca, 1987; Bleichmar y Liberman, 1989, y Cueli, et al., 1972).

Desarrollo normal: Kohut también presenta su propuesta del desarrollo, es necesario enfatizar nuevamente que él expone la forma en como se desarrolla las relaciones de objeto <narcisistas> y su diferenciación y constitución en el self. En el siguiente cuadro se presenta esto.

ESTADIO	EDAD	CARACTERÍSTICAS
I. Estadio del self fragmentado.		Hay un estado de "no relación objetal" o autista, en el que el sentimiento oceánico del niño le lleva a una configuración omnipotente del self no integrado.
Estadio del self cohesivo.		En este estadio comienzan las relaciones de objeto (con la madre) pero de tipo narcisista, es decir, vividas por el self como una parte indistinta de él mismo, de ahí que la carga libidinal predominante sea narcisista. Este estadio se mantiene por las gratificaciones que obtiene el niño de su madre hasta las inevitables demoras que determinan un rompimiento en el equilibrio omnipotente del niño y le provocan "ansiedad de desintegración". Esta desintegración se elimina por la presencia de un objeto no diferenciado del self (la madre) que rompe el estado de ansiedad, y es por eso que se le atribuye una potencia superior, no sólo por ser capaz de proveer gratificación sino también de romper el estado de ansiedad. Pero para ello es necesario buenos cuidados maternos, un buen self object arcaico.) El equilibrio perdido por las inevitables fallas maternas se recobra por: a. El establecimiento de una imagen grandiosa y exhibicionista del self: <u>el self grandioso, o</u> b. Al ceder la perfección previa a un selfobject (transicional) admirado y omnipotente: <u>la imago parental idealizada</u> Que como ya vimos anteriormente son las dos configuraciones del self.
Estadio diferencial self/objeto		Presenta el desplazamiento de la función que cumplía la madre (self object arcaico), por la del objeto transicional, un objeto que puede ser controlado por el niño. Es un estadio intermedio que después es adoptado internamente por medio de la internalización trasmutadora, la cual tiene un papel principal en la formación de estructuras psicológicas estables que sean capaces de una creciente independencia de los objetos del exterior.
Conciencia del self		Se da la formación de ideales del self, ideales supervyóicos y mantenimiento de la autoestima. A partir de la internalización trasmutadora de la energía libidinal narcisista que carga a los self objects (objetos del self y que ahora cumple la función desde adentro de la estructura.

Basado en Michaca 1987, Bleichman y Liberman, 1989 y Kohut, 1977.

En la formación del superyó, los aspectos idealizados (ideal del yo, no sólo se forma a partir de las fantasías de lo que los padres hubieran querido ser, como se suele explicar, sino que su energía parte de aquellas necesidades narcisistas primarias que no fueron satisfechas, por lo que se tuvieron que internalizar fuera de estadio y se mantienen presentes en la estructura, en forma de ideales desmedidos que provocan ansiedad persecutoria en la búsqueda de la perfección. La imago parental idealizada, que es la configuración de la idealización de un objeto transicional u objeto del self, es la que da una sensación al niño de protección y apoyo, y su separación provoca que se sienta vacío e indefenso, esto porque no se trata de una relación objetual cargada con libido objetual sino de una relación narcisista cargada con libido narcisista. (Michaca, 1987; Cueli, et al, 1972). Para Kohut la relación con los objetos del self relativamente sanos y capaces de responder empáticamente, permiten atravesar la etapa edípica con poca o nula ansiedad de castración. (Bleichmar y Liberman, 1989).

Proceso de salud-enfermedad: Para un sano desarrollo Kohut expresa que es necesario, una internalización trasmutadora de funciones reguladoras mediadas por la madre "suficientemente buena" en la fase de separación, y el "ayudante" (objeto transicional). La enfermedad es un self object arcaico (madre) deficiente que provoque frustraciones constantes y no tolerables. En donde el resultado es un self frágil que regrese a niveles anteriores del desarrollo.

Proceso terapéutico: Para Kohut el procedimiento que plantea consiste en un encuadre general en dos periodos complementarios, que en ocasiones se sobrepone: Un primer periodo que trata de romper las escisiones (vertical) y luego un análisis tradicional que trata de romper las resistencias y con ello, la represión (horizontal). Ya que el sujeto en cuestión, trata de manejar su conflicto recobrando su equilibrio narcisista, ya sea, erigiéndose bajo un self grandioso o bien buscando un objeto omnipotente con el cual protegerse.

Las dos escisiones fundamentales que existen en todo paciente son:

1. Vertical:- implica el uso de defensas primitiva de negación de forma tal que los dos polos (self grandioso e imago parental idealizada) coexisten conductualmente, pero solo uno de ellos alcanza al yo consciente. Lo más usual en los pacientes border es que la imago parental idealizada este en la conciencia y se excluya al self grandioso.
2. Horizontal:- se mantiene por la represión y es la que tradicionalmente concebimos como neurótica. El planteamiento aquí es que si se analizan solo las resistencias relacionadas con la escisión horizontal, la otra persiste, por lo que se considera que han que romper primero la escisión vertical y luego continuar el análisis de forma clásica (cuando esto sea posible).

La cura la concibe en tres pasos, donde los primeros dos, pueden ser descritos como el análisis de la resistencia y el desarrollo de la transferencia, mientras el tercero es la esencia, porque define las metas y el resultado de la cura. Dicho paso se refiere a la apertura al camino de la empatía entre el self y sus objetos, esto estableciendo una (sintonía entre ambos en el nivel de adultos maduros). Ya que

sirve para suplantar las ataduras que ligaban al self arcaico con los self object arcaicos. Se espera que en el tratamiento se reactiven los polos narcisistas en forma de transferencias idealizadas y espectaculares, que vienen con sus consecuentes resistencias.

Aquí es necesario que se explique un poco más acerca de los 3 tipos de transferencia que postula Kohut:

1. T. Espectacular- donde se reviven etapas tempranas del desarrollo del niño, tiene fantasías omnipotentes mediante las que alimenta un self grandioso.
2. T. Idealizadora- se reactiva la relación con los objetos del self, la que el niño vivenciaba como fuente de toda calma y seguridad.
3. T. Gemelar o alter-ego - se reactiva el vínculo con el objeto del self, vivenciado como su gemelo, es decir, un self con el que comparte ideales, ambiciones y metas.

La tarea a realizar es la eliminación de la escisión vertical, intentando que el paciente, integre los aspectos contradictorios de su self grandioso, al igual que se hagan conscientes los impulsos exhibicionistas reprimidos.

La gran diferencia entre los dos autores está, en que mientras para Kernberg las relaciones con los objetos son puramente de tipo objetal, y es a partir de su diferenciación que se constituyen las estructuras de la psique, incluyendo el self; para Kohut además de existir este tipo de relaciones, también hay relaciones objetales de tipo "narcisista", que son las que propiamente dan origen al self.

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta.

Es importante mencionar que la teoría de las relaciones objetales, conservan en gran medida los encuadres y objetivos del psicoanálisis tradicional de Freud, así el nivel de intervención de este modelo teórico es en el nivel reconstructivo, ya que se propone la reconstrucción del desarrollo del individuo, donde las relaciones de objeto y las narcisistas dan origen a las estructuras de la mente y más específicamente al self, hay que movilizar las fijaciones y lograr la integración de los estadios. Respecto al rol del terapeuta, Kernberg hace énfasis, en la neutralidad que se debe conservar a lo largo del proceso para el trabajo interpretativo, pero hace hincapié de no caer en extremos, como perder la empatía. La meta para él sería descubrir los distintos estadios yoicos (imágenes objetales internalizadas correlativas con una imagen de sí mismo y un estado emocional específico) y ayudar al paciente a integrarlos en un todo. Kohut refiere que el rol que debe guardar el terapeuta es de empatía, y una buena función como self object arcaico (objeto del self arcaico). La meta es completar aquel desarrollo que quedó incompleto a través de internalizaciones trasmutadoras que tienen lugar en el proceso analítico, logrando una cohesión en el self que imposibilite su fragmentación ante la pérdida de los objetos del self.

Jacques Lacan: Teoría del Sujeto.

Reformulo las bases mismas de la teoría, la metapsicología y la clínica en el psicoanálisis. Su teoría resulta de la interacción de los enfoques filosófico y psicoanalítico. Su obra es difícil de comprender, su lenguaje es alusivo y complicado, es todo un reto para aquel que desee adentrarse en sus escritos. Aquí se presentará un esbozo de su teoría tratando de atender a nuestra estructura de desarrollo de la información en cada apartado.

Concepto del ser humano y principales conceptos: Para Lacan el lenguaje determina el sentido y genera las estructuras de la mente. La lingüística esta incorporada de forma muy arraigada dentro de su teoría. El inconsciente para él, se estructura como el lenguaje y existe porque hay lenguaje o convención significante. El deseo del ser humano se concibe como que se desliza incesantemente de un objeto a otro, siguiendo el camino que le marca el lenguaje con su organización de desplazamiento sintagmático ó metonímico. Jerarquizó los conceptos lingüísticos para elaborar y formalizar su teoría. Dado que el lenguaje es muy importante dentro de la teoría de Lacan, define lo que es el significado (aquello a lo que se refiere el significante) y el significante (que es incorpóreo), los cuales son dependientes, ya que un significante sin significado no existe, pero hace énfasis en que su relación es arbitraria, pues existen diversos significantes que se asocian a iguales significados en diferentes lenguas. Todas las formas del inconsciente (lapsus, los actos fallidos, los sueños y los síntomas) surgen como resultado de las sustituciones metafóricas (la sustitución de un significante por otro sobre la base de una relación de similitud) ó metonímicas (sustitución de un significante por otro sobre la base de una relación de contigüidad). Lacan habla de tres tipos de registros determinantes en todo ser humano, estos son:

1. Registro imaginario.- el cual consiste en la identificación con una imagen (imago anticipatoria) equivocada que no es uno mismo (estadio del espejo), en un primer momento y luego con el deseo de la madre, el reflejo que proporciona la madre (el otro), con lo que ella piensa del hijo, que de alguna manera tiene que ver con *un imaginario*, imaginario que se tomara en una ilusión a la cual se aspirará a llegar toda la vida. Aquí se forma en un inicio la instancia del yo antes de su determinación social. (Bleichmar y Liberman, 1989).
2. Registro simbólico.- que es propiamente el lenguaje, y se ve reforzado por la problemática edípica. Este registro determina el inconsciente, los deseos, la posición en el medio social. El edipo modificara las imagos anticipatorias pero nunca acabara con ellas.
3. A parte de los registros imaginario y simbólico, Lacan postula el registro de lo real: o la realidad "los significantes la segmentan y la crean". Uno de los sentidos que le atribuye es el de un corte entre los dos registros simbólico e imaginario. "Los tres estilos de identificación coexisten, entremezclados a lo largo de toda la vida" (Bleichmar y Liberman, 1989, pags. 184, 171).

Hace la diferenciación entre el ideal del yo y el yo-ideal. Este último se refiere al imago anticipatoria, lo que no somos pero queremos ser. Y la primera se refiere a

atenuación de esta imago, es propiamente la aceptación como parte de una estructura donde somos un eslabón más de la cadena, de la cual somos perpetuadores al transmitir "la Ley". Ambas estructuras, yo ideal y el ideal del yo, están en constante lucha e interacción. Para Lacan quien posea el falo (significante por excelencia de poder) ordena y reparte los papeles del drama vital.

Desarrollo normal del ser humano: No existe una formulación muy clara de Lacan respecto al desarrollo sin embargo al respecto plantea que en el ser humano existe una imagen fantasmática fragmentada, heredada, previa al estadio del espejo en la cual el sujeto ve su imagen integrada, adelantándose a lo que todavía no es. Como hemos visto Lacan habla del desarrollo en estadios en donde ya los primeros indicios del yo están dados desde el primer estadio (estadio del espejo). Posteriormente el otro estadio en el cual nos identificamos con el deseo de la madre y en un tercer estadio: el complejo de Edipo donde el niño al identificarse con la mirada de la madre (otro), se identifica con una imagen falsa de si mismo (registro imaginario). Se identifica con el deseo de la madre (el falo) y cree ser el falo de la madre, pero esto luego cambia con la fantasía de tener el falo para satisfacer el propio deseo de ser el deseo de la madre. Esta relación diádica con la madre (otro) es interrumpida por la presencia del Otro (padre, la Ley). Se da cuenta de que el padre tiene el falo, porque posee "la Ley", el poder de nombrar al hijo. Al darse cuenta el niño de que no es ni posee el falo, acepta la castración y se soluciona así el complejo de Edipo. Se da cuenta el niño de que su padre tampoco es el falo, sino que solo posee el falo porque lo heredo de sus antepasados, y que algún día el niño heredaría el falo. Al poseer el falo, tiene el padre el poder de nombrar a su hijo, porque posee la Ley. A esto Lacan lo llamo la metáfora del nombre del padre. El niño acepta que no es el falo, pero podrá heredarlo y así mismo podrá nombrar a sus hijos y heredarle el falo. La niña renuncia también a ser o poseer el falo. Al entrar al registro simbólico (lenguaje) termina el complejo de Edipo. El sujeto es un significante para otros significantes. El ingreso a la conflictiva edípica es el gran desafío a las ilusiones narcisistas forjadas en el estadio del espejo, pero estas tiñen definitivamente lo ocurrirá en el Edipo. (Bleichmar y Liberman. 1989).

Proceso salud-enfermedad mental. Lacan da gran énfasis al trabajo con psicóticos, así el psicopático tiene un peculiar uso del lenguaje producido por no acceder al orden simbólico, a la ley. El psicopático tiene un vínculo con su madre en el que no hay espacio para la triangulación edípica. En esta situación, la madre ilusiona al hijo con la creencia de que el es su falo y el hijo vive la ilusión de serlo. La ausencia del padre en el discurso de la madre obstaculiza el ingreso del sujeto al orden simbólico. La ficción compartida por madre es la psicosis. Para Lacan el tipo principal de identificación con el cual funciona un sujeto es importante para determinar la psicopatología. Para Lacan las psicosis y las perversiones tienen como base un estilo de identificación del orden imaginario, mas que del orden simbólico. (Bleichmar y Liberman. 1989).

Proceso terapéutico: Para Lacan, en el discurso del paciente puede haber palabra vacía y palabra plena. Algo es omitido en el discurso cuando el paciente utiliza el "molinete de palabras" y espera la gratificación narcisista de sus conflictos o envolver al analista en ellos. Se mantiene en lo imaginario y queda obstaculizado el acceso a la verdad. Lacan aplica la interrupción de la sesión más que la interpretación para sacar al paciente de las fascinaciones especulares, creyendo que con un corte adecuado logrará, a través del acto, un efecto simbólico e instaurar al Otro y a la palabra plena. Por este medio se trata de desalentar al sujeto de sus imagos y restaurar la verdadera historia, los determinantes de su ser, los engaños del sintoma. El acto produce una salida del registro imaginario y lleva a la palabra plena (registro simbólico). Lacan no da tanta importancia al vínculo paciente-terapeuta tradicional. En cuanto a la transferencia, se aparta del criterio clásico en varios puntos, ya que considera a la transferencia situada en dos tipos: en el plano imaginario y en el plano simbólico. La primera donde si el analista se pone en el lugar del que sabe, se pone en el lugar del Sujeto Supuesto Saber, y el paciente, al esperar que el analista le dé su saber, buscara que le dé su amor también, instalándose de este modo la transferencia, evitando que el paciente revele su verdad a través de la palabra. El analista, como el padre del complejo de Edipo, puede creer y hacerle creer al paciente que es el falo, desconociendo la existencia de una Ley, un Otro al cual ambos (paciente y analista) deben remitirse. Y el segundo tipo de transferencia (simbólica), la cual no es un obstáculo, sino es la eficaz, ya que permite la comunicación auténtica y plena entre dos seres humanos, llegando a la utilización de la palabra plena, y evita que la tarea analítica se convierta en adoctrinamiento intelectual. La transferencia es relativa a la contratransferencia (prejuicios y conflictiva inconsciente del terapeuta). El acceso a la "palabra plena" permite la estructuración del sujeto en su verdad como tal. Esta palabra plena es la que apunta, la que forma la verdad como tal y como ella se establece en el reconocimiento del uno por el otro, tras la emergencia de la cual uno de los sujetos (en la situación analítica) ya no es lo que era antes. Por lo tanto la experiencia analítica convoca a la palabra plena, la cual aparece en la hiancia, en las dificultades del discurso. Para Lacan el inconsciente es la parte censurada del discurso al cual puede accederse mediante los sueños, lapsus, chistes, cuando hay un hueco en el discurso. Se señala, se regresa, se retorna, se cruza su camino, y ello coincide siempre de la misma manera. Pero el sujeto debe también ingresar en el registro simbólico para que quede develada la verdad inscrita en el orden signifiante. (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Nivel de intervención y metas en terapia: Ya que sigue los lineamiento del psicoanálisis tradicional en cuanto a la importancia de lo inconsciente y el manejo de la transferencia y contratransferencia, se sitúa en el nivel reconstructivo. El objetivo último del análisis de Lacan es el descubrimiento del inconsciente del paciente mediante el uso de la palabra plena. (Bleichmar y Leiberman, 1989).

II.2 Abordajes de la Conducta

La terapia o modificación de conducta hizo su aparición en los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta como una alternativa a los modelos existentes en la época, especialmente al modelo psicodinámico. (Feixas y Miró, 1993).

Dicha terapia parte del supuesto fundamental de que la mayor parte de la conducta (aun la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las leyes del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Así el interés se centra en el cambio de conducta observable en sí misma y no en conflictos intrapsíquicos. Para tal fin plantean metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita intervenir en la contingencia y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Lo distintivo de la terapia de conducta es el énfasis en la metodología científica y la validación empírica de los tratamientos. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993 y Marx y Hillix, 1992).

No existe una única teoría del aprendizaje que sirva de marco conceptual a la terapia de conducta, sino existen varias que fundamentan distintas técnicas conductuales. Así que sería muy amplio el trabajo si es que se decidiera desarrollar a autor por autor del movimiento conductista. Por ello es que se presentan los tres grandes paradigmas que explican el aprendizaje finalizando con la exposición de algunos criterios respecto al tratamiento y el rol del terapeuta, así como una lista de técnicas que se derivan de estos tres grandes paradigmas.

Concepto de ser humano y principales conceptos: En este sentido, existen ciertos rasgos esenciales generales que caracterizan a la terapia de conducta o modificación de conducta. Así Feixas y Miró (1993) citan a Berstein y Nietzel en 1980 para tal fin:

- Se considera que tanto la conducta normal como la anormal son principalmente producto del aprendizaje.
- Se les concede menor importancia a los factores innatos y heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia de dichos rasgos.
- Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como la actividad evaluable y cuantificable, tanto en el plano motor, cognitivo o fisiológico.
- Se concede potencial relevancia al método experimental como instrumento impredecible en la descripción, predicción y control de la conducta.
- Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.
- No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional.
- La evaluación y tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar conductas inadecuadas.

- Se considera que el rigor científico no es incomparable con la responsabilidad profesional.

Condicionamiento Clásico

El primer paradigma que apareció fue el "condicionamiento clásico" (descubierto por Pavlov) explica como estímulos neutros (o nuevos) llegan a provocar respuestas innatas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos.

A partir de este modelo, la ansiedad ha sido considerada la clave de los trastornos neuróticos (fobias). La respuesta de ansiedad entendida como una activación del patrón de cambios fisiológicos provocados por estímulos incondicionados pero que al emparejarlos con estímulos neutros también pueden evocar la ansiedad. Pero si consideramos que el proceso de extinción se da a partir de la presentación repetida de sólo el estímulo condicionado (EC) entonces el condicionamiento clásico no es satisfactorio como explicación. Es por ello que Eynseck en 1982 y Mowrer en 1946 proponen dos teorías alternativas: El primer autor entiende que el proceso de extinción puede no ocurrir cuando el EC es fuerte o se presenta repetidamente durante lapsos largos de tiempo y puede adquirir la propiedad de estímulo incondicionado (EI) de modo que la presentación del EC no sólo no provocaría la extinción sino además fortalecería la respuesta condicionada (RC). Por su parte Mowrer dice que en un primer momento la ansiedad se adquiere mediante procesos de condicionamiento clásico pero se mantiene por procedimientos de condicionamiento operante dado que la ansiedad activaría respuestas de evitación que resultarían reforzantes por producir alivio de ansiedad e impediría que se llevara a cabo el proceso de extinción. (Citados en Feixas y Miró, 1993). Este paradigma se usa más para atender problemas de índole emocional, en particular como ya se vino mencionando, angustia. (Kriz, 1985).

Condicionamiento Operante.

Este paradigma se ocupa de conductas que el organismo emite libremente y operan sobre el medio, y están controladas por sus consecuencias ambientales.

Entre la respuesta operante y el refuerzo se establece una relación de contingencia y si la respuesta se refuerza continuamente tenderá a consolidarse, mientras que si no se le refuerza tenderá a extinguirse. Aunque las respuestas también pueden ir seguidas de consecuencias aversivas, los modificadores de conducta han puesto de manifiesto que los procedimientos operantes funcionan mejor si se utiliza un refuerzo positivo. Los refuerzos funcionan mejor cuando se administran de modo contingente y coherente con la respuesta y con la menor demora posible. Hay programas muy definidos a este respecto (programa de reforzamiento: razón fija o variable, y de intervalo fijo o variable). Aquí lo importante es identificar que el refuerzo sea el adecuado a cada caso en específico. Puede emplearse de preferencia este paradigma para problemas de índole conductual, en específico, construir o modificar modalidades de conducta. (Kriz, 1985).

Modelado o aprendizaje observacional.

Este paradigma establece que un observador puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo. Este modelo recurre a mecanismos complejos de procesamiento de la información (computadores), contrarios a los otros dos modelos que se basan en investigación experimental con animales. Aspecto que abre paso a la modificación cognitiva de la conducta. Pero aquí se presentará el modelo más clásico, el de Bandura; este modelo consta de dos fases:

1. La adquisición de la conducta, cuando el sujeto observa a un modelo cómo realiza "X" conducta, y
2. La ejecución, en la que el observador realiza la conducta a partir de la representación simbólica. Ambas fases requieren de la movilización de complejos procesos cognitivos. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

Desarrollo normal del ser humano: No se encontró una postulación clara respecto al desarrollo del ser humano. Más cabe mencionar que para este enfoque el desarrollo está dado en base precisamente a cómo fueron otorgados los premios/refuerzos y los castigos, ponderando los estímulos ambientales más que lo heredado o innato. El niño es modelado basándose en sus padres que sirven en este caso de modelos.

Proceso terapéutico: El objetivo de la terapia de conducta es la modificación precisamente de la conducta inadecuada. Para tal fin es necesario que antes de iniciar el tratamiento, se lleve a cabo una evaluación minuciosa de las consecuencias y aspectos que están controlando la conducta. Aquí se tienen que definir las conductas en término observables y establecer sistemas de registro para tal caso, ya que dichos registros serán imprescindibles a la hora de evaluar el tratamiento. Generalmente los procesos son breves y tienen un número limitado de sesiones. El énfasis está en el tratamiento (técnicas utilizadas), y no en la relación terapéutica. A la cual se le concibe como un vehículo para la implantación de las técnicas conductuales. (Feixas y Miró, 1993).

Kriz (1985) expone la existencia de contratos terapéuticos fijados por escrito, que de hecho se emplean en muchos otros abordajes a causa de la claridad que introducen en la relación. En ocasiones se trabaja con contratos a corto plazo, de sesión a sesión, donde hay de por medio un compromiso con el sujeto en cuestión para hacer, experimentar, expresa, etc. ciertas cosas convenientes con el terapeuta.

Enseguida lo que se presenta en el cuadro con algunas de las bastas técnicas que existen dentro de la terapia de conducta, divididas según el modelo o paradigma que les subyace. Más cabe hacer la señalización de que en la mayoría de los casos interviene más de un tipo de proceso que les subyace, pero atendiendo a su origen se les puede dividir de la siguiente manera:

<p>Técnicas de recondicionamiento Se fundamentan en los principios del condicionamiento clásico, a partir del cual se concibe a la ansiedad como una respuesta condicionada que se encuentra en el origen de muchos trastornos psicológicos. Para tratar este tipo de problemas hay que romper la asociación entre los estímulos temidos y la ansiedad y sustituirlas por respuestas más adecuadas.</p>	<p>Técnicas operantes Aquí sus principales objetivos son: el desarrollo y establecimiento de una conducta, el fortalecimiento de una conducta y/o la eliminación de una conducta. Es necesario poner más énfasis en el planteamiento de los problemas en términos conductuales e identificar muy bien los reforzadores en cada caso.</p>	<p>Técnicas de modelado. Se han utilizado para reducción de conductas hiperactivas en niños, reducción de miedo y el tratamiento de adultos psicóticos. Aquí es importante diferenciar entre sus dos fases: la de adquisición de la conducta y ejecución de la misma. Para tal fin hay factores que mejoran cada una de las fases:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de relajación. 2. Desensibilización sistemática (DS). 3. El entrenamiento asertivo. 4. Técnica de implosión e inundación. 5. Práctica masiva. 6. Terapia aversiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas para establecer conductas. 2. Método de aproximaciones sucesivas (modelado). 3. El encadenamiento. 4. Técnicas para incrementar conductas. 5. El contrato de continencias. (Economía de fichas.) 6. Técnicas para disminuir una conducta (extinción, castigo). 7. El coste de respuesta 8. El tiempo fuera de reforzamiento. 9. Reforzamiento de conductas incompatibles. 10. Condicionamiento encubierto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para mejorar la adquisición: <ol style="list-style-type: none"> a. Características del modelo. b. Características del observador. c. Características del formato de presentación. 1. Para mejorar la ejecución de la conducta. <ol style="list-style-type: none"> a. Factores que suponen incentivo. b. Factores que afectan la calidad de la puesta en práctica de la conducta. c. Factores que afectan el transfer y la generalización.

El proceso salud-enfermedad: No cabe hablar de enfermedad, de síntomas o traumas subyacentes. Ya que las conductas anormales se adquieren de igual forma que las normales. Los trastornos metales, motores o emocionales se entienden como hábitos inadaptados más o menos persistentes que tal como se adquieren se pueden modificar. Extinguir o sustituir a partir de las mismas leyes del aprendizaje que les dieron origen. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

Nivel de intervención, metas de la terapia y rol del terapeuta: El papel del terapeuta consiste en instruir al cliente en el proceder conductual apropiado para solucionar el problema. El terapeuta es considerado un modelo y reforzador social y, a los hechos que ocurren en el contexto de la relación terapéutica se les entiende como procesos de aprendizaje, en los que el terapeuta refuerza ciertas

conductas o modela las conductas objeto del tratamiento. Feixas y Miró (1993) consideran que aunque los terapeutas de conducta dan por supuesta y escriben poco sobre la relación terapéutica, en la realidad establecen una relación empática y colaboradora. La meta en terapia como se menciona más arriba es la modificación de la conducta inadaptada. A través de las técnicas mencionadas que recaen directamente en los paradigmas subyacentes. El nivel de intervención es en el ámbito reeducativo, según la clasificación de Wolberg (1977).

A partir de los años setenta hay un avance del determinismo ambiental de los primeros modelos. Skinner en 1953 introdujo el concepto de autocontrol, entendido como el tipo de conducta que el sujeto debe emitir para controlar otra conducta (cambiar la probabilidad de aparición). Este se produce cuando existe un conflicto en la emisión de un comportamiento, debido a que el sujeto recibe consecuencias negativas y consecuencias positivas por un mismo comportamiento, pero la probabilidad de aparición da ambas difiere en el tiempo. Esta noción de autocontrol se iría apartando más del terreno operante para introducirse cada vez más en el plano de las variables de tipo cognitivo, como un puente entre la conducta de autocontrol y las consecuencias diferidas. Así se da un salto a lo que son los abordajes cognitivos pero muy enraizados con los abordajes de terapia de conducta. (Feixas y Miró, 1993).

A pesar que el abordaje cognitivo algunos autores como Feixas y Miró (1993) lo desarrollan como independiente, en el presente trabajo se hará bajo la línea de Kriz (1985) quien los desarrolla juntos. Esto también por la extensión y espacio que implica el desarrollarlo como un abordaje aparte. Tanto Kriz (op cit.) como Feixas y Miró (op cit.) ofrecen su propia fundamentación de por qué incluir o no este enfoque dentro de las terapias de conducta, pero eso lo abordaremos más adelante.

Abordajes cognitivos

Kriz, argumenta que los abordajes cognitivos se fueron dando como una evolución o desarrollo que hubo dentro de los mismos abordajes de conducta; así considera que " los terapeutas de conducta empezaron desde muy temprano a integrar elementos cognitivos" (Citado en Kriz, 1985, pág. 192). Esto sobre todo en investigadores de orientación más práctica, que decidieron ampliar sus concepciones sobre teoría del aprendizaje con elementos "ajenos a la teoría", observando que esto tenía mayor éxito en sus clientes y éxito terapéutico.

Por su parte Feixas y Miró (1993) consideran que aunque ciertamente comenzó así la introducción de variables cognitivas, no por ello no se ha y se sigue intentando una progresiva vinculación entre ciencia y técnicas cognitivas, para que estas lleguen ha ser una tecnología psicoterapéutica coherente con la psicología cognitiva.

Para Kriz (ob cit.) una de las figuras pioneras dentro de esta evolución de las terapias conductuales es *Arnold Lazarous* durante mucho tiempo discípulo fiel de *Wolpe*, pero que posteriormente defendería el "eclectisismo técnico". Sostenía que lo principal para el psicólogo clínico es asistir al paciente, por lo que no puede permitirse renunciar a técnicas eficaces sólo por interferir con la teoría del aprendizaje.

Algo que caracteriza a los enfoques cognitivos es precisamente la importancia que se le otorgan a las cogniciones, tanto en la génesis como en los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término cognición se utiliza aquí en el sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc., así no sólo este término hace alusión a un proceso intelectual únicamente, sino a procesos complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. (Feixas y Miró, 1993).

Como iniciador de las tendencias cognitivas se considera a *Bandura* y su aprendizaje observacional, sobretudo con el desarrollo que hizo *Homme* en 1965, y su condicionamiento latente en el cual se modifican conductas a base de imaginarse estímulos aversivos si es que se ejecuta la conducta objeto errónea o perjudicial, también se habla de condicionamiento latente de modelo, que consiste en la representación en la fantasía del paciente, la manera en que la persona modelo domina la situación de angustia. *Bandura* también contribuyó con el concepto de "expectativa del refuerzo", concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. (Kriz, 1985, Feixas y Miró, 1993).

Feixas y Miró ob cit mencionan que estas terapias surgieron de pensadores independientes de gran calibre como: *Beck*, *Ellis*, *Kelly* y convergieron en particular con la terapia conductual, lo que dio origen al el enfoque híbrido cognitivo-conductual.

Por tal motivo a continuación se expondrá de forma muy resumida el pensar de cada uno de estos autores en el siguiente cuadro.

BECK	ELLIS	KELLY
Beck considera que el individuo no reacciona tanto a las cosas mismas en cuanto a las percepciones especiales que tiene de ellas y a las interpretaciones por las cuales dota a los objetos de significados especiales para después reaccionar afectivamente a estos. Este autor es conocido sobre todo por su trabajo con depresivos. Sostiene que estos pacientes	Postuló la terapia "racional-emotiva", la cual atiende sobre todo a cogniciones disfuncionales, en forma de "sistemas de creencias". Da mucho énfasis al dialogo interior y la importancia de las representaciones simbólicas, cognitivas de situaciones y sucesos para la percepción, la conciencia y la conducta. Ellis desarrollo una idea de terapia mucho más	Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de dichas estructuras en lo propios términos del sujeto. El cambio psicológico está dado por adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al si mismo y al mundo. Habla más específicamente de

<p>tienen pensamientos negativos ante sí mismo, del mundo y del futuro (llamado triada cognitiva de la depresión). Además postulo "falacias" o "errores cognitivos", sobre las cuales descansan las perturbaciones emocionales. Beck organiza el procedimiento terapéutico en cuatro fases: 1. Observación, 2. Identificación, 3. Revisión de la hipótesis, y 4. Entrenamiento en explicaciones alternativas. Para Beck al igual que los otros dos autores el concepto de "esquemas" es fundamental. Entorno a esto Beck considera que estos están en el núcleo del trastorno cognitivo y las llama también creencias nucleares.</p>	<p>directiva, basada en el "debate racional". Para él la base de las perturbaciones psíquicas se encuentra en el pensamiento, es decir, en el proceso cognitivos disfuncionales que están representados en las formas de "actitudes irracionales". En la genesis de las perturbaciones dio importancia a la predisposición genética y además adoctrinamiento tempranos de los padres, la familia, la sociedad. Pero lo más importante acerca de esto es que el propio individuo se re-adoctrina permanentemente a sí mismo. Ellis creía firmemente que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables. Dentro de su terapia racional-emotiva postula un ABC, que se refiere a lo siguiente: considera que la mayoría de los trastornos psicológicos se hallan en la tendencia humana al pensamientos irracionales, de forma que los acontecimientos (A) se interpretan de acuerdo con un conjunto de creencias (B) basados en imperativos absolutistas y dogmáticos. La consecuencia (C) a estas creencias irracionales de los acontecimientos (propuamente los síntomas) dependen del grado de racionalidad de las creencias que median dichos acontecimientos.</p>	<p>"constructos personales" en tendidos como una compleja red de semántica organizada jerárquicamente que es bajo el cual el conocimiento se organiza. Los elementos más supra-ordenados tienen que ver con esquemas nucleares que definen la identidad de la persona (Self) estos son más cerrados y resistentes al cambio. Desde la perspectiva de Kelly todas las emociones, conductas, sueños, imágenes, pensamientos, etc de una persona no son ajenos al significado que se da de sí misma y al mundo sino forman una parte integrante del mismo.</p>
--	---	---

Basado en los escritos de Knz, 1985 y Feixas y Miró op cit.

Para delimitar, los enfoques cognitivos se presentarán a continuación esbozando las características comunes. (Feixas y Miró, 1993). Dichas características son la integración de las teorizaciones de los tres autores anteriores y de posteriores elaboraciones de otros exponentes, como: Arnkonoff, y Glass, 1982; Guidano y

Liotti, 1986; Mahoney, 1991; Safran et al. 1986; Turk y Salovey, 1988; Kendall, 1986; Meichenbaum, 1969, 1985) Citados en Feixas y Miró, 1993).

Concepto del ser humano y principales conceptos: Todos los cognitivos sostienen la existencia de:

1. Esquemas.- entendidos como la abstracción que resulta de la experiencia previa. Este incluye estructuras cognitivas, que se refiere a la arquitectura del sistema, la cual organiza internamente la información, y proposiciones cognitivas, que se refieren al contenido de tal información. Según la naturaleza de las proposiciones podemos hablar de tipos de esquemas. Los esquemas permiten identificar, categorizar, seleccionar estrategias para obtener más información, resolver problemas y alcanzar metas. Los esquemas del self son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información.
2. Operaciones cognitivas: entendidos como los procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información. Son los responsables de los datos sensoriales.
3. Productos cognitivos: Son pensamientos, autoafirmaciones, imágenes, etc que resultan de las operaciones cognitivas., y reguladas por las estructuras cognitivas. El proceso de creación y renovación del conocimiento no es fácil distinguir una secuencia clara entre estructuras, procesos y productos cognitivos, ya que estos se dan de forma simultánea.

Proceso terapéutico: En general las terapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración. Propone una colaboración abierta con el cliente para enfrentar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución.

- El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto. Se habla de modificación cognitiva, lograda a través de diversos procedimientos algunos propuestos originalmente de cada modelo, y de otros adaptados de la modificación de conducta.
- En lo relacionado a la relación terapéutica, lo que señalan es ajustar las expectativas de la terapia que tienen tanto el cliente como el terapeuta. Creación de un clima de colaboración que después se comporte como un equipo de investigación. Los pensamientos del cliente se consideran hipótesis a verificar. Modelo de relación de experto a experto. El terapeuta debe mostrarse también activo, señalando problema y dificultades, centrándose en aspectos concretos.
- Las técnicas o procedimientos son muchos y muy variados, además vale la pena señalar que son utilizados unos que fueron originados en otros enfoques.

Feixas y Miró, (ob cit) hacen una división respecto a las terapias cognitivas, según su sustrato epistemológico, así hablan de terapias cognitivas basadas en supuestos racionalistas / objetivistas, caracterizadas principalmente por dar

supremacía causal a lo cognitivo sobre lo emocional y conductual. Las otras terapias son las basadas bajo supuestos constructivistas, y se caracterizan por no dar supremacía a los aspectos cognitivos, de los emocionales y de los conductuales, y al respecto proponen contemplar los fenómenos de como expresiones de procesos holísticos y sistémicos. En esta perspectiva las emociones incluso las externas, no se ven sólo como algo trastornado que hay que eliminar sino como formas primitivas y poderosas de conocimiento que indican estados importantes de transición de la estructura holística. Desafían la posibilidad de obtener un conocimiento verdadero de la realidad.

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: El nivel de intervención se sitúa en lo reeducativo, ya que la meta última en terapia es la *modificación* de los esquemas erróneos que nos llevan a actitudes y conductas poco adecuadas, esto para promover una adaptación mayor. El terapeuta es como un guía que lleva al paciente a un examen de sus esquemas internos, que provee la instrucción necesaria para modificarlos.

II.3 Abordajes Humanista- Existenciales.

A este abordaje se le suele conocer como "la tercera fuerza". (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993; Brennan, 1999). Esto sobre todo como una categorización general de varias orientaciones e intereses, y por nacer como un gran movimiento contrario a los dos grandes existentes: el psicoanálisis y el conductismo. Define un amplio haz de variados abordajes, reunidos no tanto por una teoría común, sino más, por un concepto del ser humano bastante homogéneo, y concordancias básicas en el trabajo psicoterapéutico. (Kriz, 1985)

Entre sus raíces filosóficas están: *a)* en el existencialismo con Martin Buber, Soren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Gabriel Marcel y Paul Tillich; *b)* en la fenomenología con Edmund Husserl, Marx Scheler; *c)* en el humanismo clásico de Heder y en el humanismo socialista de Karl Marx. Dentro de las raíces psicológicas tenemos a la psicología de la Gestalt con Kohler, Koffka, Lewin, Wertherimer y Goldstein. (Kriz, 1985).

Sin embargo hay que señalar como lo hace Kriz (op cit) que precursores importantes de este movimiento fueron una serie de partidarios de la psicología profunda, como Alfred Adler, Erich Fromm, Karen Horney, William Reich y Viktor Frankl.

A continuación se expone una síntesis de lo que se entiende por cada una de las corrientes filosóficas en las que tuvo su origen los abordajes humanistas - existenciales.

EXISTENCIALISMO	FENOMENOLOGÍA	HUMANISMO	GESTALT
Busca más allá de valores absolutos,	Para ella la experiencia inmediata	Crece en un hombre determinado desde	Conciben al hombre como

<p>normas establecidas, roles y fachadas. Busca al hombre "real" y su existencia genuina y desnuda. El instante experimentado y vivido existencialmente cobre significación central; no lo que el hombre es, sino aquello en lo cual se convierte cada vez en virtud de su obrar: esa es su esencia.</p>	<p>del acto de conocimiento puede revelar la naturaleza de las cosas, pero para ello hay que tener una actitud fenomenológica "apoché" es decir, la observación del fenómeno debe de estar exenta de cualquier juicio de valor, así como cualquier afirmación sobre sus causas o tras fondos</p>	<p>adentro, por los rasgos de su personalidad, y deja en segundo plano al mundo, pero también una oposición con el humanismo socialista para el cual el mundo y las relaciones sociales eran lo determinante. Glorifica al individuo que se "autorrealiza", que se sitúa más allá del bien y del mal.</p>	<p>una totalidad con una tendencia a autorrealizarse, como fuerza impulsiva que pone al organismo en acción. El hombre es naturalmente bueno y saludable, solo necesita de condiciones amnióticas adecuadas para su crecimiento. Da énfasis a la percepción como proceso fundamental en el ser humano. Habla de que "el todo no es igual a la suma de sus partes.</p>
--	--	---	---

(Basado en Kriz, 1985 y Félixas y Miró, 1993).

Entre los principales enfoques terapéuticos que constituyen este abordaje están: Carl Rogers y la centrada en el cliente, Fritz Perls y la terapia Gestalt, Iacov Moreno y el Psicodrama, y para terminar Viktor Frankl y la logoterapia. Sin embargo de la misma forma que la escuela anterior sería muy amplio desarrollar conforme a la estructura que se ha venido manejando, a cada uno de estos autores, así que se realizará una breve reseña de lo que postulan en el siguiente cuadro. Para posteriormente exponer el abordaje en su conjunto conforme a la estructura trabajada.

<p><i>Carl Rogers. (terapia centrada en el cliente o de dialogo).</i></p>	<p>Privilegia conceptos como: encuentro humano, crecimiento de la personalidad o tendencia a la autorrealización, confianza en las tendencias de curación, libertad personal, etc. Un concepto que cobra importancia en la teoría es el "sí mismo" que organiza y estructura por una parte las experiencias y en otras las desmiente o desfigura. El termino paciente es sustituido por el de cliente. Las perturbaciones no se consideran tanto enfermedades sino déficits de pereatación, falla de crecimiento. Se destaca la responsabilidad del cliente sobre sí mismo (confianza en el cliente). Las intervenciones terapéuticas se caracterizan por la no directividad y el centramiento en el cliente. Otorga mayor importancia a la expresión de los sentimientos, más que al esclarecimiento cognitivo de los problemas del cliente. Trata de acrecentar la percepción de sí y la reflexión de sus</p>
---	---

	<p>sentimientos. Postula 19 tesis que explican su imagen del hombre humanista y existencial. Una de sus aportaciones mayormente reconocidas es la determinación de las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico: Apreciación positiva y calidez emocional (aceptación del cliente como un prójimo y entregarse a un encuentro existencial con él), autenticidad (congruencia consigo mismo), y comprensión empática (ver el mundo del cliente desde el propio marco de referencia de éste y empeñarse en comprender al cliente en su vivir). Lo que se busca en terapia es: una integración,, que consiste en percibir la construcción de un Yo congruente con la experiencia , reducción de los procesos de defensa por medio del aumento de la consideración positiva incondicional que el cliente experimenta hacia si mismo.</p>
<p><i>Fritz Perls. (terapia Gestalt).</i></p>	<p>Entre los elementos conceptuales más importantes en esta terapia están: Autorrealización entendida como una tendencia natural a completar su existencia. Concibe al individuo como una totalidad., llamada Gestalt , cuando ésta se encuentra incompleta entonces se da paso a una perturbación. Otros conceptos que toman importancia es "la asimilación" entendida como la recepción y elaboración de los elementos (hasta entonces ajenos) con miras al propio crecimiento. "Crecimiento" es otro de los conceptos bases y se refiere a la transformación definida como asimilación de lo ajeno del organismo en propio del organismo. Para Perls , tanto la destrucción de lo ajeno, que es premisa de su construcción como algo propio, como el acercamiento a eso ajeno del mundo, y su incorporación, son actos de agresión "dental". Para eso el organismo, tiene que poder distinguir entre lo útil de lo no útil, por una parte, y por la otra, plasmar en plena correspondencia con sus necesidades su contacto con el mundo, estructurándolo en la percepción. El "si mismo" es el integrador del organismo, este abarca los sistemas parciales del yo, ello y personalidad, entendidos como sistemas funcionales. Hay actividades que bloquean la toma de conciencia, éstos adquieren las siguientes formas: Introyección- es la recepción de un material indigesto (no digerido), que permanece como un elemento extraño y no asimilado. Y en terminología freudiana se conoce como elementos del superyó. Proyección- es la renuncia a toda recepción de material, incluido el que de manera originaria y propia pertenecía al organismo, de ahí que determinadas partes no sean reconocidas como propias. Retroflexión- Que es un proceso general de negar, equilibrar o contener la tensión impulsiva, el individuo se hace a si mismo lo que le gustaría hacer a otros. Desensibilización- Como su nombre lo dice desensibiliza los órganos. Las resistencias se conciben como apoyos o mecanismos de protección, remarca el hecho de que la resistencias son vistas por el cliente como auxilios. La confluencia es otro concepto que maneja y se refiere a cuando en el contacto se fusiona el organismo con el medio. La meta en terapia es que la persona en cuestión logre "darse cuenta" de sus emociones, del su sentir del momento, en el continuo experiencial "aquí y ahora". Las intervenciones se forjan siempre sobre la base de la confianza.</p>
<p><i>Iacob Moreno y el psicodrama.</i></p>	<p>El logro de este autor es que creó un procedimiento psicoterapéutico llamado "psicodrama", que consiste en una representación escénica espontánea de conflictos interpersonales e intrapsíquicos, con miras a que se vuelvan visibles dentro del encuadre terapéutico, se les pueda revivir y modificar. La noción clave sobre la que gira el psicodrama es "la</p>

	<p>catarsis". Este procedimiento se usa en variados tipos de psicoterapia desde este enfoque humanista. También se ha usado para figurar y capturar relaciones sociales. El psicodrama de Moreno se basa en el ejercicio de roles, rol como categoría y rol como acción. El primero se refiere a conservas de conductas en las que se manifiestan pautas de acción prefijadas por la sociedad, el segundo se refiere a las representaciones aquí y ahora que constituyen <u>el yo</u> y el sí mismo. Para Moreno el ser humano actúa como un "átomo social", determinado por cuatro aspectos: 1. <u>espacio</u> (íntegra relación del humano con un espacio físico, psicológico, social), 2. <u>tiempo</u>: determinado por el aquí y ahora, el pasado y el futuro pueden ser experimentados existencialmente si se presentifican., 3. <u>realidad</u>: referente al tiempo y al espacio, cuando se representa cosas exteriores, se habla de una semi-realidad, y cuando se representan contenidos psíquicos se habla de realidad excedente., 4. Por último <u>cosmos</u>: referente a un sistema triádico bajo el cual trabaja Moreno, psicodramática, sociodramática y terapia de grupos. Son seis los elementos que se necesitan en el psicodrama: 1. Escenario o lugar de representación, 2. Protagonista, 3. El director de escena (regisseur), 4. Los co-autores - yoes auxiliares o asistentes, 5. Los participantes (caja de resonancia, proporcionan retroalimentación al igual que los co-autores), 6. Las técnicas psicodramáticas - sirven para lograr los procesos, problemas, preguntas, relaciones, etc. Se vuelvan claros para los protagonistas y el grupo.. El psicodrama consta de tres fases: <u>fase inicial</u> (se descubre el problema), <u>fase de acción</u> (de actuación, de representación, de elaboración del problema), <u>fase conclusiva</u> (diálogo, integración, terminación).</p>
<p>Viktor Frankl y la logoterapia.</p>	<p>La palabra "logos" en esta terapia se entiende como "sentido", "falta del sentido de la vida". Así la logoterapia se perfila hacia una búsqueda de sentido. Es importante mencionar que la logoterapia, es considerada como la tercera escuela de psicoterapia Vieneses junto con el psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Adler. Frankl postula la "neurosis noógena" que se refiere a una enfermedad psíquica que se caracteriza por una afección psicógena que se origina en el sentimiento de que nada tiene sentido, en el vacío existencial, (frustración existencial) y también en conflictos de la conciencia moral y colisiones de valores. Pero aclara Frankl que no toda frustración existencial lleva a una neurosis noógena, ni toda neurosis noógena se origina en la desesperanza. También distingue otros tipos de neurosis como: 1. La neurosis somatogénas—2. Enfermedades psicosomáticas.3. Neurosis reactivas. La tarea del terapeuta es ayudar a que el sujeto se ponga en busca de un sentido para su vida, aunque las condiciones (sociales, económicas o físicas) sean malas. Para ello se vale de técnicas como: conversaciones de búsqueda de sentido o diálogos socráticos, en los que son cuestionadas por medio de preguntas las posiciones del paciente. Otras técnicas y las más mencionadas son: 1. <u>La intención paradójica</u>: que consiste en que por medio del humor principalmente, se anima al paciente a que intensifique su síntoma de modo que se crea un nuevo contexto para su aparición rompiendo así el círculo vicioso. 2. <u>Modificación de la actitud y la desreflexión</u>: se entrena al paciente a dirigir su atención y restarle atención a su síntoma, desviándole la atención de él.</p>

Basado en Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993; Marx y Hillix, 1992; Engler, 1996.

La Asociación Americana de Psicoterapia Humanista postuló ciertos conceptos básicos acerca de dicha orientación (humanista - existencial) que se acerca al consenso más formal que hay respecto a los abordajes que constituyen dicha orientación respecto a la concepción del ser humano. (Feixas y Miró, 1993).

Concepto de ser humano: Rosal y Gimeno en 1988 refieren que para este abordaje el ser humano es una Gestalt (totalidad), un conjunto integral, de pensamiento, sentimiento y acción que forma un todo orgánico. Con autonomía e interdependencia social que se refiere a la capacidad para dirigir su propio desarrollo, tomando decisiones y aceptando responsabilidades, pero no sólo en el ámbito individual sino también en el social, así el individuo autónomo individualmente es responsable en la comunidad, tiende a la autorrealización, entendida como una fuerza inherente que lo impulsa hacia el crecimiento y la diferenciación. Para lograr el desarrollo de dicha tendencia se requiere la satisfacción de las necesidades básicas del organismo. (Maslow en 1954, jerarquizó dichas necesidades). Dicho abordaje afirma la tendencia de la acción humana hacia la búsqueda de sentido, es decir, la búsqueda de no sólo aspectos materiales sino aspectos más fácticos como la libertad, la justicia, la dignidad, en un intento de trascender la propia existencia. (Feixas y Miró, 1993).

Desarrollo normal del ser humano: No se encontró una teorización clara respecto a este apartado. No obstante Rogers, como máximo exponente de los abordajes humanistas realiza un breve esbozo de lo que pensaba acerca del desarrollo humano, enseguida se presenta esto:

Para él las características del niño son:

1. Percibe su experiencia como realidad. Su experiencia es su realidad, en consecuencia, tiene más posibilidades que cualquier otro de tomar conciencia de lo que es, para él, la realidad, ya que ningún otro individuo puede asumir totalmente el marco de referencia interno.
2. Posee tendencias innatas a actualizar las potencialidades de su organismo.
3. Interactúa con su realidad en función de esa tendencia a la actualización. Su conducta, por lo tanto, es un intento orientado del organismo con miras a satisfacer las necesidades experimentadas para actualizarse en la realidad tal como se percibe.
4. En su interacción con la realidad, el individuo se compone como totalidad organizada, como una gestalt.
5. Se inicia un proceso de valoración organismica, en el que el individuo valora la experiencia al tomar como criterio de referencia la tendencia actualizante. Asigna un valor positivo a las experiencias que percibe como favorables al mantenimiento y enriquecimiento del organismo. Asigna un valor negativo a las experiencias que percibe contrarias al mantenimiento y enriquecimiento del organismo.
6. Tiende a buscar las experiencias que percibe como positivas y a rechazar las que percibe como negativas.

El desarrollo del yo está dado por 2 consecuencias: 1. Como consecuencia de la tendencia actualizante a la diferenciación, que constituye un aspecto de la tendencia actualizante, una parte de la experiencia del individuo se diferencia y se simboliza en la conciencia: Esta parte simbolizada corresponde a la conciencia de ser, de actuar como individuo, y puede describirse como conciencia del yo. 2. A consecuencia de la interacción entre el organismo y el medio, la conciencia del ser y de actuar como individuo aumenta y se organiza gradualmente para formar el concepto del yo que, como objeto de la percepción, forma parte del campo experimental. (Cueli, et al, 1972).

Proceso salud- enfermedad: La enfermedad es concebida como la falta de percatación entendida como el darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y acciones del aquí y ahora, es una falta de integración de la totalidad (Gestalt) que es el ser humano y el sensación de vacío. Es importante mencionar que hay una oposición por parte de esta corriente a la clasificación diagnóstica de los sujetos (pacientes), ya que la conciben como contraria a la autonomía, la autenticidad y la integridad de la persona. Si la persona es capaz de vivir sus experiencias, sobre todo las relativas al yo, si es capaz de hacerse consciente de sus sentimientos, pensamientos y deseos, sin distorsionarlos, habrá una congruencia entre la percepción que tiene de sus experiencias y sus experiencias reales. La capacidad de decidir y de ejecutar la decisión es el concepto de salud mental en esta corriente, y lo contrario, la enfermedad mental, sería el fracasar por parte del individuo de la autoconciencia de la existencia, del aquí y el ahora del individuo. Rogers habla de un concepto denominado, funcionamiento óptimo, básicamente a lo que se refiere esto es a cuando la personalidad está en estado de cambio, que se modifica continuamente, cuyas conductas específicas no pueden predecirse, más lo único predecible sería que la conducta se manifestará en toda ocasión en un elevado grado de adaptación creativa y que ese individuo estará en proceso continuo de autorrealización. (Feixas y Miró, 1993; Kriz, 1985; Cueli, et al., 1972).

Proceso terapéutico: Ejercen la actividad terapéutica en espacios con pocos objetos decorativos con la finalidad de conseguir una focalización de la atención en lo que está ocurriendo en ese momento. En cuestión del tiempo, recordemos que el "aquí y ahora" es un concepto fuertemente arraigado dentro de esta corriente, ya que facilitar la conciencia de lo que pasa en el momento que se está viviendo experiencialmente, ó sea, en el presente se logra sólo concentrándose en el aquí y ahora. Más la manera en que se logre varía dependiendo propiamente del tipo de terapia que se vaya a emplear. La fantasía juega un papel importante, bien como ensueño dirigido o como fantasía actuada, etc., la utilización de esta sirve de camino para la apertura de aspectos negados e la personalidad. En la utilización de expresión corporal y de la dramatización, se manifiesta el conflicto interpersonal, tiene tres formas de representarse: 1. Con ayuda de otros participantes del grupo, que se denominan "yo auxiliar", 2. Auto-psicodrama imaginario, donde el sujeto representa todos los papeles requeridos, y 3. De la

conducta propia del momento de un individuo en el grupo, animándole a que la expagere o bien actúe su antítesis. (Feixas y Miró, 1993).

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: . La meta en terapia es lograr el desarrollo de las potencialidades del ser humano (autorrealizarse), logrando la percatación de sus sentimientos, pensamiento y acción en el aquí y ahora, recuperando así aquellas partes negadas y olvidadas de su existir. Hay que ayudarle al cliente a la búsqueda de sentido de su existencia. Todo va dirigido a la aceptación de la propia existencia. Este abordaje, pone mucho énfasis en las actitudes que debe guardar el terapeuta para tener éxito terapéutico, en particular quien subrayó en gran medida este aspecto fue Rogers, quien postuló tres actitudes necesarias y suficientes del terapeuta: 1. La consideración positiva incondicional- entender que aquello que expresa el cliente es parte de su experiencia., presupone total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del cliente. 2. Empatía- es la actitud de esfuerzo por parte del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente su comprensión de los sentimientos y significados que expresa. 3. Congruencia- de que todo lo que trasmite el terapeuta debe ser genuino y real, congruencia entre lo que se dice, hace y siente. El terapeuta funge como facilitador del crecimiento potencial existente en el paciente. El nivel de intervención de estos abordajes es a nivel reconstructivo ya que trabajan con material, por así decirlo, olvidado o negado de la existencia. Y por querer lograr ante todo la completud con ese material integrándolo a la totalidad de ser humano (Gestalt). (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

II.4 Abordajes Sistémicos

En este rubro enmarcaremos todos aquellos modelos de terapia que de alguna u otra forma prestan particular atención a los procesos que ocurren en el contorno social inmediato del paciente 'individualizado' e intervienen terapéuticamente en ese plano, es decir, el paciente identificado es sólo una expresión de la disfunción del sistema en su totalidad; así la resolución se apega al cambio del sistema en su conjunto. Se caracterizan por utilizar conceptos como: circularidad, comunicación, estructura, ecología, evolución, etc. Y por que realizan un <cambio de paradigma>, que se refiere a un vuelco revolucionario de la entera imagen del mundo (relacionado con Thomas S. Kuhn) en la esfera de la ciencia, que afecta a los modelos de explicación teórica, a los problemas que es lícito plantear, a los métodos utilizados y a las epistemologías. (Kriz, 1985).

El abordaje se cultiva en estricto sentido, con sus primeros bosquejos en la década de 1950, consolidándose plenamente en el ámbito de la terapia familiar por ahí de los años setenta. (Ludewig, 1996).

Tanto Kriz (1985) como Feixas y Miró (1993) coinciden en afirmar que los abordajes sistémicos en la historia han tenido su desarrollo muy unido a la terapia familiar, más en la actualidad se ha extendido al plano individual y con parejas. La importancia de las relaciones familiares en la génesis de los conflictos

neuróticos se había puesto claro desde los enfoques psicoanalíticos, pero hay que señalar que sólo los remitían al ámbito intrapsíquico y por lo tanto individual. Autores como E. Fromm, K. Horney y H. S. Sullivan, son pioneros en considerar al ambiente psicosocial como involucrado en los conflictos neuróticos. Hoy por hoy casi todos los abordajes terapéuticos incluyen (en esbozo) aspectos sistémicos. (Kriz, 1985).

En los inicios de la terapia de familia, Bateson (uno de los padres de los abordajes sistémicos) y su equipo en el hospital de Palo Alto, publico la teoría del <doble vínculo>, la cual propone una visión de la comunicación esquizofrénica como un intento desesperado para adaptarse a un sistema con estilos comunicativos incongruentes, dicha teoría sirvió de fundamento para el nacimiento del modelo sistémico en terapia familiar. Al concebirse la esquizofrenia como comunicación perturbada, como la única reacción a un contorno o contexto intolerable y confuso, se realiza un paso del sintoma individual al sistema. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

En este apartado variará un poco la estructura que hasta ahora se venía manejando, en el rubro del concepto del ser humano se presentará en primera instancia algunos conceptos fundamentales dentro del enfoque, así como el cimiento teórico que le subyace, para concluir por fin con lo que se considera propiamente como concepto del ser humano. El rubro desarrollo normal del ser humano, no se elaborará, ya que los abordajes sistémicos no hacen una postulación como tal de éste. En el rubro de proceso terapéutico se presentaran las escuelas más importantes de los abordajes sistémicos, ya que cada una plantea su propia metodología de intervención. Finalizando con la presentación de conceptos comunes dentro de la intervención dentro de este abordaje.

Concepto de ser humano y principales conceptos: Como se había mencionado arriba, el paradigma de la ciencia bajo el cual se gobiernan los otros enfoques psicoterapéuticos cambia en este modelo, así la <causalidad lineal> (A entonces B), se cambia por <causalidad circular>, que se refiere a que A y B se influyen entre sí, según un complejo proceso en red (por mediación de otros elementos C, D, E, etc.) donde los influjos del tiempo toman mucha importancia. Así todo influjo de A sobre los otros elementos, revierte sobre A. La pregunta < porqué> cambia por < cómo>. Ya no interesa saber por qué pasan las cosas sino cómo es que pasan. Esto se logra a través de descomponer el todo en secuencias causales parciales. Las estructuras de los elementos, no permanecen estables. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

El concepto de sistema es el concepto básico del presente abordaje, por ello es que se explicará brevemente lo que corresponde a la teoría general de los sistemas (TGS), ya que es precisamente de ésta de donde se toman varios conceptos esenciales en el abordaje. Solo por contextualizar es conveniente mencionar que dicha teoría nació por ahí de la década de los cuarenta como una reacción a los

planteamientos reduccionistas, fue un intento de explicar aquellos fenómenos que dichos planteamientos no podían responder. (Ledewig, 1996; Feixas y Miró, 1993).

Kriz, (1985), considera que un sistema es <un conjunto de elementos y un conjunto de relaciones que se definen entre esos elementos del conjunto>. Etimológicamente, un sistema es una creación <compleja compuesta y separable de otra>. Esto señala la existencia de 3 aspectos importantes dentro de un sistema: los elementos, sus relaciones y sus límites. Para estudiar un sistema es necesario tener claro cuáles son los elementos, las propiedades de estos así como la interacción entre ellos. (Ledewig, 1996).

Dentro de los sistemas existe una noción de jerarquía, por ello es que se habla de: 1. suprasistemas -- que hace referencia al medio en el que el sistema se desenvuelve y 2. subsistemas --- que son los componentes del sistema. Además es necesario diferenciar entre sistemas cerrados -- cuyos componentes no intercambian información, materia, energía, etc con el medio externo. Y sistemas abiertos -- en donde los elementos sí intercambian con el medio externo. Dentro de las propiedades que tiene un sistema es la de autorregularse a través de mecanismos de feedback (retroalimentación) y feedforward (anteroautorregulación) que mantienen sus parámetros básicos de funcionamiento. (Feixas y Miró, 1993). Interesa más la manera en que un sistema mantiene su equilibrio en cuanto a su evolución (desarrollo), más que los procesos estáticos. El concepto de <homeostasis> también es importante ya que un sistema se mantiene en medio de la variación del ambiente. También se habla de <calibración> entendida como la manera en la cual el sistema se aparta del equilibrio hasta el punto en el que de otra forma tiene que encontrar una nueva estructura de equilibrio, que se mantiene (al comienzo) estable. (Kriz, 1985).

Cueli, et al. (1972) mencionan que un sistema no solo se comporta como un simple conjunto de elementos independientes sino como un todo inseparable y coherente (totalidad). También refieren que los sistemas poseen límites, que tiene que ver con aquellas zonas que dividen un subsistema de otro, cuya función es ser un filtro.

Ludewig (1996) desarrolla dos tipos de bases dentro del pensamiento sistémico: 1. Las bases biológicas que afectan la imagen del hombre, el conocimiento y la práctica vital mientras que 2. Las bases sociológicas les interesan la concepción de la comunicación humana y de los sistemas sociales. Ambas bases sostienen la teoría clínica que propone dicho autor. Para este autor el adjetivo sistémico plantea una ideología constructivista de la teoría de los sistemas, ya que echa mano de otras teorías no necesariamente psicológicas para la práctica clínica.

La teoría de la comunicación humana también toma vital importancia dentro del abordaje sistémico. Así, es que a continuación se plasman los postulados más importantes en el cuadro

1. <u>Es imposible no comunicar</u>	Se refiere a que toda conducta dentro de una interacción humana es comunicación. Sin embargo pueden existir situaciones (perturbadas) como en el caso de los esquizofrénicos donde se comportan como si quisieran no comunicar.
2. <u>Toda comunicación presenta un aspecto de contenido (nivel digital) y otro relacional (nivel analógico) de tal manera que el segundo comanda al primero y por eso es una metacomunicación</u>	Los aspectos de contenido se expresan generalmente por vía digital, en forma de palabras. A través de un código lingüístico, preciso y abstracto (similar a los códigos digitales de los organizadores) dicho aspecto se rotula o califica por los aspectos relacionales los cuales se transmiten por vía analógica, por medio de mímica, gestos, tono de voz, etc.; obedecen a un código más antiguo, más impreciso (similar a los códigos analógicos del lenguaje computacional). El lenguaje no verbal es frecuentemente por el cual se define la relación. Toda definición de una relación lleva consigo una definición de sí mismo.
3. <u>Las incongruencias entre los dos niveles de la comunicación da lugar a mensajes paradójicos.</u>	Hay dos tipos de paradojas: las lógicas y las pragmáticas. Las primeras consisten en la contradicción o confusión del <u>mismo nivel</u> (sea el digital o el analógico), las segundas se dan como confusión o contradicciones <u>entre ambos niveles</u> estas están en la base de la teoría del doble vínculo.
4. <u>La definición de la interacción está condicionada por las perturbaciones que introduce el participante.</u>	Para los participantes en la interacción hay un principio y un fin en la secuencia de interacción. <Puntuación> se denomina a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo en la manera de puntuar los hechos es causa de numerosos conflictos en las relaciones.
5. <u>Los decursos de la comunicación interhumana son simétricos o bien complementarios, según que la relación entre los participantes se base en una igualdad o en una diferencia.</u>	Las relaciones simétricas se caracterizan por la igualdad (la existencia de diferencias mínimas). En la conducta recíproca. Es típico en este tipo de relaciones que algunos de los participantes tome la iniciativa, tienden a ser competitivas, tiende la relación a incrementar la igualdad o la simetría. Por el contrario las relaciones complementarias en que las diferencias son grandes en las conductas recíprocas, suponen un a relación desigual entre los miembros, porque uno siempre está en una posición superior respecto al otro. Esta desigualdad resulta complementaria y mutuamente definitoria de la relación.

(Elaborado a partir de Feixas y Miró, 1993; Krnz, 1985).

Ludewig (1996) sostiene una imagen del hombre como un ser biológico-individual y comunicativo: es a la vez autónomo y lingüísticamente condicionado, necesitado, por lo tanto, de otros seres semejantes a él. 'El yo, sólo surge y se realiza en colaboración con un tú independiente; es decir en el nosotros'. (citado en pág. 98). Mediante la lógica del lenguaje el hombre puede - a diferencia de los animales- negar la justificación existencial del sí mismo y del nosotros, y hasta puede aniquilar el mundo vital común. De ahí que el hombre tenga que ser regulado por normas condensadas, con el fin de poner diques a las inclinaciones destructivas, adquiridas por el lenguaje. Pero también mediante la reflexión, se puede tomar conciencia de su dependencia respecto a otros y de la naturaleza, el ser humano posee la capacidad de decidir.

Proceso de salud - enfermedad: Como se ha venido tratando las perturbaciones se dan cuando los niveles de la comunicación son confusos e incongruentes, lo que da paso a una paradoja. Por paradoja se entenderá una contradicción que deriva de una deducción consecuente de premisas extensas de contradicción. (Kriz, 1985). La noción de enfermedad psíquica da un vuelco, ya que no se consideran más <individuales>, es decir, desencadenadas por conflictos internos, se analizan desde este abordaje con relación a su papel y función en las estructuras comunicativas del sistema social. (la familia es un sistema social nuclear). Sin embargo como Kriz (1985) afirma, 'quien destaque el progreso cumplido por el abordaje sistémico al pasar del individuo a la familia no puede eliminar del cuadro a la sociedad u otros metasistemas. Y por otra parte, quien insista en la autonomía de la familia frente a los influjos del ambiente que provienen de la sociedad no pueden descuidar por completo la autonomía del individuo frente a la familia' (citado en la pág. 293). Un sistema patológico se caracteriza por salvaguardar su homeostasis mediante los <sintomas> y por neutralizar la amenaza de los cambios mediante un recoplamiento negativo. (Ludewig, 1996). Sin embargo, Kriz, (1985) plantea que no es adecuado hablar de sistema <enfermo>, ya que lo que parece enfermo desde determinada perspectiva parece, desde otra, como un recurso del sistema (y de la persona que se incluye en él) para organizarse en las circunstancias imperantes o adaptarse al contexto.

Proceso terapéutico: Los procedimientos utilizados para intervenir en este abordaje dependen y varían según la escuela terapéutica que se trate. Es por ello que en lo siguiente se realizará la presentación de las 3 escuelas más representativas que constituyen el abordaje en su conjunto.

<p>Terapia familiar estratégica Escuela Internacional del Mental Research Institute (MRI) (Segunda generación de Palo Alto).</p>	<p>Parten de la concepción global de que el cambio terapéutico no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en su evolución. <Aquí la solución es el problema>. Su intervención se dirige prácticamente a la investigación de la funcionalidad de la conducta problema para cortar la retroalimentación, lo que se intenta es neutralizar la solución aplicada al problema, por parte de uno o varios miembros de la familia, y que, en realidad constituye a perturbarlo. Diferencia entre los cambios que suceden en los sistemas, así, los cambios-1 no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su funcionamiento, sino puramente superficiales. Los cambios-2 si suponen esta modificación y por lo tanto son la resolución. Generalmente para lograr esos cambios se recurre a una reestructuración cognitiva que muchas veces va acompañada de una paradoja. Se plantean un trabajo en diez sesiones, por lo que se cataloga dentro de las terapias breves.</p>
<p>Terapia familiar estructural.</p>	<p>Los mayores exponentes son: Jay Haley y Salvador Minuchin. Privilegia el análisis de la estructura del sistema familiar y de sus subsistemas (incluyendo fronteras y coaliciones). Las intervenciones proceden sobre la base de este análisis, en relación con un modelo fuertemente normativo de la familia <sana>. El postulado más importante es que los sistemas se organizan en</p>

formas de alianzas y coaliciones, lo que requiere un mínimo de tres miembros. La alianza supone una proximidad de dos (o más) miembros, en contraste con el tercer miembro que se sitúa más distante. Cuando esa proximidad se constituye en contra del tercero se considera «coalición». Las coaliciones, por ser negadas son mucho más difíciles de detectar en las entrevistas que las alianzas, que son abiertas y producto de similitudes y proximidades humanas. Los subsistemas familiares tienen límites inferiores, y a su vez, las familias tienen sus fronteras en el exterior. Esos límites o fronteras pueden ser rígidos, difusos o claros. Minuchin sugiere trabajar en fases, a sí la 1era fase consiste en conseguir entrar al sistema mediante la unión y la acomodación (joining) para lograrlo se vale de diversas técnicas. La segunda fase consiste en utilizar técnicas de re-estructuración (refraing) una vez que el terapeuta ha ganado cierta confianza de la familia y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras. Dentro de esta fase es muy importante la re-estructuración de límites, para la promoción de alianzas alternativas

**Terapia familiar sistémica.
Escuela de Milán.**

Se desarrolla en torno a la persona de Mara Selvini-Palazzoli y sus colegas. Parten de la escuela de Palo Alto con un enfoque comunicacional y cibernético. Se concibe a la familia como un sistema cibernético autorregulado, en la que todos sus elementos están interconectados y en donde el problema que se consulta cumple determinada función dentro de la lógica interna del sistema. La principal característica de esta escuela es su adecuación para el trabajo con familias con organización rígida (descritas como transacción psicótica). Algo peculiar es que se comienza a recoger información mediante una ficha telefónica para elaborar una hipótesis circular, la información gira en saber que función cumple para cada uno de los miembros de la familia el sintoma del paciente identificado. Esta hipótesis inicial se revisa a lo largo de la sesión, de modo que gran parte de las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmarla. Las preguntas son circulares. El terapeuta debe de guardar una posición de neutralidad respecto a la familia. Lo que supone que el terapeuta tenga una posición de experto donde sus comentarios adquieren especial relevancia. Utiliza la connotación positiva del sintoma (en término frecuentemente de generoso sacrificio) y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad para cada miembro de la familia. Lo que da paso a la prescripción paradójica, ya que provoca que la familias se ponga en el dilema de confirmar la visión del equipo terapéutico respecto a lo positivo del sintoma y no cambiar, o bien descalificarlo cambiando

A continuación se desarrollan algunas ideas de intervención que a los recorren diversos abordajes de terapia familiar. (Kriz, 1985).

1. El concepto de Joining (alianza de trabajo), fue creado por Minuchin, sin embargo desempeña un papel importante en todos los abordajes. Desde la primera sesión se establece una alianza de trabajo estable entre terapeuta y familia. Para ello se utilizan diversas técnicas como: interpelación para cada uno de los miembros de la familia, disipación de prejuicios, angustias, vergüenzas, hacer un re - encuadramiento positivo del síntoma promoción de autoestima en los miembros. Aquí se resalta el impacto que tiene desde la primera sesión la intervención del terapeuta que transforma el sistema desde su simple intervención.
2. Otro concepto importante y común es el de Reframing (re - encuadramiento), lo que se intenta es re -definir la manera de ver los problemas y el significado de los síntomas, que se liga con la realidad familiar. Para ello también hay que valerse de técnicas específicas como: la connotación positiva del síntoma, en donde se plantea los beneficios que trae el síntoma de cada uno de los miembros en relación con el del paciente identificado. Intervenciones paradójicas que se refieren a prescribir de un modo controlado y específico aquello mismo que constituye el problema, puede presentar varias formas.
3. Trabajo sobre las fronteras, entendiendo fronteras como aquel concepto que se refiere a los límites entre los diversos sistemas, englobando aquí los deslindes entre el nivel intradiádico y extradiádico. Así hay que tener cuidado en las fronteras de determinados subsistemas familiares, realizando valoraciones normativas y tomar decisiones respecto a si se fortalece o debilitan determinadas coaliciones (terapia familiar estructural) o deslindes (límites) de un subsistema. Para lo cual también se utilizan técnicas como. Explicaciones acerca de la representación de roles, confrontaciones y prescripciones de tareas que la familia debe seguir.
4. Escultura familiar, consiste en que los miembros de la familia representen determinadas relaciones y actitudes familiares en la forma de un cuadro pantomímico. Uno de ellos la hace de escultor y los demás tienen que ser disponibles según las indicaciones del escultor.
5. Anamnesis familiar y genograma. La anamnesis se trata de la recopilación de información referente a cada uno de los miembros de la familia así como de la familia en su conjunto como: fechas de nacimiento, generación de abuelos, acontecimientos familiares notables, personas importantes externas a la familia, etc., también es una técnica utilizada frecuentemente como joining, ya que los miembros participan conjuntamente en brindar datos objetivos que reducen la ansiedad inicial. El genograma es la representación gráfica de dicha información.

El uso de la resistencia es un aspecto que cambia dentro de este abordaje, ya que el terapeuta debe abandonar el sentido común, y responder de forma paradójica a las peticiones que el paciente realiza, esto es, respondiendo de forma que se prescriba o se dirija al cliente de modo controlado y específico a aquello que constituye el problema. Por ejemplo respondiendo contrariamente a lo que el cliente espera sea la manera de proceder por parte del terapeuta. (Feixas y Miró, 1993). Para Ludewig (1996) el concepto de resistencia se deja de lado, ya que está equivaldría a una reacción del cliente a unas medidas inadecuadas del terapeuta.

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: El nivel de intervención no está claramente definido sin embargo Wolberg (1977) sitúa a la terapia de familia a nivel reeducativo, ya que valoran más los aspectos de funcionalidad más que causales. La meta dependiendo de la escuela es lograr modificaciones en los patrones de interacción interpersonal, mediante la comprensión de la conducta problema en el contexto de una secuencia de conductas de los otros miembros de la familia en la cual el problema adquiere una funcionalidad, esto con ayuda de técnicas muy específicas de intervención. Respecto al rol del terapeuta, Ludewig (1996) comenta que debe de existir <cooperación> del terapeuta y clientes en busca de un objetivo común, el terapeuta tiene que acomodarse a las características de los clientes.

II.5 Otros Abordajes.

En este rubro se presentarán 3 propuestas terapéuticas que su teoría y técnica no coinciden claramente en ninguno de los abordajes antes desarrollados, de hecho se puede decir que son primitivos intentos de integración, aunque podría resultar aventurado el afirmar esto. Sin embargo es necesario aclarar que Kriz (1985), los desarrolla dentro de los abordajes de psicología profunda, pues sus orígenes los situamos allí. Feixas y Miró (1993) los citan dentro de los abordajes humanista - existenciales ya que la concepción del ser humano se ubica en ese abordaje. Kriz (1985) trabaja la teorización que hace Reich respecto a la vegetoterapia separada de la teorización que realiza Lowen (discípulo de este último) acerca de la 'bionérgica', (Reich es el que sentó las bases de ésta). Feixas y Miró (1993) agrupan a ambos autores dentro de un solo modelo llamado precisamente así, 'bionérgica'. El análisis transaccional de Berne es el tercer modelo que se desarrollará.

Wilhelm Reich (Vegetoterapia, después modificada por "terapia de orgón").

La obra de Reich se caracteriza por un rigor lógico fascinante, la vegetoterapia no es como tal el principio ni la llegada de la teorización que realizó dicho autor, sin embargo sí tomo un papel central dentro de ésta, ya que: 1. contiene las bases de diferentes abordajes de la psicoterapia centrados en el cuerpo, en particular de la 'bionérgica' de Alexander Lowen, y 2. porque el objetivo del presente trabajo se desviaría, si se pretendiera seguir a Reich en sus elaboraciones biofísicas. (Kriz, 1985).

Kriz (op cit) menciona que Reich tuvo que sufrir que un vasto sector de sus teorías fueran desautorizadas por muchos psicoanalistas, además de que partes de ella, eran tomadas sin hacer mención de su autor.

Reich elaboró soluciones para algunos problemas centrales que Freud planteó en un determinado momento, pero que al transcurrir del tiempo por dar prioridad a otras cuestiones y elaboraciones de la teoría, paso por alto. Reich siguió concentrado en los problemas de la economía energética por cuya mediación las

perturbaciones neuróticas se manifiestan y se mantienen. Es así como comenzó su investigación con: la forma en como la energía se liga en las perturbaciones psíquicas, pasando por la elaboración de las nociones de potencia orgásmica, estructura del carácter y reflejo orgásmico, que lo llevo al estudio de los ritmos corporales y de la coraza del carácter, hasta llegar a la vegetoterapia y finalmente a la biogénesis. (Kriz, op cit).

Concepto de ser humano y principales conceptos: Para Reich todo ser humano no tiene un cuerpo sino es un cuerpo. Del mismo modo postuló la existencia de una bio - energía vital ligada a los procesos vitales: la respiración, la postura, la rigidez muscular etc. (Feixas y Miró, 1993). Afirma también Reich, que todo ser humano tiene "potencia orgásmica", es decir, la capacidad para entregarse sin inhibiciones ni bloqueos, a la corriente de energía biológica que se descarga perfectamente en contracciones musculares involuntarias (la relación total de un individuo con su cuerpo y con su pareja). Para este autor los procesos corporales no son independientes de los procesos psíquicos sino, lo decisivo es la postura activa (intención perceptiva) frente a determinado estímulo. Su contrario sería la impotencia orgásmica.

El carácter está constituido por las defensas más habituales desarrolladas desde la infancia que bloquean sus impulsos vitales; tales defensas se organizan en capas que configuran la estructura caracteriológica: se divide en tres capas: 1. la superficie, 2. el rostro que una persona muestra al medio (debajo de ésta existe una capa de fantasía e impulsos peligrosos, grotescos e irracionales (el inconsciente reprimido según Freud), y por último, hasta el fondo 3. la capa primaria, que es como un "mundo de aspiraciones humanas, simples, dignas, de espontánea sinceridad y naturales. (Kriz, 1985).

Habla de "coraza de carácter" que se refiere a la organización de pautas defensivas en el individuo, donde permanece ligada un parte de energía, que sirve como defensa contra excitaciones emocionales. Está coraza posee también la "biografía cristalizada del individuo, "la suma total de todas las vivencias pasadas".

Llamo "coraza muscular" a las tensiones y endurecimientos musculares típicos, que producirán rigideces características en la postura y la expresión.

El proceso de encorazamiento, se refiere a una inhibición vegetativa de funciones vitales. El placer es situado por Reich en los genitales, la angustia en el corazón (sistema cardiovascular) ambos son los correlatos anímicos de la expansión y la contracción. La contracción muscular es el lado corporal del proceso de la represión y la base del mantenimiento de la misma. (Kriz, 1985).

Proceso salud - enfermedad: La imposibilidad de evacuar completamente la energía del interior del cuerpo constituye la enfermedad; ocasionada por la perturbación sexual de la sociedad. La neurosis es la expresión de una perturbación crónica del equilibrio vegetativo y de la motilidad natural, las resistencias típicas de la neurosis se manifiestan en el terreno físico en tensiones musculares igualmente típicas (acorazamientos musculares). Trabaja la diferenciación que Freud había realizado entre neurosis actuales (por una estasis de la libido) y psiconeurosis. A la primera la retoma como 'neurosis por estasis', la

cual es el núcleo de toda psiconeurosis y a la vez toda neurosis por estasis posee una supraestructura psiconeurótica. Además Reich postuló las estructuras del carácter neurótico: 1. Carácter fálico - narcisista, 2. Carácter pasivo - femenino, 3. Carácter masculino - agresivo, 4. Carácter histérico, 5- Carácter obsesivo y por último 6. Carácter masoquista. La salud implica, un carácter no acorazado, capaz de actuar desde la capa primaria del carácter. (Kriz, 1985).

Desarrollo del ser humano: En lo que respecta al desarrollo humano sólo hace alusión a la relación de padres e hijos, que menciona se caracteriza generalmente por una intensa represión de la libido. Hay una mecanizada y autoritaria sofocación inconscientemente de la sexualidad de los niños y adolescentes por encargo de la sociedad. Las bases para una neurosis están en: 1. la atmósfera del hogar neurótico en la primera infancia, después en la pubertad y finalmente en el llamado 'matrimonio compulsivo' que se ajusta a un moralismo riguroso. (Kriz, 1985). Se habla de una memoria muscular donde son almacenadas las represiones de conflictos infantiles (Feixas y Miró, 1993).

Proceso terapéutico: En la vegetoterapia cuerpo y carácter son tratados en definitiva como funcionalmente idénticos. Así es que se analiza el cuerpo, sus bloqueos, sus rigideces, como el modo de entender a la persona en lo concerniente a conflictos y tensiones. (Feixas y Miró, op cit.). Entre los métodos que utilizan se encuentran las diversas formas de masaje. La vegetoterapia atribuye importancia central al trabajo sobre la respiración, sobre todo en una respiración profunda, y emplea ejercicios para el logro de la misma. En general la terapia comienza por el segmento torácico, donde se petrifican en particular la ira, el llanto, la añoranza. Ya que funcionalmente el cuerpo se articula, con relación a la armadura, en siete segmentos: ocular, oral, cervical (cuello), torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. (Kriz, 1985).

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta:

La terapia consiste en resolver los encorazamientos y hacer que vuelva a correr, por movilización de las energías ligadas, las emociones que se habían solidificado. Que se manifiesta en la capacidad para conducirse de manera espontánea, sin angustia y sin inhibición: "potencia orgásmica". (Kriz, 1985). El terapeuta debe confrontar al paciente con sus rasgos de carácter "hasta que comience a experimentarlos como síntomas dolorosos de cuerpos extraños que requieren una extirpación". (Citado en Kaplan y Sadock, 1987 pág. 114). El nivel de intervención es en el ámbito reconstructivo, pues el acento terapéutico está en el estudio de las fijaciones pregenitales, los modos anómalos de gratificación sexual y los obstáculos sociales para una vida sexual satisfactorias; lo cual se ve reflejado en el cuerpo (músculos) donde precisamente se interviene. El terapeuta debe luchar contra las resistencias, transferencias y las contratransferencia, ya que estas son el puente por donde fluyen las ideas y sentimientos de los individuos. (Reich, 1992).

Alexander Lowen (Bioenergética).

Como se hizo mención anteriormente, la bioenergética de Lowen se edificó en buena medida sobre la base de los trabajos teóricos de Reich. Y es más conocida y difundida que la vegetoterapia en la actualidad. Gran parte de los aspectos principales de la bioenergética son los mismos que los de la vegetoterapia. Es conveniente señalar que Lowen elaboró los aspectos esenciales de la bioenergética con ayuda de John C. Pierrakos basados en el análisis del propio Lowen. (Kriz, 1985).

La mayor contribución que hizo Lowen fue proveer a la teoría de Wilhem Reich de un vasto espectro de ejercicios saludables y de indicaciones para el trabajo terapéutico concreto. Además de ampliar las "estructuras del carácter" de Reich con dos tipos más. (Kriz, 1985).

Concepto del ser humano y principales conceptos: Como se ha mencionado líneas arriba, los puntos centrales de la bioenergética son los mismos que los de la vegetoterapia, es por ello que a continuación sólo se plasmarán las diferencias.

En lo que corresponde a la postulación del carácter Lowen distingue cinco tipos: 1. esquizoide, 2. oral, 3. masoquista, 4. psicopática y 5. rígida (las dos primeras son la contribución de él en 1979, citado en Kriz, 1985). Describe cada una de éstas por medio de cierto estado bioenergético, de la forma de manifestación corporal de este, de sus rasgos concomitantes psicológicos y de la mediación de factores causales e históricos. Está clasificación, hay que señalar, no es de los individuos sino de actitudes defensivas neuróticas, "pues un individuo en concreto con sus actitudes defensivas, presenta por regla general una mezcla de estos tipos". (Citado en Kriz, 1985, pág. 126).

Lowen se guía más por la jerarquía de las necesidades en el curso de la infancia para la postulación de las estructuras del carácter, más que por las fases del desarrollo libinidal de Freud, como lo hizo Reich. Dichas necesidades se exponen en el apartado del desarrollo del ser humano. Uno de los conceptos importantes dentro de la bioenergética es el de "arraigamiento" (término utilizado por Feixasy Miró, 1993) o "estar bien plantado" (término utilizado por Kriz, op cit.). Ambos términos se refieren a estar bien parado en el suelo (realidad), que engloba el estar bien parado en el propio cuerpo, en la psique, en la sexualidad, etc.

Desarrollo del ser humano: Kriz, op cit. menciona que para Lowen en el curso del desarrollo, se pueden identificar 5 necesidades jerarquizadas según la fase del desarrollo:

0. Existencia: En el útero el niño está primeramente resguardado y satisfecho por completo, sin verse obligado a anunciar sus necesidades. "Tiene el derecho de existir".
1. Necesidad: El niño tras el nacimiento experimenta una variedad de necesidades, de alimento, de proximidad, ternura, etc. "Tiene derecho a la satisfacción de sus necesidades".

2. **Independencia:** Se trata del derecho a ser autónomo e independiente.
3. **Proximidad:** es un cobijo que se necesita gracias a la independencia adquirida en la fase anterior, dirigido más hacia la personalidad de madre.
4. **Libertad:** Se trata del derecho de ser libre y viene con el oponerse a los padres.
5. **Sexualidad / amor:** entre los tres y los seis años. Es el último de los derechos naturales del niño, que se relaciona con la identidad en correspondencia con su propio sexo y la inclinación amorosa al del sexo opuesto (Complejo de Edipo en términos de Freud).

Las frustraciones recibidas durante estas fases del desarrollo conducen a correspondientes y características estrategias de dominio (las estructuras del carácter).

Proceso salud - enfermedad: La salud tiene que ver con el estar "bien arraigado", "bien plantado" en la realidad, ya que señala la modalidad y la medida del contacto con el suelo, relacionado con el equilibrio, la gravitación y en conclusión con la postura corporal total del individuo en todas sus esferas, incluye el ejercicio de todas las necesidades sin que entren en conflicto. La enfermedad es el choque existente entre las necesidades jerarquizadas durante el desarrollo, así en el carácter esquizofrénico el problema está en el conflicto de existencia Vs necesidad. " si satisfago mi necesidad de intimidad, mi existencia queda amenazada", por ello es que "puedo existir mientras no necesite intimidad", lo que se pretende es que el esquizofrénico compruebe que existencia y necesidad no se excluyen. (Kriz, 1985).

Proceso terapéutico: Lowen desarrolló el trabajo terapéutico rompiendo con el encuadre de Reich y Freud que mantenían a los pacientes acostados, en vez de ello Lowen optó por tenerlos de pie, en correspondencia con su postulación respecto a concepto de "estar bien parado" o "arraigamiento". La bionérgica lo que trata de atender muy en específico son las posturas corporales con sus bloqueos de energía como equivalentes funcionales de las posturas del carácter y los daños psíquicos que las han causado. La bionérgica trabaja con masajes, presión y palpaciones suaves a fin de acrecentar la motilidad, el juego natural y espontáneo de los músculos. Las dos prioridades son: mantener ante todo momento elásticas las rodillas y soltar el abdomen. Pues con la rodillas son un sostén y el abdomen para la respiración libre. Sobre está última y la voz Lowen puntualiza que la respiración proporciona energía corporal, una respiración profunda eleva el nivel de energía, cuya limitación es uno de los rasgos más distintivos de los neuróticos. Respecto a la voz Lowen dice: "<per - sona>, significa <sonar a través>, así es que la voz no sólo es un medio funcional - comunicativo sino también el medio necesario para expresar sentimientos y, aun, a la persona en su totalidad: el recién nacido inicia su respiración con el primer grito" (citado en Kriz, 1985, pág. 132).

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: El nivel de intervención es la misma que Reich, en el ámbito reconstructivo, porque trabaja con los síntomas incapacitantes resultado de la represión de conflictos inconscientes y promueve la maduración del desarrollo emocional, con el fin de traer al individuo al funcionamiento efectivo de la vida. La meta en el tratamiento

es lograr de manera sistemática liberar la tensión física de los músculos crónicamente contraídos y en estado espasmódico. El terapeuta no sólo analiza el problema psicológico, sino además analiza la expresión física de dicho problema tal como se manifiesta en la estructura corporal y en el movimiento del paciente. La relación entre el terapeuta y paciente posee una dimensión adicional pues como el trabajo además de a nivel verbal, se realiza a nivel físico, el analista queda más comprometido en la actividad resultante que cuando emplea técnicas convencionales. El contacto físico en terapia hace que la transferencia y contratransferencia se sitúen en un primer plano, lo que requiere una mayor habilidad por parte del terapeuta para manejar las tensiones emocionales resultantes. (Lowen, 1988).

Eric Berne (Análisis transaccional).

Los postulados básicos del análisis transaccional parte de ideas del psicoanálisis y de la psicología individual; retoma las nociones de energía y libido, así como de un modelo estructural; de Adler retoma las pautas de expectativa social, la constelación familiar y el plan de vida. En general Berne quiso asimilar en su postulación diversos campos del saber, y elaborar sobre esas bases una forma de terapia comprensible para la mayoría de personas y fácilmente comunicable, dirigido no sólo a profesionales sino al público en general. (Kriz, 1985).

Elaboró un modelo de los estados del yo que conducen a una serie de transacciones y juegos. Este enfoque consta de cinco clases de análisis: 1. Análisis estructural, permite conceptualizar al cliente de acuerdo con sus estados del yo predominantes, y de la dinámica interna entre ellos, 2. Análisis de las transacciones, se ocupa del estudio de la comunicación o intercambio de mensajes del estado del yo de un sujeto a otro, 3. Análisis de juego, 4. Análisis de guión y 5. El análisis del desarrollo. (Kriz, 1985 y Feixas y Miró, 1993).

Kriz (op cit) comenta que los conceptos fundamentales del análisis transaccional carecen de una teoría refinada, por lo que fácilmente pueden ser objeto de extensión práctica dentro de otros abordajes psicoterapéutico, sobre todo en la terapia de pareja y de grupos sin hacer mención de la escuela donde nacieron.

Concepto del ser humano y principales conceptos: Pese a su estrecha relación con el psicoanálisis, la imagen del hombre en la que se sustenta el análisis transaccional corresponde con el de la psicología humanista por ello es que Feixas y Miró (1993) lo trabajan dentro de dicha escuela. El hombre es visto como un ser singular y en su totalidad, que tiende hacia la autodeterminación y hacia la responsabilidad personal. La meta última es la autorrealización. Pero es necesario aclarar que también atribuye una parte sádica, cruel, y hambrienta de poderío. (Kriz, 1985).

Para Berne la personalidad se estructura en tres estados del Yo que son determinantes de la plasmación de los procesos intraindividuales - percepción, sentimiento y pensamiento, incluido el diálogo interior y también la actividad dirigida hacia a fuera. Estos estados son: "Yo padre" (P), "Yo adulto"(A) y "Yo

niño*(N). (P) proviene de la interiorización de actitudes parentales realizadas durante la infancia. Tiene relación con las normas sociales, juicios morales, actitudes protectoras, castigadoras, etc. (A) Corresponde a la expresión objetiva de la realidad, y se manifiesta en comportamientos racionales. Media entre P y N. (N) representa los sentimientos, deseos e instintos, que surgen espontáneamente de la persona, que no son controlados, son contenidos fijados de la primera infancia, que en determinadas circunstancias se vuelven operantes. (Feixas y Miró, 1993 Kriz, 1985).

Los estados del Yo no son tomados en cuenta y articulados sólo por referencia su estructura sino también en orden a la función que desempeñan en la plasmación de actividades intrapsíquicas e intersíquicas. Así es que tanto la estructura del padre como la del niño se dividen en aspectos funcionales. (Kriz, 1985).

Berne postulo tres tipos de transacciones, entendiendo éstas, como mensajes interhumanos que pueden ser enviados desde cada uno de los estados del yo de una persona hacia cada uno de los estados de yo de otra, y desencadenar en esta, como reacción, un mensaje correspondiente. Los tres tipos son: 1. Transacciones complementarias: El mensaje parte del estado de Yo emisor y llega a un estado del Yo del receptor (de adulto a adulto), es posible el entendimiento, la cooperación y el diálogo. 2. En las transacciones cruzadas: el mensaje activa en el receptor un estado del Yo inadecuado, surge el conflicto y la comunicación tiende a romperse. 3. Transacciones ulteriores: El mensaje se trasmite en dos niveles (verbal y no verbal) simultáneamente y de forma no congruente. Se dan mensajes confusos. Lo que más importa es descubrir las pautas de transacción típicas, que se repiten con más frecuencia, como expresión de <juegos>, aprendidos. Estos suelen ser manifestaciones de un guión de vida básico de la persona o las personas que intervienen. (Kriz, 1985; Feixas y Miró, 1993).

En lo que respecta al análisis de juego, comprende el estudio de secuencias interactivas más largas y complejas. Berne concibió los juegos como transacciones ocultas, destinadas a manipular a los demás en beneficio propio (ganancia emocional), y catalogó infinidad de juegos directamente comprensible a través de frases cortas que los resume: Ej. "Quiéreme aunque sea una calamidad", consiste en hacer mal las cosas para terminar disculpándose de mil maneras para provocar la compasión ajena. Generalmente la ganancia emocional que se desea es inconscientes para la persona. (Feixas y Miró, 1993, Kriz, 1985).

El análisis del guión se refiere a el estudio de las pautas de comportamiento más arraigadas o de los juegos que más se repiten, relacionada con una especie de programación paterna que se da en la infancia. Está se da en frases que son repetidas al niño, o como mensajes más implícitos: Ej. "Vas a ser un don nadie", lo que lleva a un análisis del desarrollo, que se centra en identificar estos mensajes programados paternos. (Feixas y Miró, 1993).

Desarrollo del ser humano: Al nacimiento no hay estados del Yo como tal, sólo disposiciones. Existen tres necesidades psíquicas básicas o "hambres", innatas: "hambre de dedicación", "hambre de estimulación" y "hambre de estructura temporal". Del mismo modo los sentimientos de amor, alegría, duelo, angustia y cólera son innatos. La necesidad psíquica más importante es la dedicación, se satisface por medio de <caricias> que al principio son físicas (contacto) y con el tiempo se vuelven simbólicas (alabanzas). Por el refuerzo positivo y la internalización de estructuras valorativas y de acción, sobre todo a través de los padres, se manifiesta la estructura específica de los estados del yo en los primeros doce años de vida. (Kriz, 1985).

Si el desarrollo de la personalidad es sano, los tres estados del yo se deslindan con claridad unos de otros, al mismo tiempo interactúan y así plasman una reacción como sistema total (transacciones). Pero si por el contrario no es sano, el resultado será una estructura perturbada de la personalidad donde las fronteras entre las estructuras serán o bien muy ligeras de manera que permitan mezclas incontrolables. O bien, si las fronteras son muy rígidas los estados del Yo se presentan segregados. Esto como se menciono ya, se remonta al desarrollo de la infancia temprana, y en la forma en como aprendimos a satisfacer nuestras necesidades.

Proceso salud - enfermedad: Se habla de enfermedad cuando las fronteras entre los estados del yo son rígidas o bien muy ligeras, esto es, pueden presentarse enturbiamientos que son las causas de la neurosis o escisiones que son la causa de la psicosis, o se pueden dar formas mixtas. Los enturbiamientos tienen que ver con dar realce a un determinado estado del yo que después enturbia a los demás. La escisión tiene que ver con no recurrir o definitivamente excluir a determinados estados del yo.

Proceso terapéutico: El tratamiento depende de la escuela de análisis transaccional de la que se hable. Se distinguen tres escuelas:

Escuela clásica.	El yo adulto y su fortalecimiento, se sitúan en primer plano. El propósito es descubrir el guión y los juegos predilectos, y emplear el poder del terapeuta para contraponer modalidades nuevas de pensamiento y de conducta a los mensajes y contra-mensajes de los padres.
Escuela de la catexis.	Se dedica sobre todo al yo padre, pone de manifiesto los adoctrinamientos y los modifica, para lo cual el trabajo es en buena medida cognitivo.
Escuela de redecisión.	Se concentra en los procesos orgásmicos totales, la autorregulación de la personalidad y atiende a decisiones tomadas por el niño (para hacer relativos los adoctrinamientos de los padres) estas decisiones - y los conflictos ligados a ellas- se elaboran hasta construir la capacidad de revisar aquellas decisiones y de adoptar otras nuevas.

Basado en Kriz, 1985.

En general se utilizan esclarecimientos de enunciados del cliente, confrontaciones, explicaciones, ilustraciones, interpretaciones, y cosas como dedicación, persuasión y exhortación. Toma técnicas de otras variedades de terapia como: la silla vacía, el trabajo sobre los sueños y trabajo corporal, los juegos de roles, también se combinan técnicas cognitivo - conductuales tales como la desensibilización sistemática, los contratos terapéuticos y la restructuración cognitiva entre otras.

Nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta: La meta del análisis transaccional consiste en elaborar las posiciones vitales básicas, los sistemas y sentimientos extorsivos, incluidos en los mensajes de guión que se recibieron como adoctrinamientos, y a los juegos que de ellos resultan, logrando desenturbamientos y rupturas en las escisiones (restableciendo la plena capacidad de percepción y pensamiento del yo adulto). El terapeuta debe seguir tres aspectos básicos: permiso, potencia y protección. -Permiso- para que el cliente pueda contradecir el mensaje del guión de los padres, potenciando- en el cliente el convencimiento de la "fuerza mágica" del terapeuta, y protección- el terapeuta debe proteger y apoyar al cliente ahora despojado de sus juegos y sus estereotipos de acción. Su nivel de intervención es el ámbito re-constructivo, ya que trata de descifrar el guión de vida y deshacer los enturbamientos.

GRANFRENTEZCO 1991

III. MOVIMIENTO INTEGRACIONISTA DE LA PSICOTERAPIA.

En este capítulo se pretende describir el *Movimiento Integracionista de la Psicoterapia (MIP)*; una tendencia dentro del campo que en otros países tiene un desarrollo bastante intenso mientras que en México es poco conocida.

Comenzaré conceptualizando y definiendo el movimiento integracionista de la psicoterapia, después se presentará una reseña histórica de la integración psicoterapéutica desde los años treinta hasta los ochenta, y de los años noventa se presentarán los trabajos de integración localizados en nuestro país, citando sólo el resumen. Posteriormente se expondrán los factores que justifican la integración en psicoterapia, los tipos de integración y otros aspectos sobre la integración. Para terminar se expondrán diecinueve estudios recientes que se han efectuado sobre integración terapéutica de los cuales partirá el análisis en el capítulo IV.

Goldfried (1995) señala que la integración en la psicoterapia ha supuesto un avance importante dentro del campo, aunque sólo sea por la conciencia que han logrado los terapeutas de diferentes orientaciones en las similitudes entre orientaciones y las contribuciones exclusivas de cada una de ellas.

Niemeyer (1992) afirma que la psicoterapia de integración es la línea que cuenta con más adeptos dentro del mundo de la psicoterapia. Bietman en 1989 dice: "los modelos integradores en psicoterapia son las psicoterapias de los próximos años". (Citado en Mirapeix, 1993 pág. 9).

El movimiento integracionista girará en torno a dos asociaciones: La *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration S.E.P.I.* (Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia de Integración) organización americana interdisciplinaria de profesionales interesados en estudiar los avances de la psicoterapia que no se limita a una sola orientación teórica. Sociedad fundadora del movimiento.

También se encuentra la *Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia S.E.I.P.*; organización formal que tiene la misión de procurar el *acercamiento* entre varios terapeutas de diferentes países y orientaciones teóricas, creando espacios de diálogo y retroalimentación informal para la integración de la psicoterapia en España.

Son bajo estas dos organizaciones que se aglutina la integración psicoterapéutica.

III.1 Definiciones y conceptualizaciones.

Navarro-Beltrán y cols (1984), consideran que "integración" es el acto de cooperar para un fin común.

Mirapeix (1993) comenta que "integración" es el proceso de unificación de entidades antagónicas o no.

La integración se relaciona estrechamente con el "eclecticismo", de ahí que también se definirá este término.

El diccionario de la Real Lengua Española define eclecticismo como: la escuela filosófica que procura conciliar las doctrinas que parecen mejores ó más verosímiles aunque procedan de diferentes sistemas.

Otros piensan que eclecticismo es el método o práctica de seleccionar lo que parece mejor de varios sistemas. (Diccionario Larousse Ilustrado).

Mirapeix (1993) por su parte considera que eclecticismo es el proceso de seleccionar conceptos, métodos, estrategias de una gran variedad de teorías.

El *movimiento integracionista de la psicoterapia* es una tendencia que se promulga a favor del reconocimiento de los límites de la propia orientación teórica (paradigma particular), ampliando la forma en como los terapeutas conceptualizan sus casos, y con más voluntad de experimentar otros métodos. (Goldfried, 1995).

Es un esfuerzo de profesionales de varios países interesados en despertar conciencia en aquellos terapeutas que siguen trabajando dentro de una orientación determinada. Partidarios de una evolución desde la pluralidad, hacia la exploración de un avance común. (Branco, 1992).

Evolucionar hacia la exploración de un avance común dentro del campo de la psicoterapia implica una transición desde posturas eclécticas hacia lo que se conoce en la actualidad como el *movimiento integrador de la psicoterapia*; desde formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas hacia el esfuerzo por contribuir a una maduración y desarrollo cualitativo del campo de la psicoterapia en un clima cooperativo de exploración de la integración.

Es importante señalar que se denomina "*exploración de la integración*" para distinguirlo del "*sueño unificacionista*". En efecto, el movimiento integrador no pretende llegar a la fusión de todos los modelos en uno, pretensión científicamente ingenua y éticamente discutible por sus connotaciones totalitarias. Más bien aboga por la constitución de un marco de diálogo que sustituya la lucha de escuelas por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques existentes. (Feixas y Miró, 1993, Goldfried, 1995).

El movimiento trata de fomentar y coordinar los esfuerzos por investigar los mecanismos de cambio descritos por distintos modelos terapéuticos, a menudo con terminologías diferentes. Y le da un gran peso a esta investigación. (Feixas y Botella, *intenet*; Goldfried, 1995).

Mirapeix (1993) dice: "Como integradores, sintetizamos, absorbemos, introyectamos, conocimientos que otros campos y escuelas nos aportan". (Citado en pág. 13).

III.2 Reseña histórica de la Integración de la psicoterapia.

Desde hace mucho tiempo los profesionales de la salud mental se han cuestionado acerca de la posibilidad de integrar los diversos enfoques de la psicoterapia.

Mirapeix (1993) comenta que los fundadores del movimiento integracionista de la psicoterapia son entre otros: Watchel (1977); Garfield (1980); Frances et al (1984), Norcross (1986, 1987, 1992), Bietman (1987) y Beutler (1983, 1990).¹

Este mismo autor plantea que el nacimiento del movimiento integracionista de la psicoterapia fue en Annapolis Maryland, EEUU, donde el 7 y 8 de junio de 1985, se celebró el primer congreso de la S.E.P.I., Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia Integradora, aunque como se verá más adelante dicha sociedad se fundó en 1983.

Goldfried (1995) por el contrario cita como fundadores del movimiento a Watchel P, Strupp, Hans, Birk L, Stickker G, Wolfe B y él, entre otros. Considera que desde los años treinta se pueden rastrear personajes que concebían un tipo de acercamiento entre las escuelas terapéuticas, pero que fue hasta la época de los ochenta que se generó un interés más intenso al respecto. Antes de ese momento era sólo una cuestión que se dejaba entre ver en la literatura sobre psicoterapia.

Sin embargo Mirapeix (1993) afirma que los indicios de integración dentro de la psicoterapia se pueden rastrear hasta Freud, pues su ensayo "*psicología para neurólogos*", es un intento "frustrado" de unir universos discursivos aparentemente muy distintos. Así cita: "Freud es uno de los pioneros en la historia de la integración" (citado en p. 10).

Volviendo con Goldfried (1995), él comenta que el tema de *acercamiento* entre los diversos enfoques terapéuticos rara vez era mencionado en las fuentes bibliográficas, lo que dificultaba la tarea del *análisis histórico*. Menciona que la poca información que se tiene, son algunas citas que los diversos autores realizaban en sus obras o acerca de artículos, capítulos y libros de otros autores,

¹ Ninguna de estas referencias es localizada en nuestro país.

y es precisamente en lo que esta cimentada la reseña que se presenta a continuación.

La exposición siguiente en su mayoría está basada en el capítulo doce titulado "*Historia de la integración psicoterapéutica*" de Goldfried (1995). Describe los 50 años de historia de la integración desde los años treinta hasta los ochenta.

Los indicios de integración se remontan a los años treinta. Autores como: (Goldfried, 1995; Mahoney y Niemeyer, 1998; Feixas y Miró, 1993; Garfield y Kurtz, 1977; Feixas, 1992 consideran que "*la integración*" comenzó o tuvo sus orígenes en intentar unir a las dos escuelas o modelos terapéuticos más grandes de la época: *El conductismo y el psicoanálisis*.

French, que podemos citar como otro de los pioneros de la integración de la psicoterapia, sostuvo la existencia de paralelismos entre el psicoanálisis y el condicionamiento de Pavlov, esto durante un encuentro de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1932, lo cual generó distintas reacciones entre los asistentes; algunas de apoyo, otras en contraposición y algunas otras neutrales.

En una ampliación a los esfuerzos de French, Kubie en 1934, mantenía que ciertos aspectos de la técnica psicoanalítica en sí misma podían ser explicados en términos de reflejos condicionados, ya que Pavlov había formulado la posibilidad de la existencia de ciertas asociaciones ajenas a la conciencia del individuo porque tenían lugar bajo un estado de inhibición.

Rosenzweig en 1936 publicó un artículo donde describía los posibles factores comunes que tenían las diferentes psicoterapias. Este autor afirmaba que la efectividad de la psicoterapia estaba en los factores comunes que se encontraban en ellas más que en las explicaciones teóricas en las que se basaban.

Dollar y Miller en 1950 otorgaron a la historia de la integración un avance importante con su libro: *Personality and Psychotherapy* en el cual describían en detalle una forma de entender conceptos psicoanalíticos (como regresión, represión, desplazamiento, etc.) desde la óptica de la teoría del aprendizaje. A pesar que sólo tradujeron un sistema de lenguaje a otro también señalaron ciertos factores que podían ser comunes a todos los enfoques terapéuticos.

Thorne en ese mismo año (1950) se interesó por lograr una integración terapéutica basándose en lo que sabemos empíricamente sobre la forma de funcionar y cambiar de las personas. Así publicó su libro: *Principles of Personality Counseling* que es un libro sobre psicoterapia ecléctica. Su objetivo muy en específico era lograr así como en la medicina, principios básicos de funcionamiento que guiarán la práctica en psicología y psicoterapia.

El clima político y social conservador de los años cincuenta quizá desánimo a los terapeutas interesados en algún tipo de acercamiento dentro de la psicoterapia a

escribir al respecto, por lo que a principios de los años sesenta fue poco lo que se escribió entorno a ello. Pero en la siguiente década se publicó multitud de libros y artículos referidos al acercamiento entre los enfoques terapéuticos.

Frank en 1961 con su libro: *Persuasion and Healing* contribuyó muy significativamente para la integración de la psicoterapia durante los años sesenta. En su libro se refería a los aspectos comunes en diferentes áreas de influencia personal. Frank se dedicó a defender los factores comunes hallados en las diversas psicoterapias.

Alexander en 1963 colaborador de French, en uno de sus últimos textos publicados antes de su deceso, sugería que la terapia psicodinámica podía entenderse en términos de la teoría del aprendizaje y mencionaba: "Estamos observando el inicio de una integración prometedora de la teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje, lo que puede conducirnos a avances imprevisibles en la teoría y la práctica de las psicoterapias" (pág 488, citado en Goldfried, 1995 pág 196).

London en 1964 sugería en su libro: *The Modes and Morals of Psychotherapy*, las limitaciones inherentes asociadas tanto con la orientación psicodinámica como la conductual diciendo: "Los terapeutas expertos en cualquier escuela efectúan una cautelosa combinación de técnicas, una combinación que se deriva del hecho de que las personas son considerablemente más simples que lo que consideran las escuelas del insight, pero también más complejas de los que creen los terapeutas de la acción". (pág 39, citado en Goldfried, 1995 pág 196).

Wolf en 1966 en tomo al acercamiento entre el psicoanálisis y el conductismo señalaba que: "Mantengo que su integración es inevitable antes o después, sin embargo, algunos o muchos de nosotros podemos reunirnos a ello apasionadamente. El psicoanálisis no puede permanecer mucho tiempo ajeno a las ciencias conductuales, como la ciencia de la conducta humana tampoco puede ignorar durante mucho tiempo más el cuerpo de conocimiento acumulado por las escuelas del pensamiento psicoanalista". (citado en Goldfried, 1995 pág 196).

Lazarus en 1967 postulo el concepto de "**eclecticismo técnico**", mantenía que se pueden emplear diferentes sistemas sin aceptar necesariamente los argumentos teóricos asociados a estos métodos. Consideraba que la norma final de utilidad debería residir en cimientos empíricos y no teóricos.

En ese mismo año, Garfield describió principios comunes a las diferentes psicoterapias dentro de su libro introductorio de psicología clínica.

Así Brammer en 1969 también apoyaba la necesidad de un tipo de eclecticismo en el campo de la psicoterapia que se basara en hallazgos empíricos sobre la efectividad de diferentes procedimientos clínicos.

Patterson en 1967 escribió un artículo sobre los elementos convergentes y divergentes de diferentes psicoterapias.

Woody en 1968 mantenía que la integración de la terapia conductual y la psicodinámica era particularmente relevante para los casos que no respondían a un tratamiento único.

Sloane en 1969 manifestaba que existen factores comunes a la terapia conductual, psicoanalítica y centrada en el cliente. Mientras que Marmor consideraba que ningún modelo terapéutico puede ser totalmente aplicable a todos los casos. Y Brammer creía que el tipo de eclecticismo que requiere el campo terapéutico se basa en los hechos empíricos sobre la efectividad de diferentes procedimientos clínicos.

Ya en los años 70', Brirk en un artículo describía dos casos clínicos para ilustrar la posible integración de la terapia conductual con la teoría psicodinámica.

En el año de 1971:

Frank subrayaba algunos factores comunes a todos los enfoques, este personaje se caracteriza por su empeño en los factores comunes a los diferentes tratamientos para la salud mental.

Marmor también en ese año elaboró un artículo sobre la integración terapéutica en el que señalaba, que toda terapia independientemente de las técnicas usadas, es un proceso de aprendizaje, así tanto las terapias psicodinámicas como las conductuales son simples técnicas de aprendizaje y sus diferencias se basan en parte en diferentes metas y sus presupuestos sobre la naturaleza de la psicopatología.

Bergin reconoció las importantes contribuciones empíricas que la terapia conductual había comenzado a hacer. Woody también en ese año publicó un libro combinando procedimientos conductuales con otros orientados al insight y apoyaba el eclecticismo técnico de Lazarus. Mark advertía igualmente tendencias iniciales hacia el acercamiento, observando, que los terapeutas "son menos recios a adoptar métodos y pedigrees ajenos a sus propios sistemas teóricos.

En el año de 1972:

London en un artículo recomendaba a sus colegas terapeutas no enamorarse en exceso de las propias teorías terapéuticas, advirtiendo que, "el principal aspecto científica y clínicamente, son los hechos". También Martin trata de integrar la teoría del aprendizaje con la teoría centrada en el cliente, y muestra dos documentos sobre aspectos teóricos y clínicos asociados con la integración de las terapias psicodinámica y conductual. Feather y Rhoads hicieron una descripción de los procesos universales de cura, observados en psicoterapeutas y curanderos.

En lo que corresponde al año de 1973:

Birk señalaba que un área complementaria entre el enfoque conductual y psicodinámico era que el primero manejaba más estímulos externos y el último tendía a centrarse en estímulos de naturaleza más interna. Strupp hizo referencia a los aspectos comunes que subyacían a todas las psicoterapias, así como puntualizaba la utilidad de la relación terapéutica como vehículo de cambio que proporciona al cliente/paciente experiencias correctivas de aprendizaje.

En el año de 1974:

Hubo una explosión sobre el acercamiento terapéutico, se escribió mucho al respecto. Birk y Brinkley - Birk manifestaban una integración conceptual del psicoanálisis y terapia conductual. Sugerían que con un modelo integrador, el insight podía establecer el estado del cambio mientras que la terapia conductual proporcionaría algunos de los procedimientos mediante los cuales puede producirse el proceso de cambio. En sus palabras: "Lo que realmente se requiere en esta fase, sin embargo, es un diálogo entre los clínicos de ambas escuelas cuya finalidad es el acercamiento genuino, la comprensión mutua y la intención de forjar una nueva teoría del aprendizaje clínico para la psicoterapia".

Kaplan también describía la forma de integrar el enfoque psicodinámico con métodos basados en la ejecución. Silverman sugería igualmente a sus colegas psicoanalíticos que hay mucho que aprender a partir de enfoques que podían favorecer la efectividad del tratamiento psicoanalítico.

En el año de 1975:

Raimy del mismo modo que Frank en los años sesenta, sugería que diferentes enfoques terapéuticos parecían estar más dirigidos a modificar los malentendidos que las personas tienen sobre sí mismas y sobre otros, y esto es un factor común.

Watchel mantenía que los enfoques conductuales, que tratan de manejar ciertas conductas problemáticas, pueden ser incorporados directamente al marco psicoanalítico. Él siguió profundizando sobre la integración en su obra *Psychoanalysis and Behavior Therapy*, donde defendía que la convergencia de procedimientos clínicos de cada orientación podrían favorecer la efectividad de nuestras orientaciones.

Durante 1976:

Appelbaum sugería que algunos métodos de la terapia guesáltica pueden complementar técnicas psicoanalíticas más tradicionales. Después incursionó hacia las técnicas más de orientación humanista.

Wandersman, Poppen y Ricks incluyeron capítulos en su libro *Humanism and Behaviorism* donde tratan de reconocer los puntos de posible integración de diferentes orientaciones terapéuticas.

Burton en su libro *What Makes Behavior Change Possible?* Hace referencia a la amplia gama de orientaciones terapéuticas, en donde se trabajan los ingredientes esenciales del cambio terapéutico en general.

Hunto defendía que en ese momento no existía ninguna orientación que pudiera manejar todo el material clínico. Hacía la observación de que se necesitan de diferentes orientaciones terapéuticas para obtener un enfoque comprensivo del tratamiento.

Goldfried y Davison reconocían que los terapeutas de diferentes orientaciones clínicas tiene mucho que decir entre sí, sugería que ya era hora de que los terapeutas conductuales comenzarán a dialogar con sus colegas no conductuales.

Garfield y Kurz encontraron que el 55% de los psicólogos clínicos de Estados Unidos se consideraban eclécticos. Las dos orientaciones más frecuentemente usadas en combinación eran la psicodinámica y la conductual.

Garfield y Kurtz en 1977 señalaban que la razón más usual para emplear más de un marco teórico se basaba en las necesidades del trabajo clínico.

Y Lazarus reiteraba su "eclecticismo técnico", subrayando la necesidad de trascender a los límites de los datos, del mismo modo que otras escuelas, movimientos y sistemas cerrados se adhieren a sus propias ilusiones.

En 1978:

Krasner sintetizaba la historia del conductismo y del humanismo, señalando que ambas orientaciones comparten algunas perspectivas comunes sobre el funcionamiento humano.

Strupp comentaba algunas tendencias convergentes que parecían estar produciéndose en cada una de las orientaciones. También Brown presentó material que reflejaba la integración de la terapia psicodinámica y la conductual. Y Ryle sugería que la psicología cognitivo-experimental podía proporcionar el lenguaje común para las psicoterapias.

Durante 1979:

Prochaska, en un texto describía a varios enfoques terapéuticos, concluyendo que el desarrollo de una orientación transteórica que combinara los aspectos probadamente efectivos de diferentes enfoques terapéuticos.

Sarason por su parte sugería que la psicología cognitiva experimental podía aportar un sistema conceptual para el entrenamiento de ambas orientaciones.

Strupp, Hans y Goldfried elaboraron una lista de profesionales que podían estar interesados en la integración de la psicoterapia (integración no sólo en el sentido de orientaciones teóricas sino también entre el trabajo clínico y científico), y les enviaron una carta donde se les pedía que se unieran a una gran red informal de investigadores y clínicos partidarios del acercamiento en la psicoterapia. La respuesta a esta carta fue todo un éxito, ya que se pudo formar una gran red de profesionales interesados al respecto.

Ya en los años ochenta Goldfried sostenía que a un nivel de abstracción apropiado para el análisis comparativo sería aquel que estuviera entre la técnica específica y la exploración teórica de la potencial efectividad de dicha técnica. Defendía que en este nivel intermedio de abstracción – a nivel de una estrategia clínica común – se encontrarían los puntos de intersección. Afirma que una estrategia clínica común a diferentes orientaciones es la de proporcionar al cliente una experiencia correctiva, particularmente en referencia a las actividades relacionadas con miedo.

Nielsen describía el modo en que ciertos conceptos psicodinámicos se reflejaban en la práctica de la terapia Gestalt. Goldfried y Strupp mantuvieron diálogo sobre el acercamiento entre orientaciones en la Convención del AABT, en el cual coincidían que un análisis final, cualquier esfuerzo por hallar puntos en común debe basarse en lo que hacen los clínicos y no en lo que dicen hacer.

Marmor y Woods mostraban en su libro *The interface between the Psychodynamic and Behavioral Therapies* que ningún enfoque terapéutico podía manejar todo el comportamiento humano.

En un informe Larson indicaba que aunque los terapeutas empleaban normalmente una única orientación como principal punto de referencia, el 65% reconocía que su trabajo clínico incluía contribuciones hechas por otros enfoques terapéuticos.

Garfield publicó su libro *Psychotherapy: An eclectic Approach*, donde expone una perspectiva de la psicoterapia con orientación empírica en referencia con las diferentes orientaciones terapéuticas.

En 1981:

Bergin dirigió un Simposium en los encuentros de la Asociación Americana de Psicología sobre terapia Ecléctica Sistémica, en la cual los participantes comentaron la creciente tendencia hacia la convergencia entre las psicoterapias.

Un pequeño grupo de clínicos e investigadores de varias orientaciones (Garfield, Goldfried, Horowitz, Imber, Kendall, Strupp, Watchel y Wolfe) mantuvieron un encuentro de dos días de duración para determinar si podían comunicarse entre sí sobre material de casos concretos.

Lazarus detallo los procedimientos clínicos para la práctica de su terapia multimodal así como el artículo de Rhoads describía e ilustraba la integración clínica de la terapia conductual y la terapia psicoanalítica. Gurman también describía la combinación de diferentes orientaciones terapéuticas en un enfoque empírico multifacético de intervención marital.

En 1982 Bergin sugería que nadie que trata de entender los quehaceres del ser humano se limitará a principios simples de funcionamiento. Así dependiendo del aspecto del funcionamiento orgánico que interese se requerirán de diferentes principios. De esta forma se necesitan de principios. Ese mismo año se mando por correspondencia un cuestionario

Watchtel y Goldfried enviaron un cuestionario por correspondencia a todos los partidarios que se habían unido a la formación de una gran red a favor de la integración en el año de 1979. Un total de 162 individuos completaron el cuestionario, manifestando que seguían interesados en el acercamiento y ofreciendo sus puntos de vista sobre el posible futuro de la red informal. Entre los aspectos que se preguntaban en dicho cuestionario estaban: la necesidad de editar una revista dedicada a aspectos teóricos, clínicos y científicos asociados a la integración psicoterapéutica. El 65% estaban a favor y el 35% en contra. Argumentaban los que estaban a favor que esta revista serviría para combatir la fragmentación que caracteriza al campo de la psicoterapia además de que fomentaría la publicación de artículos para la integración y aportaría medios para que los interesados pudieran identificarse con sus esfuerzos. Otra de las preguntas era que si existía la necesidad de que se formara una organización, el 72% contesto que si ofreciéndose incluso a dedicar su tiempo y trabajo para este fin.

En el año de 1983, el 15 de julio en Nueva York tuvo lugar una reunión organizada por Paul Wachte!, Lee Birk, Jeanne Phillips, George Stricker, Barry Wolfe y Marvin Goldfried, para platicar acerca de los resultados que se obtuvieron sobre el cuestionario. Llegando a comprender que era tiempo que se hiciera algo con una red informal que cada vez se hacia más grande. Así que se decidió formar "una organización formal que facilitará los contactos informales entre sus miembros". Fue así como se constituyó la Society of the Exploration of the Psychotherapy of Integration: SEPI.

Hasta aquí se presentaron los 50 años de historia de la integración de la psicoterapia. A continuación se presentan los resúmenes de los artículos que se localizaron, por año de publicación desde los años 80 hasta el 2000.

En 1985, en el campo de las investigaciones aplicadas encontramos el artículo de Ramirez Juan José titulado: *Aplicaciones del eclecticismo técnico a una reacción obsesiva compulsiva* en el cual expone un caso de una paciente de 24 años de edad obsesivo compulsiva que fue tratada en dos fases: una psicodinámica y otra técnica, ésta ultima fase fue abordada con técnicas derivadas de las terapias conductuales y las terapias estratégicas.

En 1990:

Villegas publica su artículo: *Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia*. Lo que presenta es un intento de categorización, de estos términos distinguiendo sincretismo, eclecticismo e integracionismo, plantea posibles alternativas y termina proponiendo un modelo integrativo sobre la base de la perspectiva metateórica.

Harter, elabora su artículo: *La psicoterapia como proceso reconstructivo: Aplicaciones de las teorías integrativas para la investigación*. Lo que intenta poner en evidencia en dicho artículo es la falta de un marco teórico de referencia coherente dentro de la investigación integracionista, que ha limitado la misma. Por ello propone a la teoría de constructos personales de Kelly y otras teorías constructivistas compatibles con dicha teoría como marco más heurístico y comprensivo que además de proporcionar diferencias entre la efectividad de los enfoques, también sugiere estrategias potenciales para maximizar la efectividad.

En el año de 1991:

Feixas publica un artículo titulado: *Del individuo al sistema: la perspectiva cosntructivista como marco integrador*. En donde hace alusión a los tres niveles en lo que puede conceptualizarse los fenómenos clínicos: (individual, interaccional y sistémico). Lo que él propone es que cada uno de los enfoques terapéuticos tiene su foco principal de aplicación en uno de estos niveles. Así cree que la epistemología constructivista puede ofrecer un marco integrador, capaz de operar en estos tres niveles. Igual que Harter, él también propone a la teoría de los constructos personales de Kelly y al constructivismo sistémico.

García Moreno plantea en su artículo: *El análisis transaccional y las otras psicoterapias dentro de un movimiento integrador* una búsqueda de la integración, de la reconciliación y la complementabilidad entre las psicoterapias, habla de los efectos que el movimiento integrador ha tenido entre las psicoterapias y expone las características generales de dicho movimiento.

En contraposición Zarsoza Escobedo publica su trabajo: *Problemas del eclecticismo: un caso*, en el que argumenta las causas por las que el eclecticismo no es funcional e incluso lo califica de incoherente, pragmático y sincretico, esta postulación la elabora apoyándose en el caso la educación especial.

En el año de 1992 hubo un incremento en la publicación de artículos, al menos en lo que se localizó en México:

Branco, publica su artículo: *De la torre de Babel al esperanto terapéutico: Notas sobre la investigación e integración en psicoterapia*. Informa de que la característica más destacable en el campo de la psicoterapia ha sido la iniciación de un diálogo

entre las escuelas tradicionalmente enfrentadas y los esfuerzos paralelos hacia la integración. Plantea la importancia de llevar a cabo estudios orientados, no solo a la identificación de los principios comunes de todas las orientaciones, sino también a la identificación de sus contribuciones diferenciales. Intentando construir un nuevo sistema conceptual integrador, capaz de optimizar los procesos de toma de decisión, en el sentido de seleccionar las intervenciones que se mostraran más eficaces con las distintas poblaciones clínicas.

Bohart propone en su artículo titulado: *Un modelo integrador de proceso para la patología y la psicoterapia* que la patología es una incapacidad para aprender a retroalimentarse (entendida como la capacidad para responder eficazmente al flujo continuo de nueva información generada por las interacciones con situaciones específicas), más que distorsiones o conductas disfuncionales. Cree que el cambio terapéutico esta en sacar provecho del potencial implícito en los esquemas nucleares o rasgos de personalidad y hacerlos evolucionar de forma funcional. Considera que las diferentes terapias son teorías sobre cómo los individuos no consiguen enfrentarse productivamente a la retroalimentación problemática.

Feixas afirma que la perspectiva constructivista conlleva a un buen número de implicaciones significativas para la integración de las psicoterapias. En su artículo: *Coconstructivismo e integración en psicoterapia* expone esto. También expone los tipos de integración y pone de manifiesto que el movimiento par la exploración de la psicoterapia es visto como un componente de la evolución de los sistemas de conocimiento del colectivo de teóricos, investigadores y profesionales de la psicoterapia.

García Moreno de la misma manera que Feixas expone los distintos tipos de integración en su artículo: *Experiencias sobre integración de las psicoterapias*. Enfatiza una de los tipos de integración, la integración complementaria, exponiendo sus experiencias personales. Hace algunas reflexiones al final acerca de la problemática planteada por el movimiento integrador.

Gimeno-Bayon presenta un artículo titulado: *Un trabajo de integración en psicoterapia: el enterrado de la vida*. En el cual expone el caso de una depresión mayor, tratada con un enfoque integrador de orientación humanista. Se focaliza el trabajo en relacionar cómo los distintos modelos terapéuticos pueden ser utilizados conjuntamente, aun y cuando en determinadas fases de la terapia predominar alguno de ellos. La utilización de uno u otro modelo de intervención se encuadra dentro de una concepción sistémica y holista de la psicoterapia. Entre los enfoques más utilizados aparecen el fosusing, la psicoterapia gestalt, el análisis transaccional y el psicodrama encuadrados en una alianza terapéutica de talante postrogeriano.

Goldfried pública: *Integración en psicoterapia: ¿Crisis de madurez de la terapia del comportamiento?*. En el cual realiza una valoración y revisión de la trayectoria seguida por este autor y la terapia de modificación de conducta después de 25

años de trabajo. Propone actitudes abiertas hacia la integración con otras corrientes psicoterapéuticas, con el objetivo principal de aumentar la eficacia en el trabajo clínico.

Lazarus y Mesmer en su artículo: *¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa*. Lazarus sostiene que los esfuerzos de integración de las psicoterapias en el ámbito teórico han fomentado una desafortunada proliferación de enfoques que rivalizan entre ellos, similar a la que ya existía entre las escuelas de psicoterapia tradicionales no integradas. Mesmer considera que este florecimiento de teorías integradoras es inevitable, e incluso, deseable, con una visión contruccionista social de la realidad. Lazarus aboga por el eclecticismo técnico, regido más por observaciones que por teorías, como alternativa para la integración teórica. Mesmer argumenta que las observaciones están cargadas necesariamente de contenido teórico, y que las técnicas importadas de otras escuelas de terapia son asimiladas y modificadas por un nuevo contexto clínico y teórico en que son empleadas, por lo que deberían ser validadas de nuevo.

Neimeyer considera en su artículo: *Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: una contribución constructivista* que no es de sorprenderse que el eclecticismo se este convirtiendo en la orientación más popular en cuanto a la práctica de la psicoterapia. Pero subraya que también los enfoques integradores predominantes guardan ciertas limitaciones como consecuencia de su defensa implícita de un ideal unificador, cosa que ignora la incompatibilidades fundamentales entre los modelos teóricos. Presenta una crítica constructivista al unificacionismo, postulando una forma más limitada de integracionismo teóricamente progresivo, que intenta mantener la coherencia de un modelo ecléctico más elaborado.

En el año de 1993:

Omer publica: *The Integrative Focus: Coordinating symptom and person oriented perspectives in therapy* (El foco integrativo: Coordinando las perspectivas orientadas al sintoma y a la persona en terapia). Presenta una posible respuesta a la fragmentación teórica - conceptual de las orientaciones eclécticas/integradoras de la psicoterapia proponiendo a los modelos breves de terapia y un foco integrador que contenga las perspectivas sintomáticas y personales con mira tanto al mejoramiento sintomático a la par con el desarrollo personal del cliente en terapia.

Mirapeix presenta en su trabajo: *Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de la escuela*, la definición del modelo integrador en psicoterapia, describe los posicionamientos epistemológicos que sustentan esta concepción, realiza algunas reflexiones teóricas en torno al enfoque integracionista, explicando un poco su postura en contra posición al de algunos

otros autores partidarios de dicho enfoque integracionista, desarrolla además ciertos aspectos técnicos de este mismo enfoque.

En 1994:

Este mismo autor elabora: *Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. Antecedentes, justificación, epistemología, aspectos teóricos y técnicos.* Propone un enfoque integrador cognitivo analítico descrito por Anthony Ryle, pero con algunas modificaciones. Se abordan a demás, los antecedentes históricos de la psicoterapia cognitivo analítica, haciendo referencia a los intentos de síntesis entre conductismo y psicoanálisis que ya habían llevado a cabo en el pasado, a fin de poder encuadrar los aspectos teóricos y técnicos, propios de esta concepción.

Ryle y Beard presentan en su artículo: *El efecto integrador de la reformulación: psicoterapia cognitivo - analítica en un paciente con trastorno borderline de la personalidad*, el impacto de 26 sesiones de psicoterapia cognitivo analítica en un paciente borderline a través de informes dados por el paciente en las entrevistas de valoración durante el seguimiento.

Watchtel pública: *Del eclecticismo a la síntesis: hacia una integración psicoterapéutica con menos posturas.* Critica el hecho de que los terapeutas de orientación integradora realicen una combinación de elementos derivados de diversas orientaciones teóricas más que una verdadera síntesis. Comenta que sin embargo, en ocasiones se consiguen algo más cercano a la verdadera integración, y merece la pena examinar esos casos, ya que pueden dar indicios sobre cómo se lograr la integración de una manera esmerada. En el trabajo examina el material clínico que constata que puede lograrse dicha síntesis.

Sorín presenta su trabajo: *Hacia una terapia sin adjetivos*, en el cual expone un análisis crítico de los sistemas psicoterapéuticos contemporáneos. Propone una psicoterapia sin adjetivos donde la congruencia y la sistematización es necesaria más que un eclecticismo.

Casas Rivera pública: *Reflexiones en torno al eclecticismo como práctica asistencial en psiquiatría pública.* En el cual brinda una propuesta de acercamiento entre los diferentes modelos psicopatológicos de la enfermedad mental que a su parecer son los más relevantes (biológico, conductista, psicoanalítico y sistémico), intentando vislumbrar los factores comunes entre ellos, la comprensión de un modelo desde otro y la delimitación de influencia de cada uno, tratando de presentarlos en su conjunto como complementarios y no como antagonicos. Trata de lograr esto a través de entender al psiquismo como una totalidad única que puede ser estudiada desde diferentes puntos de vista. Por ello subraya al eclecticismo como práctica terapéutica en psiquiatría pública.

González Rivera y Revuelta da a conocer: *Objetivos en la formación de psicoterapeutas*. En este trabajo propone precisamente homogeneizar los objetivos que se deberían tomar en cuenta en la formación y el desarrollo de programas que favorezcan el aprendizaje de la psicoterapia general, dada la diversidad de escuelas psicoterapéuticas existentes. Considera que los tres elementos básicos para una formación completa son: aprendizaje teórico, el trabajo clínico supervisado y experiencia terapéutica personal.

En el año de 1995 Lazarus publica: *Eclectisismo e integración: concientizarse de los peligros*. En el cual se orienta por elegir un enfoque ecléctico sólo cuando no hay elección posible de tratamiento bien documentado sobre el trastorno en particular, o cuando esos métodos establecidos no consiguen los resultados deseados. Hace énfasis en no confundir observaciones con teorías. Afirma que las técnicas provenientes de diferentes disciplinas han enriquecido los recursos del clínico. Expone el ejemplo de una mujer agorafóbica que fue tratada con terapia ecléctica con la intención de poner en relieve los pro, contras y peligros del eclecticismo y la integración.

Aizpuru de la Portilla presenta su trabajo titulado: *Los trastornos de la alimentación y de las adicciones: una perspectiva ecléctica*. En el cual plantea una aproximación ecléctica sobre la etiología y el tratamiento de estos trastornos, a través del abordaje de tres grandes esferas: la física, la emocional y la espiritual, propone un tratamiento que incluye la psicoterapia individual y la grupal.

En 1996 Ginter presentó su trabajo titulado: *Three pillars of mental health counseling—watch in what you step*. (Tres pilares del consejo en salud mental – ¿a qué ritmo va usted?). Propone tres pilares u apoyos del consejo en salud mental, que a su parecer son "obvios", es decir, evidentemente manifiestos; tal obvio es precisamente lo que los hace importantes e indispensables. Que definen y proporcionan una estructura para representar el consejo en salud mental. Afirma que dicha estructura comparándola metafóricamente con una estructura de ingeniería, posee las características de estabilidad, donde cada uno de los pilares son esenciales e interdependientes.

En 1997 Patterson publicó un artículo titulado: *Theoretical Unity and Technical Eclecticism: Pathways to Coherence in Family Therapy*. (Unidad Teórica y eclecticismo técnico: los senderos a la coherencia en la terapia familiar). La premisa de este artículo es que el campo diverso de la terapia de familia será mejor servido, si la teoría que subyace un modelo clínico se identifica claramente y las diversas técnicas se integran bajo una base sistémica. Para lo cual propone un método que consiste en la especificación de los objetivos primarios y la causalidad inherente que subyace en un modelo teórico.

Thomas O'hare; Collins Pauline (1997) presenta en su trabajo: *Development and validation of a scale for measuring social work practice skills*

(El desarrollo y validación de una escala para medir habilidades prácticas en el trabajo social). Describen el desarrollo de un instrumento para medir habilidades prácticas en el trabajo social derivadas de la investigación en la integración de la psicoterapia y los modelos ecléctico psico-sociales del trabajo social, basado en datos de 285 internos que completaron el "Inventario de Habilidades Prácticas".

En 1999:

Hollanders publica: *Theoretical orientation and reported practice: A survey of eclecticism among counsellors in Britain* (Orientación teórica y práctica informada: Un estudio de eclecticismo entre consejeros de Bretaña.) Presenta la tendencia creciente de consejeros en Bretaña a informar una orientación teórica y práctica ecléctica. Distingue entre eclecticismo en el sentido amplio (entre las diferentes escuelas terapéuticas, ej. Psicoanálisis - conductismo) y en el sentido estrecho entre las diferentes corrientes dentro de una misma escuela terapéutica (por ej. relaciones objétales - psicología del yo).

Beutler presenta: *Flexibility: The Training of Eclectic Therapists.* (Flexibilidad Manualizada: La capacitación de terapeutas eclécticos). Plantea que los entrenamientos manualizados se han ido situando como un estándar en la investigación en psicoterapia, y rápidamente han sido adoptados en clínica y aconsejados para los programas de entrenamiento en psicoterapia. Aunque todavía no hay evidencia que demuestre que el entrenamiento manualizado mejore los resultados, ni reduzca las cualidades inespecíficas de los terapeutas ni que atenúe el juicio clínico.

Jacob K. S presenta el artículo: *Mental disorders across cultures: The common issues.* (Los Desordenes mentales a través de las culturas: Los aspectos comunes). Plantea que a pesar de que existen diferencias entre las culturas respecto a la enfermedad mental y entre los mismos sistemas de medicina, los problemas que encaran los profesionales en su quehacer alrededor del mundo son similares. Tal situación considera exige menos estructuras teóricas rígidas y un enfoque ecléctico al cuidado de la enfermedad mental que utilicen conceptos, categorías y terapias tanto orientales, occidentales e indígenas. Para este autor, dicha perspectiva única provendría de la afirmación de que los sistemas individuales de medicina actualmente utilizados son inadecuados cuando se emplean aisladamente.

En el año 2000 encontramos:

Arkoff público: *Two examples of strains in therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy* (Dos ejemplos de tensiones en la alianza terapéutica en una terapia cognitiva integradora). Expone dos casos para ilustrar las tensiones en la alianza terapéutica en este tipo de terapia. Los argumentos que da son el desarrollo, la personalidad y los constructos de terapia breve, los cuales sirven para entender las tensiones en la alianza y su confrontación directa o no.

Grosh y Olden presentan su artículo: *Clergy Burnout: An integrative approach* (Fracaso en el Clero: Una aproximación integrativa). Aborda el fracaso de los clérigos como resultado de 2 tipos de factores distintos: los sistémicos externos como el pobre soporte administrativo y las condiciones de trabajo tan difíciles o bien el resultado de factores intrapersonales como un alto idealismo, personalidad narcisista tipo A y perfeccionismo. En esta propuesta ambos factores son compatibles e integrables, así integrando la psicología de Kout con la teoría de los sistemas de Bowen, hace más fácil entender el fracaso. Además comentan que dicha propuesta hace más claro el tratamiento pues ambas teorías ponen los principios para lograr ello.

Magnatinativa presento: *Integrative relational therapy of complex clinical syndromes: Ending the multigenerational transmission process*. (Terapia racional integradora de síndromes clínicos: Fin del proceso de transmisión multigeneracional). Donde expone el tratamiento de los síndromes clínicos complejos que ofrecen un desafío especial al médico de salud mental, debido a la interacción entre la personalidad desordenada del afectado y los síndromes clínicos. Los avances en el diagnóstico relacional y la clasificación de sistemas de personalidad disfuncional pueden orientar y guiar el quehacer clínico en la mayoría de las modalidades de los tratamientos múltiples y secuenciales. Para este autor dicho tipo de terapia ofrece un tratamiento basado en un armazón biopsicosocial y principios sistémicos.

Alfredo Gaete catedrático de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ofrece un artículo por internet que se titula: *Teoría Psicológica: Una Propuesta Integradora* en el cual plantea una propuesta integrativa. Su trabajo pretende argumentar que la existencia de cualquier contradicción entre los modelos psicoanalítico, sistémico, humanista-existencial y cognitivo-conductual (y, en definitiva, entre cualquier teoría psicológica), sólo es posible en la esfera de lo epistemológico, ya que a nivel teórico toda contradicción queda disuelta. Y brinda algunas conclusiones en aras de la integración teórica en psicología. Así realiza un breve vistazo metateórico a los distintos enfoques.

Castello Blasco Jorge presenta su trabajo por internet titulado: *Integración y Cambio en Psicoterapia*. Con el objetivo de estudiar las distintas modalidades de cambio que se producen en psicoterapia, y sugerir el enfoque que considera más adecuado para su consecución. En primer lugar se estudia el cambio terapéutico desde dos vertientes, su magnitud y sus dimensiones, abordando así una doble perspectiva cuantitativa y cualitativa respectivamente. Realiza algunas reflexiones sobre la unidad del sujeto en tanto organismo biopsicosocial, favorece un enfoque psicoterapéutico integrador a efectos de conseguir cambios en todas sus dimensiones, con atención especial a las más afectadas. En la parte final resalta que las tendencias futuras de la psicoterapia se dirigen hacia la integración, considerada como una totalidad teórico-técnica que pretende aprehender la

complejidad del sujeto e intervenir sobre ella, y no como una simple mezcla inconexa de técnicas fruto de diversas escuelas.

III.3 Factores que influyeron y justifican la integración en la psicoterapia.

En este punto se presentan los factores que han propiciado el fenómeno contemporáneo de la integración de la psicoterapia y que justifican su aparición y permanencia dentro del campo.

Norcross en el año de 1986 brindó la siguiente lista de factores influyentes en su libro titulado *Hanbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York: Brunner Mazel: (Citado en Feixas, 1992; Mirapeix, 1993; Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, internet; Branco, 1992):

1. Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.
2. Una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos.
3. Ausencia de eficacia entre las psicoterapias.
4. Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias.
5. Énfasis en las características del paciente y de la relación. Terapéutica como principales ingredientes del cambio.
6. Factores socio - políticos y económicos.

1. Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.

Ya Parloff desde 1976 comentaba que cualquiera que deseará una terapia, debería decidir cuál de las más de 130 diferentes enfoques existentes será el más útil (Citado en Goldfried, 1995; Feixas y Miró, 1993).

En la actualidad se cuenta con más de 400 formas de tratamientos lo que da una idea de la gran capacidad generativa de la psicoterapia, como área de conocimiento, para crear realidades diferenciadas, pero también da cuenta de la incapacidad para integrarlas, que ha derivado en el actual panorama de fragmentación dentro del campo. (Feixas y Botella, internet; Feixas, 1992).

Branco (1992) también considera que la principal razón para este esfuerzo de la integración es sin duda la existencia de un amplio abanico de escuelas terapéuticas diferentes con resultados equivalentes respecto a la efectividad terapéutica, esto mismo piensa Niemeyer en el mismo año.

Feixas (1992) ya desde ese tiempo consideraba que la coexistencia de lo que a su consideración son construcciones parciales y fragmentadas de la realidad terapéutica lleva a una noción fragmentada del campo.

Feixas y Miró (1993), Feixas y Botella (internet) consideran que al igual que el "fragmentalismo acumulativo" de la noción Kelliana, parece que la psicoterapia ha

caminado hacia el descubrimiento de fragmentos de conocimiento parcialmente útiles y válidos, sin un marco que los hiciera compatibles, ocasionando el desarrollo de cada uno de forma independiente y compitiendo entre sí.

2. Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos.

Goldfried (1995) afirma que cada vez más psicoterapeutas expresan insatisfacción por el empleo de una única orientación, reconociendo que ningún enfoque puede explicar ni generar intervenciones para la amplia gama de fenómenos clínicos que se observan en la práctica.

Es precisamente esta insatisfacción la que ha generado el surgimiento de tantos enfoques, contribuyendo a la amplia gama con la que hoy en día contamos en el campo psicoterapéutico. Pero también es el motor que mueve precisamente a los esfuerzos eclécticos/integradores pero con un rumbo diferente, pues el fin no es crear el enfoque número 401, sino replantear lo logrado hasta hoy y explorar la posibilidad de integración de los conocimientos y técnicas ya disponibles, que aunque parciales y limitados pueden ayudarnos a comprender de forma más extensa el proceso de la terapia. Fomentando la flexibilidad teórico-técnica para adaptarse al caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un solo modelo. (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, internet; Mirapeix, 1993; Wachtel, 1994, Lazarus y Messer, 1992; Branco, 1992; Goldfried y Kurtz, 1977; Niemeyer, 1992).

Mirapeix (1993) cita a González Rivera quien en 1990 refiere que los terapeutas van tomando conciencia de que las diferentes escuelas terapéuticas no son después de todo más que expresiones parciales y complementarias de un modelo global.

Feixas y Botella (internet) comentan al respecto de centrarse en un solo modelo terapéutico: "si la única herramienta es el martillo, trataremos a todo el mundo como si fuera un clavo".

3. Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.

La investigación clásica de Eysenck en 1952 sobre la eficacia de la psicoterapia en general cuestionó seriamente la utilidad del tratamiento psicológico no conductual, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remisión espontánea de los pacientes que no recibían ningún tratamiento. A pesar de los graves sesgos metodológicos del trabajo citado (véase Poch y Ávila, 1998; Feixas y Miró, 1993), sirvió de motor para la posterior oleada de investigaciones que tenían como objeto invalidar tales conclusiones. Como resultado de la gran cantidad de estudios llevados a cabo en las décadas de los 70 y 80, se llegó al consenso de que la psicoterapia es más eficaz que la remisión espontánea (Poch y Ávila, 1998; Feixas y Miró, 1993; Botella, et al, internet).

Una vez demostrada la eficacia de la psicoterapia, se abrió el debate para determinar qué orientación teórica era superior a las demás. La investigación se centró entonces en intentar determinar empíricamente hasta qué punto todas las psicoterapias eran equivalentes o, en caso de no ser así, cuál de ellas era mejor que las demás. Como resultado, Luborsky, Singer y Luborsky en 1975 resumían la imposibilidad de establecer un vencedor recurriendo al veredicto del pájaro Dodo en *Alicia en el País de las Maravillas*: "todos han ganado y todos merecen premio". (Botella, et al internet; Poch y Ávila, 1998; Harter, 1990).

Botella et al (internet) comentan que ningún modelo teórico (de los más de 130 evaluados) supera a los demás en términos genéricos. Afirma que tanto la investigación metaanalítica de Smith et al en 1980, que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas inciden en la misma conclusión: no hay un vencedor, claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

La conclusión que se extrae de todo ello es que, a pesar de las pretendidas diferencias en cuanto a ingredientes activos, todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido sobre todo a los factores comunes entre ellas. (Feixas y Botella, internet; Botella, et al., internet; Harter, 1990).

Feixas y Miró (1993) y Feixas y Botella (op cit.), comentan que algunos autores han considerado estas conclusiones como una paradoja, pues aunque los enfoques o modelos estudiados pretenden ser muy distintos, conducen al final a los mismos resultados. La resolución de esta paradoja pasa para muchos por la cuestión de la integración, tanto en lo que respecta a la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico como a la complementariedad de la validez de unos enfoques con la de otros en un esfuerzo de integración teórica y técnica.

Branco (1992) y Harter, (1990) ponen en relieve la importancia de llevar a cabo estudios orientados, no sólo a la identificación de principios activos comunes a todas las orientaciones teóricas, sino también a identificar sus contribuciones diferenciales.

4. Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias.

La investigación de Lambert en 1986, identificaba que del total del cambio que experimenta el paciente en psicoterapia: (a) 40% se debe a factores extraterapéuticos; (b) un 30% se debe a factores comunes; (c) un 15% es resultado de las técnicas aplicadas en la terapia; y (d) otro 15% proviene del efecto placebo. (Botella, et al., internet).

Con factores comunes se entiende, variables compartidas por todas las terapias. (Botella et al., internet).

Frank (1982) es un pionero en la investigación de los factores comunes, planteó que todos los métodos actuales de psicoterapia representan, con variaciones claro, actualizaciones de procedimientos muy antiguos de curación psicológica. Para él lo común está en una relación de confianza con una persona que ayuda, un ambiente de cura, un esquema racional (mito) que de explicación plausible a los problemas del paciente, y un encuadre o ritual.

Harter (1990) comenta que la hipótesis de los factores comunes de Frank aporta una explicación potencial a la efectividad de los enfoques de tratamiento divergentes, pero no proporciona datos a cerca de que dichos factores pudieran incrementar la efectividad terapéutica.

En contraste Feixas y Botella (internet) y Feixas y Miró (1993) comentan que en la actualidad se reconoce, en virtud de los datos disponibles, que los factores comunes explican hasta un 30% del porcentaje de la varianza del éxito terapéutico. Porcentaje que es sólo un poco menor que el porcentaje atribuible a la variable del terapeuta, con ello constatamos el tremendo peso de estos factores comunes en su contribución al cambio terapéutico.

Garfield (1995) dedica un capítulo entero a defender las ventajas del análisis de los factores comunes proponiendo que la actividad terapéutica conlleva varios niveles de abstracción: un marco teórico, una instancia filosófica y el nivel más bajo de técnicas o de los procedimientos clínicos que se emplean. Y sugiere la posibilidad de encontrar un consenso significativo en un nivel de abstracción intermedio-entre la teoría y la práctica- la cual denomina "estrategias clínicas" con una connotación más empírica mejor denominadas por él como "principios de cambio" que guían los esfuerzos durante el curso de la terapia independientemente de la orientación psicoterapéutica, sino común a todas ellas.

Kleinke (1994) escribe nueve propuestas de factores comunes en su libro titulado precisamente así: *Principios comunes en Psicoterapia*. Algunos ejemplos de este tipo de factores comunes son una relación terapéutica segura, la experiencia correctiva y la atmósfera de apoyo que se crea en cualquier tipo de terapia eficaz (relación terapéutica). Garfield (1979) también planteo una propuesta acerca de posibles factores comunes en la psicoterapia.

5. Énfasis en las características de los pacientes (clientes) y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.

Son precisamente los datos sobre la contribución de distintos factores al éxito terapéutico los que plantean el quinto factor influyente en el auge del movimiento integrador. El reconocimiento de que la mayor proporción de varianza del éxito terapéutico se debe a factores preexistentes del cliente, obliga a un replanteamiento de la cuestión. (Feixas y Botella, internet). En efecto, no parece muy prudente dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos al desarrollo tecnológico cuando este factor explica un 15% del éxito terapéutico en su

estimación más favorable Resultan mucho más lógicos los esfuerzos de sistematización que permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente. (Feixas y Botella, internet).

Las variables del paciente que se han considerado con más frecuencia en la investigación para la efectividad del tratamiento son: la severidad del trastorno (físico o psicológico), la motivación, la capacidad de relacionarse, la fuerza del ego, la disposición psicológica y la habilidad para identificar un problema concreto. (Botella et al., internet).

En ese sentido Feixas y Miró (1993) también proponen que hay que tener en cuenta, de forma preferente, cuestiones relativas al cliente, tales como tipo de demanda, estilo interpersonal, disposición al cambio, red social y afectiva, y otras variables relacionadas.

La relación terapéutica también ocupa un importante papel tanto para el proceso terapéutico como para el resultado de éste. (Kleinke, 1994; Omer 2000; Feixas y Botella, internet). Es por ello que muchos autores han querido investigarla. (Feixas y Miró, 1993).

6. Factores socio - políticos y económicos.

El movimiento integrador puede verse como una solución a influencias sociales, políticas y económicas diversas. Especialmente en los Estados Unidos donde la psicoterapia es financiada en parte por entidades aseguradoras, pues existe una gran presión para mejorar la calidad y acortar la duración de los tratamientos psicológicos. (Feixas y Botella, internet; Feixas y Miró, 1993).

Para los políticos que toman decisiones en los centros de salud y otras instituciones asociadas es conveniente crear la imagen de un campo de cooperación entre escuelas, de esfuerzo común para hacer madurar el área hacia una coordinación más condensada de los recursos disponibles de las distintas orientaciones, en vez de una lucha de escuelas y de descalificaciones mutuas, porque además de restar la credibilidad social de nuestra práctica profesional económicamente es desfavorable en todo sentido. La meta de movimiento integracionista es precisamente cambiar la concepción de lo terapeutas casados con un solo enfoque psicoterapéutico que permita la utilización amplia de la experiencia acumulada durante décadas por practicantes de las distintas orientaciones con un solo fin: provocar cambios en las personas que llegan a solicitar un servicio profesional en psicoterapia. (Feixas y Miró, 1993).

Feixas y Botella (internet) y Feixas y Miró (1993) plantean que las psicoterapias contemporáneas enfatizan sus diferencias para hacerse más competitivas, de acuerdo con el contexto socio-económico mercantilista y liberal de la sociedad occidental, por lo que estas diferencias se exageran.

Mirapeix (1993) por su parte supone que los paradigmas psicoterapéuticos así como los paradigmas de todas las ciencias, tienen que ver mucho con el momento histórico en el que se este viviendo, ya que si analizáramos la evolución histórica de la ciencia dice observaríamos la correlación con los momentos históricos: "pienso y sé, lo que en ese momento histórico puedo pensar y saber" así considera que: *"quizás sean las postrimeras del siglo XX un momento adecuado para plantear la necesidad de la integración de los conocimientos existentes"* (citado pág. 13).

III. 4 Tipos de Integración.

El movimiento integrador se compone de 3 grandes áreas de investigación, también conocidos como los tipos de integración y a su vez estos tipos presentan subtipos. A continuación se desarrollan cada una de ellas. El **eclecticismo técnico**, la **integración teórica** y el estudio de los **factores comunes**.

Arkowitz en 1989 describió ampliamente estas tres áreas. (Citado Goldfried, 1995; Mirapeix, 1993; y Feixas, 1992).

1. Integración técnica o eclecticismo técnico.

Esta primer área de investigación se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Se caracteriza, por un acento muy marcado en lo técnico en detrimento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado. (Feixas, 1992).

Lazarus (1967); Lazarus y Messer (1992) dio a conocer al eclecticismo técnico el cual sostiene que los esfuerzos de integración en la psicoterapia en el ámbito teórico han fomentado una desafortunada proliferación de enfoques que rivalizan entre ellos, similar a la que ya existía entre las escuelas de psicoterapia no integradoras tradicionales. Es por ello que aboga por el eclecticismo técnico, que se rige más por observaciones que por teorías, comenta que necesitamos menos teorías y más hechos. Así pues considera útil aprovechar técnicas validadas en distintos marcos de referencia.

Plantea que el integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando, sin ninguna desconfianza, los descubrimientos técnicos de escuelas que, teóricamente son incompatibles.

En palabras de Mirapeix (1993) la integración mejor llamado "eclecticismo técnico" debe regirse por criterios de utilidad en el terreno de la praxis

La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con

un cliente determinado. (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, internet; Feixas, 1992).

Esta posición se ha confundido mucho con la postura del **eclecticismo intuitivo**, en el cual no existe ninguna base o lógica conceptual transmisible sino que la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, la vivencia o la creatividad del terapeuta. (Feixas, 1992; Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, internet).

Este tipo de eclecticismo no se considera parte del movimiento integrador por no suponer ningún tipo de avance conceptual ni ninguna lógica integradora. Las propuestas de dicho movimiento integrador se diferencian del eclecticismo intuitivo por seleccionar las técnicas basándose en algún criterio definido.

Feixas (1992); Botella, (internet); Lazarus y Messer, (1992); Feixas y Miró, (1993) distinguen entre los criterios meramente pragmáticos, los de orientación teórica y los sistemáticos:

Eclecticismo técnico pragmático. Elige las técnicas teniendo como criterio esencial y único el nivel de eficacia que han demostrado en su contraste empírico. Su orientación es fuertemente empírica y lo que intente es conseguir una matriz *tratamientos x problemas* que dicte la técnica más eficaz a emplear para cada caso concreto. El modelo que mejor representa esta aspiración es el de la moderna modificación (o terapia) de conducta. Si bien en sus inicios la terapia conductual se identificaba con la aplicación de los principios conductistas del aprendizaje, en la actualidad admite una gran diversidad de técnicas, siempre que hayan demostrado su eficacia.

Eclecticismo técnico de orientación. Las técnicas son seleccionadas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta. Es decir, se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según su conceptualización que se hace desde una orientación teórica particular. Aunque en esta forma de integración la teoría tiene un papel determinante, no es al nivel conceptual donde se da la integración, y aunque sea un dato a tener en cuenta, tampoco es la eficacia empírica demostrada por la técnica lo que dicta su adopción. Se trata de un eclecticismo al nivel de las técnicas guiado por la coherencia con una teoría concreta en función del tipo de cliente. En resumen, los practicantes de este modelo adoptan una actitud ecléctica en cuanto a las técnicas a utilizar sin abandonar el marco teórico de origen.

Eclecticismo técnico sistemático. Selecciona las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de clientes. Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de técnicas como de clientes,

requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso. Beutler en 1983 desarrolla este modelo ampliamente. (Citado en Feixas, 1992; Feixas y Botella, internet; Feixas y Miró, 1993).

2. La Integración teórica.

El énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en virtud de esta síntesis teórica. (Feixas, 1992).

Como ya se planteo en el punto III.2 los intentos de integración teórica comenzaron en gran medida en la combinación de los enfoques psicoanalítico y conductual (Goldfried, 1995; Mahoney y Niemeyer, 1998, Feixas y Miró, 1993; Garfield y Kurtz, 1977). Los enfoques humanistas, sistémicos y los propiamente cognitivos, que entraron en la escena terapéutica en la segunda mitad de este siglo, también propiciaron propuestas integradoras. (Feixas y Botella op cit.).

Para Mirapeix (1993) este tipo de integración debe regirse por criterios de verdad en el plano de la etiopatogenia más que en criterios de utilidad en el terreno de la praxis del que se encarga el eclecticismo técnico.

A continuación se exponen las variantes dentro de este tipo: la integración híbrida, y la integración amplia. (Feixas, 1992 y Feixas y Botella op cit.); también se desarrollará una tercera variante denominada integración metateórica.

Integración teórica híbrida. Se combinan las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos. Normalmente, se parte de dos enfoques que se consideran complementarios y se intenta seleccionar los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en un marco teórico híbrido común.

Un enfoque que representa este planteamiento híbrido, es el de Paul Wachtel (1994, 1996) heredero de los esfuerzos de Dollard y Miller.

El mérito de la propuesta terapéutica de Wachtel no sólo radica en el hecho de combinar técnicas de acción con técnicas de *insight*, sino en el hecho de postular los procedimientos conductuales como fuente de nuevos *insights* a la vez que éstos pueden generar nuevas conductas.

Integración teórica amplia. Trata de la integración de más de dos teorías y además articula distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales. Muy a menudo se basan en los avances de la psicología cognitiva y/o social, lo que permite la elaboración de enfoques con mejor conexión entre psicología académica y psicoterapia.

Integración metateórica. Plantea la posibilidad de articular diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico. Es una modalidad

integradora muy reciente de la cual se habla muy poco. Para Feixas y Miró, 1993 se representa bajo el nombre de Integracionismo Teórico Progresivo (ITP). Lo que pretende es superar las posibles contradicciones teóricas, filosóficas con las que se encuentra la integración teórica en general al intentar combinar enfoques radicalmente opuestos. Lo que intenta es limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. Aquí es donde diversos autores (Feixas, 1991; Niemeyer, 1992; Feixas, 1992; Feixas y Botella, op cit., Feixas y Niemeyer, 1998) proponen tomar como marco metateórico a la epistemología constructivista (mejor llamado "constructivismo"). Messer (1992) desde un contexto psicodinámico postula a la "integración evolutiva o asimilativa", en la que se promueven importaciones muy selectivas realizadas en forma tal que encajan en un contexto teórico más amplio. Del mismo modo Mirapeix (1994) promueve un modelo cognitivo analítico, inspirado en la terapia que lleva el mismo nombre postulado por Anthony Ryle en la que la teorización que sustenta es un intento de síntesis de la teoría analítica de las relaciones objetales y los desarrollos de la psicoterapia constructivista actual, incorporando elementos técnicos tomados del psicodrama y ciertos planteamientos cognitivos de autores como Joyce Moniz, L en 1992 y de Mahoney, M en 1991.

3. Los Factores comunes

El interés en los factores comunes a todas las psicoterapias, surge como ya se reviso en el punto III.3, a raíz de los primeros estudios realizados para comprobar la efectividad psicoterapéutica entre los diferentes modelos. Una de las personalidades que mejor resalta al respecto es Frank (1982) quién describe una serie de elementos comunes a todas las psicoterapias.

La finalidad implícita de este enfoque es la identificación de los factores que operan en el cambio psicológico en las distintas terapias, lo que nos permitiría construir una conceptualización más amplia de la psicoterapia, más allá de posicionamientos dogmáticos y con mayor eficacia práctica. En efecto, la finalidad principal de este enfoque es identificar los factores, o combinación de ingredientes, que resulten de mejor pronóstico para el cambio terapéutico. Una vez hallados estos componentes, podrían servir como punto de partida para la elaboración teórica. El resultado final, con todo, no sería una teoría unificada, sino un marco conceptual supra-ordenado que permitiese dar sentido a diferentes forma de práctica que, aún así, comparten procesos comunes subyacentes.

Una crítica que se efectúa a dicho tipo de integración es que todos sus esfuerzos se dirigen a lo común dejando de lado las aportaciones diferenciales y complementarias de los diversos enfoques psicoterapéuticos. Más Goldfried (1995) plantea que la integración no sería posible sin estos dos puntos de vista: los aspectos comunes (factores comunes) y los complementarios (integración teórica y eclecticismo técnico).

III.5 Algunos otros aspectos en torno a la integración

1. Barreras contra la integración de la psicoterapia.

Goldfried (1995) plantea dos grandes barreras contra la integración de la psicoterapia.

Una se refiere a los diferentes sistemas lingüísticos que usa cada orientación, lo cual él considera impide compartir las observaciones, experiencias y hallazgos empíricos comunes y complementarios. Pero esto sólo es una cara (el no entendimiento), pues habla de que esto ocasiona muchas veces reacciones negativas de evitación respecto a conceptos usados por las orientaciones distintas a la propia. Considera que salvo que los diferentes enfoques terapéuticos encuentren un lenguaje común para poder dialogar, no es probable que se encuentre alguna integración.

Habla acerca de los acuerdos a los que se llegó en los encuentros del Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH) sobre la integración de las psicoterapias. Puntualizando que el lenguaje psicoterapéutico puede usarse de cuatro formas diferentes:

- 1) Para facilitar la comunicación dentro de una orientación determinada.
- 2) Para recuperar hallazgos básicos de investigación
- 3) Para comunicarse entre orientaciones y
- 4) Para efectuar una investigación comparativa sobre el proceso psicoterapéutico.
- 5) Cualquier lenguaje de investigación que se desarrolle necesita ser capaz de incorporar conceptos de diferentes orientaciones terapéuticas, y al mismo tiempo el de ser neutro a todas ellas.

La otra barrera que plantea Goldfried se refiere a la ausencia de una red profesional que apoye los esfuerzos integradores. El autor considera que la sociología de las ciencias ha demostrado repetidas veces que los campos científicos operan según una muestra de reglas muy competitivas, donde los científicos están interesados en desacreditarse entre sí. Y en el campo de la psicoterapia, donde es más difícil definir los resultados terapéuticos positivos, la competitividad entre los profesionales es más propensa a generar la proliferación de diferentes escuelas de pensamiento. Y pese a que el concepto de éxito es muy "frágil", muchas escuelas de terapia permanecen activas en virtud de la capacidad de los líderes para animar a sus seguidores. Además, de la existencia de poderosos factores económicos (en forma de institutos de formación y redes de trabajo) que sirven para mantener el statu quo.

Por ello es que según este autor se planteó la necesidad de crear una Sociedad que acogiera los esfuerzos integradores.

2. Cuestiones epistemológicas.

Mirapeix (1993) plantea algunas cuestiones epistemológicas respecto a la integración de la psicoterapia.

Considera que uno de los problemas que se plantean con respecto a los modelos integradores es que si estos se sustentan en nuevo paradigma en el sentido de Kuhn, esto es, la existencia de una hipótesis, sobre la que se desarrolla una teoría completa, con unos objetivos y con una metodología específica; algo que rompe con el conocimiento existente hasta el momento y que a través de un giro y una nueva hipótesis promueve la creación de un nuevo paradigma y una nueva ciencia.

Plantea que dentro de los diferentes modelos existentes, en esta tendencia integradora, no todos se sustentan en los mismos supuestos epistemológicos. Y es un tema de debate en la integración psicoterapéutica.

Para él la integración se basa en una epistemología pospopperiana, que desarrolla un pensamiento complejo, en el que la relatividad conceptual, la circularidad causal, en donde la polideterminación de los fenómenos son la moneda de cambio común dentro de la comunidad científica. "El método científico, las demostraciones claras y palpables, la pretendida objetividad del observador, el objeto como posible elemento aislable y analizable han desaparecido. Hoy las cosas se han complejizado" (citado en pág. 14).

Considera que la divergencia entre los modelos psicoterapéuticos son bastante más profundas, no sólo tienen que ver con el nivel de observación y los datos que se obtengan, ya que cada uno en relación con su propio paradigma, considera que el problema a resolver es uno diferente, lo cual implica una concepción etiológica de la enfermedad; lo que hace que los objetivos terapéuticos sean unos u otros, en función de donde se considere que radica la causa del problema.

Y su vez, gravita en la elaboración de técnicas para su resolución, en otras palabras, tanto en la teoría y los objetivos que van a condicionar las técnicas empleadas. Así detrás de cada modelo hay un concepto del ser humano.

Este autor considera que para los modelos integrativos el ser humano es un ser complejo, que para comprenderlo no queda más remedio que recurrir a distintos enfoques que han dado luz sobre la comprensión de la complejidad de la conducta humana. Y lo mismo pasa con el concepto de desarrollo del ser humano y del enfermar mental. En donde se hace necesario desarrollar un enfoque multidimensional que intente articular distintos niveles de descripción de la conducta humana.

Resalta en gran medida las cualidades del terapeuta para tal alcance. Pues dice que debe existir una actitud integradora, que permita al terapeuta moverse con cierta soltura entre distintos marcos conceptuales, utilizando elementos teóricos y

técnicos provenientes de distintas escuelas, asumiendo las verdades parciales de un enfoque u otro, sin que suponga un problema para él. Y cita: "...Cada uno hace la psicoterapia que su personalidad le permite"... (citado en Mirapeix, 1993, p.p 13).

Pero plantea que la tarea o el problema esta en: ¿qué es lo que se va integrar?, ¿qué elementos, de qué marco y en qué momento?. Y es aquí precisamente donde cada teórico plantea su propia propuesta como las citadas ya en el punto III.3 y III.6 del presente trabajo.

3. Investigación en la integración de la psicoterapia.

En la siguiente cuadro se presentan las recomendaciones que elaboró la NIMH en torno a la investigación en la integración de la psicoterapia.

1. Es necesario que la clarificación conceptual y el estudio empírico real procedan de un modo coordinado, en el desarrollo de instrumentos de medida que ayuden a operacionalizar los conceptos clave.
2. Se necesitan esfuerzos conceptuales e investigadores para estudiar lo que los terapeutas en ejercicio hacen realmente, de modo que se develen tanto las contribuciones comunes como las únicas a través de varias "formas puras de terapia".
3. Se necesita estudiar varios trastornos psicológicos para mejorar nuestra eficacia terapéutica, particularmente si dicha investigación tiene en cuenta varias orientaciones teóricas.
4. Para tener una valoración más amplia del cambio psicoterapéutico es necesario desarrollar una tipología de criterios de resultado, tal como se consideran desde diferentes orientaciones.
5. Se necesita investigar sobre los procesos de cambio psicoterapéutico, bien sea estudiando sucesos terapéuticos importantes o elaborando conceptos teóricos clave que se consideren centrales para explicar el proceso de cambio.
6. En la medida en que los procesos de cambio pueden variar con la fase del tratamiento, la investigación comparativa del proceso psicoterapéutico deberá centrarse en una fase del proceso comparable.
7. Se deberán de estudiar los procesos de cambio comunes y únicos asociados con diferentes orientaciones para indicar qué ha ido ya integrado y que podría potencialmente integrarse.
8. Es probable encontrar estas comunilidades y procesos únicos en un nivel de abstracción que existe en algún lugar entre la teoría de alto nivel y los fenómenos clínicos observables.
9. Se necesita llevar a cabo investigación sobre la alianza terapéutica tal como se desarrolla en diferentes orientaciones teóricas.
10. Los estudios deberán centrarse en los diferentes vínculos terapéuticos necesarios para llevar a cabo diferentes clases de tareas o técnicas terapéuticas.
11. Se requiere investigar hasta que punto el nivel del trastorno del paciente o su estilo de personalidad media el papel que la alianza terapéutica puede desempeñar en producir el cambio.
12. Se necesitan metodologías de investigación para estudiar el caso único desde

diferentes orientaciones terapéuticas.

13. Para facilitar la investigación de la integración en las psicoterapias se necesitan archivos de transcripciones, audiograbaciones, videograbaciones de las sesiones terapéuticas.
14. Es necesario estudiar los fracasos en el tratamiento como una forma de aprender a aumentar nuestra eficacia terapéutica.
15. Se requiere investigación sobre el desarrollo de reglas de decisión para seleccionar y llevar a cabo intervenciones terapéuticas eficaces, que puedan tener implicaciones importantes para desarrollar un manual de tratamientos empíricamente fundado.
16. Se necesitan aplicar esfuerzos investigadores para realizar análisis comparativos de estas diferentes reglas de decisión.
17. Se necesitan datos sobre cómo se pueden aplicar procedimientos integradores a problemas específicos.
18. Los procedimientos de evaluación de resultados que se necesitan en la investigación necesitan tener en cuenta los criterios de cambio que se derivan de las diferentes formas puras de terapia.
19. Se necesitan estudios piloto para determinar si una intervención integradora es más eficaz en el tratamiento de problemas clínicos específicos que en cualquier forma pura de terapia.
20. En función de los hallazgos de estudios piloto, se requieren estudios controlados de resultados para determinar qué tipo de paciente se beneficia más de una intervención integradora.
21. Se necesitan investigaciones para determinar los métodos más eficaces de formación de clínicos en enfoques integradores.

Modificado de Feixas y Miró, 1993.

III.6 Algunos estudios que trabajan con la integración psicoterapéutica.

En este punto se presentan cada uno de los artículos de 1985, 1990 - 2000 encontrados en nuestro país que trabajan con la integración psicoterapéutica. En el capítulo siguiente (cap. IV) el análisis partirá precisamente de los artículos presentados a continuación.

1. Ramírez Juan José presento (1985) su trabajo titulado: Aplicación del eclecticismo técnico a una reacción obsesiva-compulsiva.

Define y conceptualiza las obsesiones como pensamientos que entran a la campo consciente del individuo sin que este lo desee. Y a las compulsiones como acciones que el individuo se ve obligado a realizar a pesar de que no lo desea y se caracterizan porque son irracionales, ritualistas y repetitivas.

Realiza una revisión de las neurosis obsesivo-compulsivas desde un punto de vista psicodinámico donde estas se conceptualiza como regresión parcial a niveles de fijación preedípica, en donde el motor de las compulsiones son la culpa y la auto-condenación. Comenta que las técnicas de intervenciones son muy largas en su duración y usualmente son descritas como infructuosas.

Las terapias conductuales comenta han mostrado gran eficacia en el tratamiento de estos problemas y presenta un resumen de las técnicas empleadas y logros obtenidos.

Ramírez plantea que el tratamiento debe dirigirse tanto al componente autónomo condicionado como a un componente mediador que se refiere a una expectativa cognitiva que activa el temor y la conducta defensiva. Así en las compulsiones las conductas defensivas son mantenidas por el éxito de posponer o evitar las expectativas catastróficas que hace la persona. Por lo que necesitan los pacientes para deshacerse de esas expectativas son poderosas experiencias desconfirmatorias.

Así, para el componente autónomo-motor se debe reducir el elemento ansiedad, mediante la desensibilización sistemática o terapia autoasertiva; al componente cognitivo utilizando la técnica de detención del pensamiento y para prevenir la emisión de la operante provocada por el componente autónomo condicionado mediante el método de inundación y moldeamiento participativo

De esta manera propone utilizar las diversas técnicas que describe y algunas otras de las terapias estratégicas. Y entiende que eclecticismo técnico consiste en la utilización de cualquier técnica derivada de cualquier sistema, siempre y cuando tenga apoyo empírico derivado de estudios controlados o en la práctica clínica y que tiene como propósito modificar la conducta de la persona a la brevedad posible para aliviar el sufrimiento y evitar en el peor de los casos el empeoramiento de la conducta divergente.

El caso que presenta es de una mujer de 24 años que se quejaba de no poder dormir debido a pensamientos obsesivos con respecto a la seguridad de su casa (esta perfectamente enterada de los robos y asaltos cometidos principalmente los de su colonia). Relata algunos antecedentes familiares relacionados con esto de la seguridad de su casa con sus figuras significativas (madre/padre) cuando ella era pequeña (10 años). Al cabo de 5 años desarrollo un ritual que le sirve para verificar la seguridad de su casa.

Se le pidió realizar un auto-registro (línea base) de las conductas ritualistas: número de conductas diferentes y número de ocasiones que las ejecutaba dando un total de 622 emitidas en un lapso de una hora antes de acostarse. Dichos datos se verificaron con la madre.

De esta forma la primera fase de la intervención fue *psicodinámica*: que tuvo como propósito, inculcar el insight con respecto a lo irracional de sus conductas, así como generar una motivación suficiente para que la paciente deseará cambiarlas. La paciente logra percatarse de que sus temores no son más que proyecciones de sus sentimientos hostiles y comienza a darse cuenta de lo irracional de sus conductas. La paciente mejora en cuanto va siendo capaz de expresar sus sentimientos de manera socialmente aceptable para con sus familiares. La etapa

tiene ganancias en cuanto a que el insight logrado permite que se establezcan objetivos conductuales terapéuticos.

Plantea una *fase técnica* que inicia con desensibilización sistemática para eliminar el componente autónomo condicionado. Presenta la secuencia de desensibilización. Al mismo tiempo se utiliza la técnica de detención del tratamiento para suspender los pensamientos obsesivos y sustituirlos por otros más adaptativos, los pensamientos adaptativos utilizaron tenían un contenido psicodinámico que se elaboró en participación con la paciente.

Utiliza la técnica de saciedad en la cual se le pide a la paciente que verifique todo (puertas, llaves, ventanas) del consultorio instigando la duda no solo en el consultorio sino para que se la lleva a casa. Se utilizó también la técnica de moldeamiento participativo en las que se moldean conductas incompatibles con conductas divergentes, a la vez que se instiga la emisión de conductas moldeadas.

En esta fase comenta el autor utilizó un enfoque conductual de amplio espectro que incluye paradigmas del condicionamiento clásico, operante así como el aprendizaje social de Bandura. Se observa una rápida disminución del componente autónomo (ansiedad) y un decremento de los rituales (emisiones de conductas operantes).

Por último hay una *fase estratégica* en la cual se continúa con las técnicas conductuales y se introducen otras. La doble disociación del doble vínculo en donde se le comenta a la paciente que su consciente está ya convencido de lo irracional de sus conductas y pensamientos, pero su inconsciente aun no y su labor es convencerlo mostrándole más pruebas para convencerlo. "Tus ojos ven que las luces están apagadas, pero tu inconsciente no lo cree" "Tu olfato dice que no hay fugas de gas, pero tu inconsciente no lo cree"... "Así que anda y convéncelo". Para ello le pide a la paciente que tome registros diarios de la luz y el gas que le arrojaran información respecto a si está realizando bien su tarea de seguridad.

El propósito de este tipo de comunicación es:

1. Crear confusión en el paciente para distraerlo de sus grandes esfuerzos que pueden ocasionar una contravoluntad, dándole un sentido a su conducta, se logra distraerlo de los esfuerzos que está haciendo.
2. Al pedir que su consciente convenza a su inconsciente queda implícito que estas desaparecerán.

Utiliza también el humor mientras realiza algunas interpretaciones de tipo confrontativo cargadas de sentido del humor. Por último utiliza la técnica de animando la recaída en la cual instruye a la paciente en cuanto a lo útil que sería para ella volver a una situación parecida a la que la trajo a consulta solo para estar seguro de que ya no necesitaba de compulsiones. Tomando el control de las

conductas que ejecutaría, a que hora, cuantas veces etc. Lo que provoco que las conductas bajaran a cero.

Para Ramirez la validez de utilizar todas estas técnicas psicodinámicas, conductuales y estratégicas radica en que las tres fases tuvieron objetivos claramente conductuales buscando siempre ante todo el beneficio del paciente. Dentro de sus sugerencias esta, reproducir estudios similares con mucho más control para dismantelar la intervención y poder determinar sin lugar a dudas las variables relevantes en el cambio conductual, ya que en su estudio le es difícil decir qué fue lo que produjo el cambio tan radical, si las técnicas estratégicas o la continuación de las conductuales.

2. Zarsoza Escobedo (1991) presenta: Problemas del Eclecticismo: Un Caso.

Plantea la frecuencia de una demanda generalizada en la escuelas de psicología, la necesidad de contar con planes de estudio eclécticos o asumir una actitud de este tipo. Para que el estudiante conozca un panorama de la manera más amplia posible; debido al variado panorama de aproximaciones y la estudio general del comportamiento y enfoques para trabajar con casos específicos.

En consideración del autor esto requiere de un análisis más minucioso, ya que asume el eclecticismo es frecuente se confunda con pragmatismo, o que no se valore con justeza la conveniencia de una preparación teórica sólida. Así el objetivo que persigue es su trabajo es realizar algunas reflexiones en torno al problema ubicándose en el área de la Educación Especial, donde se exploran las posibilidades de ser eclécticos.

Estructura su análisis en tres grandes apartados: la coherencia teórica, la confusión eclecticismo o pragmatismo y eclecticismo o sincretismo. Poniendo como ejemplo la educación especial desde dos posturas: la piagetiana y la conductual.

De este modo, dentro del apartado de coherencia teórica plantea: que cualquier teoría es un conjunto de elementos interdependientes, jerarquizados y con coherencia entre sí, de tal manera que forman una unidad. Por lo que cuando uno (s) afecta un elemento (s) se afectan los demás y al conjunto en total.

Considera que la coherencia es la que permite a un sistema ser evaluado y perfeccionado en sus diferentes niveles. Pero una genuina evaluación parte a su vez de otro sistema, un meta-sistema, es decir, de una revisión cuidadosa de los postulados propios; este marco de referencia coherente debe contener una serie de criterios desde donde se analizan los diferentes aspectos del sistema evaluado.

Cuando no se cumplen estas condiciones la evaluación o crítica cae en un anecdótico carente de seriedad. Así comenta que en la educación especial es imposible ser ecléctico en el terreno teórico e incluso en el aspecto de intentar rescatar y tratar de mezclar estilos de intervención de diferente origen.

Respecto al la confusión eclecticismo / pragmatismo comenta:

Ser ecléctico en el terreno aplicado (técnicas y estrategias) conduce a que los psicólogos se confundan con los terapeutas empíricos quienes se han forjado en la práctica, donde lo que les importa de las teorías son sus productos aplicables, sus rutinas o técnicas, que a su vez resulten accesibles económicas y efectivas. El fin es constar con un recetario de técnicas o procedimientos a aplicar para qué tipo de problemas. Esto conlleva a un tipo de trabajo que se llamaría pragmatismo. El terapeuta pragmático suele adoptar como premisa básica: "a mayor cantidad y variedad de actividades de enseñanza y experiencias que se programen, mayor posibilidad de que existan cambios favorables, pues entre todo lo que se hace algo tendrá que dar resultado". Algo que no se esperaría de un psicólogo, sino que conozca el porqué algo funciona o porque no, conocimientos de pertinencia para otros puedan crear nuevas técnicas.

Critica el comportamiento de algunos psicólogos como terapeutas empíricos los cuales pasaron por la carrera sin profundizar en ninguna, no apreciaron la vinculación entre los problemas prácticos y las teorías, no se les entreno para establecer relación entre postulados teóricos, derivados de criterios y normas de intervención, y por tanto la relación de todo ello con los productos, ni crear nuevas estrategias, en parte por falta de tiempo, tiempo que se dispuso para revisar otras teorías. Así las teorías no cumplen su función, se convierten en una cultura general mal dirigida, mas no en una estructura conceptual que oriente, vincule y de coherencia. A mayor cantidad de teorías expuestas su conocimiento es más superficial, la confusión mayor y más notoria la desvinculación con la práctica.

También considera el autor que la actitud pragmática se ve favorecida por:

- La presión social que se ejerce en os que inician una práctica profesional pues se piden resultados prácticos.
- El mercado de libros que ofrece un amplio abanico de como manuales prácticos, que carecen de una fundamentación teórica coherente.

Así debe de pensarse que es lo que quieren las escuelas de psicología cuando demandan un programa ecléctico: 1. ¿el aprendizaje de una serie de rutinas y técnicas "descerebradas"? O plantear el eclecticismo en el terreno teórico como la apertura a...y exposición de...las diferentes formas de aproximarse al fenómeno estudiado?. Ambas conducen a lo mismo una actitud pragmática.

Respecto a la confusión de eclecticismo / sincretismo plantea:

En consideración del autor, aun con una posición teórica firme no resulta factible tomar aspectos o productos de otras aproximaciones. Pues aunque se pudieran tomar aspectos (sólo aquellos que comparten raíces, donde existe alguna afinidad en relación al cómo se concibe al fenómeno estudiado, hay un lenguaje compatible, susceptible de traducción al propio) hay que considerar que en la incorporación

debe existir una transformación, una reformulación importante del elemento incorporado, éste se transforma a la lógica del sistema que se maneja. Para ello se requiere además un manejo muy bueno de conocimiento de los fundamentos, lógica y conceptos claves del marco teórico con el que se trabaja lo cual no es fácil y solo se consigue cuando se conoce bien el propio enfoque ya que ayuda a reconocer sus deficiencias y el cómo subsanarlas. Cuando no se conoce en profundidad un sistema teórico y se hacen incorporaciones de productos provenientes de varias fuentes, el resultado será una mezcla sincrética, esto es, a la coexistencia de varios elementos de suyo incompatibles entre sí, en aparente convivencia y conciliación.

3. Otro de los trabajos que contribuye al estudio de la integración de la psicoterapia es el de Omer (1993) titulado: "The Integrative Focus: Coordinating Symptom and Person Oriented Perspectives in Therapy". (El foco integrativo: Coordinando las perspectivas de terapias orientadas al síntoma y a la persona).

Omer plantea que en vez de intentar unificar las perspectivas eclécticas en una teoría "almacenadora", propone que tanto las perspectivas de desarrollo personal como las sintomáticas en psicoterapia se lleven a cabo conjuntamente en "un foco integrador", con el cual el mejoramiento sintomático sea un paso hacia el desarrollo personal y a la vez este sea contingente sobre el mejoramiento sintomático.

Comenta que dicho foco, además de favorecer la comunicación. Afirma que las dos tendencias actualmente más importantes en el campo de la psicoterapia son los tratamientos breves y la expansión ecléctica/integrativa. Ambos enfoques mencionados tienen una tendencia pragmática. Los enfoques breves usan la formulación de un foco terapéutico que comprende sus metas y puntos más importantes. Esta utilización de un foco se ha convertido en una herramienta importante, ya que aclara los mensajes, moviliza la motivación, aumenta la alianza terapéutica, conecta sucesos aparentemente dispares, y facilita el proceso terapéutico. Así formula Omer, frena en su conjunto las expectativas de una teoría unificadora desde el punto de vista ecléctico.

Con relación a ello plantea que una crítica recurrente contra los eclécticos e integrativos es que ellos carecen de unidad teórica y filosófica donde los giros de la terapia se comprometan a un enfoque teórico único. Además de que considera, los eclécticos tienden a planear los tratamientos como: "el uso de la técnica *a* para el problema *x*, la técnica *b* para el problema *y*, la técnica *c* para el problema *z*", lo cual cree, puede fragmentar terriblemente la terapia en tanto intervenciones desconectadas. Menciona que vivimos en una era del escepticismo teórico e indeterminado. Y que a pesar de que son muchos los parudarios del enfoque ecléctico/integrativo, la mayoría no pueden seguirlo.

Omer intentó abarcar precisamente ésta área que no ha sido discutida ni puesta a prueba en anteriores intentos de integración. Esto es, ayudar a resolver la

necesidad de un marco conceptual unificador para la terapia ecléctica/integrativa. El foco integrativo que propone ayuda a conservar consciente la meta común tanto del cliente como del terapeuta a pesar de los cambios técnicos y conceptuales inherentes durante el tratamiento. En donde, tanto lo orientado al síntoma como a la persona se le da la misma importancia estableciendo una relación recíproca, de simetría y contingencia. Que en pocas palabras "coordine".

Para este autor como se ha venido mencionando desde arriba, los tratamientos pueden dividirse en; Los orientados al síntoma y los orientados a la persona; ya que considera representan el reglamento dicotómico en el campo de la psicoterapia.

En lo que respecta a las perspectivas orientadas al síntoma, argumenta que la meta en términos concretos da mayor claridad, permite la retroalimentación del progreso, limita las expectativas de un cambio total y mitiga el método de investigación. Y dice que la formulación de un foco concreto, no es sólo una condición para, sino también una herramienta positiva para este tipo de perspectivas. Proporciona varios estudios que han comprobado la efectividad de la definición de la meta en términos concretos al alcance y en el lenguaje del paciente.

En las perspectivas orientadas a la persona plantea que la formulación de un foco confiere muchas ventajas: da a la terapia un sentido de dirección, concentra los esfuerzos, aclara los mensajes y provee una regla básica para la elección de los pacientes (la terapia breve ha sido indicada únicamente cuando el foco puede formularse simple y razonablemente), por ejemplo, un problema intra o interpersonal que puede evaluarse como una tarea del desarrollo. Sin embargo menciona que la tarea de desarrollo depende del enfoque que profesemos o al que nos ciñamos. Aunque Omer plantea que la tarea del desarrollo sea cual sea debe definirse en términos simples, pues de otra forma el foco no puede cumplir su papel de atención reafirmante, fácilmente recordable y disponible a la dirección clara de la terapia. Omer también proporciona diversos estudios que avalan lo citado.

Retoma el estudio (cuasi - formalizado como él lo llama) de Mann's, en el cual define en un foco, el punto central del tratamiento incluida la meta importante orientada al desarrollo personal y/o su sentido de frustración para fracasar en lograrla. Dicha formulación (en forma de enunciados) ayudan al terapeuta en la tarea de enunciar los problemas de la gente de otra forma hercúlea. Mann's acentuó que el foco debería ser con base en las necesidades y dolores experimentados por los pacientes al nivel de sentimientos reales. Tal foco conduce a una buena alianza terapéutica más que una teóricamente más sofisticada pero menos dirigida. Así Mann's dice que mientras más cercano este el foco de la experiencia real del paciente es mayor su consentimiento para colaborar. Dicho autor formula el foco con relación a las características de *simplicidad, pertenencia*

sintomática, formalidad, cercanía con la experiencia real y la contrastación de polaridades.

Nos brinda tres ejemplos de caso (Ari, Esther y Sahara) en donde expone de forma muy clara la formulación del foco integrativo de forma concreta. El foco integrador lo divide en dos secciones la "A" y la "B". La "A", que describe el punto central del tratamiento y la "B", que establece la relación recíproca entre las metas sintomáticas y las personales, está última sección es enunciada de tal forma que la *contrastación de polaridades* sea clara, con la finalidad de que se haga más fácilmente organizable y recordable ya que Omer afirma nuestro pensamiento, memoria y percepción se organizan en contrastes y construye sobre ellos. Al final estos tres casos son discutidos y puestos en tela de juicio bajo las características que Mann's propone para la formulación de un foco.

4. Hacia una psicoterapia sin adjetivos, es el título del trabajo que presenta Sorin (1994).

Comienza describiendo la evolución que ha tenido la medicina, psiquiatría, psicología y la psicoterapia, en esta última comenta ha tenido un avance en lo que respecta a las técnicas y sus fundamentos doctrinarios y teóricos e inclusive los que pasan las fronteras virtuales entre lo científico, lo filosófico y lo ideológico. Evolución en la psicoterapia que dice ha estado determinado por la aspiración a marchar en un sentido de perfeccionamiento utilitario, por tanto práctico y no siempre apoyado teóricamente.

Respecto a la medicina considera existe un desarrollo intenso sobre todo en lo que respecta a la etiopatogenia. En psiquiatría considera que sus avances deberían darse desde la psicología y por la investigación de las ciencias que concurren a la ciencia de lo psíquico (desde la molécula histórico-cultural).

Además plantea que la investigación científica parece sentirse más cómoda y productiva en la indagación vertical, en el análisis, que en la creación de síntesis y subsíntesis periódicas y oportunas. Y síntesis no sólo horizontales sino también oblicuas, es decir, entre unas y otras disciplinas y niveles. Ya que en consideración del autor son las grandes síntesis las que constituyen sabiduría.

Hace un breve recorrido por la historia de la psicoterapia para ubicar desde la historia cuando fue que se comenzaron a cerrar y hermetizar los sistemas doctrinarios. Para el autor uno de los primeros personajes que comenzó con ello fue Freud quien a variantes cuestionamientos que afectaban la esencialidad del sistema y trataron de abrirlo a otras disciplinas encontraron dogmática eracunda en él. Así el afán de los psicoanalistas por enriquecer su saber y práctica, más la propia presión de los hechos empíricos influyeron en la fructificación de variantes dentro del mismo sistema, se identificaron y se calificaron con sendos adjetivos: adleriana, junianan, culturalista, lacaniana. Aunque en su conjunto se adjetiva como freudiana, dando paso de esta forma a la adjetivación. Y no sólo a lo que representa

lo freudiano sino otras tantas. En donde cada adjetivo representa un enfoque, o un criterio, un objetivo o una instrumentación. Y donde cada una se postula como un sistema.

El sistema freudiano comenta continua hermético. Por el contrario plantea que existen sistemas psicoterapéuticos que comenzaron cerrados totalmente (conductismo) pero poco a poco se han ido abriendo como el neo-conductismo que pese a que reconocían lo subjetivo, continuaban negándose a introducirlo a la teoría y en la práctica. Fue Arnold Lazarus quien le dio apertura considerando que la vida real exigía lo cognoscitivo, lo afectivo, lo subjetivo de la acción voluntaria. Pero abrió tanto el sistema que de lo ortodoxo ya no quedaba nada. Cundo entonces se precipito la apertura de nuevos frentes de la psicología científica: emotivo-racional de Ellis; la cognición en Beck y Mahoney, el aprendizaje social en Bandura, por citar algunos.

Si la adjetivación conductual o del comportamiento persistiría sólo sería por dos motivos: por que en definitiva la conducta en su compleja realidad es el indicador por excelencia de la actividad psíquica; y por que los procedimientos psicoterapéuticos que se utilizan se instrumentan por la activación de la participación comportamental de los interesados y no por la catarsis, ni por el insight, ni la sugestión o persuasión, que en consideración de Sorin son oportunos, eventuales y útiles momentos operativos del sistema.

Así el sistema comportamental continua abierto a las aportaciones todas las disciplinas.

Para Sorin no se trata de eclecticismos en sus palabras "de ponerse en medio para eludir extremos". Se trata de asegurar la congruencia de lo que las ciencias concretas van demostrando, definiendo, vinculando en sistemas y subsistemas, el todo en función de la vida real en su cabal complejidad. Un camino hacia una psicoterapia sin adjetivos en donde si durante el camino se cae la actual identidad, no habremos de perder el sueño ni tampoco renegar de los orígenes.

Para el autor los psicoterapeutas consecuentes con una voluntad de apertura verán tarde o temprano, por propia vigilia o por presión empírica extenderse en su camino hacia una psicoterapia sin adjetivos donde ya no harán falta las mayúsculas.

Pero para lograr ello primero subraya la importancia de aclarar y explicar misterios que conciernen al psiquismo aun. Pone como ejemplo la aclaración de la conciencia e inconciencia, otro, la trasmutación de lo objetivo a lo subjetivo en el amor y en el odio, en la simpatía y el agrado.

5. Reflexiones entorno al eclecticismo como práctica asistencial en psiquiatría pública es el título del artículo que presenta Riveras Casas (1994).

Rivera plantea la posibilidad de una aproximación entre los modelos epistemológicos en psicopatología, (biológico, conductual, psicoanalítico y sistémico) tratando de

encontrar: 1. Los puntos comunes, 2. La posibilidad de comprensión de un modelo desde otro y, 3. La limitación del área de influencia de cada modelo.

Debido a que para él, los modelos son complementarios, pues cada uno de ellos explica una parte diferente del psiquismo que constituye una verdad única y puede ser estudiada desde diferentes puntos de vista.

Preconiza en la práctica terapéutica el eclecticismo, combinando en un primer momento lo biológico con lo psicológico, y posteriormente los modelos de tipo psicológico.

Rivera afirma, que cada vez es más frecuente entre los psiquiatras la utilización o al menos la prescripción de diversas técnicas, basadas en diferentes concepciones teóricas, en función de indicaciones terapéuticas, derivadas de necesidades del paciente y no de las ideas del psiquiatra.

Rivera considera que en definitiva lo que podría haber de común, entre el conductismo y otros modelos psicológicos sería el tomar en cuenta que la manera de ser y de relacionarse con los demás, es algo adquirido a lo largo de la vida en la interacción con el medio (en los primeros años de vida, el medio humano, es fundamentalmente familiar).

En lo que corresponde al "psicoanálisis" el autor considera "bastante difícil encontrar aspectos comunes con otros modelos psicológicos" (citado en pág. 18). Más propone algunos puntos en común que podrían pensarse: que independientemente de la técnica empleada en toda psicoterapia, se establece una relación entre terapeuta y paciente (una transferencia), y que sería a través de la transferencia como podría explicarse los efectos beneficiosos del tratamiento.

En cuanto a las terapias "sistémicas", los puntos comunes que el autor identifica respecto al conductismo son: el rechazo del mundo del psiquismo como campo susceptible de estudio científico (caja negra), junto con la utilización de prescripciones como técnica del tratamiento. Con relación al psicoanálisis, lo común está en el interés por la familia y las inferencias realizadas de la conducta directamente observable durante la sesión aunque con sus diferencias pues mientras que en las terapias psicoanalíticas lo que pretende observarse es el mundo intrapsíquico y el significado inconsciente, en las sistémicas lo que se enfoca son los modos de comunicación o metacomunicación.

Otro aspecto común son algunas técnicas utilizadas en terapia sistémica, como la re- definición del síntoma y la prescripción del síntoma que ya habían sido utilizadas en terapias psicoanalíticas para hacer más fácil una interpretación difícil de asumir al mostrar su parte más digerible, o la segunda técnica para combatir las resistencias masoquistas.

También agrega que siendo eclécticos en cuanto a las técnicas de intervención con los pacientes, se obtienen resultados prácticos aceptables, en lo que se refiere a la recuperación de los mismos, suficiente para permitir la reinserción socio-familiar y la continuación del tratamiento ambulatorio, produciéndose incluso, estancias medias, más bajas y menor número de ingresos en otras unidades de atención.

El autor comenta que el trabajo en salud mental dentro del campo de la asistencia pública, no puede hacerse (sin detrimento de la eficacia), desde un único modelo epistemológico, y la mejor solución o menos mala para cada caso, tiene que venir forzosamente del eclecticismo en el empleo de las diferentes técnicas disponibles, tanto si estas son utilizadas por uno o por varios profesionales con el mismo paciente en diferentes momentos evolutivos, o diferentes pacientes, según indicaciones terapéuticas individualizadas.

En la actualidad, sé esta preconizando por algunos profesionales la utilización de terapias combinadas, sobre todo el tratamiento de pacientes psicóticos, y trabajando en un medio público. Ofrece algunas características (cualidades) ideales del terapeuta que trabaja en un dispositivo público, estas son:

1. La flexibilidad y la capacidad para adaptar el modelo de cada uno a las peculiaridades individuales de cada caso.
2. El conocimiento (más o menos) de los otros modelos.
3. La capacidad de comprender y valorar los aspectos positivos que hacen los compañeros que adoptan otro punto de vista epistemológico, así como,
4. La amplitud para criticar los propios errores y las limitaciones que puedan tener el modelo que cada uno adopte de manera preferente.

6. Objetivos en la formación de psicoterapeutas es el artículo que presenta González de Rivera y Revuelta en 1994.

Comienza planteando que dada la diversidad de escuelas existentes, es necesaria la elaboración de criterios homogéneos para la formación de psicoterapeutas, así como el desarrollo de programas que favorezcan el aprendizaje de una psicoterapia general.

El aprendizaje teórico, el trabajo clínico supervisado y la experiencia terapéutica personal son los 3 elementos básicos esenciales de una formación completa en su consideración.

Afirma que las características precisas de la metodología docente más apropiada para los programas de formación de los psicoterapeutas es un debate. Razón por la cual la Sociedad Española de Psiquiatría ha formado una sección específicamente encargada del estudio a fondo de estos aspectos.

El autor describe lo que piensa acerca de la psicoterapia y ofrece una definición de ella, desarrolla las características del psicoterapeuta que él denomina como "la persona que sabe lo que esta haciendo". En sus palabras:

"Para hacer psicoterapia no basta con estudiar o asistir a cursos y conferencias, sino que también es necesaria la práctica supervisada y por encima de todo, el

desarrollo de un carácter apropiado, libre de rasgos exploradores y destructivos y rico en capacidades creativas favorecedoras de desarrollo personal (esto último justifica la existencia de criterios de selección de candidatos a la formación así como la importancia del propio tratamiento personal". (citado en pág. 12).

Así mismo comenta sobre la importancia de la tendencia actual a buscar elementos básicos comunes en los distintos métodos con objeto de llegar a una "psicoterapia general" o requisitos mínimos esenciales para efectuar una psicoterapia de cualquier tipo que puede ser suplementados con los métodos y aspectos específicos propios de cada escuela. Con miras a que el progresivo desarrollo de dicha tendencia permita sentar las bases para una psicoterapia general, elaborada más como respuesta a las necesidades clínicas que como ejercicio de construcción teórica.

Las líneas que González Rivera plantea harán posible esto son: a) la eliminación de antagonismos destructivos de escuelas de antaño, y b) la integración clínica eficaz de los distintos métodos terapéuticos y la formación coherente de los futuros profesionales de salud mental.

7. Aizpuru (1995) pública: Los trastornos de la alimentación y las adicciones: Una perspectiva ecléctica.

Comienza definiendo y conceptualizando los trastornos de la alimentación, entre ellos la bulimia, la anorexia, los tipos que existen de ambas con sus características particulares. Además describe el sobrepeso como un síntoma del comer compulsivamente que es propiamente el desorden o trastorno. Para ella el comer compulsivamente lo entiende como los C.C.A. (comedores compulsivos anónimos) como un fenómeno obsesivo compulsivo, así también los C.C.A. consideran el comer compulsivamente como una enfermedad física, emocional y espiritual.

Explora estos tres aspectos. En el aspecto físico plantea que ciertos alimentos- por razones aun no establecidas claramente- son detonadores de las borracheras de comida o "atracones". Para otros se trata de una adicción a los carbohidratos, para otros el acto de comer en sí mismo es adictivo. Se asimila mucho al alcoholismo, pues unos son adictos al alcohol otros lo son a la comida. Así en resumen se plantea que la adicción a la comida es una enfermedad y no un defecto del carácter ni una debilidad moral. También plantea al azúcar como una sustancia adictiva y realiza una extensa explicación de cómo ocurre ello.

Lo que respecta al factor emocional plantea que las personas con adicciones ante la sociedad son vistas como malas, viciosas, faltas de voluntad para adelgazar (visión de acuerdo a aspectos morales y legales). Así las que sufren de un trastorno adictivo tienen que enfrentar el estigma y la vergüenza a su enfermedad. La autora comenta que hay algunos profesionales que tratan los desordenes adictivos como una enfermedad de un trastorno psiquiátrico en donde la adicción sólo es visto como un síntoma. Por ello no trabajan con síntoma sino con la estructura psíquica

subyacente, realizando así análisis profundos mientras la adicción sigue en aumento con las repercusiones físicas que conlleva.

Aizpuru se inclina más por la conceptualización que tienen los A. A. Y los C.C.A. que definen las adicciones o dependencia como una enfermedad primaria, con bases fisiológicas, progresivas y mortal. Que debe ser tratado directamente. Las adicciones generalmente causan problemas emocionales, mentales y físicos que frecuentemente desaparecen cuando se logra la abstinencia. Para ella la solución está en la abstinencia, apoyo a través de los grupos de C.C.A. y en un trabajo de recuperación de Doce Pasos, agregando la psicoterapia. Sin dejar de lado la importancia de atender también la coexistencia de algún otro trastorno psiquiátrico.

Lo que respecta al factor emocional Aizpuru considera que los grupos de autoayuda enfatizan el aspecto espiritual que no sólo se refiere a la religión y menos a una en especial sino al beneficio que tiene el mundo interno, espiritual, y la importancia de su desarrollo en la recuperación de una enfermedad.

La propuesta integrativa que plantea la autora menciona surge de su formación en psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia humanista y especialista en adicciones. Ella considera que se debe y se puede compartir la propia experiencia con profesionales, paraprofesionales así como los grupos de autoayuda (A. A. /C. C. A) que han demostrado su eficacia a través de los años.

Cita a Estados Unidos donde los centros para el tratamiento de trastornos adictivos incluyen muchos paraprofesionales, quienes ocupan un papel más importante en la estructura organizacional que los médicos y los psicólogos, pues ejercen como ejes para los demás. Estos son personas que se han recuperado de adicciones y después se han especializado en su tratamiento.

Respecto a los grupos de autoayuda comenta que unos espejean a los otros y sirven de self objetos empáticos, ya que comparten muchas cosas y por lo tanto sus miembros se sienten más comprendidos.

Ya entrando a su propuesta integral propiamente considera fundamental elaborar un diagnóstico integral y definir si coexisten varios desordenes. Para ello resulta útil el uso del DSM-IV y establecer si se tiene un trastorno en el Eje II u otro, a demás del trastorno de alimentación en el Eje I. Esto comenta para poder definir prioridades y, en el caso de los psicólogos, si requerimos de atención psiquiátrica. Lo que se encuentra con mayor frecuencia son los trastornos de la alimentación y algún trastorno de la personalidad.

La autora expone que cuando ella encuentra al paciente en un estado grave o crónico, procura enviarlos a una clínica en EUA para tratamiento intensivo. Después de un mes regresan con una buena parte del trabajo realizado y los integra a un grupo terapéutico. A un grupo donde sólo asisten personas que comparten el trastorno, de alimentación, de cualquier tipo.

Cuando existe un trastorno de la personalidad - narcisista o límite - su aproximación sugiere es mixta: psicoterapia de grupo homogéneo y cuando el trastorno está controlado, psicoterapia psicoanalítica expresiva. En pacientes con patología límite grave, resulta útil el enfoque propuesto por Kenberg, pero enfatiza que *después y sólo después* que se ha manejado el trastorno de alimentación como enfermedad primaria, en relación directa a ella. Subraya que no todos los pacientes tienen un trastorno coexistente sino sólo el de la alimentación y dice: "la bulimia no es un síntoma".

Complementa su enfoque con grupos de auto ayuda lo cual califica de exitoso. Comenta que es más difícil porque no se tiene el control, pero cuando el paciente está en psicoterapia individual es de más ayuda. Utiliza folletos y libros - métodos educativos- en psicoterapia grupal, que contienen información sobre el trastorno (efectos de dietas, hambre, etc.), ya que dice, es básico que las personas conozcan lo más pueda sobre ello para tener más elementos para comprenderse a si misma, y el método cognitivo-conductual. Resalta la participación de la familia en ocasiones ya que está es una enfermedad familiar.

Enfatiza el aspecto adictivo del trastorno, por lo cual maneja programas de información sobre los alimentos potencialmente adictivos y subraya la necesidad de abstenerse de aquellos que disparan los "atracones". Hay que luchar contra el estigma que afecta tanto al autoestima; al saber que padece una enfermedad y no un defecto moral o incluso pecado-gula-los libera para dedicar toda su energía a su recuperación.

8. El siguiente artículo, presentado por Ginter en 1996 se titula: Three pillars of mental health counseling--watch in what you step. (Tres pilares del consejo en salud mental - ¿a qué ritmo va usted?).

Ginter propone tres pilares u apoyos del consejo en salud mental, que a su parecer son "obvios", es decir, evidentemente manifiestos; tal obvio es precisamente lo que los hace importantes e indispensables. Dichos pilares son: a) *El consejo contextualmente representado por un medio interpersonal*, b) *El consejo reconoce la importancia tanto de la prevención como de la intervención (remedio)*, c) *El consejo cree en una perspectiva de desarrollo.*

Tales pilares define y proporciona una estructura para representar el consejo en salud mental. Afirma que dicha estructura comparándola metafóricamente con una estructura de ingeniería, posee las características de estabilidad, donde cada uno de los pilares son esenciales e interdependientes.

Estos apoyos obvios, deben ser retomados periódicamente por los consejeros y reconocer la importancia de definir su enfoque. Ya que de otra manera "la identidad puede quedar a la deriva", entorpeciendo lo que distingue a la profesión de otros campos de salud mental.

Plantea que hay una larga lista de contribuciones para cada uno de los pilares, las cuales los han fortalecido y ayudado a crear el campo de salud mental. Pone ejemplos citando a varios autores para tal fin. Afirma que del mismo modo que los pilares son interdependientes, también cambian por separado con base a los descubrimientos en la investigación y la práctica. A pesar de dichos cambios paradójicamente el sistema de pilares mantiene la estabilidad de la práctica en el consejo de salud mental.

Explica el papel que juega las teorías en el consejo. Y comenta que éstas retienen el sistema de pilares juntos, es la que da significado a la práctica y la investigación en consejo. Más considera, que esto se ha comprendido pobremente en el consejo, provocando que se trabaje más a un nivel más técnico dejando el empeño profesional en un ilusión.

En 1988 manifiesta que él afirmó: "No creo que defender la importancia de la teoría para el consejo sea difícil". Esto se hace evidente si uno da cuenta que la terapia no puede existir sin la teoría. Considera que un consejero genuino abrazado a una teoría para orientar sus empeños se ve obstaculizado por muchos factores. Entre estos factores expone a:

1. La revisión superficial de diversas teorías durante el entrenamiento, sin conocer una a profundidad inyectando la pasión por ella.
2. Los autores que realizan precisamente esas publicaciones que carecen del tipo de involucración intensiva necesaria para crear disonancia intelectual en el lector, fracasando en empujar a éste a buscar respuestas a sus preguntas acerca de conceptos técnicos claves.
3. La incapacidad y desgano que tienen los educadores de consejo y autores, quienes reducen la controversia (discusión) al mínimo, justificándose a razón de la objetividad, dejando de lado la importancia del conflicto para el crecimiento profesional.
4. La creencia de que simplemente ninguna teoría es mejor que otra.

Por ello Ginter plantea lo que él llama "un estado de relativismo teórico extremo" como resultado. Esto es lo que ha dado paso a la "teoría ecléctica". Advierte que tomar dicho enfoque "ecléctico" ha impedido que muchos consejeros adquieran una comprensión genuina de cómo la teoría sirve para el consejo.

Comenta acerca de su larga trayectoria como editor, que le permitió llevar a cabo una revisión de manuscritos de 9 años, (que no expone en su artículo) permitiéndole observar la perturbación que origina el uso del término "ecléctico".

Menciona que los consejeros describen libremente su enfoque teórico usando etiquetas que son difíciles pero no imposibles de comprender. Sin embargo tales etiquetas "híbridas mal formadas" jamás se ha podido explicar cómo es que estos pedazos teóricos pueden ser aptos y funcionar como una totalidad. Y en opinión de Ginter, dichas etiquetas reflejan las más pobres filosofías para aconsejar.

Plantea que la terapia integradora holística sistémica es asistémica, atórica y no apoyan estructuralmente a los aspectos únicos que constituyen la identidad del consejo. Por ello considera Ginter necesitamos como profesionales (un ritmo que nos guíe).

Cita a Weinrach grabado en una conferencia, en la cual expuso que, aunque la teoría obviamente sea esencial, un enfoque ecléctico puede fácilmente "bloquear en vez de adquirir una comprensión genuina del papel de la teoría en el universo del consejo. Identifico este autor mitos que alimenta al relativismo teórico y por lo tanto alimentan el eclecticismo. Que para Weinrach representa un recaudo aleatorio de técnicas, que no provee guía adecuada para trabajar con los clientes.

Ginter afirma que ha aumentado el interés en los formatos breves de terapia, que cimientan más el derrumbe de la identidad del consejo. Otro aspecto que también visualiza Ginter como promotoras del derrumbe, son las investigaciones respecto a qué técnicas son mejores para cada desorden, como recetas de cocina que desgastan aun más las teorías. También considera que los aspectos actuales éticos y legales de la profesión han afectado adversamente la confianza sobre la teoría (aunque no da argumentos del por qué es así).

Las recomendaciones que hace son:

1. La atención especial debería darse para realizar refinamientos y desarrollo recientes de diversas teorías, y los autores deberán ofrecer pruebas sanas de estos desarrollos.
2. Si los individuos continuarán persiguiendo el sueño de una teoría unificada, ellos necesitan primero tener un lugar responsable para tales intentos. Las teorías eclécticas no debería de aceptarse más. La recopilación de una lista de técnicas para ser usadas con los clientes, no representa la teoría ecléctica.
3. Los artículos (libros, presentaciones en conferencia, etc.) que explícita o implícitamente contribuyen a la aceptación no crítica, atórica y asistémica de enfoques, debería evitarse.

9. El siguiente artículo lo presentó Patterson en 1997, se titula: Theoretical Unity and Technical Eclecticism: Pathways to Coherence in Family Therapy. (Unidad Teórica y eclecticismo técnico: los senderos a la coherencia en la terapia familiar).

La premisa de este artículo es que el campo diverso de la terapia de familia será mejor servido, si la teoría que subyace un modelo clínico se identifica claramente y las diversas técnicas se integran bajo una base sistémica. Para lo cual propone un método que consiste en la especificación de los objetivos primarios y la causalidad inherente que subyace en un modelo teórico. Lo cual espera tenga un impacto en la elección de profesionales cuyos resultados se estrechen a las necesidades del cliente en el sentido de la duración del tratamiento y cambio de comportamiento.

Patterson considera que los paradigmas unificados, desafortunadamente no han tenido el desarrollo para comparar los enfoques a través de dimensiones que se usan para discriminar entre las escuelas clínicas. Ya que comenta el principal problema de las teorías identificadas claramente, es la dificultad precisamente para comparar los enfoques que no tienen dimensiones similares.

También refiere que la mayoría de las escuelas de pensamiento contemporáneo deben verse cómo pre-teorías en la terrible necesidad de aclaración, especificación y comprobación.

Hace una revisión de las categorizaciones que varios autores han realizado para los distintos enfoques terapéuticos. Y menciona que ninguno de estos sistemas de categorización, actualmente en la literatura enfatizan el valor de suponer una porción dentro de las 3 escuelas de psicoterapia más importantes (psicodinámica, humanista-existencial y del comportamiento) (unidad teórica) y técnicas seleccionadas (eclecticismo técnico) según la causalidad y objetivos del modelo básico.

Plantea que la mayor dificultad de los modelos especificados en la mayoría de los enfoques, es la presunción de que nuevas técnicas, conceptos o combinaciones desposadas por un proponente específico, inevitablemente crean una nueva escuela de psicoterapia. Además señala que un error comúnmente realizado por el terapeuta es que basa sus enfoques sobre una teoría de la causalidad y fracasa en tomar en cuenta sus objetivos primarios en la planificación del tratamiento. Esto combinado al uso de técnicas aleatorias más que integradas, ha reforzado la noción de que cada nueva entrada en el campo de la psicoterapia es única.

Subraya que la psicoterapia efectiva requiere de una postura teórica sólida con la especificación clara por el profesional de los componentes del modelo, sin pasar por alto, lo posible y aconsejable de integrar diversos métodos psicoterapéuticos en el enfoque teórico básico. Entonces menciona que de esta forma las escuelas importantes de psicoterapia llegarán a ser identificadas por sus teorías de la causalidad y objetivos primarios.

De esta manera propone un modelo calificado por él de práctico, original y con resultados basados en un sistema para mantener la constancia, eficacia y efectividad de la terapia familiar, denominado: *modelo pragmático para la psicoterapia*, que surge basándose en la unidad teórica con eclecticismo técnico. Ya que considera que cualquier número y tipo de métodos pueden ser empleados dentro de un modelo unitario de psicoterapia sin desviar al terapeuta y/ cliente del objetivo básico del tratamiento. Comenta que dicho modelo debe ser examinado desde la perspectiva de las escuelas importantes de psicoterapia, según el objetivo principal para ser logrado y la necesidad de elementos esenciales para la etiología y formación de síntomas (causalidad). Esta última conceptualizada cómo intrapsíquica o ambiental y cómo determinada o variable una u otra en sus efectos con el individuo.

Plantea que, si los terapeutas (en colaboración con los clientes) escogen coherentemente un objetivo importante de tratamiento, seleccionan las técnicas de acuerdo a sí es que fomentan el objetivo primario del modelo teórico básico y son consistentes con el concepto de causalidad del modelo (no necesariamente del mismo enfoque), evalúan la obtención de la meta y terminan cuando ésta se ha alcanzado. La posibilidad que se cumpla la meta primaria se incrementa mucho.

Considera que los objetivos y la causalidad pueden convertirse en principios organizados para lograr una firme y bien cimentada teoría en terapia familiar que puede proveer los razonamientos para la aplicación de distintos métodos.

Señala que los clínicos quienes tienen una base teórica unificada para la práctica y la capacidad integrativa pertinente, técnicas flexibles que antepongan la meta aprobada, ésta en la mejor posición para encontrar y satisfacer las expectativas apropiadas de los consumidores. Sumado a que si todos los consumidores y clínicos comunican y colaboran alrededor de la evolución del sistema de salud mental, una nueva homeostasis y síntesis puede ser desarrollada.

10. Thomas O'hare y Collins Pauline (1997) presentan su trabajo: Development and validation of a scale for measuring social work practice skills (El desarrollo y validación de una escala para medir habilidades prácticas en el trabajo social).

Describen el desarrollo de un instrumento para medir habilidades prácticas en el trabajo social derivadas de la investigación en la integración de la psicoterapia y los modelos ecléctico psico-sociales del trabajo social. Basado en datos de 285 internos que completaron el "Inventario de Habilidades Prácticas".

Los resultados arrojaron 4 factores claros:

1. Encuadre terapéutico
2. Apoyo
4. Planeación /evaluación del tratamiento, y
5. Habilidades de dirección de caso.

Los cuatro factores (un total de 33 ítems) estuvieron situados por encima del 50% de la variación y mostraron una consistencia externa excelente. La decisión de 4 factores fue tomada porque producía el equilibrio óptimo de parsimonia teórica y la variación explicativa máxima.

Comienzan realizando algunas observaciones teóricas y metodológicas del instrumento planteando que los estudios de investigación de la práctica de trabajo social se han delimitado a investigar qué procesos específicos en éste se unen al cambio positivo del cliente. Y mencionan que el trabajo social y los procesos de psicoterapia incluyen esos pensamientos, sentimientos y dimensiones de actuación que tienen ese propósito en la interacción de ayuda programados por el trabajador social, el cliente y la relación entre ellos.

Por habilidades prácticas en el trabajo social los autores entienden más específicamente, esos procesos de ayuda que son comenzados principalmente por el

practicante. De esta forma los autores consideran que se necesita desarrollar instrumentos que midan las habilidades prácticas que abarquen: (a) terapéuticas, (b) dirección del caso y (c) dimensiones de evaluación.

El (PSI) "Inventario de Habilidades prácticas" describen es una herramienta multidimensional pensada para medir la frecuencia con la que el practicante durante el entrenamiento emplea distintas habilidades prácticas. Instrumento con un armazón teórico basado en recientes desarrollos de la psicoterapia, en la dirección de caso y la investigación de la evaluación de la práctica.

Los autores consideran que la evidencia que sustenta una gran variedad de aproximaciones clínicas, eclecticismo en el trabajo social y la integración de la psicoterapia, ha dado énfasis a elementos comunes para explicar la eficacia de los distintos modelos de práctica. Y exponen que dichos elementos comunes se han clasificado en:

1. Factores de apoyo, por ej.- esas habilidades que facilitan una relación terapéutica positiva y alianza terapéutica, calor moderado del terapeuta, empatía, autenticidad).
2. Factores de aprendizaje, por ej.- cambio cognoscitivo, experimentación afectiva, experiencia emocional correctiva.
3. Factores de acción, por ej.- regulación conductual, esfuerzos de dominio, modelado, practica, trabajo a través de.

Describen la revisión que realizó Orlinsky et al. (1994) de los procesos terapéuticos eficaces en 2500 estudios que incluyen categorías similares de procesos y habilidades terapéuticas eficaces incluyendo el vínculo terapéutico (por ej.- nivel del terapeuta y compromiso del cliente en terapia, empatía del terapeuta, expresión del cliente, armonización recíproca y afirmación); y las operaciones terapéuticas (por ej.- procesos cognitivos y conductuales, confrontación experiencial, empleo de estrategias de cambio).

Los autores afirman la falta de instrumentos para medir las habilidades prácticas en el trabajo social a pesar de la existencia de instrumentos para medir los procesos de psicoterapia.

Exponen las contribuciones teóricas significativas que diversos autores han realizado en el trabajo social, identificando procesos de práctica eficaces dentro de la perspectiva de la persona- en- ambiente. Y plantean algunas clasificaciones que se han efectuado. Esto con la finalidad de afirmar que no existe actualmente ningún instrumento de la práctica empíricamente validado que refleje precisamente esa multidimensionalidad de aproximaciones en la práctica del trabajo social. Por lo que plantean el esfuerzo exploratorio, teóricamente guiado para desarrollar un instrumento que incorpora psicoterapéuticamente (el apoyo, el aprendizaje y la acción), dirección de caso y habilidades de evaluación de la práctica.

La muestra estuvo conformada por internos del MSW, hombre y mujeres con distintos horarios de trabajo (completo y parcial) y tiempo de experiencia; practicando en distintas áreas del trabajo social como: agencias de consejo en salud mental, escuelas, en bienestar del niño, en abuso de sustancias, abogacía, agencias de servicios familiares, etc. El PSI es un instrumento que enfoca las propias actividades del practicante en el encuentro de ayuda con los clientes. Mide específicamente la frecuencia con la que ciertas habilidades de la práctica son empleadas con sus clientes durante el trabajo de campo. Para contestarlo se lleva aproximadamente 15-25 minutos, consta de 33 ítems junto con tres páginas con preguntas adicionales de fondo.

Los primeros ítems del PSI fueron generados basándose en la revisión de la investigación de aproximaciones ecléctico/integrativas de la psicoterapia y práctica del trabajo social. Las categorías se conceptualizaron a priori como:

1. Factores psicoterapéuticos.

2. Manejo de caso y

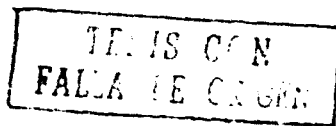
3. Evaluación de las habilidades para la práctica.

1. Para la primera categoría de factores psicoterapéuticos (de apoyo, de aprendizaje, de acción) fueron generados ítems para cada una de las dimensiones construidas por Lambert y Bergin (1994) y complementadas con la clasificación creada por Orlinsky et al. (1994), los ítems de la muestra incluyen:

- Factores de apoyo- reflejando pensamientos y sentimientos para ayudar a comprender afectivamente al cliente, empleando empatía para ayudar a los clientes a sentir que pueden confiar (en el trabajador), proporcionando apoyo emocional a los clientes.
- Para los factores de aprendizaje están.- educando a los clientes cómo prevenir ciertos problemas recurrentes. ayudando a los clientes a reducir formas disfuncionales de pensar que contribuyen a sus problemas y ayudando a que los clientes entiendan mejor cómo las consecuencias de su conducta afectan a sus problemas.
- Para los factores de acción están.- ayudando a que los clientes practiquen sus nuevas habilidades de solución de problemas fuera de las visitas de tratamiento, mostrándoles a los clientes cómo premiarse sus progresos con un problema, instruyendo a los clientes en habilidades para reducir hábitos inadaptados.

2. Para la segunda categoría a priori, habilidades de dirección de caso, los reactivos están basados en actividades definidas por Shulman (1992) y Rothman (1991), incluyendo entre otros, lo siguiente: evaluando los recursos materiales (del cliente), supervisando la entrega de servicios proporcionados por otros practicantes y defendiendo en nombre de los clientes y canalizando a otros servicios.

3. La tercera categoría a priori, habilidades de evaluación de la práctica, incluye los siguientes reactivos: definiendo los problemas del cliente en términos específicos,



colaborando con los clientes fijando metas de intervención, definiendo objetivos de tratamiento en términos específicos, y pidiéndoles a los clientes que evalúen los efectos del tratamiento en ellos.

Se desarrollaron en un primer momento noventa y siete reactivos dentro de este contexto teórico y se compilaron en un nuevo formato inicial. Sin embargo se redujeron a 75 ítems después de varias revisiones por expertos y un piloteo con 5 estudiantes. Se utilizó una escala de frecuencia tipo Likert de 5 puntos (5= muy a menudo, 4= a menudo, 3= moderadamente, 2=rara vez, 1= nunca. Las instrucciones son: *"Por favor estime lo mejor que pueda, qué tanto realmente usted usa las siguientes habilidades prácticas de trabajo social en su práctica actual"*.

Muestran detalladamente el análisis estadístico de confiabilidad y validez del instrumento mostrando en su globalidad un coeficiente alfa de .91.

Entre las aplicaciones para la práctica de trabajo social y la educación, el PSI muestra ser un instrumento válido y confiable. Util para medir la frecuencia con la que los estudiantes internos de trabajo social usan habilidades diferentes en la práctica. La versión final del PSI cuenta con 33 reactivos fácil de completar en un lapso breve de tiempo.

Dicho inventario puede ser una herramienta potencialmente valiosa para examinar integración/eclecticismo en los modelos de práctica del trabajo social que mide por palmas psicológicos, medioambientales, y dominios evaluativos. Muchos de los ítems terapéuticos y de apoyo han venido a representar procesos eficaces comunes para varias escuelas de psicoterapia.

Otra ventaja potencial de PSI es que incorpora el aspecto de persona -situación de práctica que define de forma singular a los trabajadores sociales, las habilidades de dirección de caso. Puede ser de importancia crítica para la profesión que las habilidades de dirección de caso sean dadas a la par con habilidades psicoterapéuticas más tradicionales. Considerando el clima actual se vuelve necesario que los practicantes reconozcan y dirijan las relaciones importantes entre los problemas de sus clientes y el ambiente social (cada vez más grande). Así como que la práctica de trabajo social clínica avanzada debe ser reconstruido como micro y macro en naturaleza, incluyendo la psicoterapéutica y las intervenciones de dirección de caso.

11. Hollanders (1999) presenta su trabajo titulado Theoretical Orientation and Reported Practice: A survey of eclecticism among counsellors in Britain. (Orientación teórica y la practica informada. Un estudio de eclecticismo entre consejos en Bretaña.

Plantea que la orientación teórica y la practica clinica más frecuente en Bretaña es la orientación ecléctica/integrativa. Sin embargo comenta que no está muy claro a que se refieren los consejeros cuando informan dicha orientación. Es importante

señalar que la encuesta estuvo dirigida no sólo a consejeros sino también a psicólogos clínicos y psicoterapeutas.

El objetivo que persiguió dicho estudio fue precisamente censar la orientación teórica y la práctica de los consultores en Bretaña e intentar satisfacer las debilidades metodológicas que otros estudios, en relación con la dificultad de llegar a una definición operacional precisa de los conceptos de eclecticismo e integracionismo.

Por ello es que Hollanders en su estudio hace la diferencia entre los acercamientos; define que hay acercamientos en *el sentido amplio* (broad-band), es decir, las diversas escuelas que incluyen una metateoría con una filosofía definida que puede funcionar a través de varios enfoques diferentes y técnicas para la práctica, por ejemplo entre el psicoanálisis y conductismo, etc.), y por otra parte los acercamientos en *el sentido estrecho* (narrow - band), es decir, una de las aplicaciones de la metateoría de la escuela en el sentido amplio, por ejemplo, entre el enfoque centrado en la persona y el gestalt, los cuales pertenecen a la misma escuela humanista-existencial. Por lo tanto así mismo plantea la denominación de eclecticismo en el sentido amplio y en el sentido estrecho.

Por *integracionismo* el autor entiende, la tendencia actual que procura el tejido de una teoría fuera pero incluyente de las orientaciones en el sentido amplio. Diferenciándolo del *eclecticismo* que hace más alusión a dar este alcance pero desde un punto de vista más personal y menos preciso, es decir menos consensado.

Lo que se encontró en este estudio es que ...*"lo que decimos que hacemos no siempre corresponde a lo que realmente hacemos"*..., por ello sugiere que en futuros estudios sería bueno plantearse algún método por el cual observar la práctica en realidad. Ya que se encontró que no todos los encuestados de entrada afirmaron definirse como eclécticos/integradores, más a lo largo del estudio se comprueba que "implícita" o "explícitamente" como nombra el autor, el 87% del total de la muestra presentan una gran tendencia a informar la utilización de orientaciones múltiples y acercamientos, junto con la combinación de una amplia gama de técnicas.

De este modo, cuando se les pregunto por la orientación en el sentido estrecho el 42% se declaro como ecléctico/integrativo y un 35% de forma implícita. Para la orientación en el sentido amplio se declararon como eclécticos/integrativos el 43% y el 45% implícitamente. Y cuando se pregunto por las técnicas sorprendentemente un 95% mostró una combinación ecléctica de estrategias de intervención.

Algunos otros datos que arrojó dicho estudio es que a más experiencia en los practicantes, es más probable que éste tienda a una posición ecléctica. Otro dato interesante es que los encuestados perciben la falta de un modelo ecléctico/integrativo como tal, como los de Egan y Lazarus. Sin embargo cuando se les pregunto por el teórico más influyente en ellos, escogieron teóricos viejos en su mayoría Rogers, Jung y Winnicott. Lo cual en consideración de Hollanders, muestra que los encuestados (practicantes) estaban combinando acercamientos basándose en un criterio idiosincrásico, en lugar de estar usando pautas establecidas.

Así, Hollanders plantea que los hallazgos encontrados dirigen a la observación de que el campo de la psicoterapia y consejería está en una fase de desarrollo forzado ante la tremenda diversidad que existe en el campo. Y la falta de un paradigma compartido del cual "no se ven ni sus luces". El eclecticismo/integracionismo incluyendo al pluralismo se informan como el modo preferido de acercamiento, pero la forma que esto tome depende mucho del sentido personal. Lo cual dice el autor reta a un desafío para aquellos que están interesados y se responsabilizan por el entrenamiento de las futuras generaciones de psicoterapeutas y consejeros.

12. El siguiente artículo lo presenta Beutler (1999) titulado: Manualizing Flexibility: The Training of Eclectic Therapists. (Flexibilidad Manualizada: La capacitación de terapeutas eclécticos).

Plantea que los entrenamientos manualizados se han ido situando como un estándar en la investigación en psicoterapia, y rápidamente han sido adoptados en clínica y aconsejados para los programas de entrenamiento en psicoterapia. Aunque todavía no hay evidencia que demuestre que el entrenamiento manualizado mejore los resultados, ni reduzca las cualidades inespecíficas de los terapeutas ni que atenúe el juicio clínico.

Comenta Beutler que los modelos integradores se diseñan para aumentar la flexibilidad terapéutica.

Así la finalidad que persigue el presente artículo es la presentación de los esfuerzos actuales para enseñar a los terapeutas a usar procedimientos terapéuticos flexiblemente, sin perder algunas ventajas de la manualización.

Señala que la investigación contemporánea apoya tres básicas, polémicas y contradictorias conclusiones sobre el entrenamiento de la psicoterapia, que no hacen más que aumentar el interés por la naturaleza del entrenamiento psicoterapéutico, estas son:

7. Que la supervisión y el entrenamiento tradicional no se ha dado a conocer como muy poderoso para aumentar la eficacia.

8. Que de acuerdo a manuales específicos puede ser beneficiada relativamente la psicoterapia sin hacer caso de especificar el modelo psicoterapéutico representado por los manuales.
9. Que el entrenamiento manualizado puede reducir el nivel de sensibilidad y empatía del terapeuta y minimiza la importancia del sentir del mismo.

Brinda puntos de vista de varios autores en torno a las ventajas y desventajas del entrenamiento manualizado. Y plantea que el entrenamiento en psicoterapia ecléctica/prescriptiva tiene dos objetivos importantes:

1. Aprender a identificar características de los pacientes que han demostrado empíricamente responde de forma diferencial a intervenciones o terapias diferentes y
2. Aprender a aplicar competentemente esas terapias e intervenciones de una manera comprensiva, independientes de las teorías que las generaron.

Beutler refiere que lo importante en torno a estos objetivos es la necesidad de integrar la evaluación clínica y la intervención clínica y la teoría clínica y la práctica. Critica la forma en como han sido separados, pues dice que es erróneo el suponer que el tratamiento va desligado de la evaluación como algunas personas consideran. Además que considera que es problemática tal separación, ya que fracasa en asegurar la oportunidad de obtener práctica en los procedimientos respecto de los cuales aprenden los estudiantes y fracasa en que los contenido a estudiar por los graduados sean con base a los hallazgos empíricos. Propone que el sistema de educación continua debe ser reemplazado por un sistema que controle la práctica clínica e investigue la apertura del terapeuta.

Manifiesta que los modelos manualizados requieren enlaces exclusivos entre el campo de trabajo y la teoría basada en la instrucción. Las preguntas que señala como las adecuadas para proveer flexibilidad óptima son: ¿Cuándo se necesita tratamiento?, ¿qué tipos de tratamientos se necesitan?, ¿cómo ellos deberían ser modelados inicialmente y a través del tiempo?, y ¿cuándo el tratamiento debería de terminarse?. Y estas son preguntas que los practicantes han fracasado en dirigir.

Menciona que la base de los modelos eclécticos/prescriptivos es el Aptitud de Interacción para el Tratamiento (ATI) un método conciliatorio de identificación de las dimensiones del tratamiento que da acceso a incrementar el resultado del tratamiento. Dicho método investiga los paradigmas, y busca definir un ajuste óptimo entre las características del terapeuta y del cliente y la influencia conjunta de los atributos de este último y las características de tratamiento.

Plantea que un programa de entrenamiento ecléctico/prescriptivo enfocaría cursos de evaluación alrededor de los indicadores de los pacientes y de las características de la demanda para el tratamiento qué diferencien estos. Así también expresa que la instrucción específica debería de ofrecerse con relación a intervenciones

suficientemente flexibles en dirección a las recomendaciones profesadas por la evaluación para el tratamiento.

La tarea menciona nos es determinar qué terapias son efectivas, sino cuales dimensiones de las psicoterapias son mejor aplicadas bajo circunstancias identificadas.

Lo que promete el entrenamiento de terapia ecléctica/prescriptiva es la posibilidad de seleccionar lo señalado al cliente y mejorar los resultados mediante el perfil del aprendiz, perfil que investiga, donde cada uno de los aprendices son mayormente efectivos. La investigación futura propone debe desarrollar métodos para aumentar la complejidad e individualidad del tratamiento. Así las múltiples dimensiones del cliente, las dimensiones del terapeuta y las de los atributos de la terapia, deben de incorporarse en análisis únicos para evaluar el intercambio de variables y su compleja interacción en disponer al cliente para el cambio.

Habla acerca de la creación actual de manuales de entrenamiento que muestran el apareamiento entre las dimensiones del cliente y del terapeuta, que no se comprometen con un modelo particular de psicopatología. Ya que, considera que el foco está en aprender a aplicar las estrategias más que la gama de teorías o técnicas específicas. Sin embargo dice que las cualidades de apoyo, cuidado y empatía que son importantes para el proceso terapéutico restarán cualquier valor a la ventaja obtenida por los tratamientos estandarizados.

13. Jacob K. S (1999) presenta el artículo: Mental disorders across cultures: The common issues. (Los Desordenes mentales a través de las culturas: Los aspectos comunes).

Jacob plantea que a pesar de que existen diferencias entre las culturas respecto a la enfermedad mental y entre los mismos sistemas de medicina, los problemas que encaran los profesionales en su quehacer alrededor del mundo son similares.

Tal situación considera exige menos estructuras teóricas rígidas y un enfoque ecléctico al cuidado de la enfermedad mental que utilicen conceptos, categorías y terapias tanto orientales, occidentales e indígenas.

Para este autor, dicha perspectiva única provendría de la afirmación de que los sistemas individuales de medicina actualmente utilizados son inadecuados cuando se emplean aisladamente.

Realiza una breve discusión respecto de las similitudes en los problemas relativos al diagnóstico de la enfermedad mental a través de los sistemas de la medicina. Dichas similitudes tienen que ver con: el uso de normas clínicas en el diagnóstico, la naturaleza sintomática del tratamiento y la variabilidad de respuesta a terapias específicas.

Comenta que el uso de normas clínicas ha sido necesario debido a la ausencia de evidencia con respecto a la etiología y patología de desordenes mentales y ha forzado intentos de una clasificación "confiable" en las presentaciones clínicas. Esta "confiabilidad" por definición debe ser traducida a mayor heterogeneidad dentro de las categorías, extendida a la respuesta al tratamiento, al curso y resultado de los desordenes mentales.

En lo que concierne a la naturaleza sintomática de las terapias, considera que los tratamientos desde la medicina para los desordenes mentales, en su mayoría son esencialmente sintomáticos. Lo cual ha sido comprobado no solo en las terapias farmacológicas sino en otras terapias, como la meditación y el yoga. Además de que dicha naturaleza sintomática se ve también reforzada por la ausencia de una etiología o diagnóstico patológico y el uso de categorías clínicas para la categorización.

Para Jacob, la naturaleza sintomática de los tratamientos y la heterogeneidad de resultados dentro de las categorías clínicas argumentan la insuficiencia de un enfoque particular para todos los desordenes mentales. La co-existencia de los diferentes sistemas de salud en la mayoría de los países afirma su utilidad en las diferentes condiciones. Plantea que los pacientes seleccionan el sistema de salud pública que ellos prefieren y que en todos los países existe una competencia por los pacientes. Los pacientes con una respuesta pobre al tratamiento nativo se les ve en hospitales y terapias occidentales y con las nociones de occidentales empleadas con razonable éxito. Y pasa lo mismo en viceversa.

Dichos problemas similares relativos a la enfermedad mental a través de las culturas sugieren los siguientes corolarios:

1. La aceptación de limitaciones en las clasificaciones clínicas.
2. El uso de enfoques eclécticos.
3. Reducción del nexo directo que existe entre el tratamiento y la etiqueta diagnóstica.

Para este autor la aceptación de la insuficiencia de los sistemas individuales de medicina y la incorporación de los mejores fácilmente aplicables y las modalidades localmente aceptables tanto desde la medicina tradicional y de la moderna, probarían ser útiles. Un enfoque ecléctico y una estructura liberal permitirían a la psiquiatría en culturas no occidentales, incorporar tratamientos tradicionales en los paquetes de terapias que ofrecen.

Respecto al uso de enfoques ecléctico Jacob plantea, que una minoría de trabajadores de salud mental parecen operar rígidamente dentro de estructuras occidentales sin la realización de la etnocentricidad de las técnicas empleadas y de las alternativas tradicionales igualmente efectivas. Considera que el argumento más importante en contra de los planes eclécticos es que son pragmáticos, basados en cualquier teórico o sistema construido. Más sin embargo, la evaluación cercana de

los sistemas internacionales (occidentales) actualmente empleados dan a conocer también un enfoque ecléctico. También formula que los partidarios de lo ecléctico han aumentado el trabajo terapéutico y argumentan que: "El eclecticismo no puede ser elegante, pero, en la práctica clínica real tiene muchos méritos percibidos, y abatimientos en las escuelas y doctrinas oposicionistas".

Además afirma que otra implicación de los puntos antes expuestos son las *etiquetas empleadas para las terapias*, que se refiere al nexo directo que existe entre la etiquetación diagnóstica y el tratamiento, y considera que este nexo debería reducirse, pues la elección de una modalidad de terapia debería basarse en la demostración de su utilidad en los respectivos casos más que sobre la etiquetación diagnóstica o la teoría.

14. Safran y Muran (2000) publicaron su artículo: Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. (Resolviendo Rupturas en la alianza terapéutica: Diversidad e Integración).

Lo que plantean los autores en la primera parte del artículo es precisamente, la diversidad de aproximaciones que existen para tratar los problemas en la alianza terapéutica y en la segunda mitad, describen una propuesta integradora también para ello.

La propuesta integradora que formulan ambos autores se deriva de las diversas aproximaciones que presentan al principio de su trabajo para tratar con los problemas en la alianza terapéutica; y comentan que aunque las aproximaciones presentadas ofrecen una amplia gama de estrategias creativas y útiles, ninguno de ellos trata extensamente la exploración de las rupturas de la alianza terapéutica como enfoque central de tratamiento.

Apoyan los planteamientos de Arnkoff, Watson y Greenberg acerca de que los problemas en la alianza terapéutica pueden reflejar características de los problemas de los clientes. Dichos autores enfatizan la importancia de enfocarse en las tareas relevantes para el cliente, más que explorar la relación terapéutica en una forma que impone las ideas del terapeuta de lo que deben ser las tareas y metas para el cliente.

Formulan que en contraste con la perspectiva del psicoanálisis clásico que ve en el análisis de la transferencia como la esencia del tratamiento, nosotros vemos la exploración profunda de la relación entre terapeuta y cliente, sólo como una de las muchas tareas terapéuticas posibles.

El enfoque que plantean los autores, lo proponen como enfoque central para la exploración terapéutica. Utiliza una amplia gama de tradiciones terapéuticas distintas, así como un cuerpo extenso de investigaciones terapéuticas dirigidas en su clínica.

Los supuestos fundamentales del enfoque que proponen, son de naturaleza interpersonal, y una premisa central, es que todos los problemas de la alianza terapéutica contienen grados variables de contribuciones tanto del cliente como del terapeuta. Las rupturas en la alianza terapéutica son vistas como aspectos inevitables del proceso terapéutico. Las figuras del cliente y el terapeuta son concebidos como dos compañeros en un "baile interpersonal" que revisten en distintos grados pautas enfermas que son características del cliente. Dicho "baile" es motivado por el auto-cumplimiento de profecías en las cuales las expectativas interpersonales del cliente y sus creencias acerca de sí mismo y de otros, influencia su comportamiento, volviendo a reproducir respuestas predecibles desde otros.

Para ambos autores la exploración de los factores subyacentes a las rupturas, puede proporcionar información importante respecto al principio que organiza la percepción del cliente sobre el significado de las intervenciones del terapeuta. Por ej. Los clientes que perciben la posición neutral del terapeuta como represiva pueden tener un esquema interpersonal que los predispone a percibir a otros como emocionalmente inadaptados.

La experiencia de trabajo a través de una ruptura de la alianza, puede jugar un papel importante, ayudando al cliente a desarrollar un esquema interpersonal que lo represente con la capacidad de lograr relacionarse, y a los otros como emocionalmente adaptables en potencia.

En consideración de los autores, han encontrado útil lo anterior, para entender los procesos de trabajo a través de las rupturas en la alianza como una dialéctica en la cual el cliente aprende a reconciliar sus necesidades por acción contra su relación.

Los autores apoyan el planteamiento que realizan varios autores sobre todo de la escuela de "relaciones objétales" entorno a la existencia de una tensión fundamental entre la necesidad de expresarse a sí mismo como individuo único y creativo y la necesidad de mantener relaciones con los otros y que los problemas psicológicos a menudo son el resultado de un tipo de auto-traición en la cual la gente aprende a relacionarse con otros en un estilo no auténtico.

Aplicado esto a las rupturas en la alianza, debe haber en el trabajo con las rupturas, un énfasis en que los clientes aprendan a que pueden expresar sus necesidades con un estilo individual afirmándose, sin destruir por ellos las relaciones terapéuticas. Ya que a menudo por el miedo a alienar a otros, las personas suprimen sus necesidades y deseos, escondiendo sus opiniones diferentes, lo que lleva a pseudorelaciones. La meta consiste en proporcionar las condiciones necesarias, para que los clientes puedan aprender a hacer contacto con ellos en una forma paradójicamente más individual y más relacionada.

Safran y Muran presentan un programa (incluye un modelo) para tratar con las rupturas en la alianza, se presenta en el siguiente cuadro:

Plantean que sus esfuerzos pragmáticos pueden destilarse en los principios de la metacomunicación, la cual definen como *la comunicación entre el cliente y terapeuta que toma a la interacción existente entre ellos como un foco de exploración.*

Brindan un modelo en fases, denominado precisamente "proceso-face".

La tarea del terapeuta consiste en:

- Invitar al cliente a iniciar un proceso de examinación (metacomunicación) acerca de los que está aconteciendo actualmente entre ellos.
- Identificar sus propios sentimientos en el presente para usarlos como puntos de partida para la exploración conjunta. Sin embargo los sentimientos pueden ser complejos y la tarea consiste en identificar algún subconjunto de los sentimientos que más probablemente serán útiles en una metacomunicación. Pueden ser posibles las diferentes formas de exploración.
- Emplear diferentes formas de metacomunicación que serán eficaces con distintos clientes. Presentan algunos ejemplos al respecto.
- No olvidar que el proceso metacomunicativo es un continuo y que la situación está cambiando constantemente.

Tomando como base el "análisis de tareas" desarrollado por Leslie Greenberg y Laura Arroz los autores han creado un modelo compuesto de 4 fases para 5 tipos de clientes y 3 intervenciones del terapeuta que facilitan la transición por estas fases.

Por motivos de espacio es que sólo se presentará el esquema del modelo.

Fase 1. Atención a la ruptura marcada. El cliente 1 (C1) el retiro del cliente marca la ruptura. El terapeuta 1 (T1) enfoca al cliente en la experiencia inmediata.

Fase 2. Exploración de la experiencia de la ruptura. El (C2) expresa sentimientos negativos mezclados con la ruptura marcada. El (T2) facilita la auto-afirmación.

Fase 3. Exploración de la evitación. El (C3a) descubre el bloqueo, el (T3) indaga el bloqueo, el (C3b) explora el bloqueo.

Fase 4. Auto-afirmación. El (C4) se auto-afirma. El (T4) valida la auto-afirmación.

15. Grosch y Olden presentan (2000) su artículo titulado: Clergy Burnout: An integrative approach. (Desgaste del clero: un enfoque integrador).

Plantea que pese a que los clérigos comienzan su carrera con altos ideales, optimismo, grandes expectativas de servicio ayudando a otros, gran compromiso y comprensión. Dichas cualidades en la cruda realidad para muchos, da paso a la desilusión, el desaliento y la desesperación.

Por tal motivo realizan una revisión de dos aproximaciones que tratan de explicar el porque sucede dicho desgaste o queme en los clérigos. Y posteriormente plantean una aproximación integradora ilustrándola con dos casos.

Una de las aproximaciones que explica el desgaste en los clérigos insiste en que el problema es sistémico, es decir externo: demasiado trabajo, poco apoyo, programas de trabajo rígidos, trato con parroquianos difíciles, jornadas de trabajo excesivas, trato con burocracia, etc. Y comentan que la lista podría extenderse aun más.

La segunda aproximación sugiere que el problema se encuentra dentro de la persona, interno, citan a Freudenberger en 1974 y 1980 quien desarrollo está idea originalmente, formulado que aquellos que sufren desgaste en el clero posiblemente eran personas idealistas, perfeccionistas y compulsivas, quizá con perturbación narcisista, baja autoestima, con dificultades en su niñez y/personalidad tipo A.

La posición de los autores es que ambas aproximaciones necesitan ser integradas, ya que son vistas complementarias en distintos niveles. Pues consideran que es la interacción entre lo sistémico (perspectiva de Bowen) con los factores del individuo (contribuciones de la psicología del yo de Kohut) que juntos producen el desgaste en los clérigos.

La psicología del yo en consideración de los autores nos ayuda a entender un sentido interesante del yo y la regulación del autoestima, explica el profundo anhelo de ser apreciados frecuentemente como una de las contribuciones al desgaste. Las maneras saludables de mantener y funcionar eficazmente un yo fuerte cuando se es un consejero profesional.

Muchos servidores o consejeros fueron niños sensibles y alertas que rápidamente aprendieron a adaptarse a las necesidades básicas de sus padres. Ellos pudieron dar a sus parientes toda la atención y afecto que ellos extrañaron como niños. Por consiguiente dichos niños no se permitieron sus propias necesidades. La última consecuencia de esto es una predisposición para la disminución del auto estima y esfuerzos repetidos como adultos de encontrar un padre ideal en sus compañeros o en el caso de los clérigos en los parroquianos. Aprendieron que sólo atendiendo la necesidad, a él lo necesitaría. Así los miembros de la iglesia proporcionan a menudo la función psicológica de confirmar la experiencia interna del pastor de auto valoración.

De ahí que sean personas que se esfuerzan por agradar, hacer un trabajo bueno. El peligro creen, se encuentra cuando la congregación proporciona efectos de auto sostenimiento a los clérigos.

Es critico llevarlos a interpretación anticipadamente dentro del contexto de la relación terapéutica.

En términos más teóricos: cuando los padres no se convierten en un ideal y el niño es desteta de dependencia y gradualmente se le obliga a desarrollar sus propios recursos. Hay fracasos excesivos y el niño es cortado abruptamente del suministro emocional y de los ingredientes necesitados para un desarrollo del yo óptimo, el yo sin respuesta no puede transformar el egocentrismo infantil o grandiosidad en una auto estima confiable. En el adulto una autoestima frágil, fácilmente amenazada se torna en una sensibilidad elevada a desilusiones o desaires, o rechazos.

Comentan que el ministerio no es el único lugar donde hay personas con dependencia, la profesión de salud mental es otro.

Además describen un complejo de grandiosidad entre los pastores y señalan que en algunas tradiciones los igualan al "Padre", es decir los idealizan. Esto puede producir sentimientos de superioridad, arrogancia, aunque contrariamente a la educación religiosa esto puede llevar a conducta impropia o inmoral, sin embargo los sentimientos subyacentes son una profunda inseguridad e insuficiencia. Cualquier pastor intenta satisfacer los ideales de la congregación, lo cual genera mucha más presión cuando los pastores tuvieron padres difíciles de complacer y ellos pudieran sentir que es igual de difícil complacer a su congregación. Con ellos los autores señalan no quieren decir que todo clérigo padece un sentimiento mesiánico o de tipo complejo de Dios. Más bien, dicen que cuando ha habido empatía insuficiente en la niñez, puede haber una necesidad compensatoria a ser gustados, admirados y apreciados. Lo cual también predispone al desgaste o queme de los individuos.

Por otra parte abordan el problema del sistema a través de la teoría de sistemas, la cual enfatiza la relación de que todas las partes están interactuando reciprocamente. Y en como existe una regulación a la conservación de la homeostasis. La atención está en los sistemas, el contexto ambiental en que los individuos viven más que en los individuos mismos.

Así, en el clero los problemas con las estructuras burocráticas rígidas, el pobre apoyo administrativo, los problemas presupuestarios y financieros y una lista sin fin de demandas de los parroquianos. Combinados con las expectativas de facilitar el crecimiento colectivo con programas de visitas a enfermos de la congregación sin mencionar el trabajo de las bodas, bautizos, entierros, y las reacciones familiares que surgen alrededor de ello. Ello solo es una muestra de las presiones a las que se someten los clérigos y los múltiples sistemas con los cuales están relacionados.

Lo anterior lo suman al concepto que Bowen (1978) planteo respecto a la transmisión multigeneracional y el concepto de diferenciación del yo. El primer concepto se refiere a las maneras en las que los temas y modelos son transmitidos a través de las generaciones, el segundo concepto hace referencia a los esfuerzos por entender cómo las personas se definen dentro de la familia. Se distinguen dos: aquellas personas que se apartaron de su familia de origen psicológica y emocionalmente quedándose distante, y aquellos que permanecen fundidos a la familia y no pueden actuar o pensar independientemente. En cualquiera de estos extremos no ha habido una diferenciación de la familia, pues ambas aun están en una posición reactiva y más probablemente actuarán y reaccionarán de manera similar en sus ambientes de trabajo. Volver a traer viejos modelos de la familia de origen a la actualidad se ve incrementada conforme al nivel de ansiedad.

Así en el caso del clero, la iglesia puede tornarse como una segunda familia. Y con toda la carga de trabajo y los diversos sistemas con los que tienen interrelación, la ansiedad se eleva y con ello la vuelta de los patrones viejos de la familia de origen.

La formulación de los autores es que ni la psicología del yo ni la teoría de los sistemas incluyendo las contribuciones de Bowen, determinan el desgaste o queme

de los clérigos. Más bien es una mezcla de ambas. Pues la psicología del yo ve la experiencia interpersonal a través de un lente subjetivo del yo mientras los sistemas se acercan a una vista del yo a través de una matriz del sistema. Así ambas son lentes de aumento diferente. Los autores consideran que el terapeuta trabaja con la experiencia individual y las fuerzas interrelacionales contemporáneas, y debe cambiar su enfoque para concentrarse a veces en el sistema y a veces en el yo. Para ellos el sistema y el yo son sólo maneras diferentes de describir las vidas de las personas, y dicen "uno no puede separarlos".

De esta forma plantean que entendiendo las presiones sistémicas, interacciones múltiples y las maneras como el clero se adhiere a estas transacciones, no son útiles en sí mismas. Mientras el clero entienda más sus necesidades de aprobación y alabanza, así como las formas en que internalizan las modalidades viejas de su familia, ellos están en la mejor posición de que se definan diferencialmente y a traten con esas fuerzas diferencialmente. Probablemente así estarán alejados del desgaste (de quemarse).

Posteriormente presentan dos casos de pastores: Jim y Fred. El primero quien tenía un desgaste menor al segundo y por lo tanto mayores posibilidades rápidas de cambio. Realiza una estructuración del caso en partados los cuales son: 1. Descripción del problema y descripción del cliente, 2. Formulación del caso, 3. Curso del tratamiento, 4. Resultados y pronóstico.

A grandes rasgos Jim era un pastor que cuando niño recibió mucho reforzamiento en ser un arduo trabajador. Las señales de desgaste las mostro cuando la iglesia estaba teniendo problemas financieros, y su esposa se estaba involucrando más en su carrera. Él trabajaba duramente esperando ser premiado por ello, en un intento por restaurar su auto estima. Desde su enfoque integrador es necesario para ellos ayudarlo a confrontar las fuerzas que derivan de los modelos viejos de lealtades de la familia de origen, así como de su familia actual y del ministerio. Necesita ayuda para alterar su desadaptado funcionamiento que lo había llevado a estropearse y darse cuenta más de sus necesidades. Finalmente él necesita aprender a conseguir sus necesidades de manera más directa y eficaces. El cambio de enfoque depende de lo que sea más apremiante en el momento.

Por su parte Fred otro pastor desgastado, desde la perspectiva de la psicología del yo había sido usado por su familia de origen como un niño ya maduro y grande. Ellos dependían su auto estima de él y no pudieron proporcionar mucha a él. Y al mismo tiempo le premiaron y reforzaron dicha conducta. En la iglesia encontró una familia similar en la cual jugar el mismo papel con la misma falta de diferenciación. Por lo tanto era incapaz de definirse y poner límites. Ellos utilizaron medicación antidepresiva, ya que Freud tenía una depresión fuerte, utilizaron estrategias de solución de problemas y rastreo de su proceso interaccional.

Los autores consideran que su enfoque integrador tiene implicaciones en la prevención y tratamiento del desgaste en el clero. La prevención puede ser reforzada

por una variedad de medios que ellos describen en su libro. Estos incluyen grupos de apoyo y de en auto valoración a través del contacto con el yo vulnerable de uno, y volviéndose más que un consejero o servidor herido. Para ambos autores está claro que su enfoque integrador es facilitado por la habilidad consciente del terapeuta de mirar a las dos lentes (la psicología del yo y la teoría general de sistemas) durante el tratamiento. Pues el descuido en cualquiera de las dos limitaría la eficacia del tratamiento. Ellos enfatizan la utilización en la primera fase del tratamiento de algún apoyo psicoeducativo en cuanto a la naturaleza de los sistemas y la interacción con ellos, pues consideran que es beneficioso de dos maneras: 1. Es una herramienta para el clero para un mejor entendimiento y, 2. Ayuda con frecuencia al clero con su sentido de vergüenza sobre necesitar ayuda y el sentimiento de que no han mantenido su profesión.

También durante la fase de exploración de los modelos viejos de la familia de origen se recomienda una ida a casa como una forma de clarificar los modelos y de relacionarlos más allá así como aprender a quedarse no reactivo en medio de presiones de la familia. La última fase del tratamiento sugiere que para tratar con el vacío y vulnerabilidad que acarreará la menor apreciación por parte de las personas al poner límites y no cargarse tanto de trabajo. Volverlo como un proceso de oportunidad para verse a si mismo como un servidor herido, con vulnerabilidad, así como un tiempo para ahondar en la espiritualidad de uno y construir conexiones más apropiadas con las personas.

16. Magnavita (2000) presenta: Integrative Relational Therapy of Complex Clinical Syndromes: Ending the Multigenerational Trasmisión Process. (Terapia relacional integrativa de síndromes clínicos complejos: finalizando el proceso de transmisión multigeneracional).

Magnavita considera que el tratamiento de síndromes clínicos complejos es un reto para el profesional de la salud mental debido a las interacciones entre los desordenes de personalidad comorbidos y los síndromes clínicos. Plantea que los avances en diagnóstico relacional y la clasificación de sistemas de personalidades disfuncionales puede orientar al clínico en diseñar la mayor parte de tratamientos secuenciales, múltiples y la intervención de puntos de apoyo. La Terapia relacional integrativa ofrece un modelo de tratamiento con un enfoque biopsicosocial y principios sistémicos.

El término síndromes clínicos complejos se refiere a los casos que incluyen uno o más síndromes clínicos y un desorden de personalidad comorbida. Estos casos son referidos frecuentemente "como refractarios al tratamiento", "difíciles de tratar". Incluyen cualquier combinación de los siguientes desordenes de ansiedad, espectro depresivo, desordenes interpersonales y maritales todos los cuales emanan de diversas configuraciones de personalidad.

La complejidad de éstos casos puede a veces abrumar a los terapeutas. Se ofrece un enfoque para ayudar a organizar la información clínica en una intervención de esta naturaleza.

Para el autor la Terapia Relacional reconoce que los síndromes clínicos complejos están expresados en configuraciones de diadas y tiradas, evidentemente en relaciones de pareja, matrimonios, familias y sistemas más grandes. El poder curativo de un enfoque terapéutico deriva de nuestro entendimiento y reestructuración de la matriz de relaciones. La psicoterapia relacional integradora (PRI) se desarrolla a partir de los tratamientos de desordenes de personalidad y síndromes clínicos que ocurren de manera conjunta, combinando la psicodinámica individual y la teoría de sistemas. La terapia integrativa compresiva se acepta como una terapia de vanguardia para casos complejos.

Según Magnavita otros clínicos teóricos han desarrollado modelos integrativos parecidos, enfatizando una perspectiva del modelo psicodinámico, la más conocida es la de Wachtel quien desarrollo un modelo integrativo denominado "psicodinámica ciclica" combinando elementos de psicodinámica (relaciones objétales, psicología del yo e interpersonal), cognitivo-conductual, y la teoría sistémica.

La personalidad para el presente autor está determinada por una interrelación entre diversos factores, incluidas las predisposiciones genéticas y neurobiológicas (ej. temperamento, tipo corporal), experiencias tempranas (ej. Un cuidador equilibrado vs un narcisista), las experiencias de desarrollo (ej. Perdidas, traumas), la constelación y tipo de experiencias familiares (ej., Funcional, disfuncional), y las influencias culturales (ej. Normas sociales, preferencias y costumbres). Señala que los primeros personólogos enfatizaban la necesidad de incorporar una perspectiva sistémica para ayudar a la comprensión de la reciprocidad de los diversos factores del campo psicosocial.

Así la teoría de sistemas se puede aplicar en dos niveles de abstracción, uno donde la teoría considera cómo los elementos de una matriz biopsicosocial se relaciona en diversos ciclos de retroalimentación; y la segunda forma en el dominio familiar y en la sociedad. Los disturbios de personalidad existen en sistemas que refuerzan y perpetúan las diversas expresiones de desordenes de personalidad. Para Magnavita la teoría se sistemas expande nuestro entendimiento incrementando el poder del modelo conceptual. En lugar de confiar en un modelo individual, la personalidad puede ser vista como una expresión de la dinámica familiar y los conflictos llevados de una generación a otra por el proceso de una transmisión multigeneracional. Las instituciones culturales también pueden reforzar y perpetuar la patología de la personalidad así como el comportamiento antisocial es exagerado por nuestro sistema penal y algunas áreas de pobreza.

Magnavita considera que cuando conceptualizamos el tratamiento de los síndromes clínicos complejos (SCC), es imperativo que el clínico sea capaz de tener

una perspectiva macro y micro, dicho en otra forma, se requiere de enfoques diversos para ampliar o reducir nuestra visión. Aun nivel micro, los clínicos pueden ver las operaciones cognitivas, afectivas y defensivas de un individuo. En un enfoque más profundo pueden visualizar las creencias internas, representaciones esquemáticas, capacidad emocional y expresiones de operaciones defensivas que contribuyen a los desordenes de personalidad y al mantenimiento de desordenes clínicos.

Cita a Goldfried y Castonguay (1993) quienes discutieron la relevancia que tienen los diferentes niveles de análisis y extendieron el rango que ofrece el modelo sistémico. Cambiando nuestro enfoque a nivel macro podemos ver el campo relacional y en una configuración triangular un miembro, usualmente un niño podría volverse sintomático como una forma de mantener la homeostasis del sistema. "como ser un actor en una obra familiar en la que los diversos miembros tienen un libreto pre-determinado".

El autor considera que muchos clínicos con orientación sistémica han expresado su inconformidad con el sistema nosológico actual (DSMIV): la asociación psiquiátrica americana ha realizado algunos avances en el desarrollo del sistema de diagnóstico y clasificación relacional.

De esta manera Magnavita plantea que el sistema que se describe en este artículo está basado en un esfuerzo por extender el sistema de diagnóstico relacional específicamente para los desordenes de personalidad. La idea de que la personalidad puede entenderse en un sistema complejo existente no es nueva. La teoría general de sistemas se ha aplicado a la psicología entre otras disciplinas, mejorando nuestro entendimiento de la dinámica familiar.

Fundamentado mucho del movimiento de la terapia familiar los desordenes de personalidad y los síndromes clínicos que se generan no están contenidos únicamente dentro del individuo sino que se forman por conexiones tempranas conformadas por la dinámica familiar, se consolidan por acciones repetidas y patrones habituales de comunicación y retroalimentación. Los desordenes de personalidad en sus diversas manifestaciones son reacciones adaptativas a sistemas disfuncionales y pasan a lo largo de las generaciones por el proceso de transmisión multigeneracional. Los sistemas personológicos disfuncionales (SPD) están organizados alrededor de temas patológicos y se definen como siguen:

- Un sistema disfuncional en el cual los individuos sufren de una patología de personalidad preponderantemente se observa a través de las generaciones
- Un linaje de ciertos tipos de personalidad patológica asociados con temas familiares centrales dinámicas y triángulos.

Existen diversos subtipos de sistemas personológicos. Son 10 subtipos los que se han identificando y descrito en los desordenes de personalidad de terapia relacional.

1. Sistema personó lógico disfuncional adictivo.
2. SPD narcisista.
3. SPD secretamente narcisista.
4. SPD sicótico.
5. SPD desarrollo interrumpido.
6. SPD física y sexualmente traumatizantes.
7. SPD depresivo.
8. SPD médicamente crónico III.
9. SPD paranoide.
10. SDP somático

La evaluación de los SPD se inicia con un genograma, una historia y una entrevista clínica con la familia con un subsistema o un individuo. Un genograma que aporta una fuente rica de evaluación concerniente a los patrones generacionales de disfunción familiar (por ej. Abuso de sustancias, interrupción del desarrollo y enfermedad manifestados por diversos subtipos de sistemas personó lógicos disfuncionales) lo que evidentemente impacta el proceso familiar y la dinámica individual. Las diversas dimensiones que operan en el interior de la familia deben evaluarse. Debe evaluarse el nivel d cohesión familiar: es una familia integrada o desintegrada, debe determinarse la flexibilidad de la familia ¿es una familia que puede adaptarse a los cambios? Es una familia rígida o caótica? Deben observarse los patrones de comunicación familiar. ¿ tiene la familia la capacidad de expresar emociones, de escuchar, de proveer empatía, son muy críticos, negativos o no comunicativos?

Magnavita considera que tratar con el SPD es una tarea altamente complicada pero que uno puede simplificarla usando la teoría de terapia relacional. Se puede incorporar diversos métodos de tratamiento, enfoques teóricos y modalidades. El clínico debe de sentirse cómodo moviéndose entre diversas modalidades de acuerdo con los requerimientos del tratamiento. El enfoque puede ser individual para una diáda, un subsistema, o un sistema extendido. Las diversas modalidades frecuentemente deben de llevarse de manera secuencial o concurrente, la combinación de tratamientos aumenta la eficacia cuando se utilizan diversas modalidades: familiar, de pareja, individual y farmacológicas.

Cuando se trabaja con síndromes clínicos complejos uno debe ser capaz de manejar diversos enfoques. Si uno no esta entrenado en diversas modalidades y enfoques debe hacerse un esfuerzo para desarrollar un equipo en el interior de la comunidad profesional que incluya especialistas en tratamientos individuales, especialistas familiares, y especialistas de terapia de pareja, especialistas en enfoques farmacológico, tratamiento médico y con trabajo de equipo.

Es importante que se designe un director del equipo que conozca el caso detalladamente y puede coordinar el cuidado y mantener líneas de comunicación abierta de tal manera que allá un avance consistente cuando hay una desintegración inevitable del equipo o un choque de un clínico vs otro, surge la

falta de comunicación, los clínicos involucrados necesitan platicarlo abiertamente e intentar trabajar con las competencia y la rivalidad normales que se desarrollan y de mantienen y hasta son estimulados por los sistemas disfuncionales.

Según el autor un terapeuta que intenta tratar un sistema psicológico disfuncional debe estar familiarizado con la teoría de sistemas así como con diversos modelos de terapia psicológica. Tales como interpersonal, cognitiva, psicodinámica y conductual. El conocimiento de teoría de sistemas sirve para simplificar estructuras complejas con los que se estructuran y reestructuran, sistemas y subsistemas.

Para un tratamiento exitoso plantea contar con un clínico que este familiarizado con los modelos sistémicos y que pueda responsabilizarse de la coordinación y supervisión de la multitud de especialistas quienes están familiarizados con el sistema. La conducción de tratamiento multimodal requiere la habilidad de tratar con individuos y subsistemas y es apropiado saber cuando referirse a otro clínico para conducir algún aspecto del tratamiento.

Cuando se trabaja con diversos miembros de la familia en diversos modalidades de tratamiento en clínico debe ser muy cuidadoso para mantener las múltiples alianzas. Cuando es posible la mayoría de las familias aprecian la posibilidad de trabajar intensivamente con un clínico principal y otros auxiliares todos los cuales tengan conocimiento del caso, algunas veces la familia le es más útil tener múltiples terapeutas y en otras uno sólo, especialmente cuando las alianzas y la confianza predominan como el los sistemas paranoides o psicóticos. Se requiere flexibilidad para que el terapeuta responda a nuevos desarrollos. Un equipo de avance del tratamiento es esencial. Es vital que a estos sistemas se les de el mejor tratamiento disponible para romper el Proceso de Trasmisión Multigeneracional que crea los síndromes complejos a través de las generaciones.

Presenta un caso para ilustrar la terapia relacional integradora, trabajando sus observaciones e hipótesis por niveles (macro y micro) y exponiendo el curso del tratamiento, resultados y pronóstico.

17. Two examples of Strains in the Therapeutic Alliance in an Integrative Cognitive Therapy. (Dos ejemplos de tensión en la alianza terapéutica en una terapia cognitivo integradora) es el título del trabajo que presenta Arnkoff (2000).

El autor comienza situándose él mismo como un terapeuta integrador con terapia cognitiva como base. Y plantea que cuando piensa en sus clientes se enfoca (al igual que otros terapeutas cognitivos) en sus procesos cognitivos tales como un dialogo interno, expectativas y esquemas. Él también incorpora métodos conductuales, su entendimiento, teoría y su trabajo clínico se enriquecen con conceptos y métodos de otras orientaciones, especialmente psicodinámica y terapia existenciales.

Plantea que se ha interesado en la alianza terapéutica desde hace algún tiempo: tema que según él ha recibido creciente atención en la terapia cognitivo-conductual. Pues considera que los cognitivos se han sensibilizado de las relaciones terapéuticas.

Plantea que a pesar de que algunos aspectos de la Alianza Terapéutica pudieran ser similares en todas las terapias, otros aspectos parecen ser un tanto diferentes dependiendo de la orientación. Y por ello propone que la clasificación de los componentes de la alianza provee una estructura útil: el vínculo y el acuerdo en las tareas y los objetivos. El vínculo es el componente de la alianza que se experimenta por el terapeuta y el cliente, incluye la confianza y la dedicación. El vínculo parece ser importante para nutrir el cambio terapéutico en la terapia cognitivo-conductual, sin embargo, un alto nivel de actividad del Terapeuta dentro de esta orientación puede producir un proceso de vínculo del de otras terapias. Plantea que el vínculo es visto por la mayoría de los terapeutas cognitivo-conductuales no como un vehículo de cambio sino como un fundamento utilizado para promover el resto de la terapia.

Los otros componentes de la alianza en la conceptualización de Bordin son el acuerdo en las tareas para facilitar el cambio y el acuerdo en los objetivos, para que salgan como se desean. De este modo dice, la tarea común en la terapia cognitiva es por ejemplo, el descubrimiento de los pensamientos negativos del cliente, que se refleja en su objetivo de en menos pensamientos negativos. El terapeuta cognitivo comenta debe ser más explícito en los acuerdos en las tareas y los objetivos con el cliente que otros terapeutas.

Describe que en su propio trabajo clínico debido a su unión integradora se conduce hacia un uso amplio de métodos, acordando con sus clientes que él es menos explícito y más cambiante a través del tiempo de lo que serían otros terapeutas cognitivos.

Para Arnkoff una pregunta importante en cualquier terapia es cómo tratar con las tensiones o rupturas en la alianza, la cual se encuentra además exacerbada por la psicopatología del cliente. Dicha cuestión comenta es el inicio de una exploración en el trabajo clínico en terapia cognitiva y continuamente agrava el estado de la alianza debido a que da información valiosa acerca de las fortalezas y debilidades del cliente. El autor comenta que se ha percatado de que existe tensión cuando se habla de los problemas de la alianza con el cliente y en contraste con un terapeuta con orientación psicodinámica, él no cree necesario discutirla directamente con él.

Su trabajo en su mayoría está representado por dos ejemplos de clientes: el primero con quien platicó de la tensión que surge en la alianza directamente y con el otro que eligió no hablar de la tensión en la alianza.

Señala la importancia de los aspectos de desarrollo y la forma en la que conceptualiza una posición (de conexión) que necesita asumir con otros paciente. Una posición de conexión planteó en su trabajo con su primer cliente. La conexión es un vínculo afectivo con alguien que es más fuerte y más preparado, los infantes muestran comportamientos de conexión para asegurarse seguridad y cuidado, aprendiendo así que depende del cuidador, y forma un "modelo de trabajo" con la disponibilidad y credibilidad con la figura con la que hace conexión. Estos modelos de trabajo pueden clasificarse en estilos de conexión.

Plantea que la categorización más simple es una conexión entre seguro e inseguro, el infante que se conecta con seguridad es porque su criador del que depende atendió sus necesidades de proximidad y búsqueda por parte del infante. Por otro lado los infantes que hacen conexiones de inseguridad tienen cuidadores quienes frecuentemente ignoran o rechazan los intentos del infante para lograr proximidad y cuidado, los modelos de trabajo que desarrollan los infantes tienen aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, y en teoría afectan las relaciones interpersonales posteriores.

El niño desarrolla estrategias de contacto intrapersonal de tal manera que a través de la vida individual el modelo de trabajo se reafirma constantemente de esta manera la conexión es central para el funcionamiento de un adulto y por consiguiente en la psicoterapia.

Plantea que en su trabajo con algunos clientes encuentra útil pensar en el estilo de conexión del cliente como el reflejo de una alianza que se forma entre el cliente y él. En estos casos, ve la conexión y las limitaciones del cliente para relacionarse o para trabajar en ciertas tareas orientadas a ciertos objetivos.

Para el autor el primer cliente (Gail) tenía un estilo de conexión que permitía ver alguna dificultad cuando él estaba sugiriendo un término (un final). Lo cual lo decidió a enfocarse al entendimiento del modelo de trabajo del cliente para ayudarla a formular los objetivos de la terapia. En este caso, trabajó abiertamente con la cliente la tensión en la alianza puesto que era un reflejo de los problemas de lo que ella quería trabajar y porque creyó que ella podía trabajar productivamente en ello.

El segundo caso de estudio considera que la tensión de la alianza se reflejó como una imposición. Y creyó no conveniente discutirla abiertamente con él. Por lo cual discute la resistencia comentando que aquellos que son muy resistentes valoran mucho su libertad personal y se resisten a cualquier intento por parte de otra persona de influenciarlos.

Cita a Beutler y Clarkin (1990) quienes discutieron cómo la reactancia afecta la psicoterapia, indicando algunas técnicas directivas que evocarán a la resistencia de los clientes muy resistentes. Y considera que pese a que él no ha tenido

pacientes resistentes, ha visto clientes quienes se resisten a la influencia interpersonal, y ha sido importante poner atención a su estilo.

Con estos clientes plantea, los intentos de influencia directa resultan simplemente en una forma de rehusarse o integrarse, y esto produce tensiones en la alianza. La influencia es posible pero de una manera indirecta. Tales clientes tendrán la sensación de que los nuevos conceptos viene de ellos mismos. Por ello considera que un trato constructivo con buena disposición para responder a la terapia fue también importante con el segundo colega.

Plantea que él y Carol Glass discuten y estudian lo que ellos llaman predisposición a responder a diferentes intervenciones, o disposición de un cliente para hacer cierto trabajo. Aspectos que debe considerar un terapeuta para ajustar en la terapia del cliente. Al inicio de la terapia la conceptualización de los problemas del cliente sus experiencias pasadas sus esfuerzos de cambio y sus miedos acerca de la naturaleza de su problema contribuyen a la intención inicial para tolerar diferentes enfoques en la terapia.

Señala que es importante para el terapeuta reconocer las predisposiciones del cliente con la intención de integrarlo a la terapia. Por lo cual es necesario hablar con el lenguaje del cliente para llegar a un acuerdo o trato con toda honestidad de que sus objetivos se cumplirán a través de los medios que el mismo este en disposición de usar, enfatizando que de otra forma no tendría el mucho beneficio.

Es así como las predisposiciones son relevantes en la formación de una alianza. Una vez que el cliente está integrado es importante para el Terapeuta influenciarlo hacia las tareas y objetivos que el cliente encuentra inicialmente inaceptables. Dado esto es que dice tuvo cuidado de atender las predisposiciones del 2do cliente ya que si no lo hubiera hecho, no hubiera sido posible formar la alianza.

Comenta que tiende a enfocar directivamente las tensiones en la alianza sólo cuando piensa que el cliente puede ver que este foco contribuirá a alcanzar las metas que evalúa.

18. Alfredo Gaete (Internet) presenta su trabajo titulado: Teoría psicológica: una propuesta integrativa.

Para el autor, todo modelo teórico presenta al menos tres aspectos o niveles que pueden ser objeto de análisis: *un nivel metateórico* o epistemológico, *un nivel teórico* propiamente y un *nivel práctico*. A nivel de la metateoría, se encuentran los principios relacionados con la forma en que un determinado enfoque validará su cuerpo de conocimiento, en el sentido de qué es lo que va a constituir conocimiento (delimitación del objeto de estudio) y cuál es la naturaleza de dicho objeto (lo cual determinará, a su vez, los medios válidos para conocerlo).

Por otra parte, el aspecto teórico se refiere al cuerpo mismo de conocimiento que, siguiendo los principios metateóricos, se ha alcanzado. Aquí nos encontramos con las nociones que cada modelo tiene sobre el ser humano, el desarrollo, la enfermedad y la salud, la personalidad, el trabajo, la terapia, etc. Por último, la aplicación de estas nociones teóricas a la vida constituye el aspecto técnico, o la práctica psicológica, la cual dependerá no sólo de la teoría sino también del área de trabajo del psicólogo (su especialización).

Para Gaete si bien es cierto que lo que diferencia en último término un enfoque de otro es su epistemología, también es cierto que dentro de un mismo modelo puede haber discrepancias epistemológicas. Esta aparente paradoja puede explicarse teniendo en cuenta que, dentro de lo epistemológico se encuentra tanto la delimitación del objeto de conocimiento como la [meta]teorización sobre su naturaleza; lo segundo puede variar al interior de un mismo enfoque, mientras que lo primero es lo que pone la diferencia entre un enfoque y otro. A modo de ejemplo, describe el caso de dos autores que, pese a sus discrepancias epistemológicas, se hallan dentro del mismo modelo: Guidano y Beck. Ambos autores forman parte de la tradición cognitiva; esto es, los dos concuerdan en que el objeto de conocimiento son los procesos cognitivos. Sin embargo, la naturaleza del proceso cognitivo es distinto en cada caso. Así, para Beck se trata de "procesos «mentales» que median e intervienen entre los eventos ambientales y la conducta expresiva". En cambio, para Guidano (1994) no existe una realidad objetiva mediada por el procesamiento cognitivo, sino que a partir de éste se construye la realidad: "Cualquier observación -lejos de ser «externa», y por lo tanto «objetiva»- es autorreferencial". Así el autor plantea que cuando se refiera a la epistemología de determinado modelo, estará aludiendo a la delimitación del objeto de conocimiento, esto es, qué es lo que se considera como lo psicológico.

Si para el enfoque cognitivo-conductual el objeto de estudio psicológico son los procesos cognitivos, se puede decir que para el psicoanálisis es el contenido de dichos procesos (en ese sentido se le ha llamado la psicología de las profundidades). Freud (1976a) se encargó de dejar establecido que para el psicoanálisis lo psíquico propiamente tal es lo inconsciente, esto es, lo profundo, el contenido de los procesos de pensamiento. Dicho de otro modo: "Un individuo es ahora para nosotros un ello psíquico, no conocido e inconsciente, sobre el cual, como una superficie, se asienta el yo..." (Freud, 1976b, pp.25-26). En otras palabras, el objeto de conocimiento es lo intrapsíquico. Pero como eso intrapsíquico es inconsciente e incognoscible, para acceder a ello se requiere de modos no directos, sino derivados (Coloma, 1992). Por tanto, más que de conocer se habla de interpretar.

Para el enfoque sistémico-comunicacional, el objeto de estudio no lo constituyen ni los procesamientos cognitivos ni sus motivaciones inconscientes, sino que las relaciones humanas; es ahí donde ha de buscarse lo psicológico, que desde esta perspectiva, resulta inseparable de lo social: "...nuestra unidad de análisis es el sistema total..." (Méndez, 1992, p.133). Tal como señala Von Bertalanffy (1991): "Todo organismo es un sistema, esto es, un orden dinámico de partes y procesos

en interacción mutua" (p.218). Al respecto, Watzlavick & Beavin (1990) hacen hincapié en el hecho de que las relaciones proporcionan explicaciones de fenómenos que, de otra forma, serían misteriosos. Por tanto, la investigación se enfoca hacia "la relación entre las partes de un sistema más amplio" (op. cit., p.23).

Finalmente, el modelo humanista-existencial se ocupa, tal como su nombre lo sugiere, del ser-humano (de la existencia-humana) como totalidad: esta gestalt es "la unidad experiencial última" (Perls, 1987, p.27). Influido fuertemente por la filosofía existencialista, el enfoque humanista intenta penetrar en la conflictiva del hombre arraigada en su existencia misma, con el objeto de indagar su sentido: "...en el ser humano tiene raíces mucho más profundas lo que he designado como voluntad de sentido: su esfuerzo por el mejor cumplimiento posible del sentido de su existencia" (Frankl, 1990, p.81). El problema del hombre reside en la separación de su propia naturaleza, de modo que "detrás de las múltiples formas del sufrimiento neurótico subyace la experiencia de separación y falta de sentido" (Kalawsky, 1992).

Gaete argumenta la tesis de que, a nivel teórico, no hay ninguna contradicción esencial entre los modelos, justamente porque dicha contradicción ocurre en el nivel epistemológico. Dicho de otro modo: las diferentes proposiciones teóricas no pueden oponerse, ya que están referidas a distintos objetos.

Cuando se dice que cierta teoría perteneciente al modelo psicológico A se opone a otra teoría propia del modelo B, se está cometiendo un grave error lógico. Esa proposición carece totalmente de sentido, porque el modelo A refiere su teoría a un objeto distinto del referido por la teoría del modelo B -precisamente por eso es que son dos modelos diferentes. La verdadera contradicción se genera cuando dos sentencias opuestas pertenecen al mismo dominio epistemológico, esto es, cuando ambas posturas están afirmando distintas cosas sobre el mismo objeto.

Cita dos ejemplos para ilustrar su tesis, el primero concerniente a una naranja y el segunda a una fobia a los trenes. Ambos ejemplos son analizados desde las diferentes perspectivas finalizando con una propuesta integrativa donde valga la redundancia integra a todas.

Para el autor es perfectamente posible ver un mismo fenómeno desde distintas perspectivas -cada una de las cuales es válida. En el terreno de la teoría no puede haber contradicción, porque lo que se afirma sobre un objeto está referido al objeto de estudio propio de un modelo determinado. Para él lo deseable sería que los distintos modelos psicológicos, en vez de estarse criticando continuamente, empleasen más esfuerzo en desarrollar sus teorías y en favorecer -en vez de entorpecer- una integración de las mismas.

Señala que en cualquier fenómeno psicológico hay un elemento cognitivo, otro intrapsíquico, otro relacional y otro existencial, sin embargo considera que es posible pensar que en algunos fenómenos esté más afectado o comprometido un elemento

que otro - o que, al menos, enfocar el fenómeno principalmente desde uno o más aspectos determinados podría resultar más funcional que enfocarlo desde otros. Por tanto, sería prudente sostener que, dependiendo de las características del problema que se desee comprender, se escoja la o las perspectivas más adecuadas, sin que ello signifique, reducir la comprensión del fenómeno sólo a dichas perspectivas. El problema es que, como hay una contradicción epistemológica, será muy difícil para un psicólogo determinar que el fenómeno en cuestión resulta más comprensible desde un enfoque ajeno.

Para tal cuestión plantea como inevitable para brindar una solución, entrar en el terreno de la educación del psicólogo. Si al estudiante de psicología se le enseñan las distintas perspectivas, poniendo énfasis en las "diferencias insalvables" que hay entre unas y otras, es bastante improbable que a futuro no considere que las tendencias ajenas a la cual él se ha adscrito son algo así como "enemigas". Por tanto, la instrucción psicológica debería tener presente un factor integrativo, que, por lo demás, es la única forma de aprovechar los avances hechos en cada modelo.

Para Gaete lo que le interesa es compartir la inquietud de que la integración teórica no es lógicamente contradictoria, sino que, por el contrario, posible -y aún más, beneficiosa. Primero, porque los diferentes enfoques, lejos de excluirse, entregan distintas perspectivas que, al combinarse, posibilitan comprensiones más globales de los fenómenos y dice: "¡Y hay quienes refieren la mirada ecléctica como una aproximación superficial!". Y en segundo lugar, porque la integración teórica favorece el desarrollo de nuestra ciencia porque evita los estancamientos producidos por la comunicación defectuosa entre especialistas de diferentes escuelas.

Comenta que tal vez la integración teórica no resuelva el deseo de tener un lenguaje común ya que quizá no sea necesario poseerlo. Aunque considera que lo que sí es posible -y, a su juicio, deseable- es la comunicación, el intercambio, la cooperación entre los diferentes enfoques. Sólo eso permitira evitar las disputas absurdas que se originan entre dos teorías que refieren a distintos objetos, o que refieren al mismo fenómeno con un lenguaje distinto.

19. Integración y Cambio en Psicoterapia es el título del trabajo que presenta Castelló Blasco (internet).

El objetivo que persiguió fue estudiar la naturaleza del cambio que se produce en psicoterapia. Estudiando este desde sus vertientes cuantitativa y cualitativa, abordando en la primera perspectiva el continuo "cambio sintomático/cambio estructural"; y en la segunda las distintas dimensiones del sujeto que se ven afectadas positivamente por el tratamiento psicológico. Propone un modelo de psicoterapia integrador como el más adecuado para aprehender tanto la globalidad y unidad del organismo como la singularidad de sus dimensiones, entre otras la psicodinámica, la interpersonal, la afectiva, la cognitiva, la conductual y la biológica.

Plantea que se ha escrito mucho sobre el continuo "cambio sintomático-cambio estructural", en el sentido de que el primero era superficial mientras que el segundo era el profundo y deseable. Del cambio estructural su mayor exponente ha sido el psicoanálisis con todas sus corrientes, y en oposición las psicoterapias más centradas en los síntomas y problemas actuales, como la conductual o la cognitiva. Para el autor, entre estas dos posturas dicotómicas hay puntos de encuentro.

Propone tratar los dos polos de la magnitud del cambio como referencia para determinar los objetivos de un tratamiento concreto y planificar los objetivos no sólo en lo referido a esto, sino considerando también sus dimensiones, consiguiendo una intervención sintomática a nivel conductual y otra profunda a nivel interpersonal. Los dos ejes del cambio deberán ser tenidos en cuenta para la planificación del trabajo terapéutico.

Sobre el cambio superficial o sintomático lo define como aquél que sólo se centra en las manifestaciones disfuncionales o que en última instancia producen malestar, sin atender a las posibles causas que las han originado, y sin pretender una modificación ambiciosa que fortalezca las áreas afectadas del sujeto previniendo problemas posteriores. El cambio profundo sería el que, tras buscar las causas del malestar en estructuras subyacentes del individuo, intenta modificarlas y/o fortalecerlas, a efectos de prevenir recaídas y en definitiva de conseguir una mayor calidad de vida.

Estas dos manifestaciones de la diferente magnitud del cambio que se puede lograr en psicoterapia no son excluyentes, pero en ocasiones pueden ser independientes según el tratamiento que se efectúe.

Por último, una variable que se debe considerar cuando se estudia el cambio desde un punto de vista cuantitativo es la motivación del paciente. Es necesario procurar que el paciente esté adecuadamente motivado, sea cual sea la dimensión sobre la que estemos interviniendo.

Desde un punto de vista cualitativo, identifica diferentes dimensiones del sujeto que se ven afectadas positivamente por el cambio en psicoterapia. En ocasiones sólo una o dos dimensiones están afectadas, pero generalmente en la práctica totalidad del sujeto precisa de intervención, sin perjuicio de que exista una parcela más deteriorada que otra. Señala brevemente cuáles son estas dimensiones:

Dimensión psicodinámica. También denominado intrapsíquico, englobaría todos los mecanismos de defensa y otros procesos mentales de naturaleza inconsciente. Dichos mecanismos y procesos se producen desde nuestro punto de vista para armonizar otras dimensiones, es decir, para lograr una coherencia entre ellas, y también para asegurar la estabilidad del sujeto (función defensiva ya descubierta por Freud). Es evidente que el psicoanálisis con todas sus escuelas tiene el gran mérito de profundizar en esta dimensión del sujeto. En este caso, un cambio

superficial sería, por ejemplo, eliminar una formación reactiva concreta, y uno más profundo conocer su génesis o la de otros procesos inconscientes como la tendencia ya mencionada a las distorsiones de todo tipo (paranoides, depresivas, catastrofistas), etc., para posteriormente reemplazar estos mecanismos por otros más adaptativos.

Dimensión interpersonal. El ámbito interpersonal recoge la esfera relacional del sujeto, que mantiene en forma de pautas de interacción. Así las relaciones interpersonales más antiguas son, de esta forma, la base sobre la que se sustentan las posteriores. Al mismo tiempo, estas pautas no son estáticas, sino que son susceptibles de modificación, enriquecimiento e incluso eliminación precisamente por su continua adaptación a las interacciones actuales del individuo. Dentro del psicoanálisis, la teoría de las relaciones objetales especialmente en su vertiente más ambientalista (la escuela británica de Fairbairn, Winnicott, Guntrip, Balint, etc.) es la que más ha estudiado este ámbito. Desde hace dos décadas aproximadamente ha surgido una nueva corriente psicológica y psicoterapéutica muy interesante, la interpersonal (4), que como su propio nombre indica, estudia esta faceta del sujeto y la trabaja especialmente en el tratamiento. De la misma forma, corrientes como la sistémica o la Rogeriana inciden en gran medida en los aspectos relacionales del paciente. Dentro de esta dimensión, un cambio de magnitud superficial sería por ejemplo la adquisición de habilidades sociales, mientras que uno de nivel más profundo consistiría en la detección de pautas de interacción disfuncionales y su posterior reestructuración.

Dimensión afectiva. La dimensión afectiva se centraría en los sentimientos hacia uno mismo y los estados de ánimo que el sujeto tiene, tanto placenteros como displacenteros. La autoestima, la satisfacción o insatisfacción con uno mismo y sus actos, el ánimo depresivo, la ansiedad, la ira, la euforia maniaca, todos estos son aspectos a tratar dentro del mundo emocional. Aquí, el cambio superficial consistiría en reducir el nivel de depresión con antidepresivos o psicoterapia, y el profundo averiguar qué es lo que causa ese ánimo depresivo y prevenir su aparición. Esta dimensión es objeto de las corrientes psicoterapéuticas que se dirigen más hacia los síntomas (interpersonal, cognitiva, conductual), porque muchas veces el motivo de consulta es precisamente el estado anímico. De la misma forma, fármacos como los antidepresivos, los ansiolíticos y los estabilizadores del ánimo tienen como finalidad mejorar la esfera afectiva del sujeto.

Dimensión cognitiva. En la dimensión cognitiva los pensamientos son el foco de intervención, y podemos plantear desde una modificación de cogniciones desadaptativas ("soy un desastre porque mi hijo ha sacado malas notas") hasta una reestructuración de creencias nucleares depresógenas ("nunca haré nada en la vida", "no tengo solución", "no valgo nada"). En el primer ejemplo intentaríamos obtener un cambio sintomático, suponiendo que esa persona estuviera sufriendo por este hecho concreto, y en el segundo el objetivo sería una modificación más profunda y estructural de los pensamientos del paciente. La corriente que más se

ha ocupado de esta dimensión es sin duda alguna la psicología cognitiva, que trabaja con la erradicación de los pensamientos desadaptativos y la sustitución por otros más funcionales y ajustados a la realidad.

Dimensión conductual. La dimensión conductual recogería el comportamiento manifiesto y observable. Como es bien sabido, es el conductismo el que más se ha centrado en este aspecto del sujeto. Está claro que este tipo de intervenciones entrarían dentro del cambio sintomático, pero se pueden efectuar cambios de niveles más profundos dentro del ámbito conductual, y un ejemplo muy interesante es el de la prevención de recaídas, modificando hábitos conductuales dañinos y reinstaurando otros más beneficiosos.

Dimensión biológica. Este ámbito incluye principalmente todos los sistemas de neurotransmisión relevantes en los estados anímicos, con especial mención a las aminas biógenas, aunque por extensión deberíamos extrapolar el contenido de la citada dimensión a todo el sistema nervioso central por ser el administrador u "ordenador" del sujeto. Un tratamiento agudo serotoninérgico pretendería un cambio superficial siempre y cuando se sospeche que existe un factor etiológico que producirá otra disfunción en el futuro, es decir, cuando se prescriba un fármaco simplemente para atenuar el sufrimiento emocional del paciente sabiendo que la verdadera fuente de sus problemas sigue latente. Ahora bien, si el mencionado tratamiento se le administra a un paciente en el que la causa de sus problemas es fundamentalmente un déficit en la transmisión serotoninérgica, estaríamos consiguiendo un cambio estructural, que sería aún mayor si se efectuara un mantenimiento para prevenir recaídas.

Dentro de las ventajas de la integración en psicoterapia el autor plantea que no hay que olvidarnos de la totalidad del sujeto, de la unidad del organismo por encima de sus posibles divisiones para su estudio como acabamos de hacerlo en cuanto a las dimensiones. Señala que ciertamente hemos caído en un error al focalizar nuestros esfuerzos en una única dimensión centrándonos en un solo aspecto del ser humano, olvidando los otros tanto en la teoría como en el tratamiento

Considera que la extensión o generalización de los cambios obtenidos de la intervención en una sola dimensión a otra (s) es consecuencia de la unidad del sujeto, que se refleja en la coherencia que guardan sus dimensiones a pesar de su indudable especificidad. Quizá esto explicaría en parte la eficacia similar encontrada en las diferentes psicoterapias, más allá de los factores comunes que tienen todas ellas y que ya han sido muy estudiados.

Así cuestiona ¿Cuál sería, entonces, el enfoque más apropiado para tratar con los pacientes? Contestando que como consecuencia de todo lo expuesto, desde aquí aboga por un enfoque integrador, que comprenda todas las escuelas mencionadas pero que no se adscriba a ninguna en concreto, que incluya las técnicas que se han probado más efectivas en trastornos específicos (por ejemplo, la exposición en

vivo en la agorafobia), que siempre efectúe un análisis de las dimensiones afectadas de los pacientes sin olvidar su unidad, que las trate de la manera más adecuada al caso, que no tenga prejuicios ni cortapisas que limiten su práctica terapéutica, etc.

Pero no confundiendo el integrar con juntar o mezclar un conjunto inconexo de técnicas. Pues considera que la integración debe ser algo más que disponer de un completísimo arsenal terapéutico con recursos para la práctica totalidad de las psicopatologías, también debe constituirse en una teoría psicológica de largo alcance, que aprehenda la totalidad del individuo a pesar de estar parcelada en las dimensiones que ha expuesto en este artículo. Para el autor resulta esperanzador que muy lentamente se tienda a diseñar las intervenciones clínicas desde un punto de vista integrador, que no rehuya las diferentes dimensiones del sujeto. Y pone de ejemplo a las técnicas cognitivo-conductuales. Además informa que aparece una cantidad cada vez mayor de libros y artículos que conjugan enfoques diferentes: psicodinámicos, interpersonales, cognitivos, gestálticos, sistémicos, etc. Así como que los profesionales en su práctica suelen ser eclécticos, y las tendencias futuras en psicoterapia -y en psicopatología y en psicología general- se dirigen en gran parte hacia la integración, o cuando menos hacia una mayor flexibilidad en detrimento de la rigidez de una corriente en particular. Reitera su compromiso con la psicoterapia integradora, y en definitiva por una consideración del ser humano como organismo biopsicosocial, que precisa de una teoría y de unas técnicas apropiadas teniendo en cuenta su naturaleza.

CAPÍTULO IV

IV. ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO INTEGRACIONISTA DE LA PSICOTERAPIA: CONSIDERACIONES PARA FUTURAS PROPUESTAS INTEGRATIVAS.

METODOLOGÍA.

Planteamiento del problema.

Pese a que el Movimiento Integracionista de la Psicoterapia (MIP) tiene su aparición en los años 80' y un apogeo intenso actualmente en otros países; en México es un tema no hablado y mucho menos escrito en nuestra literatura. En consecuencia es que la presente investigación pretende elaborar una descripción y análisis de esta tendencia actual, identificando y analizando diferentes propuestas psicoterapéuticas y delineando algunas consideraciones acerca del MIP para futuras propuestas.

Tipo de investigación.

La presente tesis es de tipo documental, debido a que investiga la forma en que se desarrolla un fenómeno, sin tener control sobre sus variables y sus manifestaciones. En este caso el MIP es el fenómeno de estudio.

Preguntas de investigación.

¿En qué consiste el Movimiento Integracionista de la Psicoterapia?
 ¿Qué aspectos en torno a la Integración en la Psicoterapia se deben considerar cuando se habla de propuestas integrativas?

Definición de términos.

1. *Psicoterapia*. Tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional.
2. *Movimiento Integracionista de la Psicoterapia*: Tendencia que procura el acercamiento entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos.
3. *Descripción*: Detallar un objeto o fenómeno tal cual es.
4. *Análisis*: Separación y distinción de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios constitutivos.
5. *Consideraciones*: Reflexiones, que son de consideración, de importancia

Objetivo general.

Analizar el movimiento integracionista de la psicoterapia a través de una investigación documental.

Objetivos específicos.

- Identificar y analizar diferentes propuestas psicoterapéuticas.
- Proporcionar algunas consideraciones acerca del Movimiento Integracionista para futuras propuestas integrativas.

Tipos de información.

1. Bibliográfica.
2. Tesis de licenciatura y postgrado (UNAM, UAM, ANAHUAC, UIA).
3. Artículos en revistas.
4. Artículos en internet
5. Artículos en diferentes bases de datos.

Procedimiento.

Para llevar a cabo esta tesis se procedió de la siguiente forma:

1. Se realizó la búsqueda de la información que se localizará en nuestro país en las distintas universidades del D.F que imparten psicología.
2. Se realizó una búsqueda minuciosa en sitios de internet y bases de datos sobre información científica de otros países respecto al tema y, se imprimió dicha información.
3. Posterior a las búsquedas se organizo la información elaborando fichas bibliográficas de cada referencia.
4. Se elaboraron fichas de trabajo de cada referencia, realizando las traducciones e interpretaciones pertinentes.
5. Se procedió al análisis y síntesis de la información para darle estructura al marco teórico (los primeros 3 capítulos) del presente trabajo.
6. Posteriormente se realizó un análisis y síntesis de las propuestas integrativas de los últimos 10 años respecto a 4 puntos: a) Planteamientos, b) Tipo de integración, c) relación con el MIP y d) Aportaciones.
7. Finalmente, de acuerdo a ambos análisis y síntesis se elaboraron algunas consideraciones entorno al movimiento, limitaciones, sugerencias y conclusiones del estudio.

A continuación se presenta el análisis de diecinueve propuestas integrativas de los últimos 10 años (Ver cuadro 1) revisadas ampliamente en el punto III.6 de éste trabajo.

El análisis se llevará a cabo mediante cuatro elementos, presentando autor por autor primero y posteriormente dando una mirada conjunta a las diecinueve propuestas. Se finalizará con algunas consideraciones muy puntuales acerca del MIP para futuras propuestas.

Los elementos de análisis son los siguientes:

1. El primer elemento de análisis corresponde los **planteamientos teóricos (to), técnicos (te) y de entrenamiento/formación (ef)**.
2. El segundo elemento corresponde a los **tipos de integración propuesta**. En este punto se hace necesario realizar un breve recordatorio.

Existen 3 tipos de integración:

- **Integración Técnica**.- integración de sólo técnicas sin importar la teoría que las postulo. Hay de tres tipos: a) *Pragmática*.- El criterio de selección de las técnicas es única y puramente el nivel de eficacia que han demostrado en su constatación empírica. b) *de orientación*.- los criterios de selección de las técnicas se establecen desde una teoría concreta y c) *sistemática*.- la selección de técnicas se realiza desde un esquema básico que indica cuales emplear en función del tipo de cliente y aspectos generales de cómo producir el cambio.
- **Integración Teórica**.- La integración es a nivel teórico y lo técnico queda implícitamente integrado, se integran dos o más psicoterapias con el fin de que la fusión sea mejor que cada una de las partes. Los subtipos son: a) *Híbrida*.- Integración de las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos, b) *Amplia*.- Contempla más de dos teorías pero además articula distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognoscitivos, emocionales, conductuales e interpersonales, c) *metateórica*.- Trata de articular diversas teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico.
- **Factores comunes**.- Se centra sólo en las similitudes, en la identificación de aquellos ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias.

3. El tercer elemento es **la relación que guardan con el movimiento integracionista de la psicoterapia (MIP)**.

4. Y el último elemento son las **Aportaciones**.

CUADRO 1. ESTUDIOS QUE TRABAJAN CON LA INTEGRACIÓN Y/O ECLECTICISMO LOCALIZADOS EN NUESTRO PAÍS, POR AÑO, AUTOR, TÍTULO DEL ARTÍCULO, TÍTULO DE LA REVISTA, VOLUMEN Y NÚMERO DE EDICIÓN.

No	AÑO	AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	TÍTULO DE LA REVISTA	VOLUMEN Y NÚMERO
1.	1985	Ramírez, Juan J.	Aplicación del Eclecticismo Técnico a una Reacción Obsesiva-Compulsiva.	Revista Mexicana de Psicología.	11 (1)
2.	1991	Zarzoza Escobedo	Problemas del Eclecticismo: un caso.	Revista Mexicana de Psicología.	8(1y2)
3.	1993	Omer, H.	The Integrative Focus: Coordinating Symptom and Person Oriented Perspectives in Therapy.	American Journal of Psychotherapy	47(2)
4.	1994	R. Canas Rivera.	Reflexiones en torno al Eclecticismo como Práctica Asistencial en Psiquiatría Pública.	Psiquis	15 (6)
5.	1994	González de Rivera	Objetivos en la Formación de Psicoterapeutas.	Psiquis	15(1)
6.	1994	Sorin Miguel	Hacia una Psicoterapia sin Adjetivos.	Revista Latinoamericana de Psicología	26(2)
7.	1995	Aizpuru Araceli	Los Trastornos de la Alimentación y las Adicciones: Una perspectiva ecléctica.	Psicología Iberoamericana.	3(2)
8.	1996	Gunter Earl, J.	Three Pillars of Mental Health Counseling—watch in what you step.	Journal of Mental Health Counseling	18(2)
9.	1997	O'Hare, T y Collins, P	Development and Validation of Scale for Measuring Social Work Practice Skills.	Research on Social Work Practice	7(2)
10.	1997	Patterson Terence	Theoretical Unity and Technical Eclecticism: Pathways to Coherence in Family Therapy.	The American Journal of Family Therapy.	25(2)
11.	1999	Hautler Larry	Manualizing Flexibility: The Training Eclectic Therapist	Journal of Clinical Psychology	55(4)
12.	1999	Jacob, K. S	Mental Disorders Across Cultures: The Common Issues.	International Review of Psychiatry	11(2y3)
13.	1999	Hollanders, Henry	Theoretical Orientation and Reported Practice: A Survey of Eclecticism among Counsellors in Britain.	British Journal and Counselling	27(3)
14.	2000	Grosh, W y Olsen, D	Clergy Burnout: An Integrative Approach.	Journal of Clinical Psychology	56(5)
15.	2000	Safran, D. J y Muran, C.	Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration.	Journal of Clinical Psychology	56(2)
16.	2000	Magravitá, J	Integrative Relational Therapy of Complex Clinical Syndromes: Ending the Multigenerational Transmission Process.	Journal of Clinical Psychology	56(8)
17.	2000	Arnokoff, B. D	Two Examples of Strains in the Alliance in an Integrative Cognitive Therapy.	Journal of Clinical Psychology	56 (2)
18.	Inter net	Alfredo Gaete S.	Teoría Psicológica: Una Propuesta Integrativa	Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile	http://rehue.csocial.uchile.cl/publicaciones/tesis/03/po-nencias/pon6-1.html
19.	Inter net	Jorge Castelló Blasco	Integración y Cambio en psicoterapia	Psicólogo-psicoterapeuta Valencia (España)	http://www.terra.es/personal/12/jorge.c onsulita/INTEGRACION%20Y%20CAMBIO%20PSICOTERAPIA.doc

Total de artículos = 19

ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS LOCALIZADOS EN NUESTRO PAÍS DE LOS AÑOS 90'S AL 2000 DE ACUERDO A CUATRO ELEMENTOS DE ANÁLISIS.

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Ramírez, J. (1985) 1	(te) Plantea una intervención para un trastorno obsesivo-compulsivo utilizando el eclecticismo técnico.	Su aportación está dirigida específicamente a una integración técnica de orientación conductual.	No hace referencia directa al MIP, sin embargo utiliza el término "eclecticismo técnico" definiéndolo de forma muy similar al movimiento, aunque no realiza una sub-categorización.	Aporta: Un procedimiento específico y efectivo para trabajar con cuadros obsesivo-compulsivos. Una revisión exhaustiva de varias técnicas para tratar con las obsesiones y compulsiones. Sugerencias para posteriores estudios similares.
Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Zarzoza, E. (1991) 2	(to) Plantea la incompatibilidad de realizar intervenciones eclécticas porque llevan a pragmatismos y mezclas sincréticas. Rescata la importancia de la adherencia a un solo enfoque. (of) Propone que las horas que se dedican a estudiar otras teorías y enfoques dedicarlas a mayor vinculación entre teoría y práctica.	No se ubica dentro de ninguno, sin embargo su crítica se dirige hacia una integración teórica.	No realiza referencia directa al MIP en cuanto a autores, tipos de integración y/o factores que justifican su aparición, sin embargo reconoce la demanda generalizada y creciente que existe en cuanto a asumir una posición ecléctica en los programas de entrenamiento.	Aporta: Elementos para evaluar y llevar a cabo intervenciones no eclécticas en la educación especial. Elementos para valorar la posibilidad de llevar a cabo intervenciones eclécticas en psicoterapia. Algunas sugerencias para tomar en cuenta en los programas de entrenamiento, sin embargo no profundiza en los medios para obtener lo que propone respecto a ello.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Omer, H. (1993) 3	(te) Plantea un modelo de intervención breve con la utilización de "un foco integrativo" en el cual integrar las perspectivas orientadas al síntoma y las orientadas al desarrollo personal en vez de intentar una meta-teoría integradora.	Es difícil clasificar su propuesta, lo único que está muy claro es que no se inclina a una integración teórica, sino a una integración técnica aunque queda muy ambiguo el subtipo.	Si hace referencia directa al MIP, señalando los fracasos que han resultado de los intentos de una integración a nivel teórico, lo que ha provocado un "escepticismo teórico", resalta la importancia de lograr avances en el terreno aplicado más que a nivel teórico.	Aporta: Ofrece una posibilidad de categorización de las psicoterapias en: sintomáticas y desarrollo personal. Conocimiento acerca de las características u uso de un foco terapéutico en terapia breve. Un procedimiento específico y detallado con ejemplos de caso para llevar a cabo intervenciones breves focalizadas integrando el mejoramiento sintomático y el desarrollo personal.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Casas Rivera (1994) 4	(to) Propone coordinación entre las principales perspectivas "psicogenéticas" (psicoanálisis, conductismo y humanismo) e interrelación entre los niveles de trabajo (conductual, intrapsíquico, interpersonal, social). Plantea factores comunes entre las perspectivas. (ef) Plantea cualidades ideales para el terapeuta integrador. (te) Propone una intervención ecléctica efectiva con pacientes	La aportación concreta que realiza se ubica en una integración de factores comunes, sin embargo deja entre ver algún tipo de integración teórica amplia, al plantear	No realiza referencia directa al MIP, no obstante reconoce la necesidad de intervenciones eclécticas en el quehacer profesional diario en beneficio del cliente, también reconoce la existencia de diversas tendencias teóricas dentro del campo de la psicoterapia y de factores comunes entre ellas, los últimos dos aspectos son	Aporta: Algunos puntos comunes entre psicoanálisis, conductismo y sistémico. Elementos de categorización para las psicoterapias por medio de los niveles de intervención. Conocimiento acerca de la eficacia de tratamientos eclécticos en psicóticos atendidos en unidades hospitalarias. Sin embargo no

	psicóticos en una unidad hospitalaria	interrelación entre los niveles de trabajo.	factores que justifican el movimiento integracionista.	realiza una exposición clara de dicho tratamiento, sino sólo un simple pronunciamiento. Aporta argumentos del porqué inclinarse a una práctica ecléctica.
--	---------------------------------------	---	--	---

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Sorin, M. (1994) 5	(to) Plantea una "psicoterapia sin adjetivos" en vez de eclecticismos, la cual asegure la congruencia de lo que las ciencias concretas van demostrando, definiendo y vinculando en sistemas y subsistemas en función de la complejidad de la vida real y de las necesidades del cliente.	La integración que propone es meta-teórica. Ya que impulsa la idea de una psicoterapia sin adjetivos, una meta- en la cual se integren varias teorías.	No hace referencia directa al MIP, sin embargo asume la necesidad de centrarse en síntesis y sub-síntesis oportunas y periódicas entre las disciplinas y niveles, en vez de análisis.	Aporta: Conocimiento sobre cómo y cuáles sistemas psicoterapéuticos se fueron cerrando y hermétizando a través de la historia. Información sobre una forma interesante de llamar la fragmentación dentro del campo de la psicoterapia que él llama fenómeno de "adjetivación de las psicoterapias". Concientización de la necesidad de acercamiento entre las disciplinas científicas relacionadas con el estudio del comportamiento.

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
González de Rivera (1994) 6	(ef) Plantea la necesidad de aprender y enseñar una "psicoterapia general", cuyos objetivos de entrenamiento rescaten la importancia de integrar la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades con la formación de actitudes o modos de ser.	Podría hablarse de una integración meta-teórica dada la idea de una psicoterapia general, no obstante queda muy ambiguo como se llevaría a cabo está.	No realiza referencia directa la MIP, sin embargo reconoce la existencia de una gran diversidad de enfoques en el campo, y la tendencia actual a buscar elementos comunes a las diversas psicoterapias. Ambos, factores que justifican la aparición del movimiento.	Aporta: Elementos de importancia para los programas de entrenamiento, en cuanto a los objetivos. Información respecto a la existencia de otros programas de entrenamiento que intentan integración en España.

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Aizpuru, A. (1995) 7	(te) Plantea una propuesta de intervención ecléctica para los trastornos de la alimentación y las adicciones abarcando tres áreas: física, emocional y espiritual.	Su propuesta está dirigida a una integración teórica amplia.	No realiza ninguna referencia respecto al MIP, ni cita factores por los cuales justificar su posición ecléctica, sólo argumenta la efectividad que tiene en la práctica según su experiencia.	Aporta: Una concepción de los trastornos de la alimentación como una adicción a ciertos alimentos. Elementos de juicio para cooperar y trabajar con los grupos de auto ayuda en esta problemática. Concientización de la importancia de realizar diagnósticos integrales en dichos trastornos y no asumir que la anorexia, la bulimia o la compulsión a comer son síntomas de otro trastorno, sino que pueden ser

enfermedades en sí mismas.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Ginter, E. (1996) 8	<p>(to) Sitúa a las posiciones eclécticas como peligros para la identidad y originalidad del profesional de salud mental. Plantea una conceptualización de eclecticismo, como un recaudo aleatorio de técnicas. Plantea un estado de "relativismo teórico" en el que se ha caído la psicoterapia. Señala la importancia de la teoría como la que provee la guía para la práctica.</p> <p>(ef) Plantea como alimentadores del eclecticismo, a la reducción de la controversia en el salón de clases y la publicación y lectura de libros que inspeccionan diversas teorías de una manera relativamente estéril durante el entrenamiento.</p>	No se ubica en ningún tipo, sin embargo su crítica va dirigida a la integración técnica dada la conceptualización que hace de eclecticismo.	No realiza referencia directa al MIP, no obstante critica uno de los factores que justifican su aparición, correspondiente a la eficacia entre las psicoterapias, responsabilizándolo de alimentar lo que el autor llama "relativismo teórico".	<p>Aporta:</p> <p>Elementos de reflexión para jugar como inconveniente el eclecticismo técnico. Recomendaciones para el entrenamiento y formación de psicoterapeutas para evitar caer en eclecticismos. Concientización de la importancia de la teoría como guía para la práctica y su vinculación con ésta última.</p>

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
O'hare, T. y Collins, P. (1997) 9	(te) Plantea una escala para medir habilidades en la práctica del trabajo social, que tiene implicaciones para la integración en la psicoterapia en cuanto a la posibilidad de medir habilidades prácticas comunes a los diversos enfoques psicoterapéuticos.	Su aportación se dirige a factores comunes, aunque no se especifican claramente dichos factores comunes.	Hace referencia directa al MIP, citan autores representativos y factores que justifican el movimiento.	Aporta: Un instrumento para medir habilidades terapéuticas comunes en una situación de "persona en su ambiente". Información acerca de la existencia de instrumentos para medir habilidades comunes a los diversos enfoques psicoterapéuticos.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Patterson, T. (1997) 10	(to) Plantea la posibilidad de integrar distintos métodos psicoterapéuticos en lo que él llama "modelo teórico básico", bajo el cual deben situarse los demás modelos. Para ello propone descifrar el modelo subyacente a través de aclarar el objetivo primario y el concepto de causalidad.	Resulta difícil clasificarla, pero podría ubicarse en la línea de una integración técnica de subtipo sistemática, en la cual se busca integrar diversas técnicas bajo un esquema conceptual básico, que en este caso sería el modelo básico propuesto.	No hace referencia directa al MIP, pero, enfatiza la necesidad de integrar para evitar fragmentaciones y facilitar la comprensión del campo tanto en los clientes como en los sistemas de aseguración en terapia familiar con posibilidades de extenderse a todas. Dichos aspectos hacen alusión a los factores de proliferación y factores sociopolíticos y económicos que justifican la aparición del MIP.	Aporta: Un método detallado con ejemplos para obtener lo que él llama "unidad teórica". Elementos para una posible categorización de las psicoterapias dependiendo de su ubicación los tres principales sistemas que plantea. (modelo básico) Conocimiento acerca del estado de la psicoterapia familiar. Argumentos para reflexionar lo innecesario y poco útil de integrar las diferentes orientaciones y la formulación de una técnica aplicada.

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Jacob, K. (1999) 11	<p>(to) Plantea algunas similitudes en los problemas relativos al diagnóstico de la enfermedad mental a través de las culturas (occidentales orientales e indígenas).</p> <p>Propone identificar y clasificar los fenómenos clínicos comunes en las culturas.</p> <p>Plantea utilizar los tratamientos de las diversas culturas entre ellas, y utilizar enfoques eclécticos para la comprensión de la enfermedad mental universal.</p>	<p>Su aportación está dirigida a factores comunes, no obstante hace alusión a la elaboración de una modelo que comprenda los desordenes mentales a través de las culturas que estaría hablando de algo más meta-teórico.</p>	<p>No hace referencia directa al MIP, no obstante, reconoce la inadecuación de los sistemas individuales cuando se utilizan aisladamente, y reconoce la existencia de factores comunes en las distintas psicoterapias. Ambos aspectos son factores que justifican el movimiento.</p>	<p>Aporta: Conocimiento de un tipo de integración un tanto más ambiciosa, ya que propone una integración de las intervenciones a través de las culturas.</p> <p>Conocimiento detallado en cuanto a los problemas comunes que enfrentan los profesionales de la salud mental en las diversas culturas.</p>

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Hollanders, H. (1999) 12	<p>(te) Plantea un estudio que investigar la orientación teórica-práctica de consejeros, psicoterapeutas y psicólogos clínicos en su ejercicio profesional en gran Bretaña y sus resultados.</p> <p>(ef) Plantea la importancia de identificar y aclarar el eclecticismo en el sentido estrecho y en el sentido amplio</p>	<p>No realiza una propuesta de integración como tal, más bien en un estudio exploratorio. Sin embargo se promulga por una integración meta-teórica, ya</p>	<p>Si hace referencia directa al MIP, de hecho la justificación para su estudio es precisamente éste, cita autores representativos y hace alusión a los factores que justifican el movimiento.</p>	<p>Aporta: Un instrumento para conocer la orientación teórica de los profesionales de salud mental, con la fineza para medir tanto eclecticismo implícito, explícito, y la idiosincrasia con la que se guían para integrar los profesionales de la salud mental.</p>

	para la formación de psicoterapeutas.	que señala la falta de armazones teóricos para integrar y la importancia de ellos.		
--	---------------------------------------	--	--	--

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el mip	Aportaciones.
Beutler, L (1999) 13	<p>(ef) Plantea entrenar a los psicoterapeutas a ser flexibles a través de manuales. Señalando la importancia de que en los objetivos de entrenamiento se integren la evaluación con la intervención clínica y la teoría con la práctica clínica. Plantea la posibilidad de que dicho entrenamiento este dirigido a seleccionar un perfil de aprendiz, que investigue dónde cada uno de los aprendices, son mayormente efectivos.</p>	<p>La integración es de tipo técnico sistemático ya que pretende sacar perfiles de los aprendices para ver en donde son más efectivos, lo cual hace referencia a un tipo de matriz de tratamientos por perfil que impulsa este tipo de integración.</p>	<p>Si realiza referencia directa al movimiento, de hecho Beutler es uno de los autores que sobre salen en el movimiento por sus aportaciones en este tipo de integración técnica sistemática, pero no contamos con otros de sus estudios que aclaren su postura específicamente.</p>	<p>Aporta elementos de importancia acerca de los objetivos para el entrenamiento de los psicoterapeutas eclécticos y medios para lograrlos, a través de manuales.</p>

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Safran, J. y Muran, C. (2000) 14	(te) Plantean un modelo integrativo en fases para trabajar con las rupturas de la alianza terapéutica, distinguiendo 8 intervenciones específicas dependiendo de si se trata directa o indirectamente las rupturas y si estas se dirigen al vínculo o a las tareas y metas.	Es difícil ubicarlo en alguna categoría, pero de acuerdo a su modelo podría decirse que tiende a una integración técnica de tipo sistemática.	No realiza referencia directa al MIP, ni hace comentarios en torno. Sólo enfatiza la existencia de diversas aproximaciones para tratar con las rupturas en la alianza. Además la investigación de la relación terapéutica es en gran medida impulsada por este movimiento.	Aporta conocimiento acerca de procedimientos específicos para trabajar con rupturas en la alianza terapéutica. Y un procedimiento en fases que los integra.

Autor	Planteamientos	Tipo de integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Grosch, W. y Olsen, D. (2000) 15	(te) Plantea una propuesta de intervención integrativa para tratar el desgaste en los clérigos, desde dos perspectivas distintas: una interna que enfatiza la personalidad y la otra externa que enfatiza lo ambiental.	Su aportación está dirigida a una integración teórica híbrida ya que integra la teoría de las relaciones objetales de Kout y la teoría sistémica.	No efectúan referencia alguna respecto al MIP, no obstante rescata la importancia de integrar para el beneficio del cliente.	Aportan una teorización integradora sobre el desgaste de los clérigos y un procedimiento terapéutico específico para trabajar con éste desde esa perspectiva.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Magnavita, J. (2000) 16	(te) Plantea una propuesta de intervención para los Síndromes Clínicos Complejos, la cual hace uso de un enfoque biopsicosocial y elementos sistémicos, llamada "terapia relacional integrativa". (ef) Plantea características a tomar en cuenta en el entrenamiento de psicoterapeutas.	Su propuesta está dirigida a una integración de tipo teórico amplia ya que integra diversas aproximaciones tomando en cuenta diversas áreas de ser humano.	Sí realiza referencia directa con el MIP, en cuanto a autores representativos del movimiento.	Aporta : Técnicas específicas para evaluar los sistemas personológicos disfuncionales. Un procedimiento detallado y ejemplificado con casos de cómo tratar un síndrome clínico complejo.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones
Arnkoff, D. (2000) 17	(te) Plantea un propuesta de intervención para tratar con los problemas de la alianza terapéutica desde una "terapia cognitivo integradora" que incluye un enfoque cognitivo como base y conceptos de otras orientaciones como psicodinámica y existencial.	Dado que realiza un esquema de intervención de tratamiento por características del cliente dependiendo de su reactancia, su aportación se dirige a una integración técnica de tipo sistemático.	No realiza referencia directa al MIP, pero el autor se reconoce así mismo como un "terapeuta integrador con base cognitiva" y señala la importancia de beneficiarse de otras orientaciones para el beneficio del cliente.	Aporta: Elementos de juicio para optar por una intervención directa o indirecta de los problemas de la alianza dependiendo de las características del cliente. Información respecto a la existencia de una terapia cognitivo integradora, más sin profundizar en el conocimiento de la misma.

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Gaete, A. (internet) 18	<p>(to) Plantea una propuesta de integración a nivel teórico, ya que la contradicción (si es que existe) es a nivel epistemológico.</p> <p>(te) Sostiene que, dependiendo de las características del problema que se desee comprender, se escoja la o las perspectivas más adecuadas, sin que ello signifique, reducir la comprensión del fenómeno sólo a dichas perspectivas</p> <p>(ef) Plantea que la instrucción psicológica debería tener presente un factor integrativo, evitando enfatizar las "diferencias insalvables" entre enfoques.</p>	Cómo él mismo señala su integración es a nivel teórico; por sus planteamientos en torno a la interrelación entre niveles e integración de más de dos enfoques el subtipo de integración se inclina a una teórica amplia.	Si realiza referencia directa al movimiento resaltando su objetivo de comunicación y flexibilidad entre terapeutas.	<p>Aporta:</p> <p>Una propuesta muy sencilla y amena de entender una posible integración de los modelos psicológicos.</p> <p>Conocimiento diferencial y ejemplificado de los niveles que conforman una teoría.</p> <p>Concientización de la importancia de una mayor comunicación y cooperación entre los profesionales.</p> <p>Argumentos para refutar la crítica de superficialidad de la que es acusado el eclecticismo.</p>

Autor	Planteamientos	Tipo de Integración	Relación con el MIP	Aportaciones.
Castelló Blasco (internet) 19	(to) Plantea una visión integradora donde se tome en cuenta el continuo: cambio sintomático - cambio estructural y las diversas dimensiones (psicodámica, interpersonal, afectiva, cognitiva, conductual y biológica) en las cuales se	Teórica amplia, ya que pretende integrar más de un enfoque psicoterapéutico en las diversas áreas del ser humano, denominadas	Si hace referencia directa al movimiento e incluso proporciona algunas reflexiones al respecto en cuanto a su conveniencia para comprender la unidad humana. Da cuenta de los avances obtenidos como	<p>Aporta:</p> <p>Elementos de análisis para asumir un enfoque integrador en la psicoterapia para la aprehensión del ser humano como unidad.</p> <p>Elementos para una posible categorización de los enfoques psicoterapéuticos en</p>

	<p>efectúa dicho cambio en ambas modalidades del continuo para la intervención psicoterapéutica. (te) Propone un enfoque integrador para aprehender la globalidad del ser humano como un ente biopsicosocial tratando con todas las dimensiones en el continuo de cambio.</p>	<p>por el autor como dimensiones.</p>	<p>publicaciones de libros, conciencia en los terapeutas de la rigidez de enfoques, y la promulgación de éstos como eclécticos/integradores, así como de la tendencia futura de la psicoterapia a integrar.</p>	<p>sintomáticos y estructurales. Una concepción interesante de la naturaleza del cambio desde dos perspectivas: una cuantitativa (sintomática/estructural) y otra cualitativa (dimensiones). Una crítica para la integración de factores comunes. Resultados en los cuales el movimiento integrador ve reflejado su éxito.</p>
--	---	---------------------------------------	---	--

A continuación se realiza una mirada conjunta de las diecinueve propuestas presentadas.

Tipo de integración

Integración teórica	Integración técnica	Factores comunes	No se ubican en ningún tipo
Ocho	Seis	Tres	dos

Categorizar las propuestas según el tipo de integración resulto complicado, y aun más según el subtipo, ya que ninguno de los autores se ubica a sí mismo en alguno, y en su mayoría las propuestas no fueron lo suficientemente claras para ayudar a tal fin.

Como observamos, el grueso de las propuestas se ubican en una *integración teórica*. Podríamos suponer que se debe, a que este tipo de integración es la más completa ya que incluye los aspectos técnicos también.

Dos de las propuestas, no se ubican en ningún tipo de integración, porque más que propuestas de integración son *críticas* para la misma. Ambas, plantean elementos de juicio para calificar de inconveniente al eclecticismo/integración. Sin embargo, el eclecticismo del que hablan no se apega al postulado por el MIP, sino a un "*eclecticismo instintivo*" que se dejó claro, no pertenece al Movimiento y éste también lo rechaza ampliamente, por no existir un criterio definido para integrar y basarse única y exclusivamente en la subjetividad del terapeuta.

Subtipo de integración

Integración teórica			Integración Técnica		
Híbrida	Amplia	Metateórica	Pragmática	Sistemática	De orientación
una	cuatro	tres	-----	Cuatro	Una

En cuanto al subtipo de integración vale resaltar que:

Las propuestas de *subtipo amplio* contemplan más de dos teorías y distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales, etc. Así los autores que dejan claros sus planteamientos son Gaetes, Internet; Castelló, Internet y; Magnavita, 2000, ya que desglosan su propuesta y ejemplifican con casos; de forma que se comprende bien que la integración podría llevarse a cabo a través de niveles de intervención. La propuesta restante (Aizpuru, 1995) pese a que ofrece una concepción bastante interesante de los trastornos de alimentación, no ejemplifica su propuesta de integración y quizá por ello, queda ambiguo su planteamiento, aunque sus planteamientos también se ubican en este subtipo.

De las propuestas que se ubican en un *subtipo meta-teórica* (Sorin, 1994; Hollanders, 1999 y González, 1994) no desarrollan el marco meta-teórico en el cual integrar distintas teorías psicoterapéuticas, sólo se pronuncian a favor de dicha integración, en otras palabras, no elaboran una propuesta como tal, presentan algunos argumentos a favor de dicha integración.

La única propuesta de *integración híbrida* (Grosh y Olsen, 2000), realizan una presentación clara de la integración que efectúan de las dos teorías base: la teoría de relaciones objetales de Kohut (qué tiene su impacto a nivel interno) y la teoría sistémica (que tiene su impacto a nivel externo), integrando tanto aspectos teóricos y técnicos.

Dentro de las propuestas de *tipo técnico* Omer, 1993 no deja claro el subtipo de integración al que se inclina, esto, porque ni tiende a utilizar técnicas que hayan demostrado su efectividad empírica (pragmática), ni se guía bajo una sola teoría (de orientación), ni integra diversas técnicas bajo un esquema conceptual básico (sistemática). Lo único claro es su renuencia a una integración meta-teórica. Podría decirse que lo que propone es una técnica focalizada para trabajar con integración enfatizando ésta en el terreno práctico más que teórico.

Recordemos que en una integración de factores comunes (Rivera Casas, 1994; Jacob, 1999; O'hare y Collins, 1997) no hay subtipos.

Los tipos de planteamientos, son muy diversos, van dirigidos a distintas modalidades de intervención y distintos padecimientos. Resulto difícil categorizarlos, en especial los planteamientos técnicos ya que, discriminarlos de los teóricos no siempre fue posible. No obstante los autores que ejemplificaron sus casos ayudaron a tener una concepción más clara de sus intervenciones y por lo tanto de sus planteamientos técnicos.

Los planteamientos teóricos y técnicos, reflejan los esfuerzos de sus proponentes por acceder al acercamiento entre los diversos enfoques, de distinta forma, aunque como se expondrá más adelante, en su mayoría, no apegándose directamente al Movimiento Integracionista de la Psicoterapia, ya que no hacen mención de dicho movimiento o tendencia en el campo y tampoco citan autores representativos del mismo. Los planteamientos de entrenamiento/formación se encontraron en cinco de las propuestas además de los dos estudios que abordan el tema de forma central (Beutler, 1999 y González, 1994).

Relación con el MIP

Relación directa	Relación indirecta
Siete	Doce

Como observamos, el grueso de las propuestas presentan conexión con

aspectos del MIP, pero de forma implícita o indirecta. Pues como se menciono líneas arriba, no citan autores representativos del movimiento y tampoco hacen mención del mismo. Pero, reconocen al menos uno de los 6 factores que justifican (ver punto III.3) la aparición y permanencia de la tendencia integradora en el campo de la psicoterapia y los apoyan. Entre los factores mayormente mencionados están:

- Proliferación de las psicoterapias y fragmentación por lo tanto del campo,
- Reconocimiento de factores comunes y
- Reconocimiento de la inadecuación de una sola teoría o enfoque para todos los problemas psicológicos.
- Sólo una de las propuestas apuntala el factor sociopolítico y económico que apoya el surgimiento del movimiento integrador.

A continuación se presentan algunos puntos centrales que se han logrado identificar después de la amplia revisión documental acerca del MIP, y que se espera sirvan de guía para aquellas personas que les interese el tema. Pues cualquiera que guste de la integración psicoterapéutica debe tomar en consideración lo siguiente:

1. Como su mismo nombre lo dice el Movimiento Integracionista de la Psicoterapia (MIP) es una tendencia y NO otro enfoque más a la gran variedad de enfoques psicoterapéuticos que existen en el campo. Aunque algunos colegas ya lo manejen así¹.
2. El campo de la integración está constituido por tres grandes áreas o *tipos de integración* y es fundamental conocerlos en su esencia y discriminar bien lo que los hace distintos.
3. A su vez, dentro de estas tres áreas existen *subtipos* y también se hace necesario comprenderlos ampliamente, ya que cada uno tiene sus diferentes matices y resulta indispensable asimilarlos para abordar la integración bajo un esquema específico. No obstante, dichos subtipos quizá resulten limitados para la complejidad que demanda este movimiento y en consecuencia es que algunas propuestas no podrán ser evaluadas bajo esta categorización y resulte necesario ampliar dicha clasificación..
4. Para integrar se ve necesario poseer un conocimiento profundo de las escuelas psicoterapéuticas, en cuanto a epistemología base, objetivo (s) central (es), y métodos para lograrlos. Y también un conocimiento amplio de los enfoques psicoterapéuticos aislados por una parte y ubicados en cada escuela por la otra.
5. Deben de conocerse y comprenderse bien cada uno de los *seis factores* que justifican el movimiento integrador, porque ellos son las razones por las cuales se hizo y hace necesaria una integración en el campo psicoterapéutico, así, estos

¹ En internet se encuentran muchos sitios que comercializan una psicoterapia integradora. Si desean pueden visitar Psicoterapia Integradora de Jorge Antognazza en [http:// www.jorgeantognazza.com/](http://www.jorgeantognazza.com/) y Terapia Familiar Integradora en [http:// www.psicoterapiafamiliaintegradora.com/](http://www.psicoterapiafamiliaintegradora.com/)

factores deben ser los objetivos últimos hacia los cuales dirigir las contribuciones que se deseen realizar.

6. Existen bastantes propuestas de integración en la actualidad, pues el Movimiento Integracionista nació desde los 80' y como hemos visto desde los años 30' ya existían intentos de integración; por lo tanto hoy en día las propuestas son bastantes. Sería conveniente que pudieran someterse a análisis y con base a ello, sugerir o realizar limitaciones acerca de ellas. Más que intentar integrar sin conocimiento de lo ya existente, sacando cada quien una propuesta integradora desarticulada de las propuestas que existen.

7. Otro aspecto indispensable estaría en centrar esfuerzos en el consentimiento de una categorización básica de los enfoques psicoterapéuticos que nos permita poseer un concepto uniforme de la ubicación de los diversos enfoques en cada escuela, ya que cada autor que intenta integración plantea su propia categorización, y dificulta la posibilidad de entendimiento por parte de los nuevos aspirantes a psicoterapeutas, y además limita las posibilidades de evaluar bajo una misma línea.

8. De igual manera, la consecución de un modelo básico de integración que contuviera precisamente las directrices básicas para realizar integración sería idóneo, pues dicho modelo ofrecería a posibilidad de trabajar sobre una guía concreta, y la posibilidad de evaluar confiablemente las aportaciones particulares bajo estos principios. *Las presentes consideraciones persiguen aunque de forma aun muy silvestre este esfuerzo.*

9. La investigación del proceso terapéutico es de suma importancia para la integración, en consecuencia, los interesados en contribuir a esta tendencia, deben basarse en la recomendaciones elaboradas por la NIMH para la investigación de la integración de la psicoterapia.

10. El movimiento integracionista tiene una fuerte impronta cognitivo-conductual, ya que es precisamente la escuela de la conducta la que se ha visto más obligada a ampliar sus alcances, en suma con las aportaciones de la psicología cognoscitivista; pero no por ello, el movimiento integracionista es de su propiedad, por el contrario es muy plural y diverso ya que convergen profesionales de las más diversas orientaciones, y de ahí, su complejidad y riqueza.

11. Quizá se percibe una mayor inclinación hacia la integración por parte de los cognitivos-conductuales, pero esto se debe a que son los que más informan. Ya que las otras orientaciones, por citar una, la psicodinámica no lo hace tanto, esto lo vemos en el acceso a la información que se tuvo; ya que en su mayoría fueron encontrados autores formados en cognitivo-conductual (Feixas, Botella, Niemyer, Mahoney, Goldfried, etc).

12. Existe mayor integración en la praxis de lo que se cree y se informa, esto en otros países como Inglaterra y Estados Unidos, donde se cuenta con datos fidedignos, pero bueno, esto es aventurado afirmarlo en nuestro país, ya que no contamos con estudios como el de Hollanders (1999) que investigue la orientación ecléctica/integrativa implícita y explícita en nuestros profesionales de la salud mental. Y por lo tanto se hace importante llevar a cabo dichos estudios exploratorios, cuidando los mecanismos empleados para observar realmente lo que pasa en la práctica, más que en lo que dicen que hacen en ella.

13. Sería conveniente revisar exhaustivamente las propuestas de integración que se han realizado, pero por países, ya que creemos que hay bastantes, pero que no se explicitan bajo el rotulo de "integración", "integracionismo" o "eclecticismo". y es por ello que quizá el presente trabajo quedo corto en hacer justicia a dichas propuestas de integración que existen en nuestro país.

14. También sería conveniente estar cerca y pendiente de los comunicados, encuentros, talleres, conferencias, simposia y actividades en general que realizan las asociaciones bajo las cuales se aglutinan los esfuerzos de una integración más válida. Evitando caer en intentos de integración más personales y menos consensuados. Pues si de integrar se trata, lo primero es ponernos de acuerdo y no estar cada quien por su lado, incomunicados.

15. Un último punto, pero no por ello menos importante, se trata de unir esfuerzos en crear programas de entrenamiento/formación integrativos, porque después de todo es desde los semilleros de donde tiene que venir el cambio de pensamiento, es necesario que abramos los canales de comunicación y enseñemos a ser flexibles y abiertos bajo esquemas comprobados y en lo que se pueda consensuados.

CAPÍTULO V

V. Discusión y Conclusión.

Llego el momento de discutir y concluir sobre la presente investigación. Para tal fin se realizará primero un recorrido por los capítulos resaltando algunos puntos importantes; presentaré los alcances, limitaciones y sugerencias que se despliegan del estudio en su totalidad.

Lo referente a *Psicoterapia: aspectos generales* (capítulo I) sólo abordó valga la redundancia generalidades y su función fue la delimitación del campo de estudio. No obstante vale la pena resaltar que presenta a la psicoterapia de una forma completa y representa un marco ideal para comprender de forma general el campo, sin apego a ningún enfoque. A demás, presenta algunas notas de la psicoterapia en México que vale la pena sean tomadas en cuenta para contextualizar el campo en nuestro país, ya que es frecuente que se de mucha información de la psicoterapia a nivel mundial, descuidando lo que se hizo o paso en México.

En cuanto a *los enfoques psicoterapéuticos* (capítulo II) resulto más extenso de lo que estaba planeado, pero fue necesaria la ampliación para que los enfoques pudieran comprenderse mejor. La intención del capítulo fue introducir a la amplia gama de enfoques que existen en psicoterapia, al menos aquellos que se consideraron "más apegados a lo científico" o "más formales", por así decirlo, ya que existen las denominadas psicoterapias alternativas, como la aromoterapia, la musicoterapia, etc.

Sin embargo la ordenación de los enfoques en cuatro grandes abordajes y su desarrollo a través de seis rubros (concepto del ser humano y principales conceptos, desarrollo normal, concepto de salud-enfermedad, proceso terapéutico, nivel de intervención, metas en terapia y rol del terapeuta) sirvieron como elementos de análisis. Por lo que, el capítulo más que una simple exposición de los enfoques psicoterapéuticos representa un análisis de los mismos.

No obstante, quizá nuestra presentación resulto limitada en cuanto a que no se expusieron las teorías de los llamados analistas culturalistas-existencialistas (neofreudianos) como Fromm, Horney, Sullivan que tienen gran peso en la actualidad en cuanto a una evolución del psicoanálisis. Consideramos que dichas teorías son en sí mismas una integración del psicoanálisis y del existencialismo-humanismo.

La extensa revisión de los enfoques en suma con el tema central de la investigación, obliga necesariamente ha cuestionarse ¿Si existe en los enfoques revisados acercamiento entre ellos, es decir, integración?. Esta cuestión resulta improcedente, porque la propuesta como tal de integración en psicoterapia es muy reciente y se define como movimiento hasta los ochenta. Así

cronológicamente hablando el MIP es posterior a cualquiera de los enfoques revisados.

Sin embargo, la existencia de factores comunes, sobre todo, se ha dado de por sí, pues de alguna u otra forma los enfoques posteriores al psicoanálisis y al conductismo en su forma inicial antes de que éste incorporará elementos cognitivos, retoman y hacen uso de conceptos de estos dos enfoques amplios o escuelas.

En lo que sigue se presenta, posibles factores comunes en los enfoques revisados en el capítulo II.

De las escuelas o *enfoques amplios* como los denomina Hollanders (1999), *psicología profunda* fue el más extenso; más que una escuela es una categoría general que engloba todas las escuelas que dan gran peso a lo intrapsíquico. Contiene seis enfoques de los cuales tres (Freud, Jung, y Adler) influyen en gran medida en otros enfoques; sobre todo los últimos dos teóricos influyeron en gran medida en los enfoques humanistas-existenciales y dieron paso a neo-freudianos como Fromm, Sullivan, Horney, etc. La psicología del yo, las teorías de las relaciones de objeto y Lacan son también evoluciones del psicoanálisis. Es importante subrayar que Freud es y será siempre, precursor por excelencia del campo psicoterapéutico.

La *psicología profunda* muestra *acercamientos en el sentido estrecho* (intra escuela) (revisar Hollanders, 1999), pues todos ellos toman elementos del psicoanálisis tradicional. Pero, como se menciona en párrafos anteriores el neofreudianismo de Fromm, Horney y Sullivan son una muestra de *acercamientos en el sentido amplio* (entre escuelas) ya que hacen uso del existencialismo y humanismo. Del mismo modo Lacan realiza lo que podríamos llamar una síntesis a las que hace alusión Sorin (1991), ya que conjuga el psicoanálisis y aspectos de la lingüística de forma muy interesante y compleja.

La escuela de *la conducta* también es amplia. Y al igual que la psicología profunda, engloba una serie de teóricos destacados en el campo psicoterapéutico, más por motivos de espacio, los seis rubros de análisis se desarrollaron de forma conjunta y no autor por autor como el caso de la escuela anterior. Pero además, se debe mucho, a que guarda mayor homogeneidad respecto a sus postulados principales.

Dentro de los enfoques de la conducta se trabajo lo cognitivo (el enfoque híbrido *cognitivo-conductual*), se desarrolló de esta forma, siguiendo a Kriz (1985) al considerar a lo cognitivo como una evolución del conductismo. *Evolución "necesaria"* ante la inminente crisis por la que atravesaba éste, al darse cuenta sus seguidores de lo limitado de sus planteamientos en la práctica. Lo cognitivo viene a mediar la situación para extender las conceptualizaciones de lo conductual, sin perder por completo su aire de objetividad, pero tampoco aceptando los postulados del psicoanálisis. Muchos de los autores integradores (Feixas, Goldfried, Garfield, Botella, Mahoney, etc) mencionados en esta investigación fueron formados

inicialmente como conductistas en la necesidad de incorporar elementos cognitivos para su quehacer profesional.²

La escuela *humanista - existencial* también muestra elementos de integración. Los enfoques que se ubican en esta escuela recordemos, se sitúan ahí debido a una visión bastante homogénea del ser humano como un ser con autonomía, interdependencia social y la capacidad para dirigir su propio desarrollo, en búsqueda de sentido y de trascendencia a su existencia. Visión que es muy similar a la psicología individual de Adler y Jung. Presenta acercamiento en el sentido amplio (inter-escuela) ya que hace uso de conceptos de otras escuelas como la psicología profunda, cognitiva-conductual además de la conjugación de diversas raíces: existencialismo, humanismo y psicología Gestal, pues contextualizando, este enfoque nació como alternativa a las dos determinantes opciones de aquel tiempo: psicoanálisis y conductismo.

La escuela *sistémica* plantea desde la concepción de Kriz (1985) un cambio de paradigma, ya que se interesa por la función que desempeña tal o cual síntoma más que por las causas. Si recordamos un poco, también lo distintivo de la psicología de Adler era su fuerte impronta teleológica, es decir, su tendencia a cuestionarse más sobre la función o fines de los síntomas más que las raíces o causas de los mismos. Este hecho subraya la existencia de factores comunes y por lo tanto de integración también en esta escuela. Pero además integra diversas disciplinas como la cibernética y la teoría de la comunicación que sería también una síntesis a las que hace alusión Sorin (1994). Los enfoques sistémicos también presentan acercamientos en el sentido amplio ya que hacen uso de conceptos cognitivo-conductuales y psicodinámicos en la asignación de tareas y atención a procesos intrapsíquicos pero en el plano interpersonal.

Hay autores que hacen suponer que la escuela sistémica es una integración en sí misma para la ciencia. Durkin en 1939 dice que la teoría general de los sistemas representa la posibilidad de un lenguaje común en la torre de Babel científica, ya que diversos estudios en distintos campos han demostrado que la "organización" sigue básicamente las mismas leyes sin importar quién sea el objeto de estudio, cuáles sus propiedades específicas o cuáles las fuerzas particulares implicadas. (citado en Cappón, 1985, pág. 29)

Los enfoques psicocorporales (Reich y Lowen) y el análisis transaccional de Berne también presentan integración, nos aventuramos a calificarlos como primitivos intentos de integración, razón por la que se presentaron fuera de los cuatro rubros de categorización. En Reich y Lowen es clara la integración de aspectos de psicología profunda y elementos humanistas-existenciales. En Berne también sobresalen aspectos comunes a los planteamientos de Adler por una parte respecto a un guión de vida, conceptos similares al psicoanálisis por la otra, en cuanto a

² Por el contrario, Murapeix (1993) plantea que el mayor número de terapeutas integradores informan haber sido formados en psicoanálisis

una estructuración de la personalidad tripartita, también retoma aspectos de Moreno y su psicodrama. Su punto diferencial de estos enfoques, está en el énfasis que le ponen a las cuestiones puramente corporales. En el análisis transaccional, lo distintivo está en su tendencia hacia lo popular, es decir su lenguaje simple con acceso a todo mundo.

Lo que sigue son algunas reflexiones entorno al *Movimiento Integracionista* (capítulo III); que se complementan con los 15 puntos presentados en el anterior capítulo (IV).

La alternación en el uso de los términos de "eclecticismo" e "integración", provoca mucha confusión para aquellas personas que apenas estamos conociendo el tema de la integración, pues la mayoría de los autores los utilizan indistintamente. Hollanders (1999) es el único autor que se encontró los conceptualiza y marca una diferencia entre ambos términos.

Plantea que *integracionismo* es el esfuerzo por realizar un tejido cooperador de una teoría fuera pero incluyente de las orientaciones en el *sentido amplio* (mejor conocidas como escuelas). A diferencia del *eclecticismo* que intenta este mismo alcance pero desde una postura más personal y menos consensuada. La diferencia está en el consenso.

Más estas definiciones no son del todo claras, porque Hollanders (1999) al definir así "*integracionismo*", apuntala más a una integración "de tipo teórica" más que a un término general utilizado para definir el movimiento en su conjunto, pues estaría dejando fuera al "eclecticismo técnico" que también forma parte de éste. Además la conceptualización que realiza de *eclecticismo* hace más alusión a un "eclecticismo instintivo" que se dejó claro no forma parte del movimiento integracionista, quien también lo rechaza ampliamente.

Dada esta alternación en los términos es que la presente investigación trabaja con el término compuesto "ecléctico/integrativo", como una forma de manifestar que donde hay un eclecticismo, de cierta forma hay una "integración", lo ponemos entrecorillado ya que no siempre es la integración a la que se hace mención con el presente movimiento en la psicoterapia.

Por su parte Mirapeix (1993) deja entre ver que la diferencia entre los términos de *eclecticismo* e *integración* esta en que, mientras el segundo es más utilizado a nivel teórico, eclecticismo lo es a un nivel más técnico. De hecho la "integración técnica" es mejor conocida como "eclecticismo técnico".

Podríamos concluir este punto emitiendo lo que para nosotros conceptualiza estos dos términos: Eclecticismo (selección de lo que parece mejor de una teoría y/o técnica) aporta los medios. Integracionismo es el fin, fin que radica en un esfuerzo cooperador de los profesionales de distintos enfoques para abrir sus horizontes

teórico-prácticos para llegar a consensos en pro de una práctica más eficaz, tanto en el ámbito teórico como en el práctico.

Otro punto a comentar se relaciona con la fragmentación del campo de la psicoterapia que si bien es un argumento que justifica la tendencia integradora, ésta no se libra de ella. Pues los tres tipos de integración son objeto de discusión.

Lazarus y Mesmer (1992) sobresalieron precisamente por sus diferencias en cuanto cuál de los tipos de integración es la más conveniente. También Omer, 1993; Patterson, 1997; Beutler, 1999, consideran innecesaria una integración a nivel teórico y apuntalan una integración técnica. Pero además, se encuentran los autores que abogan por los factores comunes, (Goldfried; 1995, Frank, 1982,) argumentando que lo que realmente interesa es lo común, justificando su planteamiento en el alto porcentaje que arroja *lo común* en la investigación de efectividad entre terapias. Dejando de lado lo diferencial entre las terapias, que sería propiamente lo que intentan los otros dos tipos de integración (teórica y técnica).

Y si fuera poco, la fragmentación también se ve reflejada en cada uno de los subtipos de integración. Aquí lo que valdría rescatar es que, si el fin es integrar entonces las tres áreas son de importancia y no deberían existir disputas respecto cuál es la mejor o más importante.

Ya Kunh (1997) consideraba, que ya es hora de llegar a **consensos** en la comunidad profesional; y bajo esta línea deberíamos preocuparnos por buscar la manera de integrar las tres áreas y a su vez los subtipos entre ellas. Tratando de comunicarnos y no trabajar solos sin conocimiento de lo ya hecho por otros.

Aunque, hay que resaltar que con todo y que la fragmentación sigue existiendo, hay una gran diferencia con la fragmentación que antes existía en el campo psicoterapéutico. Pues el *movimiento integracionista* pretende y ha logrado, que los profesionales de la salud mental se retroalimenten y comuniquen aun y con sus diferencias o similitudes, en un ambiente de respeto y cooperación, concientizando a otros profesionales "herméticos"⁴ aun en un sólo enfoque, de ser más flexibles para el beneficio del cliente. Aspecto que supera en mucho el divisionismo que imperaba en el campo antes que surgiera el MIP.

La epistemología dentro de la integración es otro punto. Recordemos que la epistemología es la rama de la ciencia que estudia los fundamentos y métodos del conocimiento científico.

Uno de los argumentos más fuertes en contra de la integración está precisamente en la incompatibilidad entre los enfoques psicoterapéuticos, ya que se derivan de

⁴ Término utilizado por Sorin (1994)

distintas posturas epistemológicas. De ahí la diversidad y la fragmentación en el campo de la psicoterapia y en la integración psicoterapéutica también.

Cada uno de los autores representativos del MIP plantean modelos epistemológicos distintos para la integración en psicoterapia. Feixas (1991, 1992); Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella (internet) y Niemeyer, 1992, por ejemplo, proponen una epistemología constructivista⁵. Messer, Wachtel, Lazarus, Goldfried, Garfield, Frank, Beutler, etc. se inclinan por otras epistemologías, que no las tenemos muy claras, pero que será tema de otra investigación presentar y analizar sus propuestas particulares, ya que en la presente investigación no fue posible acceder a los trabajos donde abordan directamente sus propuestas.

Mirapeix (1993) es el único que se encontró, presenta argumentos epistemológicos a cerca de la integración en la psicoterapia. Plantea una epistemología de la ciencia postpopperiana basada en los procesos complejos, caracterizada por una mayor apertura y flexibilidad dentro de la ciencia, que postula la necesidad de *multivisiones* para comprender al ser humano. Su visión parece adecuada a lo que se intenta; más, faltaría revisar lo que plantean lo otros autores representativos del Movimiento para tener un panorama completo.

Baes (internet) por su parte, plantea de forma muy interesante, otra manera de atacar la barrera que trae la incompatibilidad entre las epistemologías para la integración de los enfoques puros; planteando que aunque epistemológicamente hablando se caiga en una contradicción en la integración, en el terreno teórico está es posible, ya que los objetos de estudio son distintos. Así por ejemplo el enfoque conductual estudia la conducta, lo cognitivo los pensamientos, el psicodinámico o psicología de las profundidades lo intrapsíquico, lo sistémico las relaciones humanas, y lo humanista - existencial el sentido de nuestra existencia, lo realmente humano. Visto de esta manera la integración es perfectamente posible como una complementariedad de los enfoques, pero a nivel teórico y no epistemológico. Muchos de los autores revisados están bajo esta misma línea: Castello, internet; Rivera, 1994, González, 1994; Magnavita, 2000; y Arnkoff, 2000.

Pero el problema de la epistemología dentro de la integración aun queda pendiente. Pues lo ideal sería la creación de una metateoría integradora en la cual poder integrar tanto los avances en el área de la integración técnica y la de factores comunes. Más esto todavía es como se dijo, un ideal.

El entrenamiento/formación de futuros psicoterapeutas es otro punto a reflexionar, pues el cambio tiene que venir desde los semilleros, y contar con programas de formación que conjuguen los enfoques psicoterapéuticos, sería un gran paso. Pues es desalentador y caótico percibir el campo de la psicoterapia tan desfragmentado,

⁵ Representado por el ITP (Integracionismo Teóricamente Progresivo que intenta la integración solo de los enfoques epistemológicamente compatibles

en donde cada uno hace una cosa distinta a los demás y aun peor distinto lo que hacen a lo que informan realizan.

En éste trabajo sólo se encontraron dos estudios que específicamente abordaban esta cuestión (Beutler, 1999 y González, 1994) y algunos otros comentarios que realizaban otros autores en el desarrollo de su trabajo, que no son propuestas formales.

La mayoría de los autores además de González (1994) y Beutler (1999), coinciden en que la actitud por parte del psicoterapeuta para integrar es clave, lo cuál nos remonta a lo que Guy (1987); Feixas y Miró, (1993); Kleinke, (1994); Garfield, (1979), Phares, (1996); Dana, (1972); y Fromm-Reichman, (1977) afirmaban respecto a que la *personalidad del terapeuta* es una variable de éxito muy importante en psicoterapia. Es necesario contar con la flexibilidad y capacidad para enriquecerse de los demás, aceptando las limitaciones del propio enfoque. Eso por una parte, y por otra, un *amplio conocimiento* de los enfoques psicoterapéuticos y de los conocimientos generales para ejercer psicoterapia. Sin descuidar la vinculación entre evaluación con tratamiento y teoría con práctica que desde el punto de vista de Beutler (1999) se ha descuidado mucho.

Pero Mirapeix (1993) comenta que no sólo es necesario una capacidad del terapeuta para integrar sino también por parte del cliente, ya que si este no tiene la capacidad de vincular, de nada servirá.

Sin embargo no es tarea fácil poder crear programas ecléctico/integrativos, debido al poco consenso que existe aún en el campo de la integración en psicoterapia. Lo que si es posible, es comenzar a fomentar la comprensión de las escuelas psicológicas como un todo y no desarticuladas, pues al menos en mi experiencia, la carrera no brinda esto, pues pese a que si existe un panorama teórico plural, donde se revisa un diverso abanico de teorías, y la bibliografía revisada durante la carrera es en su mayoría ecléctica (Serra, C 2000); el análisis específico de cada una de ellas y las conexiones entre ellas son escasas, ocasionando confusión o hermetismo en los aspirantes. En la carrera se debería empezar con una amplia enseñanza de cada una de las escuelas psicológicas conectándolas con los enfoques que se han ido derivando de ellas, al igual se deberían de puntualizar sus aspectos comunes, los complementarios y lo diferencial en cada uno.

Este Movimiento de la Psicoterapia ha alcanzado logros congruentes con su objetivo (*Fomentar la comunicación y conciencia entre los psicoterapeutas que siguen casados con un solo enfoque*) ya que como se observo en el capítulo VI, aunque la mayoría de las propuestas integrativas revisadas en la investigación no hacen referencia directa al MIP, reconocen la importancia de favorecer el acercamiento entre los enfoques psicoterapéuticos para una mayor efectividad en la práctica.

No obstante, este desconocimiento de las tendencias actuales en el campo, es el que acarrea que todos jalen en distintas direcciones, pues realizamos propuestas

sin saber que existen ya esfuerzos de otras personas que van en nuestra misma dirección. Si con juntáramos fuerzas nuestras propuestas tendrían un mayor poder y validez, y quizás no seríamos una torre de Babel fragmentada.

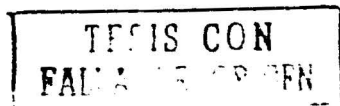
Adentrándonos ya a los alcances que tuvo la presente investigación, el *Objetivo general* (Describir y Analizar el MIP a través de una investigación documental) se alcanzó de forma necesaria pero no suficiente, debido a que quedan muchas dudas y curiosidades aun por satisfacer, sobre todo lo que concierne a las propuestas particulares de varios autores representativos del movimiento que se presentaron en el punto III.2 sólo en resumen. Pues hubo mucha literatura de la cual se tuvo conocimiento pero no se encontraban en nuestro país ni en internet o bases de datos. Y en consecuencia lo relacionado propiamente con los aspectos técnicos en la integración no fueron abordados. Será tema de otra investigación presentar esta información y elaborar algunas consideraciones al respecto.

La revista que publica los esfuerzos de la integración de la psicoterapia (*Journal Psychotherapy Integration*) no se localiza aquí. Y la revista que aglutina dichos esfuerzos pero para los países de habla hispana, (la *Revista de Psicoterapia*) tampoco. Se escribió (via e-mail y correo tradicional) a la editorial en España para pedir el envío de algunos ejemplares desde la página electrónica de la S.E.P.I, pero pese a los reiterados esfuerzos, no se recibió respuesta.

En cuanto a los *objetivos específicos*, también fueron alcanzados, se revisó una amplia gama de los enfoques psicoterapéuticos que matizan actualmente el campo pero no sólo como una simple introducción a ellos, sino con la posibilidad de favorecer la comprensión de los mismos al desarrollarlos en apartados que favorecen su asimilación y comparación entre ellos. Y que además se suman a los esfuerzos integrativos por obtener en base a su categorización "unidad teórica" (revisar Patterson, 1997). Y aun con lo explicado en los párrafos anteriores respecto a la limitación de fuentes de información, se identificaron y se analizaron diferentes propuestas de integración e incluso de los más años más recientes; diecinueve estudios que aunque no todos eran como tal propuestas integrativas, si abordaban la integración en lo sustancial aunque sea indirectamente. Del mismo modo, se emitieron 15 puntualizaciones generales a considerar respecto la MIP para futuras propuestas de integración.

Sin embargo, habrá propuestas ecléctico/integrativas en nuestro país a las que no se les hizo mención en la presente investigación, quizás porque no se rotulaban bajo alguno de los términos de "integración", "acercamiento" o "eclecticismo". Sería conveniente se pudieran tomar en cuenta algunos otros "términos" en futuros trabajos.

Del mismo modo, para futuras investigaciones sería adecuado abrir el objeto de estudio a las modalidades de intervención (pareja, grupo, familia, comunidad, etc), pues es cierto que en lo que se refiera a terapia grupal existe bastante literatura que trabaja con eclecticismo/integración en psicoterapia.



Ambas preguntas de investigación: ¿en qué consiste el movimiento integracionista de la psicoterapia?, considero fue contestada por el capítulo III y completada con el capítulo IV. La segunda pregunta ¿qué aspectos en torno a la integración de la psicoterapia se deben considerar cuando se habla de propuestas integrativas? fueron contestadas en el capítulo IV con las quince puntualizaciones al respecto y en el capítulo V con las reflexiones entorno al capítulo III.

Concluyendo, el campo de la psicoterapia sufre de una fragmentación comparada con una "Torre de Babel" (Branco, 1992), quien desee una psicoterapia debe de escoger entre los más de 130 enfoques existentes (Parloff en 1976, citado en Goldfried, 1995). Eso nos da un panorama muy desalentador hablando en relación a la percepción que la comunidad profesional como la no profesional tendrán en torno a nuestro quehacer como terapeutas. El *Movimiento Integracionista de la Psicoterapia* es una revolución inminente ante está problemática. Kunh (1997) afirmaba que estas revoluciones científicas suelen reflejarse en la proliferación de articulaciones competitivas, la voluntad a probar nuevas cosas, la expresión abierta al descontento, la vuelta a la filosofía y el debate de los principios. El integracionismo es una tendencia muy diversa y compleja aun en desarrollo, de hecho también matizado por fragmentación. *Pero es el futuro que depara al campo* (Bietman, 1979, citado en Mirapeix, 1993). Porque aun y con esta fragmentación se a logrado crear ambientes de respeto y desarrollo conjunto que antes no había, así como propuestas muy formales de acercamiento entre los enfoques psicoterapéuticos. Y una gran cantidad de autores reconoce la necesidad de acercamiento entre los enfoques. Es necesario buscar consensos (Kunh, 1977) que validen aun más esta labor. Esto nos lleva a la necesidad de acceder desde el inicio a una educación que se preocupe por comprender globalmente al ser humano, lo cual, debe venir desde la carrera. Es osado proponer una integración de las escuelas en una sola, pero es acertado promulgarse por formar flexibilidad, abrir canales de comunicación y convivencia para tener un conocimiento y desarrollo compartido a través de consensos. La investigación del proceso terapéutico es fundamental y por ello se debe poner mucha atención en las recomendaciones de la NIMH para la investigación en la integración de la psicoterapia. La presente investigación se suma a los esfuerzos por informar acerca de esta *tendencia integradora* en la psicoterapia e invita a los interesados a conocer lo que persigue y reflexionar acerca de cómo lo ha venido realizando para desarrollar en un futuro propuestas integrativas más poderosas en nuestro país.

Limitaciones.

1. Las limitaciones del presente estudio parten del hecho de ser pionero en el tema de Integración de la Psicoterapia aquí en México.
2. Este trabajo se limitó a realizar una introducción y como tal, no profundizó en aspectos más específicos.
3. Las propuestas de integración revisadas ampliamente en el presente trabajo sólo abarcan hasta el año 2000.
4. La investigación no tiene influencia directa en el terreno aplicado. Y los aspectos propiamente técnicos no pudieron ser tratados detalladamente dada la limitación de información a la que se estuvo expuesto.

Sugerencias.

Se recomienda:

1. Unir esfuerzos para hacer llegar información actualizada sobre la integración psicoterapéutica de otros países a México. Ampliando el cardex de los departamentos de documentación en las diferentes Universidades que imparten psicología con revistas como la Journal Psychotherapy Integration y la Revista de Psicoterapia.
2. Realizar un estudio exploratorio para conocer la orientación teórico-práctica de los profesionales de la salud mental en México. Similar al realizado por Hollanders (1999).
3. Promover el conocimiento de la Integración Psicoterapéutica desde la carrera de psicología procurando conciliar las diferentes escuelas revisadas a través de señalar los puntos comunes, los complementarios, las aportaciones únicas de cada escuela, etc.
4. Llevar a cabo análisis de las principales propuestas de integración en otros países. Y realizar propuestas conforme a ellas.
5. Crear propuestas de programas de entrenamiento y formación para psicoterapeutas integrativos.
6. Realizar investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico, ya que la investigación sobre dichos procesos son los que arrojan las posibilidades de integración.

Referencias

1. Ávila, A. (1989) Psicoanálisis, Psicoterapias de Orientación Psicoanalíticas y Efectividad Terapéutica, *Clinica y Análisis Grupal*, 11 (1)
2. Aizpuru, A (1995) Los trastornos de la alimentación y las adicciones: Una perspectiva ecléctica. *Psicología Iberoamericana* 3(2).
3. Arnkoff, (2000) Two Examples of Strains in the Allinace in an Integrative Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 56 (2)
4. Benavides, J y cols; Cueli, J; Díaz- Guerrero, R; Lara T. L. (1983) Una década de la Facultad de Psicología: 1973-1983. México: Facultad de Psicología. UNAM.
5. Berezowsky, y Recinos, (1994) Características de personalidad y elección de un modelo de psicoterapia. Tesis de licenciatura. UNAM.
6. Beutler, S. L (1999) Munualizing Flexibility: The Training Eclectic Therapist. *Journal of Clinical Psychology*. 55(4).
7. Bleichmar, N. M y Liberman, C (1989) El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica. México: Paidós.
8. Bohart, A (1992) Un modelo integrador de proceso para la psicopatología y la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. 9. (resumen)
9. Botella, L; Pacheco, M; Herrero, O y Corbella, S (internet) Investigación en Psicoterapia: El estado de la Cuestion.
<http://members.tripod.es/LuisBotellaIn.html>
10. Branco, V (1992) De la torre de Babel al espanto terapéutico. Notas sobre la investigación e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3(9). (resumen).
11. Brennan, J. (1999) Historia y Sistemas de la Psicología. México: Prentice Hall.
12. Cappon, J (1984) El Movimiento de Encuentro en Psicoterapia de Grupo: Descripción y análisis crítico. México: Ed Trillas.
13. Cappón, J (2002) Comunicación personal.
14. Castello, B. J (internet) Integración y Cambio en psicoterapia.
<http://www.terra.es/personal/12/jorge.consulta/INTEGRACIÓN%20YCAMBIO%20PSICOTERAPIA.doc>

15. Coderch, J. (1987) *Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica*. Barcelona: Editorial Heder.
16. Cueli J, Aguilar L, Martí C, Lartigue T, Michaca P. (1972) *Teorías de la Personalidad*. México: Trillas.
17. Dana, H. R (1972) *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Buenos Aires: Paídos.
18. *Diccionario de la Real Lengua Española*.
19. Dollar, J y Miller, N. E (1950) *Personalidad y Psicoterapia: un análisis en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura*, España: DDB, 3era edición.
20. Engler, B (1996) *Introducción a las teorías de la personalidad*. (4ta ed). México: Mc Graw Hill.
21. Feixas, G (1991) Del individuo al Sistema: La perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*. 6-7. (resumen)
22. Feixas, G (1992) Cosntructivismo e Integración en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 3 (12). (resumen)
23. Feixas, G (Universidad de Barcelona) y Botella, L (Universidad Ramon, Llull) (internet) Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista.
24. Feixas, G y Miró, Ma T. (1993) *Aproximaciones a la Psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paídos.
25. Feixas; G (1992) Constructivismo e Integración en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12. (resumen).
26. Frank (1982) *Elementos compartidos por todas las psicoterapias*. En Mahoney, M y Freeman, A (compiladores) *Cognición y Psicoterapia* (1985) España: Paídos p.p. 73-102.
27. Fromm - Reichman. F (1977) *La personalidad del Terapeuta*. Buenos Aires: Horme.
28. Gaete, S. A (internet) Teoría psicológica: Una propuesta Integrativa. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

- <http://renhue.csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/03/ponencias/pon6-1.html>
29. Galindo, E y Vorwerg, M (1985) La psicología en México. Ciencia y Desarrollo. 63 (11).
 30. Garfield y Kurtz (1977) A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45. (resumen)
 31. Garfield, M (1979) Psicología Clínica: El estudio de la personalidad y la conducta. México: Manual Moderno.
 32. Gimeno-Bayón, A (1992) Un trabajo de integración en psicoterapia: el enterrado en vida. *Revista de Psicoterapia*. 9. (resumen)
 33. Ginter, E. (1996) Three pillar in conseling---whatch in you step. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 18 (2).
 34. Goldfried, M (1992) Integración en psicoterapia ¿Crisis de madurez de la terapia del comportamiento?. *Revista de Psicoterapia*. 10-11. (resumen)
 35. Goldfried, M. (1995) De la Psicoterapia Cognitivo - Conductual a la Psicoterapia de Integración. México: DDB.
 36. González de Rivera (1994) Objetivos en la formación de Psicoterapeutas. *Psiquis*. 15 (1)
 37. González, M. F (1989) Notas para una Historia del Psicoanálisis en México en los años setenta. En Suárez A. (coor.). Agazzi, D; Ayala, D; Chamiza, O; España, P; Suárez, A; Torres, Ma. A. (1989) Psicoanálisis y Realidad. México: siglo XXI editores s. a. c. v.
 38. Grosh y Olsen (2000) Clergy Burnout: An Integrative Approach. *Journal of Clinical Psychology*. 56 (5).
 39. Guy, J. D. (1987) La vida personal del Psicoterapeuta. España: Paidós.
 40. Hall, C. (1996) Compendio de psicología freudiana. México: Paidós.
 41. Harter, S (1990) La psicoterapia como proceso reconstructivo: Implicaciones de las teorías integrativas para la investigación de resultados. *Revista de Psicoterapia*. 1 (resumen).
 42. Hollanders, (1999) Theoretical Orientation and Reported Practice: A survey of eclecticism among Counsellors in Britain. *British Journal and Conselling*. 27 (3).

43. Jacob, K. S. (1999) Mental Disorders Across Cultures: The Common Issues *International Review of Psychiatry*, Vol. 11 (2/3).
44. Jerome, D. F. (1982) Elementos compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney, M. J. Y Freeman, A. (compiladores) *Cognición y Psicoterapia* (p.p 73-102)
45. Kaplan, H. I y Sadock, B. J (1987) *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Editores Salvat. (2da ed.).
46. Kernberg, O (1976) *La teoría de las relaciones de objeto y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós (1996).
47. Kleinke, C. L (1995) *Principios comunes en psicoterapia*. España: DDB.
48. Kohut, H (1977) *Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*.
49. Kriz, J (1985) *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
50. Kuhn, T. S (1977) *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
51. Laplanche, J. Y Portalis J.-B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Editorial Labor S.A.
52. Lazarus, A (1967) In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21.
53. Lazarus, A (1995) Eclecticismo e integración: Concientizarse de los peligros. *Revista de Psicoterapia*. 24. (resumen)
54. Lazarus, A y Messer, S. B (1992) ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de Psicoterapia* 3 (10-11) (Resumen).
55. Lowen, A (1988) *El lenguaje del Cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*.
56. Ludewig, K (1996) *Terapia sistémica: Bases de teoría y prácticas clínicas*. Barcelona: Heder.
57. Magnavita, (2000) Integrative Relational Therapy of Complex Clinical Síndromes. Ending the multigenerational transmisión process. *Journal of Clinical Psychology*. 56 (2).

58. Marx, M y Hillix, W. (1992) *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneos*. México: Paidós.
59. Michaca P. (1987) *Desarrollo de la Personalidad. Teoría de las Relaciones de Objeto*. México: Editorial Pax México.
60. Mirapeix, C (1993) Una concepción Integradora del psicoterapia: más allá del dogmatismo de la escuela. *Psiquis* 14(3).
61. Mirapeix, C (1994) Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. Antecedentes, justificación, epistemología, aspectos teóricos y técnicos. *Revista de Psicoterapia*. 20. (resumen)
62. Muller, F-L (1976) *Historia de la psicología de la antigüedad a nuestros días*. México. FCE.
63. Navarro - Beltran y cols. (1984) *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona: Salvat Editores.
64. Niemyer, R. A (1992) Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia* 9. (Resumen).
65. Nuñez, R (1984) *Implicaciones Históricas de la Psicología Clínica en México*. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol 1(2).
66. O'hare y Collins (1997) Development and Validation of a Scale for Measuring Social Work Practice Skills. *Research on Social Work Practice*, Vol. 7 (2).
67. Omer, H (1993) The Integrative Focus: Coordinating Symptom and Person Oriented Perspectives in Therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 47 (2).
68. Patterson, T (1997) Theoretical Unity and Technical Eclecticism: Pathways to Coherence in Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*. 25 (2).
69. Phares, E (1996) *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
70. Poch, J y Ávila, E. A. (1998) *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. España: Paidós.
71. Ramirez, J. J (1985) Aplicación del Eclecticismo Técnico a una reacción obsesiva-compulsiva. *Revista Mexicana de Psicología*. II (1).
72. Reich, W (1992) *La función del orgasmo*. México: Paidós (7ª ed.).

73. Rivera, C, R (1994) Reflexiones en torno al eclecticismo como práctica asistencial en psiquiatría Pública. *Psiquis*, 15 (6).
74. Rodríguez, L; Vázquez G (1992) Revisión de tesis elaboradas sobre psicoterapia publicadas desde 1976 hasta el año de 1988 en psicología clínica. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
75. Ryle y Beard (1994) El efecto integrador de la reformulación: Psicoterapia Cognitivo - Analítica en un paciente con un trastorno borderline de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*. 20 (resumen)
76. Safran, J y Muran, C (2000) Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Journal Clinical Psychology*. 56 (2).
77. Serra, C (2000) Enseñanza de la Psicoterapia. Tesis de Maestría. UNAM
78. Singer, E (1919) Conceptos Fundamentales en Psicoterapia. México: FCE.
79. Sorín, M (1994) Hacia una Psicoterapia sin adjetivos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 26 (2).
80. Valderrama (1983) Un esquema para la historia de la Psicología en México. México: Facultad de psicología UNAM.
81. Valenzuela C, A (1998) Elementos teóricos y técnicos de la psicoterapia. UNAM (material de clase de la materia Introducción a la Psicoterapia).
82. Vázquez, M, G. (1996) El psicólogo clínico su formación y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional. Tesis de Licenciatura UNAM.
83. Villegas, M (1990) Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. 1 (resumen).
84. Wachtel, P (1994) Del eclecticismo a la síntesis: hacia una integración psicoterapéutica con menos costuras. *Revista de Psicoterapia*, 20. (Resumen)
85. Wachtel, P (1996) La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz, España: DDB.
86. Watkins y Guarnaccia (1999) Introduction: The future of psychotherapy training: psychodynamic, existetial, and eclectic perspectives. *Journal of Clinical Psychology*. 55(4).
87. Wolberg, L. R (1977) The technique the psychotherapy. (3 era ed.) Nueva York: Grunne and Stratton.

88. Zarzoza, E (1991) Problemas del eclecticismo: Un caso. *Revista Mexicana de Psicología*. 8 (1y2).