

1993

Una Concepción Integradora de la Psicoterapia:

"Más allá del Dogmatismo de la Escuela".
Publicación en Psiquis, Marzo 1993

Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.
Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.
Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad
Miembro de: Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas,
Asociación Española de Psicodrama,
Secretario de la Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia.
Fellow of the Cognitive Analytic Therapy Training Programa. Guy's
Hospital. Munro Clinic. London



RESUMEN:

Presento en este trabajo una concepción integradora de la Psicoterapia. Después de definir el modelo, ubicaré este abordaje terapéutico desde una perspectiva histórica, haré una descripción de cuales son los posicionamientos epistemológicos que sustentan este enfoque, así como ciertas reflexiones teóricas en torno a este modelo Psicoterapéutico en creciente desarrollo a nivel Mundial, continuaré con la exposición de ciertos aspectos técnicos, terminando con unos comentarios finales a modo de conclusión.

ABSTRACT:

I present in this work, an integrative conception of the psychotherapy. After defining the model, I'll situate this approach under a historical point of view, describing which are the epistemological support. I also present some theoretical reflexions about this model, which is growing around the world; I'll continue with the exposition of some technical aspects, and I'll end with some final comments as a conclusion.



1.-INTRODUCCION:

Los modelos integradores de psicoterapia son las psicoterapias de los próximos años (Beitman,B 1989). No pretendo en este trabajo realizar una revisión de los diferentes modelos existentes dentro de este área, esto será objeto de otro trabajo posterior. Quiero realizar una descripción general de algunas características fundamentales, de la línea que hoy en día cuenta con más adeptos dentro del mundo de la Psicoterapia (Niemeyer,R 1992).

Antes de continuar, va ser útil definir previamente los términos de eclecticismo y de integración. Nuestro diccionario de la lengua define integración: como acción y efecto de integrar, y a este último término se refiere como: 1.- formar las partes de un todo. 2.- completar un todo con las partes que faltaban. A su vez, nuestro diccionario define el eclecticismo: como: 1.- la escuela filosófica que procura conciliar las doctrinas que parecen mejores o más verosímiles aunque procedan de diversos sistemas 2.- Modo de juzgar u obrar que adopta un temperamento intermedio, en vez de seguir soluciones externas o bien definidas.

Se define también el eclecticismo como método o práctica de seleccionar lo que parece mejor de varios sistemas; otros lo definen como: el proceso de seleccionar conceptos, métodos y estrategias de una variedad de teorías actuales que son operantes. Podría definir pues, los modelos integradores de psicoterapia, como aquellos que: intentan sintetizar elementos teóricos de distintas escuelas, objetivos terapéuticos y que hacen lo mismo con respecto a las estrategias y técnicas a utilizar.

A lo largo de este artículo iremos viendo con más detalle todo esto. Pero lo que me parece importante dejar claro no es la definición en sí, sino que lo realmente importante es que detrás de ella tiene que haber por parte del terapeuta una actitud integradora, en la que le sea posible moverse con fluidez y asumir las verdades parciales de un enfoque u otro. Esta es la actitud fundamental que permite desarrollar una práctica psicoterapéutica integradora y que muchos profesionales adoptan hoy. Se están sustituyendo las fidelidades y compromisos a ultranza con escuelas e ideologías,....., con el correspondiente desarrollo de métodos eclécticos y técnicas pragmáticas (González Rivera,J,L. 1990).

Desde el punto de vista histórico, podríamos decir que el propio Freud fue uno de los pioneros dentro de los intentos de integración. Su ensayo sobre una Psicología para Neurólogos, fue un primer intento frustrado de integrar universos discursivos aparentemente muy distantes.

Desde entonces, los intentos de integración han sido muchos; los interesados por la historia del movimiento integrador pueden consultar (Garfield,S,L. 1980; Norcross,J.C.1986,1992). Uno de los primeros intentos fue el Dollard,J. y Miller,N.E (1977), quienes intentaron sintetizar la



teoría del aprendizaje y los postulados Psicoanalíticos. Pero, desde un punto de vista más práctico, el primero que desarrolló un modelo específico desde el punto de vista terapéutico fue Arnold Lazarus (1969), con su abordaje de Psicoterapia Multimodal. Posteriormente, van apareciendo otros intentos de integración como los de: Wachtel,P (1977), Garfield,S.L (1980), Frances,A et al (1984), Norcross,J.C (1986, 1987, 1992), Beitman,B (1987) y Beutler,L.E (1983,1990), que entre otros son los fundadores de este movimiento Psicoterapéutico. Este, a juicio de Beitman,B (1987), tiene su nacimiento en Annapolis, Maryland, EEUU, donde el 7-8 de Junio de 1985, se celebra el primer congreso de la S.E.P.I., Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia Integradora, aunque realmente la S.E.P.I., se formó en 1983.

Esta línea está siendo seguida por multitud de psicoterapeutas en Estados Unidos, hasta el punto de que entre el 30 y el 50% de los Psicoterapeutas Americanos se definen así mismos como Psicoterapeutas Integradores y/o eclécticos (Norcross,J.C 1986). Cabe señalar también que el 80% de los Psicoterapeutas que se definen a sí mismo como Integradores o Eclécticos provienen originariamente de una formación Psicoanalítica (Beitman,B 1989). Aunque a nivel Nacional no existe, que yo sepa, un estudio de las características de los citados, en el que se analice la orientación predominante de los Psicoterapeutas, me consta que esta opción cada vez cuenta con más adeptos, entre los que podemos encontrar a Villegas, M. (1990 a,b,1992); Feixas, G. (1990 a,b,1991); González de Rivera, J,L. (1990,1992); Mirapeix, C. (1989 a,1990,1991 a,b,1992 a,b); Población, P. (1991), entre otros que seguro me dejó en el tintero.

Como vemos, este camino lo están siguiendo muchos Psicoterapeutas pero, ¿por qué a lo largo de la práctica Psicoterapéutica, se llega a una praxis Integradora?. Beitman,B (1989), especifica que: la toma de conciencia de que ninguna teoría es absolutamente válida, la desilusión con los sistemas individuales, la proliferación de terapias, la inadecuación de teorías simples o singulares, la igualdad de la evolución entre las distintas terapias, la búsqueda de componentes comunes, el énfasis en las características del paciente y en la relación terapéutica, las contingencias socio-políticas hace que los terapeutas terminen inclinándose por los modelos integradores de Psicoterapia.

Esta toma de conciencia de las limitaciones de los enfoques individuales es la que provoca que muchos terapeutas terminen en el terreno de la Psicoterapia Integradora. 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 (González Rivera,J,L 1990). Además de los motivos anteriores, los clínicos, y especialmente los Psiquiatras, estamos habituados a trabajar simultáneamente con distintas herramientas terapéuticas: psicofarmacología, psicoterapias grupales, socioterapias, psicoterapias individuales, todas ellas de manera simultánea y/o



secuencial, bien por el mismo, o por distintos terapeutas. Lo que tratamos de hacer con este enfoque integrador es desarrollar un marco teórico que abarque todo esto.

Ahora bien no todos los motivos son de esa índole, hay otros muchos a los que preste atención en trabajos anteriores (Mirapeix,C 1992 c), y quisiera resaltar aquí uno de ellos, las posibilidades internas del individuo, su estructura de personalidad, sus capacidades y limitaciones, van a condicionar la elección que haga de modelo Psicoterapéutico, de tal forma que podríamos afirmar que, cada uno hace la Psicoterapia que su personalidad le permite hacer.

¿Por qué precisamente en este momento histórico se desarrollan a nivel mundial desarrollos concernientes a la Integración teórica en Psicoterapia?. Como señala Karasu,T.B (1979), los paradigmas Psicoterapéuticos no sólo corresponden a la proyección de determinados modelos de estructuras psicológicas, sino que también los modelos de psicoterapia tienen mucho que ver con el contexto histórico en el que se desarrollan. Si analizamos la evolución histórica de los distintos conceptos etiológicos sobre el enfermar mental, iremos desde el animismo, al pensamiento mágico religioso, al modelo médico orgánico y a los modelos psicologicistas. Cada uno de ellos se desarrolla en un momento histórico concreto. Es el saber y la cultura de ese momento histórico, lo que permite desarrollar una conceptualización acorde con el entorno cultural de ese momento, "pienso y sé, lo que en este momento histórico puedo pensar y saber", y quizás sean las postrimerías del siglo XX un momento adecuado para plantear la necesidad de la integración de los conocimientos existentes. Más nos valdría, como señala Goodman,A (1991) gastar energías en procurar articulaciones útiles y no en rivalidades estériles.

La integración, por lo que llevamos visto hasta ahora, es un camino que está siendo transitado por muchos, y además, parece que hay distintos motivos que llevan a ella. Pero tiene también sus críticas, y me gustaría mencionar algunas: su única originalidad es amalgamar, superficializa el conocimiento, es un imposible pues los paradigmas que intenta sintetizar son incompatibles. La especialización profundiza más en temas concretos, produce antagonismos creativos y no paraliza nuevas dialécticas. Como integradores, sintetizamos, absorbemos e introyectamos, conocimientos que otros campos y otras escuelas nos aportan. No sería posible la integración sino hubiese un conocimiento más profundo desarrollado por modelos superespecializados. El modelo de integración que planteo no pretende ser más que otros, sino absorber lo útil proveniente de campos más especializados, me extenderé en esto un poco más adelante. Las críticas son severas pero, como no, asumibles e integrables.

El campo de los modelos integradores de psicoterapia es un campo abierto y muy joven, está en pleno desarrollo y quedan cantidad de preguntas por responder. ¿En qué pacientes está indicado un abordaje integrador?, ¿cuándo y cómo realizarlo?, ¿cómo seleccionar qué técnicas son



las más adecuadas en un momento concreto?, ¿en qué orden aplicarlas?, ¿las debe de aplicar el mismo o diferente terapeuta?, ¿de qué forma poder integrar en este mismo sentido la psicoterapia, tanto familiar como grupal?, ¿cómo poder evaluar los resultados? y, en particular, ¿cómo discriminar cual de las técnicas utilizadas ha sido la de mayor ayuda?, ¿se podría estructurar un sistema psicoterapéutico integrador repetible y transmisible?. En definitiva, se trata de poder responder al cuestionamiento que hacia Lazarus,A (1981), ¿qué funciona, con quién y bajo qué circunstancias particulares?. Supongo que hay otras tantas preguntas que no se me ocurren ahora, pero que sin lugar a dudas el contestarlas a todas ellas constituiría todo un tratado de psicoterapia integradora. En este trabajo intentaré contestar a algunos de estos interrogantes, pero estoy seguro que se abrirán otros.

2.-REFLEXIONES EPISTEMOLOGICAS:

Uno de los problemas que se plantean con respecto a los modelos integradores en Psicoterapia es si estos se sustentan en un nuevo paradigma en el sentido de Kuhn,T.S (1977) o si de lo que se trata es de unas Psicoterapias acumulativas. Los criterios que definen un paradigma según Kuhn son, 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 ese momento y que a través de un giro y una nueva hipótesis promueve la creación de un nuevo paradigma y de una nueva ciencia. Dentro de los diferentes modelos existentes, en el campo de la Psicoterapia integradora, no todos se sustentan en los mismos supuestos epistemológicos. Este es un tema a debate dentro del campo de la Psicoterapia Integradora, hay autores como Villegas,M (1990 a), y Feixas,G (1990 a,b,1991), que plantean que la epistemología constructivista es el marco idóneo de referencia para poder articular los conocimientos actuales dentro del mundo de la Psicoterapia. Mi posición es otra y la expondré un poco mas adelante en este trabajo.

Me va a ser útil para explicitar mi posición detenerme en algunos aspectos. Sintetizando escuetamente la historia del pensamiento humano, este pasa desde un pensamiento mágico-religioso, a un pensamiento racional, a un pensamiento de causalidades lineales influidos por la mecánica y por la física clásica y posteriormente nos vamos a toda una serie de descubrimientos actuales relacionados con la Física del S.XX; el principio de indeterminación de Heisenberg, la teoría de la relatividad de Einstein, la termodinámica de los procesos inestables de Piryogine, todo lo que sería la epistemología postpopperiana. En definitiva, lo que está desarrollándose es un pensamiento complejo, en el que la relatividad conceptual, la circularidad causal, 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 ha desaparecido. Hoy las cosas se han complejificado y, en este sentido, los modelos integradores de Psicoterapia, y casi todas las demás Psicoterapias; creo que tienen una fundamentación epistemológica dentro del campo de la ciencia actual, de los procesos complejos, indeterminados e inestables. Esto va a permitir comprender mejor cuál es la posición de esta concepción de la Psicoterapia y de qué manera todos estos elementos que he señalado pueden contribuir a comprender mejor cuál es la posición del Psicoterapeuta Integrador.

Desde el punto de vista integrador se concibe al ser humano como un ser total en el que toda su conducta, pensamientos, sentimientos, estado de salud física, está interrelacionada. Las diferencias que se establecen entre los distintos subsistemas en primer lugar han sido promovidas por la necesidad de parcelar el conocimiento y poder investigar en él. La dicotomía que se ha planteado clásicamente entre lo físico y lo psíquico es lingüística y conceptual, puesto que lo físico y lo psíquico son inherentes a la naturaleza y las escotomizaciones que realizamos son fruto de nuestras necesidades metodológicas (Goodman, A 1991).

En definitiva, lo que propongo es un modelo de Psicoterapia que sepa moverse en lo complejo, en lo inestable, en lo multideterminado, en lo relativo, que sepa tomar en cuenta las circularidades causales, y en definitiva que sepa moverse no solo entre diferentes modelos conceptuales y técnicos, sino que no le suponga problema el utilizar modelos que aparentemente son dispares, en la medida que se sustentan en paradigmas antagónicos. No considero necesaria la asunción de un nuevo paradigma constructivista como la clave de la Integración como plantean Feixas y Villegas entre otros, ni considero necesaria la obligatoriedad de la síntesis metateórica que plantea Neimeyer, R. Lo auténticamente integrador es el ser capaces de moverse con flexibilidad entre paradigmas distantes, no antagónicos, pues a mi juicio, todos son complementarios, en la medida de que aportan su parte de verdad. Adherirse dogmáticamente a un nuevo paradigma explicativo, volvería a ser una reedición rigidificadora de los modelos de Psicoterapia Integradora

En esta línea argumental la Psicoterapia está en una encrucijada epistemológica, a medio camino entre arte y ciencia (Paniagua, C 1987; Mirapeix, C 1989, b). De la ciencia vamos a obtener el rigor y el método; del arte la intuición y la creatividad. Hay un concepto que resulta fundamental en esta complejidad, es el de refracción subjetiva de la técnica (Thoma, H et al 1989). Plantean los autores, que dada la sobrecarga de datos tanto técnicos como clínicos, hay tal número de parámetros, que no queda más remedio que a la hora de tomar decisiones acerca de qué técnicas utilizar, asumir que hay un fenómeno de refracción subjetiva de la misma. De tal forma que nunca va a ser posible aplicar un método estandarizado, fiable y absolutamente repetible puesto que, como bien es sabido cada situación clínica es totalmente irrepetible y el momento



psicoterapéutico, requiere de la intuición y creatividad del terapeuta. Los límites a esta creatividad vienen dados por el rigor y los conocimientos reconocidos como validos en un momento concreto.

3.-APORTACIONES TEÓRICAS:

Dentro del movimiento de Psicoterapia Integradora y/o Ecléctica, hay también notables diferencias, no es un enfoque homogéneo, sino que dentro de él hay distintas orientaciones. Muchas de ellas han sido descritas por otros autores Niemeyer, R (1992), y ampliamente por Norcross, J (1986). Así mismo dentro del propio movimiento integrador hay aspectos teóricos que son de discusión común en múltiples trabajos, revisados extensamente en nuestro país en un trabajo clarificador de Villegas, M (1990). En el presente trabajo plantearé los puntos de debate más comunes en el plano de la teoría de las psicoterapias integradoras y/o eclécticas. Actualmente y como de forma resumida señaló Arkowitz, H (1989), hay tres direcciones fundamentales de investigación dentro de este área:

- 1.- Factores comunes a todas las Psicoterapias.
- 2.- Eclecticismo Técnico.
- 3.- Integración Teórica.

El interés por los factores operantes que fuesen comunes a todas las psicoterapias, surge a raíz de los estudios comparativos entre distintos modelos psicoterapéuticos, encontrándose que apenas hay diferencias entre unos y otros modelos de psicoterapia en lo referente a la efectividad terapéutica (Luborsky, L et al 1975). Aunque estudios posteriores han venido a introducir matizaciones en esta afirmación (Beutler, L 1992), en su momento, el planteamiento de la igualdad en la efectividad clínica promovió que se desarrollase este área de investigación, la de los factores comunes en Psicoterapia. Esta fue desarrollada ampliamente por Frank, J (1988), quien describe una serie de elementos activos comunes a todas las Psicoterapias: una relación de confianza con una persona que ayuda, un ambiente de cura, un esquema racional (mito) que da explicación plausible a los problemas del paciente, y un encuadre o ritual. La utilidad de este análisis es la de clarificar estos elementos comunes para poder utilizarlos de manera consciente como elementos terapéuticos sea cual sea la Psicoterapia que se vaya a llevar a cabo.

El tema del Eclecticismo Técnico y de la Integración Teórica, es un asunto que provoca agrios debates dentro de este campo, fue objeto de debate en el Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy (J.I.E.P.) en 1989. Posteriormente otros dos representantes de estos dos polos, polemizaron en un artículo que está traducido al Castellano (Lazarus, A y Messer, S 1992 b).



El debate se centra sobre si de lo que se trata y es posible desarrollar, es un armazón teórico acerca de la causación y etiopatogenia de las enfermedades mentales y por ende de la Psicoterapia. De tal forma que ese armazón teórico permita comprender mejor globalmente el enfermar mental y las distintas estrategias terapéuticas para tratarlo. La otra perspectiva es la visión ecléctica, en la que el cuestionamiento es mucho más modesto y de lo que se trata es de articular distintos elementos técnicos que permitan desarrollar una psicoterapia efectiva sin preocuparse de si hay un desarrollo teórico o no, incluso algunos psicoterapeutas de orientación ecléctica hablan de la imposibilidad de desarrollar una teoría integradora de la Psicopatología por lo imposible de casar elementos conceptuales de escuelas tan distantes (Beutler, L.E. 1989; Lazarus, A 1992 a), refiriéndose incluso a este intento, como el sueño imposible.

A mi juicio y basándome en las aportaciones de Hermann, S (1989), creo que no se discriminan adecuadamente los dos niveles epistemológicos implicados en la discusión. La integración a nivel Teórico, debe de regirse por criterios de verdad en el plano de la etiopatogenia, mientras que el eclecticismo técnico debe de regirse por criterios de utilidad en el terreno de la praxis. Es por esto que no creo que haya que plantear un antagonismo entre ambas conceptualizaciones, el nivel de análisis es distinto y complementario.

Tengo que especificar que mi posición se acerca más a la de los Integradores, cualquier tipo de praxis psicoterapéutica requiere un referente teórico que le dé un sentido. Y la flexibilidad de la que vengo hablando, la no asunción de modelos rígidos y cerrados desde el punto de vista epistemológico y conceptual, no quita para que sea necesario el desarrollo de un referente teórico que balice nuestra praxis psicoterapéutica. Los desarrollos que vengo realizando Mirapeix, C (1992 b), están en la línea de Soldz, S (1988) y de Ryle, A (1991), en la que la teorización que sustenta nuestra praxis Psicoterapéutica es un intento de síntesis de la teoría Psicoanalítica de las relaciones objetales y los desarrollos de la Psicoterapia constructivista actual, incorporando en mi caso elementos técnicos tomados del Psicodrama (Mirapeix, C 1992 a) en línea con los planteamientos más actuales de Joyce Moniz, L (1992) y de Mahoney, M (1991). Pero éste es un artículo en el que pretendo presentar una visión general de los modelos generales de Psicoterapia, y no voy a entrar en los detalles de mis desarrollos teóricos y técnicos, habrá tiempo para eso.

Hay otras reflexiones generales que quiero plantear, fue Albert Einstein quien dijo que la teoría precede a la observación, y en este sentido el paradigma de referencia en el que nos posicionemos va a condicionar lo observado, de tal forma que esto sesgará lo que se encuentra. Un Psicoanalista prestará atención a los sueños, a los errores, a las manifestaciones transferenciales, a los síntomas como expresión de la pulsión y de la defensa...es decir a los mensajes que envía el Icc. Por otro lado, un Cognitivista presta atención al modelo cognitivo predominante del sujeto, a los automatismos de pensamiento, a las asunciones básicas, a las



expectativas de rol... Un Conductista presta más atención a la conducta observable y al contexto estimular que la condiciona, a los patrones de refuerzo identificables... Un Biologicista prestará atención al diagnóstico sintomático, sindrómico y nosológico, enfocándolo desde una perspectiva Médico biológica..... Un Sociogenético prestará atención a la situación familiar, social, laboral del paciente..... Como vemos el paradigma de referencia va a condicionar el nivel de observación, y en consecuencia los datos que se obtengan.

Pero las divergencias entre modelos son bastante más profundas, no sólo tienen que ver con el nivel de observación y los datos que se obtengan. Van más allá, cada una de las escuelas, en función de su propio paradigma, considera que el problema a resolver es un problema 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. Esto, a su vez gravita en la elaboración de técnicas para su resolución, es decir, a su vez tanto la teoría como los objetivos, van a condicionar las técnicas empleadas. Se podría decir que detrás de cada modelo psicoterapéutico hay una concepción sobre lo que es el ser humano. Y como no, esto también es aplicable a estos modelos, de tal forma que la visión antropológica del ser humano que se sustenta, es la de tener ante nosotros a un ser complejo, que para comprenderle no queda más remedio que recurrir a distintos enfoques que han dado luz sobre la comprensión de la complejidad de la conducta humana.

Desde el punto de vista Integrador que defiendo, resulta imposible plantearse el desarrollo del ser Humano desde una visión escotomizada, por lo que para comprender la conducta humana cabalmente, hay que prestar atención a los datos aportados por distintos modelos. Habrá que tomar en consideración aquellos aspectos que ayuden a comprender con más amplitud el comportamiento del ser Humano, desarrollando un enfoque multidimensional que intente articular esos distintos niveles de descripción de la conducta Humana (González Rivera J,L 1990). Tomar en consideración todos estos puntos de vista nos va a permitir reconstruir más adecuadamente lo complejo del comportamiento Humano (Kriz,J 1990).

El modelo que propongo no le cae lejos a la mayor parte de los Psiquiatras que hacemos clínica de forma cotidiana, la mayor parte de nosotros asumimos el modelo Biopsicosocial descrito por Engel,G (1977). Este modelo propone una visión integradora de la patología tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales. El planteamiento integrador que vengo sustentando va un paso más allá del modelo biopsicosocial. Este propone una integración intersistema en el que se toma en consideración los componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales del enfermar. Desde el punto de vista integrador voy un poco más allá, ya que no sólo se trata de favorecer una integración entre los distintos subsistemas que condicionan el enfermar, sino que planteo una integración intrasistema -concretamente me refiero al aspecto Psicológico- no



sólo tomo el componente Psicológico como una parte dentro de un contexto global, biológico y social. Dentro de lo Psicológico voy a tomar en cuenta aquellos componentes Conductuales, Cognitivos y Psicodinámicos que están en juego en el enfermar. En ese sentido, desde el punto de vista de la Psicoterapia Integradora que planteo, habría una doble integración, intersistema e intrasistema. Siguiendo los planteamientos de Arkowitz,H (1989), hay que ser modestos con respecto a la integración intrasistema, no se trata de integrar teorías de forma global sino de identificar aquellas pequeñas partes de cada una de las teorías que puedan ser integrables y que enriquezcan un modelo desarrollando ese Maximodelo que Beck,A,T (1988) proponía, como un modelo más abarcador y de mayor potencia explicativa. Uno de los retos dentro de este modelo integrador intrasistema es el intentar encontrar lenguajes comunes que faciliten la integración (Andrews,J.D. 1989; Mirapeix,C 1993). Actualmente se están produciendo acercamientos progresivos desde los distintos modelos conceptuales, llegando a elementos comunes desde el punto de vista teórico (Colby,K.M et Al 1988; Erdelyi,M,H 1988; Soldz,S 1988; Horowitz,M 1987; Mirapeix,C 1992 b; Ryle,A 1991). Este camino permitirá sin duda en un futuro próximo, llegar a desarrollos teóricos mas sofisticados, donde cada vez sean mas claras las articulaciones en el nivel metateórico (Niemeyer,R 1992).

En definitiva lo que propongo desde el punto de vista teórico en este movimiento integrador, es el desarrollo de una interacción dinámica multidireccional entre los distintos enfoques, de tal forma que nos permita utilizar datos provenientes de distintas teorías. Esto a mi juicio requiere una nueva actitud integradora por parte del terapeuta, una nueva actitud que yo describo como de maleabilidad Cognitivo-afectiva, que permite moverse al terapeuta con cierta soltura entre distintos marcos conceptuales, utilizando elementos teóricos y técnicos provenientes de distintas escuelas sin que eso suponga un problema para él.

Pero voy a complicar un poco más las cosas. El problema que se plantea es, ¿qué es lo que vamos a integrar?. Parece que queda claro que desde el punto de vista integrador, vamos a utilizar distintos elementos procedentes de marcos conceptuales diferentes, la cuestión ahora es, ¿qué elementos vamos a coger, de qué marco y en qué momento?. Carrobes,J,A (1990) plantea que sólo hay que integrar lo científicamente demostrable, pero este autor cae en una flagrante contradicción unas líneas más abajo. Plantea que lo científico parcela el conocimiento y que habitualmente las exigencias metodológicas, hacen que lo que resulta demostrable desde el punto de vista científico, sea poco trascendente desde el punto de vista clínico, a lo que me sumo junto a otros autores (Beutler,L 1990; Goldfried,M 1992). Por lo que cabría terminar concluyendo que, para que la integración sea efectiva hay que echar unas buenas dosis de creatividad y la selección de lo integrable depende más del integrador que de criterios objetivos de integración. Parece pues, que el pretender utilizar exclusivamente criterios objetivos para determinar lo integrable no es posible



(recuerde el lector el planteamiento que hacía de la refracción subjetiva de la técnica). A mi juicio, lo integrable va a depender de varios factores: 1º de los conocimientos reconocidos como válidos científicamente. 2º de nuestra intuición y ojo clínico. 3º de nuestras capacidades integradoras, 4º de las capacidades de integración del paciente y 5º de las posibilidades que el contexto asistencial nos dé. Todo esto deja claro la posición relativística en que nos encontramos, y retomando el concepto de refracción subjetiva de la técnica que apuntaba en el apartado de Epistemología, tenemos que asumir que lo que vayamos a decidir integrar va a depender en parte de criterios objetivables "científicos" pero por otro lado va a ser nuestra intuición y creatividad la que en algunos momentos decidan qué elementos teóricos hay que integrar, cuáles son los objetivos más adecuados para un paciente concreto o cuál es la mezcla más coherente de estrategias y técnicas a utilizar.

4.-ASPECTOS TÉCNICOS:

Paso a realizar una visión general de ciertos aspectos técnicos presentes en estos modelos de Psicoterapia Integradora que vengo planteando. Pero en este caso voy a introducir algunas reflexiones y comentarios que tienen relación con el modelo de Psicoterapia Integradora Analítico Cognitiva que yo practico. Los interesados en profundizar en este área técnica, tienen para ello excelentes monografías como las de Beutler, L.E (1983,1990), Beitman, B (1987), Norcross, J.C (1986,1987,1992), Frances, A (1984), Ryle, A (1991). En otros trabajos míos hay descripciones más detalladas de ciertos aspectos técnicos, junto a descripciones de varios casos clínicos (Mirapeix, C. 1990,1991,a,b;1992,a,b) y tengo otros actualmente en preparación.

A este planteamiento Integrador de la Psicoterapia que describo, podría añadirse un apellido, que sería el de Psicodinámica, similar al planteamiento que hacia Wachtel, P (1988). Esto lo planteo así por el siguiente motivo. Lo Psicodinámico es el hilo conductor que permite, no sólo, leer los conflictos intrapsíquicos del sujeto; sino también y fundamentalmente en estos modelos integradores, nos permite valorar: la fase, el momento de evolución de la Psicoterapia, y la adecuación o no de utilizar otras técnicas, el momento de hacerlo, la significación que éstas técnicas van a tener para el paciente individual, el grupo o la familia, la repercusión de éstas en el proceso terapéutico, en la relación trasfereencial, la ayuda o la interferencia de la contratrasferencia en la determinación del momento de utilizar otras técnicas, y otros muchos aspectos que puedan ponerse en juego en un tratamiento de terapias multinivel y politécnicas. Se podría generalizar y decir que la base psicodinámica va a ser fundamental para analizar pormenorizadamente cada uno de los pasos que se vayan realizando (Mirapeix, C 1991).



En estos modelos, el terapeuta es más activo en la evaluación, en la determinación de los objetivos y en la introducción de determinado tipo de estrategias técnicas que le van hacer al terapeuta salir de la posición pasiva y especular aconsejada clásicamente desde la técnica psicoanalítica. Es por esto que el modelo de Psicoterapia que practico se acerca a los modelos de Psicoterapia breve, no sólo por la actitud del terapeuta, sino por la duración, la selección de objetivos...etc, siguiendo y desarrollando el modelo de Psicoterapia cognitivo analítica descrito por Ryle,A (1991), aunque en mi caso, lo analítico lo pongo delante.

Aunque las estrategias y técnicas utilizadas en cada uno de los modelos de Psicoterapia integradora y ecléctica son diferentes, voy a presentar un breve resumen de una serie de pasos que suelen ser comunes, con vistas a una planificación general de la Psicoterapia:

4.1.-Evaluación Multidimensional

Los múltiples niveles de análisis de los que vengo hablando, exigen un modelo de evaluación multidimensional. Esto exige una aproximación multinivel, para la que hay que realizar múltiples preguntas dirigidas a obtener datos de cada uno de los niveles (Halgin,R.P 1989; Fiorini,H.J 1984). En la línea de esta evaluación multidimensional tenemos que evaluar distintos niveles, algunos de los cuales señalo: un diagnóstico psicopatológico, el estado de salud físico, cuales son los conflictos inconscientes predominantes, cuál es el patrón cognitivo, cuales son las situaciones reforzantes de la conducta del individuo, cuales son los jalones significativos en su historia personal, cuál es su estructura familiar y qué lugar ocupa en ella, cuál es su situación grupal tanto desde el punto de vista social como laboral y por último cuál es la relación transferencial que mantiene el paciente con nosotros, así como qué tipo de reacción contratransferencial provoca en nosotros el paciente.

En la medida que se detectan distintos sistemas disfuncionantes, intentaremos intervenir en ellos, pues en cuantos más subsistemas intervengamos más efectiva va a ser nuestra tarea (Kriz,J 1990). En esta línea, entiendo que todo tipo de conducta está interrelacionada con las demás, de tal forma que independientemente del nivel de análisis y de intervención, se van a provocar modificaciones en otros niveles. En caso de que la terapia sea única y mononivel, las modificaciones en los otros niveles van a ser secundarias, indirectas; mientras que en el planteamiento integrador vamos a intentar provocar de manera activa modificaciones en los distintos subsistemas para que la efectividad intente ser mayor.



Las estrategias específicas de evaluación, modelo específico de historia, cuestionarios estructurados de evaluación, escalas,... todo ello requeriría de una exposición detallada, y esta no es la ocasión.

4.2.-Trasmisión del modelo al paciente

Comentaba antes que la teoría precede y sesga la observación. En este sentido la teoría que el paciente trae sobre su enfermedad, le hace estar atento a determinados elementos que él considera como causales de su padecimiento. Nuestra tarea en primer lugar consiste en averiguar cual es el modelo conceptual que el paciente trae sobre su propia enfermedad; posteriormente a esto mostraremos al paciente, en una línea muy psicopedagógica, nuestra propia conceptualización acerca de su enfermedad para ayudarle a que él preste atención a otros elementos, que a nuestro juicio, están relacionados con la causación y el mantenimiento de su enfermedad. Esto iría en la línea de lo que Joyce Moniz,L (1988) defendía, cuando hablaba de su modelo de psicoterapia epistemológica.

4.3.-Selección de objetivos

Con respecto a la selección de los objetivos me gustaría hacer algunas matizaciones. Cada modalidad terapéutica tiene sus propios objetivos, todos parecen querer curar al paciente. De tal forma que en función de donde yo -mi paradigma- considere que está la causa del mal, los esfuerzos terapéuticos irán dirigidos en esa dirección. Desde la perspectiva integradora, son varios los elementos que están en juego en el enfermar psíquico, desde ahí, resulta lógico que los diagnósticos sean múltiples, que las intervenciones terapéuticas sean multinivel, lo que hace que los objetivos sean también múltiples. Pero deberemos priorizar qué alteraciones consideramos más importantes desde el punto de vista etiopatogénico en un momento determinado, ya que, como señala González Rivera,J,L (1990), la modalidad terapéutica principal a aplicar es aquella que contrarresta mas eficazmente las alteraciones etiopatogénicas en el nivel que se desarrollan.

4.4.-Planificación estratégica

Me refiero aquí a lo que Frances,A et al (1984) denominan tratamientos diferenciales o a lo que Beutler,L.E et al (1990), plantean con su selección sistemática del tratamiento. En este sentido y en este momento de la terapia, tendremos que determinar cual es el formato más adecuado para el tratamiento del paciente concreto que nos viene a la consulta, éste podrá ser



grupal, familiar, individual, o bien combinados. Habrá que evaluar también, la duración prevista del tratamiento, y la frecuencia en número de sesiones del mismo.

4.5.-Selección técnica

En la selección técnica lo que está en debate es, ¿qué distintas técnicas hay que utilizar en determinados momentos?, ¿cómo seleccionarlas?, ¿cómo aplicarlas?... Para ello hoy en día la mayor parte de los autores se muestran de acuerdo en dividir a la psicoterapia en diferentes fases, de tal forma que las técnicas a utilizar van a depender de la fase en que estemos (Beitman,B 1987). Estas fases tienen que ver con el comienzo y el desarrollo de la relación; la búsqueda de modelos y patrones del paciente; la fase de cambio; y la fase de terminación; cada una de ellas tiene sus características propias y en cada una se utilizan técnicas concretas; descripciones de las mismas también han sido desarrolladas en nuestro país por González Rivera,J,L (1992). Pero a pesar de que se intenta estructurar la selección de la técnica a aplicar, desarrollando incluso menús de selección (Beutler,L 1990), quedan muchas lagunas.

En términos generales se podría decir que las técnicas que se utilicen, deben de promover aperturas, deben de favorecer que otras técnicas que se vayan a utilizar posteriormente se vean facilitadas; que se produzcan aperturas de los subsistemas y no cierres de los mismos (Fiorini,H.J 1984).

Pero hay varios problemas sin resolver. Primero no hay una demostración clara de que determinado tipo de estrategias y de técnicas, sean contundentemente superiores a otras y por tanto la selección tiene todavía una dosis importante de subjetividad. Por lo tanto si aún no están suficientemente investigadas las técnicas individuales, mucho menos lo estarán la asociación de varias. Así que el debate de la secuenciación no deja de ser un debate abierto, y todo lo que se diga ahora sobre él, no son más que aproximaciones, más o menos acertadas, a un problema de una necesaria investigación futura. En segundo lugar se plantea el problema no solo de la secuenciación, sino de la simultaneidad de utilización de técnicas. Y por último si estás, deben de ser aplicadas por un solo terapeuta o por varios, y qué repercusiones tiene la diversidad de terapeutas en la terapia, resultado, y vínculos transferenciales..... todo un mundo por explorar.

4.6.-Trabajo Psicoterapéutico

Esta es una de las áreas sobre la que me parece más importante reflexionar, y lo haré con un poco más de extensión. De lo que vengo planteando hasta ahora, es fácil deducir que la actitud



del terapeuta ha de ser una actitud que salga de la pasividad aconsejada en las terapias psicoanalíticas clásicas, este nuevo tipo de tratamiento requiere de terapeutas más activos (Ryle,A 1991), terapeutas que tengan unas características personales determinadas en las que la flexibilidad es algo fundamental.

Aunque mi formación nuclear ha sido la Psicoanalítica, como Psicoterapeuta que trabaja con una concepción integradora, entiendo que la introducción de técnicas cognitivo conductuales en las terapias psicoanalíticas, lo único que hacen es contribuir a un enriquecimiento del tratamiento. Este planteamiento está siendo defendido actualmente por muchos terapeutas, y es que no hay que olvidar que del 50% de terapeutas que se definen como integradores y/o eclécticos, el 80% vienen de una formación dinámica previa (Beitman,B 1989).

La utilización de técnicas y estrategias cognitivo-conductuales como el registro de pensamientos disfuncionantes, la programación de tareas, el entrenamiento en habilidades sociales, en asertividad, el ensayo imaginativo de situaciones conflictivas, el entrenamiento en relajación, la representación de papeles, la reatribución, la resolución de problemas.... etc. Todas estas técnicas utilizadas de forma racional, sabiéndolas contextualizar dentro del trabajo psicoterapéutico, lo único que hacen es enriquecer la terapia psicoanalítica. En el modelo integrador que planteo, la indagación en el material conflictivo ICC del sujeto, la intervención en el nivel trasferencial, la utilización de reconstrucciones genéticas, no está reñido con la utilización de las técnicas cognitivo conductuales descritas, e intentaré explicar por qué.

En primer lugar, la introducción de estas modificaciones en las técnicas psicoanalíticas origina varios problemas. Uno de ellos es la introducción de una actitud más directiva en el terapeuta, lo que va a provocar modificaciones en la relación transferencial del paciente con el terapeuta, de tal forma que habrá que estar atentos a las modificaciones que todo esto introduce en la relación terapéutica, con vistas a que esto sea manejable con interpretaciones, caso de que fuese necesario.

Por otro lado, los tratamientos cognitivo-conductuales son terapias centradas en el síntoma, y lo que pretenden es la resolución de determinadas conductas patológicas; las Psicoterapias de orientación Psicoanalítica están mas interesadas en una ampliación de la conciencia del individuo, de tal forma que la atención no recae sobre los síntomas directamente. De tal modo que aquí se produce una colisión en los objetivos, y estrategias técnicas para resolverlos. Una de las cosas que hay que dejar claras es, si nuestra metodología de trabajo va a favor de la resolución del conflicto; o va a intentar taponarlo, favoreciendo el desarrollo de estructuras yoicas que permitan un mejor funcionamiento del sujeto, haciendo un by-pas al conflicto intrapsíquico, al que juzgamos no



necesario resolver en la medida que mecanismos o técnicas de orden más superficial, permitan resolver la conducta del paciente.

Esta concepción integradora de la Psicoterapia, lo que tiene que aportar es precisamente el reconocimiento de estos dos polos paradigmáticos, en los que hay una diferenciación maniquea en la conceptualización teórica de la enfermedad, entre los objetivos a cubrir, y en las estrategias técnicas a utilizar. En el modelo que planteo, vamos a intentar trascender esta escisión maniquea, de tal forma que no plantearemos estos objetivos (elaboración del conflicto Icc/eliminación del síntoma) como antagónicos, el reto está en ser capaces de ver las posibilidades de complementariedad, de encontrar esos puntos de síntesis que permitan articular dos universos discursivos tan separados. Hay autores como Kanfer, F.H (1987) que plantea que esta dicotomía entre los objetivos terapéuticos es un tanto artificial, los objetivos de los tratamientos no deben de ser excluyentes, comenta con rotundidad el autor. De tal forma que en función del caso, y del momento de la terapia, la dirección de la terapia irá orientada a resolver algunos de los conflictos implicados en la patología del paciente, o bien a facilitar la resolución de los síntomas que en un momento dado pueden estar siendo motivo de preocupación prioritaria. La toma de ansiolíticos en un trastorno de ansiedad, la utilización de un entrenamiento en relajación, la reformulación cognitiva del trastorno, y el abordaje de ciertos conflictos del sujeto, son pasos todos ellos complementarios en un abordaje integrador (Mirapeix, C 1991,b; 1992,a).

Desde el punto de vista práctico después de las reflexiones anteriores, uno de los problemas que se plantean es cómo comenzar a trabajar. Por que área comenzamos; abordamos la sintomatología con técnicas cognitivas conductuales, o psicofármacos; o intentamos abordar en primer lugar el conflicto Icc que esta implicado en el caso concreto. O lo hacemos al revés, intentamos resolver primero la conflictiva Icc, y sólo en el caso en que no se resuelvan los síntomas, utilizaremos técnicas cognitivas o conductuales para hacerlos desaparecer.

En este sentido las opiniones son diversas Fensterhein, H (1989), plantea que hay que intentar cambiar en primer lugar aquellas conductas que provoquen un mejor feed-back del entorno. Entiende que lo psicodinámico puede servir en primer lugar para seleccionar el conflicto y que lo cognitivo conductual se utilizará inmediatamente para cambiarlo. Este autor viene a decir que a la hora de elegir una estrategia técnica, hay que ir del tratamiento más simple al más complejo, dando a entender con esto la priorización de los tratamientos cognitivos conductuales. En este sentido el comenzar por un objetivo sencillo, de fácil resolución, va a ser reforzante para el paciente, con lo que conseguiríamos una mayor motivación e implicación en el tratamiento, junto con un aumento en las expectativas de autocontrol. Por otro lado, autores como Watchel, P (1977, 1987, 1988) plantean todo lo contrario, el abordaje psicodinámico es el prioritario, se resolverían primero los conflictos del paciente y sólo en caso de no resolverse la sintomatología, habrá que



utilizar puntualmente las técnicas cognitivo conductuales. En cualquiera de los casos, me sumo a las reflexiones de Fiorini (1984) quien hablaba que hay que tomarse muy en serio la secuenciación técnica, en la que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente. Una de las formas de verificar la articulación de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas puedan tener a la hora de intentar cubrir los objetivos que se han marcado. Las técnicas que se pretendan utilizar, la actitud del terapeuta, el tipo de intervención, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que de sentido a lo que se esta haciendo. Así la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas; en la que la selección de técnicas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar estas a las necesidades del paciente (Beutler, L 1990).

4.7.- Terminación.

En esta fase aparecen siempre fantasías relacionadas con el abandono, dificultades en el área de las vinculaciones de dependencia, el temor a enfrentarse a situaciones nuevas con los recursos adquiridos a lo largo del tratamiento, temor a la recaída, agresividades reprimidas que hasta entonces no salieron y otras variantes que van a depender del caso clínico, y que habrá que resolver antes de dar por concluida la tarea. Por otro lado habrá que favorecer la reatribución, internalización, de los logros conseguidos, de tal forma que el paciente los asuma como propios.

4.8.- Seguimiento.

Por último comentar que el seguimiento de los casos, con frecuencia se pasa por alto, no dándosele la importancia que a mi juicio tiene. Ver al paciente cada mes al principio y cada tres meses posteriormente previo al alta definitiva, nos va a permitir una evaluación rigurosa de los efectos de la Psicoterapia. La misma actitud de seguimiento de lo sucedido favorece en el paciente una continuidad de su mejoría. Es decir no basta con que haya habido una mejoría clínica, ésta debemos de intentar que sea persistente y duradera, prestando atención a los procesos de mantenimiento de los logros conseguidos.

5.-COMENTARIOS FINALES:

La necesidad de esta concepción integradora de la psicoterapia, es sentida por muchos Psicoterapeutas, si bien queda mucho camino por andar con respecto a que elementos combinar,

con qué peso específico cada uno de ellos y cómo realizar esa integración. Es un campo abierto a futuros desarrollos e investigaciones.

La tan buscada coherencia entre el pensar, el sentir y el hacer, solo puede venir a través de la integración. Pensar: de razón, de estructuración, de método; sentir: de cercanía, de empatía, de intuición, de arte, de creatividad; hacer: de efectividad, de resolutivo, de pragmatismo. La única forma posible de llegar a la armónica conjunción de todos esos enfoques/valores es a través de la integración.

Pero el camino hacia la Integración es un camino duro; estar cómodamente parapetado en seguridades y fidelidades de escuela es tranquilizador. Progresivamente, se van cayendo las certezas, el paradigma que a uno le sirvió durante tiempo se resquebraja, se abren fisuras por las que entra aire nuevo. Pero en el momento de abrirse, duele, las dudas se acrecientan, aparecen sentimientos de pérdida de identidad, la confusión se convierte en un asiduo compañero de viaje. Pero no hay que tirar la toalla, ese es un camino tortuoso por el que se hace inevitable transitar, al final aparece y sirve de guía la luz de la integración, una integración que no supone la sustitución de unas certezas por otras, simplemente uno encuentra cierta paz en lo relativo, asume la falta de verdades absolutas, introyecta que la estabilidad es un juego dinámico de inestabilidades y, desde la duda metódica, desde la no asunción de nada como verdad absoluta, uno continua su búsqueda, una búsqueda que ya de antemano sabemos que fracasará, por que la integración final y absoluta, la verdad redonda sin agujeros de no ser, no existe, pero no por eso deja de tener sentido su búsqueda.

Espero haber dejado claro la necesidad de integración dentro del campo de la psicoterapia, lo que queda por delante es desarrollar modelos de intervención práctica, describir los muchos casos clínicos en los que se utilizan mezclas de técnicas que permiten resolver los problemas de los pacientes. Este artículo es como una declaración de principios, de generalizaciones, lo que queda ahora por hacer es particularizar, plantear modelos concretos de intervención, desarrollar estrategias nuevas describibles y replicables, intervenciones terapéuticas concretas para psicopatologías definidas, modelos de articulación integradora que vayan más allá de las peticiones de principios, cargadas de buenas intenciones pero sin operatividad, sino se concretan en modelos aplicables y definidos (Mirapeix,C.1989,a;1992,b).

Por terminar, me gustaría comentar que un aspecto a tomar en cuenta dentro de este marco de Psicoterapia Integradora, es el que hace referencia a la formación. No se trata tanto de crear una nueva modalidad de Psicoterapia y enseñar Psicoterapia Integradora, sino que se trataría de aprender las nociones básicas de varios abordajes terapéuticos y que el terapeuta sea capaz de



adquirir una forma de pensar integradora, que le permita utilizar con flexibilidad los conocimientos adquiridos.

C. Mirapeix

