

CLAVES PARA LA UNIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA: (MAS ALLÁ DE LA INTEGRACIÓN)

Héctor Fernández-Alvarez

Fundación Aiglé. Virrey Olaguer y Feliú 2679 (1426)

Buenos Aires. Argentina. E-mail: fundación@aigle.org.ar

In the last three decades psychotherapy has expanded trying to offer responses to the growing demands for assistance, generated by the worsening of life conditions. Nowadays we count on many and varied options.

This work explains the scopes and limitations found in the integrative movement proposal and presents the grounds for the unification in psychotherapy based on the assistance demand, the research interests and the critical problems of the clinical practice.

The research focused on the patient represents the mayor effort achieved to overcome the gap between efficacy and efficiency studies. The models that emerge from this orientation are not centered in promoting a theoretical perspective nor any particular menu of techniques. They are directed to identifying principles that will help to find combinations between patients and therapists that will allow a better prediction of therapeutic results.

The psychotherapy model applied en Aiglé es described in this article. This model shares the general principles with those models that follow a methodology aimed at improving the treatment results through sessions monitoring and giving the appropriate information to the therapists in order to guide the therapy consecutive steps.

Key words: Psychotherapy – integration – unification

Introducción

La situación de la salud mental en el mundo atraviesa, de acuerdo con los informes de los organismos internacionales pertinentes, un dramático empeoramiento, algo comprensible dadas las tortuosas circunstancias que afectan las condiciones de vida en la actualidad. Ningún espíritu sensible deja de percibir el desequilibrio socio-ecológico existente y de asociarlo con la arrolladora escalada de la violencia, la incertidumbre que pesa sobre el futuro y la fragilidad que se observa en los sistemas de creencias contemporáneos. Las tasas de prevalencia

epidemiológica que se anuncian en los medios científicos y en las publicaciones de opinión pública no cesan de crecer. Las personas afectadas por episodios depresivos, angustiosos y por secuelas de condiciones traumáticas se multiplican en todo el mundo (WHO, 2001). Los volúmenes relativos y las formas específicas que adoptan las perturbaciones mentales varían de acuerdo con las características de cada sociedad, pero el incremento de dichos trastornos es un fenómeno general que no se detiene. Junto a él progresa, aunque no necesariamente de manera directa, la demanda de asistencia.

La contracara de este alarmante fenómeno es la proliferación de propuestas que se ofrecen para hacer frente a la situación. La psicoterapia es una de ellas y viene llevando a cabo una activa campaña de promoción que se suma a las de la psicofarmacología, los grupos de auto-ayuda, los programas de acción social, las prácticas religiosas y de meditación entre otras. Cada una de estas ofertas no expresa solamente una formulación de teorías o de principios. Está impulsada y respaldada, muchas veces, por organizaciones que defienden intereses sectoriales y económicos muy poderosos, lo que enrarece el tono de la discusión. Es imprescindible apoyar un debate centrado en criterios de racionalidad que recupere el valor de la prueba científica y de la ética de procedimientos como ejes sobre los cuales tomar decisiones en el campo de la salud que afectan profundamente a la sociedad.

La psicoterapia se ha expandido a gran escala, especialmente en los últimos treinta años. Un creciente porcentaje de la población mundial, de todas las edades y sectores sociales se inclinó desde finales del siglo pasado a considerar la psicoterapia como una manera adecuada de obtener alivio para sus síntomas, resolver sus problemas o elaborar sus conflictos personales. La expansión de su demanda ha sido el resultado de un conjunto de factores, siendo dos los sobresalientes. En primer lugar, la ancestral disposición del ser humano a buscar en el diálogo con el otro el alivio para sus pesares o el estímulo para su crecimiento personal, encontró en esta práctica una expresión renovada que proclama, además, ser poseedora de buen sostén científico. En segundo lugar, el hecho de que los instrumentos que los psicoterapeutas fueron lanzando al mercado demostraron una aceptable relación de costo/beneficio para sus potenciales usuarios.

Al internarnos en el mundo de la psicoterapia lo primero que constatamos es que constituye un territorio de enorme vastedad, con un paisaje variopinto habitado por un número creciente y heterogéneo de participantes, tanto de consumidores como de prestadores. Siendo enorme la diversidad de formatos que adopta, algunos de sus procedimientos resultan muy costosos, pero también ha desarrollado una gran cantidad de programas que, merced al empleo de tecnologías cada día más sofisticadas, se muestran capaces de brindar, a bajo costo, beneficios para amplios sectores de la población.

Las opciones de psicoterapia que se ofrecen son muchas y pueden adoptar agudos contrastes. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?, es la pregunta que se

hacen los pacientes cuando sienten necesidad de pedir ayuda, los sistemas de salud cuando evalúan la contratación de servicios, los jóvenes profesionales que quieren obtener formación básica y entrenamiento y los terapeutas con experiencia cuando revisan sus aplicaciones con el propósito de mejorar su trabajo. En consonancia con ello ha tenido lugar, durante ese mismo período, una creciente preocupación por investigar sus resultados, la estabilidad que tienen y las condiciones en que se producen. ¿Qué terapia funciona mejor, para qué pacientes, en qué circunstancias? Ha sido la forma que tomó la pregunta que englobó esas inquietudes.

Los terapeutas constituyen en la actualidad un nutrido contingente, no necesariamente uniforme. La diversidad de sus quehaceres es tan marcada que con bastante frecuencia se plantean dificultades respecto de los límites de su ejercicio. Si nos atrevemos a avanzar en esta cuestión soslayando el espinoso tema de la pertinencia de la disciplina (evitando aspectos muy críticos como la legitimación científica y la acreditación profesional), el universo de la psicoterapia conserva muchos aspectos controvertidos, suficientes para provocar fuertes dolores de cabeza a quienes intentan hallar algún orden en él. En su dominio reina una enorme proliferación de modelos (más de 400 según algunas estimaciones), traducida por una gran multiplicidad de técnicas e intervenciones disponibles.

Panorama de la integración

Unos veinte años atrás, coincidiendo con el madurar de la conciencia de los terapeutas sobre estos hechos, surgió un movimiento que se dedicó a explorar las posibilidades de la integración en este campo. Las circunstancias que rodearon su nacimiento y las vicisitudes que atravesó en los años que siguieron están bien documentadas (Goldfried & Newman, 1992). La integración de la psicoterapia ha sido desde entonces uno de los puntos de debate que más polémicas ha suscitado en estos años. Todavía hoy sigue siendo un eje de fuertes discusiones y, al mismo tiempo una referencia inevitable a la hora de describir el estado de la cuestión en esta materia.

El movimiento “integrativo” ha tenido tanto muchos defensores como detractores. En el primer grupo se incluyeron, principalmente, aquellos que no comulgaban en forma muy ferviente con ningún enfoque en particular mientras que entre los ortodoxos (prescindiendo de la escuela de pensamiento a la que pertenecieran) surgieron los críticos más ácidos de esta propuesta. Los partidarios de la integración formaron rápidamente un nutrido conjunto surgido entre aquellos profesionales que no estaban enrolados dentro de asociaciones correspondientes a enfoques específicos de terapia o que tenían una débil inserción en ellas. Un importante porcentaje de la población de terapeutas se identificó con ese movimiento debido a que veían en él la convalidación de lo que de hecho venían practicando en su labor cotidiana.

Diversos autores se dedicaron a la difícil tarea de formalizar dicha propuesta (Villegas, 1990, 1995). Pero no tardó en verificarse que los intereses que los

agrupaban eran, también, marcadamente heterogéneos. Al menos tres perspectivas diferentes encontraron la atención: a) el principio de los factores comunes, b) el eclecticismo técnico y c) la integración teórica (Arkowitz, 1997). Además, las propuestas incluidas dentro de los últimos dos grupos también mostraban fuertes diferencias entre sí.

Los detractores atacaron el movimiento denunciando una aparente falta de pureza metodológica y epistemológica. El principio de los factores comunes, el más genérico de los tres modos de abordar la nueva propuesta resultó el más aceptado y compartido y terminó convirtiéndose en un mojón de la disciplina. Las otras dos corrientes, en cambio, recibieron fuertes críticas. El eclecticismo, por la manera en que relega los enunciados metateóricos a favor de la pragmática de las operaciones. Pero el foco de la contienda se concentró en la tercera modalidad, la integración teórica. El núcleo argumental de la crítica hizo centro en la supuesta inconsistencia conceptual a que conduce todo intento por reunir premisas cuya procedencia sea atribuible a diferentes marcos teóricos.

Los promotores de la integración proclamaron el valor de la flexibilidad frente a la rigidez de las ortodoxias. Los opositores, en cambio, recalcaron la necesidad de preservar la estrictez frente a lo que consideraban una actitud laxa e inconsistente de procedimientos. El debate estuvo, en muchas oportunidades, fuera de foco, demasiado inclinado más sobre los aspectos políticos que sobre las cuestiones científicas. Una prolongación no suficientemente explorada que tuvo dicha confrontación estuvo ligada con la aparición de los manuales de tratamiento. Los promotores de la integración adoptaron una posición crítica de esa modalidad, defendiendo una concepción de la psicoterapia hecha a media de los usuarios.

Han pasado varios años y el debate continúa. Ninguna postura ha reunido hasta el momento los elementos suficientes que puedan presentarse como pruebas irrefutables en su favor. Los modelos tradicionales siguen existiendo, habiendo registrado en estas últimas décadas significativos cambios en su cuerpo teórico y en sus aplicaciones. Uno de los ejemplos más ilustrativos es el del psicoanálisis, generador de un gran número de variantes, lo que a su vez agitó, vivamente, la discusión en su interior respecto de la naturaleza y los límites de esa disciplina. Los enfoques sistémicos, aglutinados en buena medida en torno a la terapia familiar, han asistido también a una significativa evolución. Al mismo tiempo, hemos asistido a la génesis y el desarrollo de nuevas modalidades de psicoterapia como los enfoques constructivistas y las terapias narrativas (Neimeyer & Mahoney, 1995).

El enfoque cognitivo ocupa un lugar especial en este desarrollo. Se ha afirmado que es poseedor de un poder integrador para la psicoterapia (Alford y Beck, 1997) y aunque esa misma afirmación merece una discusión profunda, existen muchas razones para suponer que es el modelo con propiedades más firmes para aglutinar una perspectiva integradora. Dos de sus características parecen reunir ese carácter: la naturaleza procesal de sus enunciados teóricos y su configuración

epistemológica, situada en una óptica que trasciende los enunciados de los enfoques clásicos.

¿Qué balance puede hacerse de esta evolución? ¿En qué situación nos encontramos hoy? Se presenta a continuación una evolución de sus aportes, lo que permite examinar la situación que afronta actualmente el campo de la psicoterapia en general. Previamente conviene establecer algunas precisiones.

En primer lugar es importante descentrar el tema de las cuestiones de política institucional de que está rodeado. Los argumentos a favor de la integración no deben verse como un ataque a los enfoque clásicos sino como una genuina voluntad para mejorar los resultados de los tratamientos. Quienes abogan a favor de de la integración deben complementar esa postura mostrando una disposición tolerante para impedir que cualquier intento de totalitarismo ideológico se aloje secretamente en sus intenciones. A favor de esas actitudes, es imprescindible protegerse de la siempre peligrosa tendencia a sacralizar las palabras. El término “integración” ha padecido, en este sentido, una penosa historia. Con mucha ligereza se hizo referencia a él como una necesidad imperiosa o como una imposibilidad. Dicha liviandad provino, por lo general, de perder de vista la perspectiva en que el problema debe ser dilucidado: la experiencia clínica.

En segundo lugar y remitiéndonos a las pruebas empíricas, la literatura no informa, hasta el momento, de que exista superioridad sistemática al comparar programas integrativos con enfoques específicos de terapia. Por ejemplo, no consta que esos enfoques terapéuticos arrojen resultados superiores frente a modelos de orientación puramente cognitiva o dinámica cuando se aplican al tratamiento de las afecciones que concentran la mayor cantidad de demandas como son las reacciones depresivas y de ansiedad. Como contrapartida, en algunas situaciones clínicas, como en el caso de los trastornos de la personalidad, existe amplio consenso de que los abordajes integrativos permiten alcanzar resultados más exitosos (Belloch y Fernández Alvarez, 2002). Esto significa, en definitiva, que todavía es mucho lo que queda por hacer para arribar a alguna conclusión sobre las ventajas comparativas para distintas condiciones de tratamiento.

En tercer lugar, es fundamental recordar que este tema no habrá de decidirse en función de los intereses sectoriales de los terapeutas sino que habrá de responder a los requerimientos de la sociedad en materia de salud. Con frecuencia los psicoterapeutas mostramos no haber alcanzado un grado suficiente de desprendimiento egocéntrico y continuamos declamando predicados de verdad sobre la naturaleza humana y, especialmente, sobre los caminos que conducen a la felicidad como si fuéramos poseedores de un conocimiento que nos permite ejercer ese poder. La evolución de la psicoterapia es un ejemplo notable de todo lo contrario. Nuestra misión no es pontificar verdades sino proveer un diálogo que haga factible encontrar nuevos significados a viejas cuestiones (Fernández-Liria, 2000).

Al hacer una síntesis de los principales hitos que marcan la evolución de la

psicoterapia en los últimos veinte años, no puede dejarse de lado la marca impresa por el debate en torno a la integración. Es legítimo afirmar que, en este momento, dicha integración es una realidad que se ha consolidado en el plano de las actitudes científicas y profesionales, aunque todavía es una meta distante en el plano modelístico, en pleno proceso de transformación. Su presencia en el panorama actual de la disciplina puede ilustrarse en estas notas:

- 1) La propagación de la corriente que apoya la integración se observa como un fenómeno compartido por la comunidad de profesionales en relación con la práctica en general y, de manera más pronunciada, se hace manifiesta en áreas específicas como en el tratamiento de los trastornos severos. Además, algunos de los programas terapéuticos que más difusión alcanzaron en los últimos años como la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) y el E.M.D.R. (Norcross & Shapiro, 2002) evolucionaron como enfoques declaradamente integrativos.
- 2) En el plano conceptual, la integración se ha ido concretando de manera progresiva a medida que las instituciones académicas y asistenciales confluyen psicoterapeutas de diferentes orientaciones. Al mismo tiempo, en los eventos científicos de la especialidad, las membranas que separaban a los distintos modelos se han ido aflojando y esos encuentros son, hoy en día, una ventana en la que se observa una fuerte vocación que procura la traducción recíproca de los enunciados teóricos. Finalmente, el entrenamiento es cada día más pluralista, como un medio para garantizar una mayor representatividad de las prácticas que pueden ofrecerse.
- 3) Algunos modelos de integración con un elevado grado de sistematización han alcanzado importantes desarrollos y vienen aplicándose en diferentes contextos culturales. Por ejemplo, la terapia Cognitivo-Analítica (Ryle, 1990) con importantes aplicaciones en Gran Bretaña y España y el modelo supraparadigmático (Opazo Castro, 2001) desarrollado e implementado en el ámbito chileno.
- 4) Ninguna propuesta integrativa logró hasta el momento el grado de formalización teórica y de comprobación empírica requerido para pretender la generalizabilidad de sus aplicaciones. Continúa abierto el debate acerca de la posibilidad de que la psicoterapia acceda a un modelo con esas características y parece estar muy lejos de ello.

El camino hacia la unificación

La idea de integración estuvo durante ese período presente, además, en otro tipo de propuestas situadas en un ángulo que trascendió la confrontación de enfoques o teorías y que alcanzaron amplia legitimación por parte de los terapeutas en general. Tomamos tres ejemplos que han cubierto campos muy disímiles de interés. El Modelo Genérico de la Psicoterapia desde su primera hasta su última

versión (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Ronnestad & Willutzky, 2003) ofreció una verdadera cartografía que permitió identificar las principales variables que intervienen en la práctica. El Modelo Transteórico (Prochaska & Norcross, 2003) ofrece un panorama general para la aplicación diferencial de procesos de cambio específicos que se ajustan a un motivo de consulta o problema determinado. El programa de habilidades para brindar ayuda (Hill & O'Brien, 1999) es un compacto repertorio de los diversos componentes que puede emplear cualquier experto en el campo asistencial.

¿Qué puede esperarse que ocurra desde esta perspectiva con el futuro de la psicoterapia? Hemos reseñado algunos datos que muestran de manera elocuente que la integración se ha extendido, en cierto grado, por todo el suelo de esta práctica. Las propuestas vigentes hasta el momento pueden mejorarse y aumentar su validez, pero más que apostar a ello, un nuevo panorama se abre a partir de ahora: debemos prepararnos para abordar una instancia situada más allá de la integración. La psicoterapia comienza a moverse en dirección a la unificación de su territorio. Lo ilustramos con tres aspectos en los que se verifica la importancia de propiciar esa actitud y donde pueden observarse con claridad sus ventajas. Se refieren a tres áreas vitales: la demanda asistencial, los intereses de la investigación y los problemas críticos de la clínica.

La Concentración de la Demanda

El hecho de que la psicoterapia se constituyó en un servicio al que las personas recurrieron de una manera creciente en los últimos veinte años condujo a un acelerado fenómeno de concentración en el gerencia de sus prestaciones. Organizaciones públicas y privadas se dedicaron a administrar una demanda que antes contrataban los profesionales en forma independiente. Como resultado de ello, las instituciones se enfrentaron a necesidades que no habían tenido con anterioridad: requerían disponer programas de amplio espectro capaces de responder a un abanico muy amplio de motivos de consulta y contar, además, con un numeroso plantel de profesionales en el sistema, lo que volvía compleja la regulación y la supervisión de los procesos terapéuticos. Emplear métodos de trabajo con prácticas unificadas parece encajar de manera óptima con esas necesidades.

El rendimiento de los programas terapéuticos pasó a ser una prioridad para las terceras partes que ocuparon un papel central en ese proceso de concentración. La relación costo/beneficio se constituyó en una prioridad de las organizaciones, lo que tuvo efectos tanto negativos como positivos. Los primeros afectan, como en otros ámbitos de la salud, a la accesibilidad de las prestaciones y a la libertad de los profesionales. Los efectos positivos se vieron en haber potenciado el reclamo para aumentar la efectividad de la terapia, dando impulso sostenido a la investigación.

La Investigación Empírica

Recién a fines de los años 70 la psicoterapia comenzó a desplegar una activa tarea de investigación basada en datos empíricos. No es de extrañar que el interés por la integración sea coetáneo de ese movimiento, pues los primeros hallazgos sirvieron para fortalecer la hipótesis de los factores comunes, desconfirmando la superioridad que cada modelo en particular se atribuía con anterioridad. La labor de los investigadores aportó un buen caudal para el molino de la integración al ofrecer pruebas sostenidas sobre el peso de los factores inespecíficos. El territorio de la psicoterapia se conmovió ante la publicación de datos informando que todas las prácticas efectivas compartían ciertos elementos básicos que trascendían el modelo teórico empleado.

Pero la investigación y la integración se habrían de complementar aún más en un momento posterior cuando comenzó a estudiarse de manera regular los logros diferenciales entre los distintos enfoques. La confrontación entre modelos y, especialmente, entre técnicas, buscando establecer qué procedimiento es el que mejor funciona para situaciones clínicas específicas generó las condiciones para homologar los modos de presentación de datos y resultados, que las organizaciones académicas y las sociedades científicas se encargaron de concretar.

Los casos “difíciles”

La psicoterapia había encontrado las pruebas que necesitaba para vencer la sospecha de su falta de efectividad realizando investigaciones sobre las situaciones clínicas más habituales y más fáciles de delimitar. No es de extrañar que buena parte del prestigio que obtuvo se apoyó en el trabajo con los pacientes depresivos. También en el territorio de la ansiedad.

Cuando esa base de certeza estuvo consolidada comenzó a buscar confirmación en otros terrenos de la clínica. Algunas entidades mucho más difíciles de tratar como los trastornos de personalidad y otras perturbaciones muy resistentes obtuvieron prioridad en esa nueva etapa. Las personalidades límite y los trastornos obsesivo-compulsivos son algunos de los casos más destacados. Se apostó paulatinamente a un nivel de mayor complejidad. Fueron dibujándose en el horizonte de esta práctica lo que hoy en día se dan en llamar “casos difíciles” (Hanna, 2002).

Dicho concepto, algo vago por cierto, se refiere a situaciones cuyas propiedades principales son la complejidad, la cronicidad, el largo alcance de las consecuencias negativas que producen y la elevada resistencia al cambio que presentan los pacientes que las padecen. Por todo ello, el abordaje requerido contempla la necesidad de intervenciones multinivel y la posibilidad de contar con un repertorio más amplio y diversificado de técnicas, incluyendo alguna forma de trabajo interdisciplinario.

Una nueva Vuelta de Tuerca en el camino hacia la Unificación: la investigación enfocada en el paciente.

A medida que transcurrieron los años, la investigación en psicoterapia se fue diversificando aceleradamente. A los estudios de resultados se agregó la exploración de los procesos terapéuticos. Esta nueva corriente se afinó progresivamente hasta llegar a la disección de unidades mínimas o microprocesos de la terapia. En el campo de la metodología se fueron mezclando estudios cuantitativos con otros de carácter cualitativo. Los estudios basados en la selección de muestras y pruebas al azar y los diseños de caso único son los ejemplos prototípicos de ambos abordajes. La investigación se bifurcó en dos caminos: los estudios de eficacia y los de efectividad. La distancia entre ambos marcó una de las mayores dificultades de la disciplina e importantes voces alertaron sobre el peligro de dicha disociación y sobre la necesidad de hallar una solución a la misma (Nathan, 2000).

Esa demanda se plasmó de varias maneras. Una de fundamental importancia se concretó con la aparición de una potente corriente de investigación de nuevo signo, enfocada sobre el paciente. Se trata de una tendencia de amplio espectro, centrada en el análisis de la psicoterapia como un proceso cuyo éxito depende, fundamentalmente, de fomentar combinaciones óptimas entre pacientes y terapeutas. Se trata de una metodología que procura mejorar los resultados del tratamiento por medio del monitoreo de las sesiones y de proveer información correspondiente a los terapeutas para guiar los pasos sucesivos de la terapia. Las ventajas del método se aplican a cualquier tratamiento pero es particularmente útil en el caso de aquellos pacientes que constituyen casos de alarma, es decir, los pacientes que no están alcanzando un resultado favorable. La investigación enfocada sobre el paciente es el mayor esfuerzo logrado hasta el momento para superar tanto el bache existente entre los estudios de eficacia y los estudios de efectividad como la distancia que tradicionalmente existió entre los investigadores y los clínicos en el terreno de la terapia (Lambert, 2001).

Cinco son los grupos que han realizado los desarrollos más consistentes en la materia. Son los siguientes:

- El modelo Stuttgart-Heidelberg para el control de calidad asistido por computadora, conducido por Kordy en Alemania.
- El CORE-OM, elaborado por Barkham y colegas de diferentes centros de investigación de Gran Bretaña e implementado en el sistema público de salud mental de ese país.
- El modelo de Dosis-Respuesta desarrollado por Howard en la Northwestern University (Chicago)
- El modelo confeccionado por Lambert y colaboradores en la Brigham Young University (Utah)
- El Systematic Treatment Selection que desarrollaron Beutler y sus colegas desde la University of California (Santa Barbara).

Todos estos modelos no están centrados en promover un enfoque teórico ni algún menú de técnicas en particular sino en identificar principios que ayuden a encontrar las combinaciones entre pacientes y terapeutas que permitan predecir mejor los resultados terapéuticos. El modelo de psicoterapia que se aplica en Aiglé comparte estos principios generales y ha tenido fuerte correspondencia con el último de ellos, lo que ha dado lugar a diversas aplicaciones institucionales.

Premisas Generales del Modelo Asistencial de Aiglé

- 1) Se trata de un modelo orientado a brindar ayuda a los consultantes que contempla el empleo de un conjunto de procedimientos, incluyendo técnicas de intervención biológicas, psicológicas y sociales. Dichos procedimientos admiten aplicaciones independientes o combinadas, según cada situación clínica en particular.
- 2) La elección del diseño terapéutico es el resultado de un programa de decisiones a lo largo del proceso de admisión que sigue el paciente. Este está construido por entrevistas clínicas y pruebas complementarias. Esos instrumentos permiten ponderar las variables significativas inherentes al motivo de consulta y sirven, además, para optar entre la inclusión o no del paciente a un programa de tratamiento y su eventual derivación a otro centro en el último caso. Perfilar los objetivos que habrá de perseguir el tratamiento es el último paso de este proceso cuando el paciente recibe la indicación para iniciar una terapia. Los objetivos resultarán de un consenso entre el paciente y el equipo admisor.
- 3) La indicación de una psicoterapia es una entre diversas posibilidades y puede dar lugar, a su vez, a múltiples opciones. El dispositivo puede variar de acuerdo con: el grado de focalización de los objetivos, la extensión en el tiempo, el tipo de técnicas a emplear, la cantidad de personas que pueden ser convocadas durante el tratamiento y las tareas adicionales que se requerirán (Fernández-Alvarez, García y Scherb, 1998)
- 4) Se procura el registro más detallado posible de cada proceso psicoterapéutico, buscando además realizar las evaluaciones del curso terapéutico y de los resultados finales que permitan constatar el grado con que los objetivos se han cumplido concretamente. La supervisión de los tratamientos se lleva a cabo con el fin de ponderar los ajustes necesarios para que la terapia cumpla de la mejor manera los fines que se ha propuesto. Los respectivos estudios de seguimiento complementan los datos referidos a la efectividad de los tratamientos.

Pensando en psicoterapia

Todo sistema terapéutico está constituido por tres componentes primordiales: 1) una teoría de la mente (incluyendo una teoría de la personalidad), 2) un modelo de la experiencia disfuncional o psicopatología y 3) un programa de los cambios

posibles y de cómo lograrlos. Los dos primeros están situados en un plano equivalente y conforman el basamento teórico del enfoque terapéutico. El tercer componente contiene las herramientas y los instructivos de procedimiento necesarios para concretar los objetivos del tratamiento.

La teoría de la mente

La psicología del sentido común actúa convencida de que la actividad específica del ser humano depende de que posee un sistema mental. Mucha es el agua que corrió bajo los puentes mientras se discutía si la mente realmente existe y en qué consiste. Para los espíritus más recalcitrantes (los pensadores reduccionistas) de lo único que podemos estar seguros en ese terreno es de la existencia del sistema nervioso. Para estos autores sólo es posible constatar la presencia del cerebro y toda atribución a la existencia de una mente resulta sólo una fantasía romántica. Desde nuestra posición vemos las cosas de un modo diferente. Para comenzar adoptamos una postura que, dentro de la filosofía de la mente, echa sus raíces (sin subsumirse en ello) en la corriente funcionalista y sostenemos que, efectivamente, tenemos una mente y que ella es la responsable de muchas cosas que nos atañen directamente. Por supuesto, no caben dudas de la íntima e indisoluble relación que existe entre los procesos mentales y la actividad del sistema nervioso superior. Sin el cerebro nada de lo mental existiría. Aunque también es cierto que sin la notable labor de lo mental y, especialmente, de la formidable tarea emergente de la conciencia, lo que conocemos como actividad humana no sería lo que es.

La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnosológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En ese sentido más amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Decimos que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva.

Todas nuestras cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad. Como pensar, sentir y juzgar, verbos que definen los procesos que preparan nuestras acciones. O como desear y creer, términos que remiten a nuestras intenciones. Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales. Tales esquemas forman la trama sobre la que apoyamos nuestra conducta y orientan nuestras relaciones interpersonales. Son patrones que cumplen su actividad engarzados en una red de conexiones, cuya conformación resulta de una propiedad que todo sistema posee: la atribución de nuestras cogniciones. Todo lo que pensamos y sentimos, todo lo que hacemos o padecemos, lo atribuimos de manera conciente o inconciente a algo. Siempre tendemos a explicar lo que nos

ocurre de alguna manera. Cuando fracasamos en ello, nos invade una vivencia de confusión que en su forma extrema, conduce a nuestro si-mismo a una amenaza de disolución.

Que el mundo es algo que se modifica a cada momento parece no ser motivo de discusión. Todo cambia porque las partículas giran en el universo, porque los organismos evolucionan y se transforman en una sucesión de estados vitales. Por lo tanto, la sucesión de esos estados nos lleva a percibir que todo lo presente se escurre por entre los resquicios de nuestras percepciones. Y sin embargo, también se puede decir que nada cambia, que todo permanece, como afirmaba Demócrito varios siglos atrás. Cuando nos paramos en ese ángulo pensamos que los cambios son sólo apariencias de una realidad que se repite incansablemente.

Ambos puntos de vista describen ópticas complementarias que delatan diferentes modos de describir la actividad mental. Porque la mente, a diferencia del cerebro que es un órgano físico-químico y de la realidad social que es un movimiento de conjuntos regidos por leyes y normas, está constituida por una actividad procesal que cada individuo o sistema realiza con el fin de organizar la información que circula dentro del universo donde habita y organizarse a sí misma participando de esa manera en la construcción de la realidad.

Concebimos esa construcción como una activa labor que tiene sus límites en las condiciones del substrato material bio-social que la determinan. Se trata de una posición asentada firmemente en los principios de un constructivismo moderado que reconoce en la acción humana la capacidad y la vocación insoslayable de crear el mundo en que despliega su existencia. No existe, desde esta perspectiva, una realidad única y objetiva que pueda servir de patrón para confrontar cualquier observación empírica. En su lugar, reconoce la existencia de múltiples mundos que responden a las modalidades específicas de la intersubjetividad (Bruner, 1988).

El trabajo de la mente es una incesante obra de crear significados con el fin de encontrar un sentido a su existencia, enmarcado por las condiciones del orden natural e histórico donde transcurre el vivir. Las operaciones cognitivas que caracterizan la acción de nuestra mente están atadas a las condiciones del lenguaje que disponemos y se despliegan en el cauce de guiones personales. Vista como una totalidad es un proceso histórico que queda guardado en la forma de un relato capaz de rehacerse constantemente.

El modelo psicopatológico

Cuando una persona experimenta un malestar y realiza una consulta buscando ayuda para ello, nos encontramos con un fenómeno en el que:

- a) La persona tiene la sensación de que algo en ella no funciona de acuerdo con lo esperado o lo deseado. Toda experiencia disfuncional es eminentemente subjetiva y se corresponde con una manera particular de percibir la realidad. Por lo general, el hecho de consultar está asociado con la

expectativa que el paciente (o quien lo representa en la demanda) tiene de que es posible mejorar la situación que envuelve su padecimiento. O al menos, que es posible obtener algún paliativo para su sufrimiento.

- b) El paciente cree, con frecuencia, que su experiencia puede contrastarse con la de otras personas. Si esto se confirma, es posible establecer criterios comparativos sobre diversos aspectos de su disfunción como la intensidad del padecimiento, las consecuencias que tiene para su vida u otros factores asociados. También suele ocurrir que algunos pacientes consideran que su problema es único, al menos, muy inusual. En cualquier caso, realizar las contrastaciones correspondientes cumple el importante papel de contar con enunciados referenciales respecto del problema presentado. Esto constituye la descripción objetiva de la disfunción.
- c) Existe la presunción de que el receptor de la consulta es un experto que posee el conocimiento adecuado y maneja con idoneidad el instrumento que puede servir para los fines que se pretenden.
- d) Los intercambios que tienen lugar entre los participantes ocurren bajo un marco cultural de normas y valores que regulan y legitiman los términos con que se habrá de desarrollar la práctica y contribuyen a evaluar la efectividad de la asistencia.

La consulta queda circunscrita, entonces, por una encrucijada entre varios parámetros de acción: las expectativas del paciente, las del admisor (eventual terapeuta), las del vínculo singular que se genera entre ambos y las del ámbito social donde transcurre dicha experiencia.

La búsqueda de ayuda en un centro de asistencia en salud mental implica la presencia de una disfunción. Es necesario considerar este concepto en un sentido amplio pues tiene alcances muy diversos. Lo más habitual es que esté asociado con vivencias de sufrimiento, discapacidad o inhabilitación. Sus manifestaciones pueden tener un cariz sintomático más o menos definido, incluyendo formas de evolución de carácter subclínico. Pero también se constata con frecuencia la presencia de personas para quienes dicha búsqueda está encuadrada en la necesidad de mejorar su desarrollo personal. El sentido del padecer y el concepto de disfuncionalidad deben ser considerados entonces como algo que trasciende el dominio de lo sintomático.

Durante muchos años las perturbaciones mentales fueron estudiadas como si se tratara de enfermedades. El modelo médico clásico se aplicaba a la exploración de los trastornos psicopatológicos como si fueran equivalentes a las afecciones padecidas por el sistema orgánico. Dicha postura sobrevive en los principios taxonómicos de muchas clasificaciones. La irrupción de la psicología y otras ciencias humanas cambió esa óptica y apareció una clínica diferente que concibe las disfunciones como fenómenos complejos que requieren un abordaje con múltiples niveles de explicación. El concepto de trastorno mental, dominante en los sistemas

de clasificación más usuales, resultó de un delicado compromiso entre distintos grupos de opinión con el fin de encontrar un punto de vista que evitara una observación sesgada del fenómeno.

Dicho concepto tiene al menos dos vertientes: una se refiere a la vivencia subjetiva del portador y otra es un término que se vincula a las condiciones objetivas con que se manifiesta cada perturbación. En un intento por lograr una síntesis equilibrada de ambos aspectos se lo describió como una disfunción perjudicial (Wakefield, 1992). Numerosas han sido las presentaciones críticas sobre la naturaleza de estos fenómenos. Particularmente agudo es y sigue siendo el debate sobre la validez de sistemas de clasificación como el DSM (Beutler y Malik, 2002). Las numerosas críticas no se restringen a la inconsistencia teórica, incluyendo denuncias sobre los réditos indebidos que persiguen (Houts, 2002). Su aporte parece limitarse al valor de una nomenclatura y a la creación de un espacio común de denotaciones y referencias. Pero como síntesis del debate en curso puede afirmarse que existe una insatisfacción general respecto de tales sistemas. Y en la práctica de la psicoterapia resulta evidente que las situaciones con las que nos enfrentamos reclaman otras perspectivas para abordar los problemas que aquejan a la gente. El núcleo de la actividad psicoterapéutica tiene poco que ver con esas entidades. Sólo los programas más delimitados se desempeñan comodidad dentro de esos márgenes. Y aún en esas situaciones donde el objetivo está enfocado en un síntoma, resulta difícil establecer criterios consistentes, para evaluar los resultados. En su despliegue más amplio, la psicoterapia requiere de otra concepción de lo disfuncional para definir sus objetivos y monitorar los eventuales beneficios de su accionar.

Los modelos clásicos en psicopatología se organizaron respondiendo a las siguientes preguntas: ¿cuál es el origen de la experiencia disfuncional?, ¿qué propiedades la caracterizan?, ¿cuál es el curso esperable que puede seguir?. La primera pregunta contiene los elementos centrales de lo que se ha denominado, en esos modelos, el orden etiológico. La segunda está conformada por los signos que hacen a la fenomenología de la disfunción y permiten completar los elementos necesarios para una primera hipótesis diagnóstica. La tercera pregunta une la diagnosis y la prognosis y sirve para completar un dictamen sobre la naturaleza del padecimiento, establecer un juicio sobre la pertinencia de iniciar un tratamiento y decidir cuál será, en ese caso, la terapéutica más apropiada.

Pensando en la psicoterapia es necesario reorganizar esas preguntas pues otras son las dimensiones de la experiencia que es necesario conocer. Como por ejemplo: a) La forma de presentación del problema y las expectativas previas, b) El modo de designar la disfunción y las hipótesis atribucionales que le dan anclaje en el sistema de creencias, y c) La disposición del paciente a cambiar y los recursos (internos y externos) disponibles para ello.

En el curso de la indagación clínica el diálogo no sigue estas preguntas como etapas sucesivas, pudiendo explorarlas de manera transversal, de acuerdo al modo

con que el paciente presente su problema y a la modalidad de trabajo empleada por el terapeuta. La exploración del por qué y del cómo ocurre la disfunción se entrelazan y las informaciones respectivas se intercambian. Señalamos a continuación las claves fundamentales del modelo psicopatológico que empleamos.

Presentación, rotulación y atribución

Todas nuestras experiencias traducen una manera de conocer el mundo que vivimos. Todas tienen sus formas, sus nombres y sus explicaciones. Nuestras experiencias disfuncionales también. Cuando un paciente se presenta, no sólo nos muestra su padecimiento y las vivencias asociadas sino que al mismo tiempo lo designa de una cierta manera y lo atribuye necesariamente a algo.

En la presentación del problema se juega mucho del destino de una relación terapéutica. Los primeros minutos de una consulta suelen contener una buena síntesis de lo que guiará el proceso ulterior. Por eso, nuestros registros otorgan un lugar destacado a lo que ocurre en los cinco minutos iniciales del primer encuentro con el paciente. Desde la perspectiva del paciente ese primer movimiento pone a prueba la cuestión de la comprensión mutua en relación con su pedido de ayuda. Un sentimiento tácito de empatía e inteligibilidad es una base segura sobre la que el paciente puede revelar luego su intimidad.

La manera en que se expone una disfunción es un elemento constitutivo muy importante de la misma y el receptor de la consulta debe prestar atención a los detalles de esa presentación. Algunos de los índices más relevantes que contiene son los que se refieren a la claridad de la auto percepción del problema, la extensión, la intensidad y los matices del malestar, los efectos negativos sobre su vida cotidiana, la urgencia con que decidió realizar la consulta y los factores contextuales que la rodean.

El conjunto de datos y la forma de exponerlos convergen en una cierta manera que el paciente tiene de nombrar su malestar. La rotulación de la disfunción realizada por el consultante es la síntesis que marca los límites psicopatológicos del diálogo terapéutico. El paciente puede tener dificultades en establecer esa denominación. Puede tener dificultades en reunir una serie de vivencias de padecimiento en torno a una determinada representación. O, por el contrario, puede nombrar con convicción el motivo de consulta.

El grado de consistencia de la rotulación y el acuerdo entre el paciente y el terapeuta brindan los primeros signos sobre las principales propiedades psicopatológicas: La modalidad de la disfunción, su nivel de cronicidad y la complejidad de la experiencia disfuncional. De allí se extraen las primeras señales para evaluar los requisitos que deberá reunir la psicoterapia.

Cuando experimentamos una perturbación no solamente la designamos de cierto modo sino que procedemos a buscarle una explicación. Los pacientes hacen eso con sus trastornos. A veces, dicha explicación está alejada de lo racional, pero

no por ello está ausente. La acción de atribuir el malestar a una causa es un intento por dominar una situación y controlar el grado de incertidumbre que provoca. En circunstancias críticas dicha explicación se torna difícil de organizar pudiendo diluirse hasta el punto de resultar inaferrable. Esto puede percibirse claramente, por ejemplo, en el caso de los acontecimientos traumáticos, donde el impacto puede ir seguido por un fenómeno de obnubilación mental que se traduce en la sensación de no poseer explicación para lo ocurrido.

También de nuestra parte, cuando escuchamos el relato de un paciente, tendemos a buscar una explicación para lo que ocurre. Un diálogo sobre atribuciones se instala en el intercambio entre paciente y terapeuta. Está dirigido a explorar el origen de la perturbación y de su resultado dependen, en buena medida, los mecanismos que anticipan el curso que puede seguir el tratamiento y las expectativas de los cambios posibles. Es necesario incluir las atribuciones a las que recurre la persona como parte del conjunto de causas que conforman la etiología de un trastorno. Que un paciente atribuya un estado depresivo a la mala suerte que tiene en la vida, a que ha sido abandonado por su amante, a que tiene algo mal en su cerebro, a la situación del país o a varias de esas cosas a la vez es un factor causal que interviene en el curso de la disfunción y condiciona la respuesta terapéutica.

Las explicaciones que las personas utilizan para dar cuenta de lo que les ocurre se vinculan con:

- Los factores determinantes. El paciente puede creer que su malestar es producto de algo genético o constitucional, que responde a una manera que él tiene de actuar o de relacionarse con los otros, que es la consecuencia de algo que otros le hacen intencionadamente o no, o a una combinación de varios factores.

- El grado de responsabilidad. El paciente puede considerarse más o menos responsable de lo que le ocurre. Atribuir un malestar a un hecho fortuito o sentirse culpable por actuar de cierta manera son modos extremos entre los que se extiende el sentimiento de responsabilidad.

- La constancia. El Paciente puede concebir su padecimiento como algo que ha sido y será estable a menos que haya una intervención del profesional. O puede temer que empeore su condición en el futuro.

Explorar estas diferentes formas de la atribución aporta los indicadores respecto del grado de resistencia a cambiar que presenta el paciente, lo que es de gran utilidad para calibrar el grado necesario de directividad de la intervención terapéutica. Hemos avanzado varios pasos, pero aún queda en pie la pregunta basal: ¿cuál es la génesis de la perturbación y qué factores contribuyen a sostenerlo en el tiempo?

Hoy en día existe consenso de que es necesario apelar a un principio de multideterminación, en sentido estricto, para responder a esas preguntas correctamente. Lo que significa asumir que ningún fenómeno disfuncional (como parte del universo de los acontecimientos humanos en general) responde a un solo factor. Los

diferentes modelos de psicoterapia convergen hoy en día en este punto, como una muestra más de la tendencia a promover la unificación de este campo. Aceptado este principio, la pregunta acerca de la génesis de los trastornos así como la que se refiere a su persistencia en el tiempo se desplaza y toma otras formulaciones. A saber: ¿cuáles son las dimensiones primordiales de ese orden multideterminado? Y ¿cómo establecer criterios de prioridad con respecto al diseño de las intervenciones?

La primera de esas preguntas se desdobra en varios niveles frente al caso clínico:

a) Tres órdenes de realidad aparecen comprometidos en la generación de cada disfunción: el biológico, el psicológico y el socio-cultural. ¿Alguno de ellos es predominante? ¿Cuál?

b) Tanto la relación del individuo consigo mismo como la relación que mantiene con los demás pueden contribuir a la formación de dicha disfunción. ¿Alguno de ellos tiene prioridad? ¿Cuál?

c) Los acontecimientos pasados que están almacenados en la memoria explícita o implícita (sobre todo en esta última) y las circunstancias que rodean la acción del individuo en la actualidad tienen peso sobre su malestar. ¿Cuál es el predominio relativo de los factores históricos y de los factores presentes?

Los enfoques terapéuticos se han ocupado de preparar modelos clínicos para responder a estos interrogantes. Algunos han alcanzado notable difusión como el de la terapia cognitiva para las reacciones de ansiedad (Clark & Wells, 1997). La explicación del proceso disfuncional como resultado de la presencia de un factor de vulnerabilidad + un episodio desencadenante + un componente de refuerzo que sostiene la actividad de un círculo vicioso constituye un esquema sencillo y que ha demostrado mucha utilidad para preparar intervenciones destinadas a brindar alivio a personas que padecen de crisis de pánico y otras formaciones sintomáticas.

Acordamos en que una persona que padece una depresión, que siente impulsos antisociales o experimenta dificultades para contraer el sueño debe contar con un organismo predispuesto a que ello ocurra. Sería imposible lo contrario. Sin embargo, la forma, el momento, la cualidad específica, el modo con que esa disposición puede actualizarse dependerá de circunstancias particulares. Y en ello deberá incluirse el peso relativo de las condiciones macro que rodean su aparición. Analizar en detalle la manera en que el proceso disfuncional se manifiesta no apunta a determinar cuál entre las dimensiones antes señaladas está presente y cuál no para una situación clínica específica. Dicha exploración pretende identificar los aspectos particulares de cada dimensión que son más útiles para volver comprensible la demanda de ayuda y, en consecuencia, para diseñar el programa de terapia.

¿Cómo establecer prioridades entre diferentes dimensiones? Todas están presentes y todas intervienen. Pero sabemos que no saturan por igual cada experiencia y que se distribuyen, en cada paciente, de manera singular. Además, sabemos que el modo en que resultan accesibles para nuestra comprensión varía de

caso en caso. Y que, por último, también varía la accesibilidad que ofrecen para nuestras intervenciones.

Buscamos explicar (explicamos) cada disfunción de acuerdo con el enfoque que nos brinde la mejor opción para favorecer el cambio en el paciente. Debemos sopesar cómo participan la dinámica interna del paciente y sus modos de vincularse con los otros. ¿Qué podemos conocer observando el problema desde cada uno de esos ángulos? ¿Cómo se relacionan y cuál puede ser la mejor perspectiva para operar un cambio?. Finalmente, también tendremos en cuenta que la historia del paciente y sus circunstancias presentes se suman para crear las condiciones que desembocan en la disfunción. ¿Qué nos ilustra cada una de esas facetas y en qué nivel de profundidad será mejor operar en cada momento?

En su presentación, el paciente nos dice que algo en él no funciona, pero también nos muestra lo que ha hecho para sostenerse a pesar de todo. Para ayudarlo, necesitamos estudiar ese delicado equilibrio.

Repasaremos las cualidades de su malestar examinando la manera en que están comprometidos los diversos niveles de su experiencia. Dos ejes servirán de guía para explorar las dimensiones de su disfuncionalidad. Uno, recorre la distancia que media entre los procesos internos y los mecanismos interpersonales. Otro, atraviesa los distintos momentos que forman su historia hasta llegar al momento de la consulta. El resultado final permitirá arribar a un diagnóstico del estilo constructivo que sostiene su disfunción como paso preliminar para la elaboración de un diseño de intervención terapéutica.

Programa de cambios

En la medida que el éxito de la psicoterapia parece indisolublemente ligado a la posibilidad de encontrar óptimas correspondencias entre pacientes y terapeutas y dado que la gran diversidad de la demanda implica una enorme variedad de objetivos y dispositivos terapéuticos, es razonable sostener que el programa de cambios que puede ofrecerse es un conjunto articulado de numerosos formatos y variantes. Cada una de ellas tendrá mayor potencia para determinadas situaciones e, inversamente, para cada condición clínica será conveniente apelar a un programa en particular.

Hoy en día reconocemos la existencia de algunos principios generales a los que se ajustan todos los programas, lo que refuerza la conveniencia de apoyarse en un enfoque unificado de la psicoterapia. Estos son los principios fundamentales: a) Alianza terapéutica, b) Empleo de registros en red, c) Variedad instrumental, d) Disponer de grupos terapéuticos, e) Operaciones adicionales como Tareas Intersesión y Evaluación sistemática del proceso.

Alianza terapéutica

Los logros de la psicoterapia dependen de la posibilidad de contar con una buena alianza de trabajo (Bachelor & Horvath, 1999). Esto se verifica desde momentos muy tempranos de la terapia, lo que otorga un carácter predictivo muy fuerte a dicho hallazgo. Todavía no sabemos mucho del modo en que afectan los procesos de cambio las fases posteriores de la alianza terapéutica. Recién estamos comenzando a explorar sus etapas intermedias y maduras y todavía estamos más lejos de conocer la manera en que influye esa variable en las fases finales de un tratamiento.

Registro en Red

El control de calidad de los procedimientos terapéuticos influye en gran medida a potenciar el éxito del tratamiento. Para ello es muy importante que el terapeuta proceda a llevar un registro lo más detallado posible del proceso y que pueda, además, contar con alguna base de datos que le permita establecer comparaciones entre el curso de un tratamiento en particular y las expectativas contenidas en dicha base.

Variedad Instrumental

La elección del diseño terapéutico será más eficiente cuanto mayor sea la cantidad de alternativas instrumentales con que el terapeuta pueda contar. El formato deberá ajustarse según una pluralidad de criterios, siendo éstos los más importantes: a) cronicidad del trastorno, urgencia de la demanda, extensión en las áreas vitales, cualidad y matices del malestar, factores evolutivos, recursos psicofísicos, red social de apoyo, disposición al cambio y expectativas frente a la terapia. El programa de cambios se ajusta a tres variables principales:

a) tipo de operaciones (centradas en la comprensión, la emoción, la conducta, la interacción o varias de ellas)

b) complejidad del dispositivo (extensión y frecuencia, cantidad de procedimientos previstos, personas involucradas en la sesión)

c) nivel de directividad de las intervenciones (según el grado de resistencia al cambio).

Operaciones adicionales

Existen procedimientos que tienen la propiedad de potenciar los beneficios terapéuticos, más allá de las condiciones específicas del diseño utilizado. Por ejemplo:

- Tareas intersesión

Siempre que sea posible, el tratamiento se verá beneficiado con el empleo de tareas a realizar por el paciente en espacio intersesión, debido a la capacidad de

potenciar la labor del terapeuta (Kazantkis, Deane & Ronan, 2000)

- Evaluación regular

Los pacientes tienden a lograr mejores rendimientos cuando son evaluados regularmente en el curso del tratamiento. Esto se cumple especialmente cuando el terapeuta puede observar esas evaluaciones y efectuar las correcciones correspondientes (Lambert, 2003).

En las últimas tres décadas la psicoterapia se ha expandido intentando dar respuesta a las demandas crecientes de asistencia producto del empeoramiento de las condiciones de vida, siendo muchas y variadas las opciones con que contamos.

Este trabajo desarrolla los alcances y limitaciones que se presentan en las propuestas del movimiento integrativo y fundamenta las bases tendientes a la unificación de la psicoterapia basándose en la demanda asistencial, los intereses de la investigación y los problemas críticos de la clínica.

La investigación enfocada sobre el paciente es el mayor esfuerzo alcanzado hasta ahora para superar la brecha existente entre los estudios de eficacia y los de efectividad. Los modelos que surgen de esta orientación no están centrados en promover un enfoque teórico ni algún menú de técnicas en particular, sino en identificar principios que ayuden a encontrar las combinaciones entre pacientes y terapeutas que permitan predecir mejor los resultados terapéuticos.

En este artículo se describe el modelo de psicoterapia que se aplica en Aiglé que comparte los principios generales de los modelos que siguen una metodología que procura mejorar los resultados del tratamiento por medio del monitoreo de las sesiones y aportando la información correspondiente a los terapeutas para guiar los pasos sucesivos de la terapia.

Palabras clave: *Psicoterapia – integración – unificación*

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado originalmente por la Revista Argentina de Clínica Psicológica XII. p.p.229-246. Agradecemos el permiso para su reproducción.

Referencias bibliográficas

- ALFORD, B.A. Y BECK, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, Guilford.
- ARKOWITZ, H. (1997). Integrative theories of therapy. En P.L.Wachtel & S.B.Messer (Eds), *Theories of psychotherapy. Origins and evolution*, (pp.227-228), Washington, American Psychological Association.
- BACHELOR, A. & HORVATH (1999). The therapeutic relationship. En M.A.Hubble. B.L.Duncan & S.D.Miller

- (Eds), *The heart and soul of change*, (pp.133178), Washington, American Psychological Association.
- BELLOCH, A. & FERNANDEZ ALVAREZ, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- BEUTLER, L.E. & MALIK, M.L. (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington, American Psychological Association.
- BRUNER, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- CLARK, D.A. & WELLS, A. (1997). Cognitive therapy for anxiety disorders. En volume 16. Dickstein, L.J., Riba, M.B. & Oldham, J.M. (Eds). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- FERNANDEZALVAREZ, H., GARCIA, F. Y SCHERB, E. (1998). The research program of Aiglé. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 343-359.
- FERNANDEZ LIRIA, A. (2000). From interpretation to commentary: truth and meaning in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 10, 325334.
- GOLDFRIED, M.R. & NEWMAN, C.F. (1992). A history of psychotherapy integration. En J.C. Norcross & M.R. Goldfried, *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books, pp.4693.
- HANNA, F.J. (2002). *Therapy with difficult clients. Using the precursors model to awaken change*. Washington: American Psychological Association.
- HILL, C.E. Y O'BRIEN, K.M. (1999). *Helping Skills. Facilitating, exploring, insight and action*. Washington: APA.
- HOUTS, A.C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. En L.E.Beutler y M.L.Malik (eds). *Rethinking the DSM. A psychological perspective* (pp. 17 68), Washington: American Psychological Association.
- KAZANTZIS, N., DEANE, F.P. & RONAN, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A metaanalysis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7, 189-202
- LAMBERT, M.J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on clientfocused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147149.
- LINEHAN, M.M. (1993). *Cognitivebehavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- NATHAN, P.E., STUART, S.P. & DOLAN, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological bulletin*, 126, 964981.
- NEIMEYER, R.A. & MAHONEY, M.J. (1995). *Constructivism and psychotherapy*, Washington: American Psychological Association.
- NORCROSS, J.C & SHAPIRO, F. (2002). Integration and EMDR. En F. Shapiro (ed), *EMDR as an integrative approach* (pp341356). Washington: American Psychological Association.
- OPAZO CASTRO, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago de Chile: ICPSI.
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L.Garfield & A.E.Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (pp311381), New York: Wiley.
- ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H & WILLTZY, U. (2003). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: continuity and change. En M.J.Lambert, Bergin andGargield's. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, (pp.307390), New York: Wiley.
- PROCHASKA, J.O. Y NORCROSS, J.C. (2003). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Thomson.
- RYLE, A. (1990). *Cognitive analytic therapy: Active participation in change*. Chichester: Wiley.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25
- VILLEGAS, M. (1995). Eclettismo o integrazione: Questioni epistemologiche. En Lombardo & Malagoli Togliatti. *Epistemologia in Psicologia Clinica*. (31-68). Torino: Bollati Boringhieri
- WAKEFIELD, J.C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- WHO (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New understanding, new hope*. Genève: WHO.