

Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración

A. FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental. Área 3. Madrid.
Departamento de Especialidades Médicas.
Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

RESUMEN

En esta segunda parte de las dos de las que consta el trabajo, y tras haber señalado en la precedente algunos de los problemas y soluciones generales planteados en la investigación en psicoterapia, se revisa el estado de la cuestión en una serie de escuelas (psicodinámica, conductista, cognitiva, sistémica e interpersonal), y desde la cada vez más pujante perspectiva integradora. Se dedican unas líneas a enjuiciar la situación en España.

Palabras clave: psicoterapia, investigación, integración de psicoterapias.

RÉSUMÉ

Investigation au psychotérapie (II): spécificité et intégration. Dans la seconde partie des deux phases formant ce travail, et après avoir mentionné dans la précédente quelques-uns des problèmes et solutions généraux rencontrés lors de l'étude en psychothérapie, s'examine à nouveau l'état et problème dans plusieurs écoles (psychodynamique, conductrice, cognitive, systémique interpersonnelle) et depuis la perspective d'intégration de plus en plus forte. Quelques lignes sont consacrées au jugement de la situation en Espagne.

Mots-clef: psychothérapie, recherche, intégration de psychothérapies.

SUMMARY

Investigation in psychotherapy (II): specificity and integration. This is the second of a two part review of literature. In the first one we have review some general problems and solutions in psychotherapy investigation. In this second part we review the state of the art for a number of psychotherapy schools (psychodynamic, behavioral, cognitive, systemic and interpersonal) and for the growing integrate point of view. We review the situation in Spain.

Key words: psychotherapy, investigation, psychotherapy integration.

RIASSUNTO

Ricerca in psicoterapia (II): specificità e integrazione. In questa seconda parte delle ave delle quale si compone l'articolo, e dopo aver sottolineato nella precedente alcuni dei problemi e delle soluzioni sorti nella ricerca nel campo della psicoterapia, si rivede la posizione di alcune scuole rispetto al tema (psicodinamica, conduttista, cognitiva, sistémica e interpersonale) e quella di una prospettiva unificante che gode di un seguito sempre maggiore. Alcune righe sono dedicate alla situazione in Spagna.

Parole chiave: psicoterapia, ricerca, psicoterapie integrate.

En esta segunda parte de nuestro trabajo trataremos de ofrecer una rápida visión de la situación actual de la investigación en psicoterapia desde las diferentes ópticas desde las que se lleva a cabo. Dividiremos éstas en dos grandes bloques: bajo el epígrafe de "línea específica" reuniremos los trabajos realizados desde los paradigmas psicodinámico, conductista, sistémico, cognitivo y otros; el rótulo "línea ecléctica" encabezará la exposición de los trabajos realizados desde una perspectiva ecléctica o de integración de varias líneas específicas.

Línea específica

PSICODINÁMICA

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica —con la notable excepción de la escuela de Balint en Inglaterra¹⁻³— se cuentan entre los que con más tenacidad se han resistido a someter sus resultados a la investigación (quizá porque tal investigación intentó utilizarse para cuestionar su posición hegemónica en la Psiquiatría⁴. Afortunadamente, esta tendencia no se mantiene hoy en día, y el uso de registros audiovisuales y medidas de eficacia es moneda corriente en este campo. Destacaremos algunos aspectos de este trabajo.

Se ha realizado un importante esfuerzo de manualización o cuasimanualización de intervenciones psicoterapéuticas de inspiración psicoanalítica como las tempranas ya citadas de Balint¹⁻³, Castelnuovo-Tedesco⁵ o Bellak y Small^{6,7}, o las más recientes de Davanloo^{8,9}, Horowitz¹⁰⁻¹², Luborsky¹³, Malan¹⁴, Mann y Goldman^{15,16}, Sifneos^{17,18} o Strupp y Binder¹⁹.

Se ha intentado definir operativamente conceptos psicodinámicos. Así, tanto en el grupo de Vanderbilt¹⁹ como en el proyecto Penn^{13,20,21} se proponen procedimientos operativos de determinación del foco (como pauta maladaptativa cíclica en el primero y tema relacional conflictivo nuclear en el segundo) y se proporcionan procedimientos de registro e instrumentación de fenómenos transferenciales y contratransferenciales²². También se han practicado definiciones instrumentales de intervenciones complejas (como la técnica de "desbloqueo" de Davanloo con su variante específica para pacientes deprimidos⁹. Recientemente, Demos y Prout²³ han realizado una revisión que ofrece un buen resumen.

Se ha consolidado la tendencia a trabajar sobre formas "breves" de intervención²⁴⁻²⁶. Howard et al²⁷ publicaron en 1986 un trabajo basado en datos de 15 estudios americanos de 2.431 pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica en diversos encuadres, en el que se puso de manifiesto que la mitad de los pacientes habían mejorado tras la octava sesión y las tres cuartas partes tras la veintiséis (seis meses de una sesión semanal). A partir de esta sesión, las mejorías fueron cada vez más raras. En esta materia se ha producido una verdadera revolución cuyos hitos son los siguientes:

- 1) La psicoterapia breve ha dejado de ser considerada una alternativa subsidiaria, a utilizar sólo cuando por cualquier motivo no puede aplicarse el formato largo considerado idóneo, para empezar a concebirse como intervención de primera elección en multitud de trastornos⁹.
- 2) Su ámbito de aplicación se ha ido extendiendo hasta coincidir —y a veces superar— con el admitido para la psicoterapia en general^{9,28}.
- 3) Su eficacia es semejante a la obtenida por las intervenciones psicoterapéuticas sin límite de tiempo²⁹, lo que como señalan Koss y Butcher²⁸, las convierte en más eficientes (con mejor relación coste/eficacia).
- 4) Sus efectos a largo plazo han resultado semejantes a los de las psicoterapias más prolongadas^{27,30}.
- 5) Han demostrado eficacia no solo en trastornos agudos, sino también en trastornos crónicos cuando se saben plantear objetivos limitados y realistas²⁸. Además todas las terapias obtienen peores resultados en los trastornos cróni-

cos, y lo que tiene relevancia práctica no es dilucidar dónde obtiene mejores resultados una terapia, sino qué terapia obtiene mejor resultado que las demás en cada situación²⁹. Koss y Butcher²⁸ han llegado a postular que lo que verdaderamente dibujan los criterios de selección, que a veces se enumeran para determinadas terapias, es el perfil del paciente que a todo el mundo le gustaría tener para llevar a cabo cualquier tratamiento (motivado, inteligente...).

6) Sus resultados son semejantes a los obtenidos por otras intervenciones psicológicas (como la terapia cognitiva) o médicas²⁹.

CONDUCTISTA

Por su propia definición en el campo de lo experimental, la terapia de conducta ha disfrutado desde sus orígenes de una sana propensión a demostrar sus efectos sobre una variedad de trastornos. Sin embargo, el paradigma conductista se ha desarrollado sobre todo en ámbitos académicos y de mano de los psicólogos, y la mayor parte de esos esfuerzos se ha realizado fuera de los lugares de intervención clínica, tradicionalmente ocupados por psiquiatras, con lo que su contribución a la práctica clínica corriente ha estado a menudo por debajo de lo que hubiera podido esperarse. Esta situación se ha modificado drásticamente en los últimos veinte años.

Actualmente es difícil definir los límites de lo que se denominan terapias del comportamiento³¹. Las escuelas conductistas desarrolladas durante los años cincuenta y sesenta lo hacen alrededor del paradigma del condicionamiento en sus versiones clásico y operante y con un sustento epistemológico en las versiones más incautamente realistas del neopositivismo. La revolución cognitiva acaecida en los años setenta y ochenta no sólo ha originado un replanteamiento del paradigma (a través de la introducción de conceptos mediacionales) hasta su redefinición como cognitivo-conductual, sino que ha llevado a alguno de sus mentores al cuestionamiento del positivismo lógico como fundamento epistemológico y la necesidad de adoptar la óptica del constructivismo social.

Emmelkamp³² en una exhaustiva revisión propone la consideración de, al menos, cuatro escuelas conductistas: a) los que entienden la terapia de conducta estrictamente desde la "teoría del aprendizaje"; b) los que introducen importantes conceptos mediacionales; c) terapeutas eclécticos que utilizan técnicas basadas en la modificación de conducta; y d) los que entienden la terapia de conducta como una aproximación clínico-experimental y hacen más énfasis en la metodología que en una orientación teórica.

Actualmente³²⁻³⁵ existen intervenciones bien definidas con eficacia demostrada sobre diferentes campos. Así, está sólidamente establecida la eficacia de la exposición *in vivo* sobre agorafobia, fobia simple y trastorno obsesivo-compulsivo y existen intervenciones de eficacia probada en disfunciones sexuales y problemas de pareja. En todos estos terrenos se han perfeccionado las técnicas y modos de aplicación, se han depurado los paquetes terapéuticos y se han desarrollado programas de gran utilidad clínica. Los trabajos sobre fobia social y estados de ansiedad han sido menos concluyentes que los anteriores.

El campo del tratamiento de la depresión fue el primero en verse afectado por la revolución cognitiva, pero, en la medida en que está por probar que la ya indiscutible eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales sea atribuible a las hipótesis cognitivistas de sus promotores, sigue siendo un campo de discusión. Esta polémica, además de discutir la diferente ponderación de los componentes cognitivos y conductuales de estas terapias, ha dado lugar a interesantes reflexiones sobre el papel de los factores comunes a todas estas intervenciones: son terapias muy estructuradas; plantean tareas para casa e incluyen entrenamiento en habilidades que el paciente puede utilizar para resolver sus problemas.

La modificación de conducta ha ganado terreno en el tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y otros tóxicos. En este terreno hay que señalar que se ha producido un desplazamiento de las intervenciones aver-sivas de los primeros momentos hacia programas basados en ópticas más globa-les.

Aún más significativo es el aumento de la consideración que la modificación de conducta ha ganado con la revolución experimentada en los últimos años en el terreno de la rehabilitación psiquiátrica y de los trastornos psiquiátricos mayo-res, frente a los que las teorías conductistas han proporcionado pocas explica-ciones, pero que han respondido bien a la introducción de intervenciones y es-trategias características de esta escuela.

COGNITIVA

Las intervenciones fundadas en hipótesis cognitivas han penetrado la práctica clínica y las páginas de las revistas especializadas en un momento en el que pre-cisamente la contrarrevolución biologicista amenazaba con barrer cualquier enfoque psicológico de una y otras. Entre otras características notables esta ex-pansión ha tenido la virtud de realizarse transgrediendo los límites entre la tra-dición académica dominada por los psicólogos y la práctica clínica, controlada por los psiquiatras y ha contribuido poderosamente a enriquecer una y otra óptica.

A la luz del éxito de una escuela que supo presentar sus resultados en el len-guaje que el triunfo aplastante del positivismo y la literatura biomédica exigían siquiera para considerar su lectura, se han iluminado múltiples prácticas que se reclaman de la etiqueta cognitivista.

Hollon y Beck³⁶ proponen un sistema de agrupación de las diferentes escuelas de acuerdo con el siguiente esquema:

- 1) Con énfasis en la racionalidad.
 - 1.1. Terapia racional-emotiva (TRE)³⁷.
 - 1.2. Reestructuración racional sistemática (RRS)³⁸.
- 2) Con planteamiento empirista.
Terapia cognitiva³⁹.
- 3) Con énfasis en la repetición.
Entrenamiento autoinstructivo⁴⁰.
Inoculación del estrés⁴⁰.
- 4) Otros.

Como la terapia de resolución de problemas, las terapias de autocontrol, desen-sibilización autocontrolada, el condicionamiento encubierto y la terapia multi-modal de Lazarus³⁶.

Tras las múltiples y fructíferas discusiones despertadas por los primeros resul-tados publicados por el grupo de Beck³⁹ parece que la eficacia de este tipo de intervención sobre una amplia gama de trastornos depresivos está universal-mente aceptada. Lo que en modo alguno ha quedado probado (y constituye uno de los desafíos a la investigación en este campo) es que tal eficacia sea atribuible a los mecanismos que presuponen las teorías cognitivistas sobre la depresión^{36, 41-50}.

Se ha probado la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre toda una amplia gama de trastornos diferentes de la depresión como son la hipocondría^{51, 52} y diversos trastornos de ansiedad³⁶, trastornos de personalidad⁵³ o trastornos del control de impulsos⁵⁴.

En el campo de la rehabilitación psiquiátrica se ha producido en los últimos 15 años una auténtica revolución de la que sería imposible dar cuenta sin conside-

rar el fundamento cognitivista de lo más extendido de sus planteamientos. El cuerpo de doctrina así construido ha incorporado la necesidad de unir investigación y práctica clínica como una de sus características de partida y ha generado cantidad de literatura y fructífera discusión. Intentar siquiera un resumen panorámico de esto requeriría un trabajo aparte.

SISTÉMICA

La aplicación de la teoría general de sistemas a la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales supuso una auténtica convulsión en el panorama de las intervenciones psicoterapéuticas. De hecho, la óptica con que cualquiera de los modelos en liza afrontan hoy problemas como el de la causalidad, el papel del entorno, el papel del observador, el cambio o la neutralidad, debe no poco a las aportaciones de esta escuela que nació (aunque su desarrollo europeo se haya alejado notablemente de ese origen) más como un intento de generar un sistema capaz de dar cuenta del modo en el que podían resultar efectivas las intervenciones realizadas desde las diferentes escuelas, que de constituirse en una nueva⁵⁵.

Probablemente, la aportación más conocida de esta escuela sea el desarrollo de diversos modelos de terapia familiar⁵⁵⁻⁵⁸ desarrollados a partir de sus primeros trabajos sobre el papel de las relaciones familiares en el desarrollo de los trastornos mentales graves⁵⁹. De hecho, y a pesar de que los planteamientos originales más bien se orientan a abrir la posibilidad de la terapia familiar que a propugnarla como alternativa ideal, durante los últimos años setenta y primeros ochenta el abordaje sistémico y el encuadre familiar se han hecho casi inseparables. En los últimos años se ha producido un progresivo movimiento hacia la consideración del nivel individual y a la integración de conceptos cognitivos o incluso psicoanalíticos.

La muy abundante investigación desarrollada desde esta perspectiva (que ha dado para mantener simultáneamente revistas como *Family Process*, *Journal of Strategic and Systemic Therapies* o *Thérapie Familiale*) ha sido, sobre todo, investigación de proceso. No hay estudios controlados de eficacia comparada sobre problemas bien definidos con otras intervenciones.

INTERPERSONAL

La escuela interpersonal se basa en las ideas de Meyer y Sullivan y, aunque es poco conocida en nuestro país, ha desarrollado buena parte de la investigación sobre eficacia de intervenciones psicoterapéuticas llevada a cabo en los Estados Unidos de América.

Su principal campo de aplicación ha sido la terapia de la depresión sobre la que ha desarrollado un método manualizado⁶⁰, que ha sido una de las cuatro modalidades de tratamiento comparadas en el estudio del Instituto de Salud Mental americano⁶¹. Además de haber resultado más eficaz que el placebo y tanto como las otras alternativas (medicación y terapia cognitiva) en la resolución de los episodios depresivos, la terapia interpersonal ha demostrado ser eficaz en la prevención de recidivas en depresión recurrente Frank^{62, 63}, y su eficacia está en relación con la pureza⁶⁴ del método interpersonal descrito en el manual de 1984⁶⁰. Recientemente, se trabaja sobre la aplicación sistemática del modelo a otros trastornos diferentes de la depresión⁶⁵.

La investigación sobre psicoterapia interpersonal tiene la ventaja de estar realizada en ámbitos clínicos y con poblaciones clínicas. Hay abundante literatura sobre su utilización conjunta con psicofármacos⁶⁶.

Línea ecléctico-integradora

Como hemos señalado repetidamente, durante los últimos 15 años se ha experimentado un crecimiento sin precedentes de las producciones que pretenden trascender o superar los límites impuestos a la práctica psicoterapéutica por cada una de las escuelas y recurrir a aportaciones de las otras para dar cuenta de aquellos fenómenos que cada una no es capaz de explicar o resolver satisfactoriamente. Este movimiento, que ha sido denominado ecléctico, integrador, convergencia, pluralismo, aproximación, unificación o prescripciónismo, ha sido certeramente calificado como una metamorfosis en la Salud Mental⁶⁶.

Ya en los años sesenta un 40% de los psicólogos clínicos americanos se autodefinían como eclécticos⁶⁷. Esta cifra aumentó hasta un 55%^{68, 69} en los años setenta y sigue en aumento en los estudios más recientes⁷⁰. Un fenómeno semejante ha tenido lugar con los psiquiatras y trabajadores sociales⁷¹ con funciones clínicas en los Estados Unidos; también se ha detectado en Europa⁷².

La cantidad de libros y manuales de psicoterapia de orientación ecléctica o integradora ha ido también en aumento^{72, 74-84} desde que surgieran los precursores de los setenta⁸⁵⁻⁸⁸.

Paralelamente se han desarrollado organizaciones como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* o la *International Academy of Eclectic Psychotherapist* y han surgido revistas como *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* o *Journal of Psychotherapy Integration*. El eclecticismo y la integración en psicoterapia han estado presentes también en las revistas generales y han llegado a provocar declaraciones de principio en revistas que surgieron precisamente como expresión de escuelas concretas como *International Journal of Short-Term Psychotherapy*.

En un excelente trabajo de revisión en el que Norcross⁸⁹ actualiza lo expuesto en un trabajo publicado en el *American Journal* en 1989⁷¹, propone las siguientes razones para explicar este vertiginoso ascenso del movimiento ecléctico integrador: a) el resultado equivalente de las diferentes terapias puesto de manifiesto por un trabajo investigador cada vez más amplio y sofisticado; b) ninguno de los modelos es plenamente satisfactorio para todos los pacientes y todas las situaciones; c) la proliferación en el número de terapias específicas; d) la existencia de descripciones más específicas y operativas de la práctica clínica (a través de los manuales y del uso de los sistemas audiovisuales de registro); e) el creciente interés por las formas breves de intervención; f) la interacción entre profesionales de diferentes orientaciones en las clínicas dedicadas a trastornos específicos o en los centros públicos; g) un conglomerado de factores políticos y socioeconómicos ligados a la crisis y la exigencia de eficiencia; y h) la actuación de los grupos organizados y revistas a las que antes nos referíamos.

En este mismo trabajo Norcross y Arkowitz⁹⁰ nos proponen la consideración de cuatro modelos de integración, cada uno de los cuales se ha ocupado de diferentes problemas y ha evidenciado diferentes hechos. Nos ocuparemos sucesivamente de los cuatro.

ECLECTICISMO TÉCNICO

Se trata de una estrategia consistente en escoger para cada caso la técnica de intervención que ha resultado en el pasado más eficaz para personas y problemas semejantes sin intentar generar una teoría que pretenda dar cuenta de la actuación de todas ellas. Sus dos representantes más genuinos son Lazarus y Beutler.

La terapia multimodal de Lazarus⁷⁹ pretende seleccionar técnicas a tenor de la evidencia empírica de su efecto sobre problemas detectados tras una cuidadosa evaluación de aspectos del funcionamiento humano como la conducta, la afectividad, las sensaciones, la imaginación, las cogniciones, las relaciones interpersonales y la biología.

Aunque Lazarus hace gala de su carácter de ecléctico por contraposición a integrador, su método acusa su inicial formación conductista. El método propuesto para escoger terapias recoge elementos de las teorías del aprendizaje social, la teoría general de sistemas y la teoría de la comunicación humana.

El eclecticismo sistemático de Beutler pretende optimizar los resultados buscando la combinación más acertada entre una serie de características del paciente, del terapeuta y de la relación establecida entre ellos. Tal tentativa ha guiado alguna investigación proceso-resultados⁸⁹.

Así, por ejemplo, el terapeuta debe adaptar a las necesidades del cliente una serie de dimensiones definitorias de su estilo terapéutico como son: el grado de confrontación con objetos, ideas e imágenes temidas a que someterá al cliente; el énfasis relativo en experiencias internas o externas del cliente; la dedicación a actividades intraterapia o extraterapia; y la directividad del terapeuta.

Buena parte de la investigación sobre variables del terapeuta y del cliente que se desarrolla en estos momentos tiene como propósito proporcionar una base empírica para orientar las decisiones que deben tomarse a la hora de optar por una u otra técnica.

FACTORES COMUNES

Se trata de una aproximación que busca detectar las semejanzas en la teoría o la práctica entre las diferentes terapias sobre el supuesto de que estas pueden ser, al menos en parte, responsables de los similares resultados obtenidos por todas ellas.

Suelen citarse como antecedentes de esta orientación los trabajos de Fiedler^{91, 92} en los que este autor puso de manifiesto que los terapeutas con muchos años de experiencia en las diferentes orientaciones coincidían entre sí en mayor medida que con los novicios de su propia escuela, tanto a la hora de definir una relación terapéutica ideal como en las observaciones de sesiones reales.

Sin embargo, el verdadero padre de toda la investigación sobre factores comunes es Jerome Frank⁹³⁻⁹⁶. Este autor pretende que las diversas psicoterapias no representan sino variaciones de los procedimientos tradicionales de ayuda psicológica. Para él las diversas psicoterapias producen su efecto porque proporcionan: a) una relación de confianza cargada emocionalmente; b) un encuadre que refuerza las expectativas de recibir ayuda del cliente y su confianza en el terapeuta como sanador; c) un esquema racional que explica los síntomas y propone estrategias para su resolución; y d) una serie de procedimientos que terapeuta y cliente aceptan como medio de resolver los problemas de éste.

Según Frank el esquema racional propuesto para explicar los problemas (el mito) y los procedimientos aceptados por terapeuta y cliente (el ritual) proveen nuevas experiencias, evocan expectativas de ayuda, proveen oportunidades para ensayos y prácticas, y fortalecen la relación terapéutica.

El otro gran representante de esta escuela, James Prochaska^{84, 97, 98} ha estudiado los factores comunes de los diferentes procesos terapéuticos. Distingue para ello entre: estados de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento); niveles de cambio (conductas, cogniciones, interpersonal, sistemático, intrapersonal); y procesos de cambio (cobrar conciencia, control de estímulos, reevaluación del yo, reevaluación del entorno).

Este enfoque transteórico pretende fundarse en observaciones empíricas, y para ello se han diseñado desde él procedimientos de observación y medida del proceso terapéutico⁹⁹.

Norcross⁷² propone la siguiente agrupación de factores comunes estudiados por 50 autores:

1) Características del cliente (como expectativas, esperanza y confianza).

- 2) Características del terapeuta (como favorecimiento de la esperanza y las expectativas, afecto, consideración y empatía).
- 3) Procesos de cambio (catarsis, adquisición y práctica de nuevas conductas, provisión de explicaciones, introspección o toma de conciencia y aprendizaje emocional e interpersonal).
- 4) Estructuras terapéuticas (técnicas o rituales, revisión del mundo interno y exploración de aspectos emocionales, adherencia a la teoría y encuadre sanador).
- 5) Aspectos relacionales (alianza terapéutica).

INTEGRACIÓN TEÓRICA

Los intentos de conciliar los hallazgos de las teorías del aprendizaje con los del psicoanálisis explicando uno en términos de las otras, han contado entre sus mentores con alguna de las grandes figuras del primer psicoanálisis como French¹⁰⁰ o Alexander¹⁰¹ que, en un artículo que Marmor y Woods⁸¹ tuvieron el acierto de reimprimir, incluye también referencias a la psicología gestáltica. Sin embargo, estas escuelas se han desarrollado generalmente de espaldas, ignorando mutuamente los hallazgos y problemas planteados por la otra. Norcross y Arkowitz⁷² citan el libro de Dollard y Miller de 1950¹⁰² como el primer intento sistemático de integración teórica de psicoanálisis y conductismo que iba más allá de la mera labor de traducción de los conceptos de uno al lenguaje del otro y que se traducían en propuestas concretas para la práctica de la psicoterapia. El más claro representante de esta corriente es Wachtel¹⁰³⁻¹⁰⁵ que ha propuesto una verdadera teoría de síntesis en la que pretende hacer con los neofreudianos una operación semejante a la que éstos realizaron con Freud, e incorporar a su reflexión todos los hallazgos de los terapeutas conductistas bajo el rótulo de psicodinámica cíclica. Recientemente se han desarrollado diversos intentos de integración de psicoterapias analíticas y cognitivas¹⁰⁶⁻¹⁰⁸.

INTEGRACIÓN CON TEORÍAS E INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA BÁSICA

Esta última modalidad de integración de las señaladas por Norcross y Arkowitz⁷², se orienta a integrar las consecuencias de los hallazgos obtenidos por las diferentes escuelas psicoterapéuticas sobre la base de teorías psicológicas básicas. Estos autores citan algunos ejemplos de tentativas efectuadas sobre la psicología cognitiva académica o sobre la psicología social. Entre los trabajos más influyentes de esta corriente se encuentran los últimos de Horowitz¹¹. En cualquier caso y por una u otra vía, la necesidad de prestar simultáneamente atención a los hallazgos procedentes de las diferentes escuelas y ponerlos en relación, parece comúnmente aceptada.

La situación en España

La reforma psiquiátrica se ha desarrollado de forma muy desigual en las diferentes comunidades de nuestro país, pero en casi todas ellas en los últimos años se ha registrado un importante incremento en los recursos dedicados a la atención a la Salud Mental y lo ha hecho en la línea de estructurar un sistema más o menos acertado en atención comunitaria a trastornos mentales en general y no de garantizar exclusivamente la hospitalización de los más graves o aparatosos. Este cambio se ha acompañado de una modificación también sustancial de los sistemas, requerimientos y contenidos de la formación de los nuevos profesio-

nales de la salud mental y un viraje importante en las materias de reflexión de estos profesionales (que antes, con alguna señaladísima excepción se limitaba a la dictada desde la industria farmacéutica o a la crítica más o menos global al catastrófico sistema de atención imperante).

Sin embargo, la formación y la reflexión sobre psicoterapias se ha desarrollado, en general, al margen del sistema público de atención. Su lugar ha estado, por un lado, en las facultades de Psicología donde se ha desarrollado una cultura basada en la modificación de conducta con más o menos concesiones y, por otro, en las distintas asociaciones estructuradas alrededor de las diversas escuelas. En las facultades se han desarrollado grupos bien informados y se ha llevado a cabo una cantidad de reflexión e investigación que no ha repercutido en absoluto en la actividad asistencial de los servicios públicos, hegemonizados por psiquiatras y, hasta la fecha, muy impermeables a la orientación conductista o cognitiva. Esta actividad de pensamiento e investigación adolece del defecto de la separación de la problemática clínica real del que hacíamos referencia a propósito de sus correlatos internacionales en la primera parte de este trabajo.

Las asociaciones de las diferentes escuelas han sido, en general, poco propensas a propiciar la investigación y se han volcado en la tarea de formar nuevos terapeutas y transmitir y preservar la pureza de la teoría correspondiente, cuando no a disputar la cuota respectiva del mercado privado (y a veces público) de trabajo.

Los datos publicados por algunos servicios públicos (memoria de 1991 del Instituto Germain, memoria de 1992 de los Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid) nos hablan de que entre un 60% y un 80% de las actuaciones efectuadas sobre el 2% de la población general que los visita anualmente, conllevan algún tipo de intervención psicoterapéutica. Sin embargo, en general, esta actividad es vivida por los profesionales que la desempeñan como una especie de vicariante "versión para pobres" de las habilidades aprendidas en asociaciones o facultades. La aparición en la literatura y trabajos de investigación sobre psicoterapia llevados a cabo en estos servicios es excepcional (a ello dedicaremos un próximo trabajo) y rarísima vez responde a la existencia de una línea de investigación asentada.

En una encuesta realizada sobre profesionales del sector público de una zona de Madrid por Desviat et al¹⁰⁹ resulta que el 86,66% de los 30 que respondieron reconoce orientarse por varias teorías y que el 93,33% dice utilizar o prescribir distintas técnicas basadas en diferentes concepciones teóricas para tratar distintos problemas. El 96,66% opinó que la práctica pública podía favorecer el desarrollo de aspectos originales de la teoría en que se inspiraba. Sin embargo, estos aspectos no se han reflejado, que sepamos, en la emergencia de líneas de investigación. Una dificultad para la aparición de tales líneas es la ausencia de una previa reflexión epistemológica que permita situar correctamente los problemas que hay que abordar. En este sentido Tizón¹¹⁰ ha publicado recientemente un interesantísimo y original trabajo.

La tarea que queda por afrontar en los próximos años consiste en integrar la investigación en la práctica asistencial de los servicios públicos, de forma que sea posible una definición positiva (y no vicariante) de sus actuaciones y una evaluación de la eficacia, las indicaciones y los factores activos de cada una de ellas. A ello pretende contribuir esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balint E, Norell R. Six minutes for the patient: interactions in general practice consultation. London: Tavistock Publications, 1973. (Trad. cast.: Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidós, 1979).
2. Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock Publication, 1961. (Trad. cast.: Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI, 1961).
3. Balint M, Ornstein PH, Balint E. Focal psychotherapy. London: Tavistock, 1972. (Trad. cast.: Psicoterapia focal. Buenos Aires: Gedisa, 1985).

4. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16: 319-324.
5. Castelnovo-Tedesco P. The twenty-minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician, Washington: American Psychiatric Press, 1965.
6. Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1965. (Trad. cast.: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970).
7. Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (BEP). New York: CPS Inc., 1983. (Trad. cast.: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986).
8. Davanloo H, ed. Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.
9. Davanloo H. Unlocking the unconscious. Chichester: John Wiley & Sons, 1990. (Trad. cast.: Psicoterapia breve. Madrid: DOR, S. L., 1992).
10. Horowitz MJ. Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.
11. Horowitz MJ. Introduction to psychodynamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.
12. Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J, et al. Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.
13. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.
14. Malan DH. Individual psychotherapy and the science of psychotherapy. London: Butterworths, 1979. (Trad. cast.: Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia. Buenos Aires: Paidós, 1983).
15. Mann J. Time-limited psychotherapy. Mass.: Harvard University Press, 1973.
16. Mann J, Goldman R. A casebook in time-limited psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1982.
17. Sifneos PE. Short-term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987.
18. Sifneos PE. Short-term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual. New York: Basic Books, 1992.
19. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.
20. Luborsky L, Crist-Christoph P. Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psychoanal* 1988; 69: 75-86.
21. Luborsky L, Crist-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy. New York: Basic Books, 1988.
22. Fried D, Crist-Christoph P, Luborsky L. The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 326-331.
23. Demos VC, Prout MF. A comparison of seven approaches to brief psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1993; 8: 3-22.
24. MacKenzie KR. Recent developments in brief psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 742-752.
25. Ursano RJ, Hales RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1.507-1.517.
26. Budman SH, Stone J. Advances in brief psychotherapy. A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 939-946.
27. Howard KJ, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41: 159-164.
28. Koss MP, Butcher JN. Research on brief psychotherapy. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1986; 627-670.
29. Crist-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158.
30. Hoglend P, Sorlie T, Sorbye O, Heyerdahl O, Amio S. Long-term changes after brief dynamic psychotherapy: symptomathic versus dynamic assessments. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 165-172.
31. Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. *Psychiatric case formulations*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
32. Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: John Wiley & Sons, 1986.
33. Dubbert PM, Payne TJ, Mosley TH. Recent developments in behavior therapy. *Current Opinion in Psychiatry* 1992; 4: 849-853.
34. Craighead LW, Craighead W. Behavior therapy: recent developments. *Current Opinion in Psychiatry* 1991; 3: 916-920.
35. Craighead WE, Craighead LW. Behavior therapy: recent developments. *Current Opinion in Psychiatry* 1990; 2: 785-789.
36. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley, 443-481.
37. Ellis A. The essence of rational psychotherapy: a comprehensive approach to treatment. New York: Institute for rational living, 1970.
38. Goldfried MR, DeCantecco ET, Weinberg L. Systematic rational restructuring as a self control technique. *Behavior Therapy* 1974; 5: 247-254.

39. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford, 1979. (Trad. cast.: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983).
40. Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. New York: Plenum, 1977.
41. Brewin CR. Depression and causal attributions: what is their relation. *Psychological Bulletin* 1986; 93: 279-309.
42. Coyne JC. A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression. *Cognitive Therapy and Research* 1982; 6: 3-13.
43. Coyne JC, Godlib I. The role of cognition in depression. A critical appraisal. *Psychological Bulletin* 1983; 94: 472-505.
44. Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 96: 31-40.
45. Firth J, Brevin CR. Attributions and recovery from depression: a preliminary study using cross-lagged correlation analysis. *British Journal of Clinical Psychology* 1982; 21: 229-230.
46. Godlib IH, Cane DB. Construct accessibility and clinical depression: a longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96: 34-40.
47. Persons JB, Rao PA. Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94: 51-63.
48. Riskind J, Rholes W. Cognitive accessibility and the capacity of cognitions to predict future depression: a theoretical note. *Cognitive Therapy and Research* 1984; 8: 1-12.
49. Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do maladaptive attitudes cause depression? *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 28-30.
50. Simons AD, Gardfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 45-51.
51. Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational training for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 322-327.
52. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy* 1990; 28: 105-117.
53. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1.060-1.064.
54. Kendall PC, Braswell L. Cognitive-behavioral modification with impulsive children. New York: Guilford Press, 1985.
55. Ruesch J, Bateson G. Communication, the social matrix of psychiatry. New York: Norton, 1951. (Trad. cast.: Comunicación, la matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidós, 1965).
56. Haley J, Hofmann L. Techniques of family therapy. New York: Basic Books, 1968.
57. Minuchin S. Families & family therapy. Harvard: The President and Fellows, 1974. (Trad. cast.: Familias y terapia familiar).
58. Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. Paradosso e contrapadosso. Milano: Feltrinelli, 1974.
59. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956; 1: 251-264. (Trad. cast.: Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, Lidz T, Weakland J, Wynne LC, Zuk G, eds. Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo, 1971; 19-56).
60. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissmann MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York: Basic Books, 1984.
61. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971-982.
62. Frank E, Kupfer DI, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 771-775.
63. Frank E, Kupfer DI, Perel JM, Cornes CL, Jarrett DJ, Mallinger A, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1.093-1.099.
64. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEarchran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1.053-1.059.
65. Klerman GL, Weisman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
66. London P. Metamorphosis in psychotherapy: slouching toward integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 1988; 7: 3-12.
67. Kelly EL. Clinical psychology 1960: report of survey findings. Newsletter. Division of Clinical Psychology 1961; Winter 1-11.
68. Garfield SL, Kurtz R. Clinical psychologist in the 1970's. *American Psychologist* 1976; 31: 1-9.
69. Garfield SL, Kurtz R. A study of the eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977; 445: 78-83.
70. Norcross JC, Prochaska JO, Gallagher KM. Clinical psychologist in the 1980s: I. Demographics, affiliations and satisfactions. *Clinical Psychologist* 1989; 42: 138-147.
71. Beitman DB, Goldfield MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 138-146.

72. Norcross JC, Arkowitz H. The evolution and current status of psychotherapy integration. En: Dryden W, ed. Integrative and eclectic therapy. A handbook. Buckingham: Plenum, 1992.
73. Beitman BD, Klerman GL, eds. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1991.
74. Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press, 1987.
75. Beutler LE. Eclectic psychotherapy: a systematic approach. New York: Pergamon Press, 1983.
76. Garfield SL. The practice of brief psychotherapy. New York: Pergamon Press, 1989.
77. Garfield SL, Bergin AE. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons, 1986.
78. Goldfried MR, ed. Converging themes in the practice of psychotherapy. New York: Springer, 1982.
79. Lazarus AA. The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive, and effective psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1981.
80. Malugani M. Le psicoterapie brevi. Roma: Città Nuova, 1987. (Trad. cast.: Las psicoterapias breves. Madrid: Herder, 1990).
81. Marmor J, Woods SM. The interface between the psychodynamic and behavioral therapies. New York: Plenum, 1980.
82. Norcross JC, ed. Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, 1986.
83. Norcross JC, Goldfried MR. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, 1992.
84. Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin, 1984.
85. Birk L, Brinkey-Birk A. Psychoanalysis and behavior therapy. Am J Psychiatry 1974; 131: 499-510.
86. Marmor J. Dynamic psychotherapy and behavior therapy. Are they irreconcilable? Archives of General Psychiatry 1971; 24: 22-28.
87. Marmor J. The future of psychodynamic therapy. Am J Psychiatry 1973; 130: 1.197-1.202.
88. Wachtel PL. Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration. New York: Basic Books, 1977.
89. Beutler LE, Mohr DC, Grawe K, Engle D, McDonald R. Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy. Journal of Psychotherapy Integration 1991; 1: 121-142.
90. Norcross JC, Arkowitz H. The evolution and current status of psychotherapy integration. En: Dryden W, ed. Integrative and eclectic therapy. A handbook. Buckingham: Plenum, 1992.
91. Fiedler FE. The concept of the ideal therapeutic relationship. Journal of Consulting Psychology 1950; 14: 239-245.
92. Fiedler FE. Comparisons of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. Journal of Consulting Psychology 1950; 14: 436-445.
93. Frank JD. Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
94. Frank JD. Therapeutic factors in psychotherapy. Am J Psychiatry 1971; 25: 350-361.
95. Frank JD. Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins University Press (2nd ed), 1973.
96. Frank JD. Therapeutic components shared by all psychotherapies. En: Harvey JH, Parks MM, eds. Psychotherapy research and behavior change: the master lecture series. Washington: American Psychological Association, 1982; 1: 5-37.
97. Prochaska JO. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Homewood, Ill: Dorsey, 1984.
98. Prochaska JO. The transtheoretical approach. En: Norcross JC, ed. Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, 1986.
99. Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS. Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. Journal of Psychotherapy Integration 1991; 1: 103-120.
100. French TM. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. Am J Psychiatry 1933; 89: 1.165-1.203.
101. Alexander F. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. Am J Psychiatry 1963; 120: 440-448.
102. Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture. New York: McGraw-Hill, 1950.
103. Wachtel PL. Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration. New York: Basic Books, 1977.
104. Wachtel PL. Integrative psychodynamic therapy. En: Linn SJ, Garske JP, eds. Contemporary psychotherapies. Models and methods. Columbus (Ohio): Merrill, 1985. [Trad. cast.: Psicoterapias contemporáneas. Bilbao: Desclée de Brouwer (3.ª ed.), 1989; 363-416].
105. Wachtel PL. Action and insight. New York: Guilford, 1987.
106. Ryle A. Cognitive-analytic therapy: active participation in change: a new integration in brief psychotherapy. Chichester: John Wiley, 1990.
107. Ryle A, Cowmeadow P. Cognitive-analytic therapy. En: Dryden W, ed. Integrative and eclectic therapy: a handbook. Buckingham: Open University Press, 1992.
108. Mirapeix C. Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. Psiquis 1993; 14: 95-111.
109. Desviat M, Fernández Liria A, Mas Hesse J. Técnicas y prácticas psiquiátricas. En: Desviat M, coord. Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN, 1990.
110. Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1992; 12: 283-294.