

ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN: CONCIENCIARSE DE LOS PELIGROS

Arnold A. Lazarus.

An eclectic stance is warranted only when well-documented treatments of choice do not exist for a particular disorder, or when these established methods are not achieving the desired results. But great care must be exercised when scouring the field for potentially effective methods that have yet to be scientifically tested. It is all too easy to confuse observations with theories and to obfuscate matters by endorsing superfluous notions. To apply certain procedures that psychodynamic clinicians employ, or to capitalize on techniques typically utilized by Gestalt therapists, does not translate into "doing psychodynamic therapy" or endorsing Gestalt therapy per se. There does not appear to be a single instance wherein a blend of different theories produced a more powerful technique, but there are numerous cases where techniques drawn from different disciplines have enriched clinicians' armamentaria. A brief account of an agoraphobic woman who received eclectic therapy helps underscore the pros, cons, and dangers of eclecticism and integration.

Introducción

Un hombre entra en un bar, y después de pedir una cerveza al camarero, empieza a contarle su desgraciada historia. Sus padres, enfermos y de edad avanzada, empeoraban día a día, hasta que llegó el momento en que fue necesario trasladarlos a una residencia en New Jersey, donde vivían sus tres hijos. Todo esto requirió varios viajes de ida y vuelta, negociaciones con el personal de la residencia, la cancelación del alquiler de su apartamento en Florida y la disposición de sus bienes. A pesar de tener un hermano y una hermana éstos poco le ayudaban. Sus hermanos viven a no más de 10 y 15 minutos de la residencia, pero casi nunca visitan a sus padres, mientras que él intenta verles al menos cuatro veces por semana. A la larga se ha enfadado con sus hermanos, debido a su aparente falta de interés. Su mujer también comparte su resentimiento; pero por otra parte le recrimina que no haya insistido más a sus hermanos que le ayuden a soportar la carga. "No me siento a gusto," dice, "estoy enfadado, confuso, preocupado y deprimido."

El camarero, un chico que ha dejado sus estudios, le proporciona un par de consejos. "Creo que como hermano mayor," dice, "tendría que cantarles las

cuarenta y ocuparse de que de ahora en adelante también carguen con sus responsabilidades”. ¿Está llevando a cabo este camarero algún tipo de “psicoterapia?” Cualquiera que sea el nombre que le asignemos, este proceso -un ser humano contando a otro sus problemas, expresando su tristeza y ansiedad y recibiendo apoyo y consejo a cambio- ocurre ya desde tiempos inmemoriales.

¿Qué pasaría si el camarero fuera un terapeuta rogeriano o centrado en la persona haciendo horas extras? Rezumaría empatía y afecto para evitar darle consejos pero reflejaría el estado afectivo del cliente. “Veo lo preocupado que estás,” podría decir, “lo enfadado, confundido y molesto que estás.” ¿Sería esto psicoterapia?

Quizás el camarero, bien informado sobre la teoría de sistemas familiares, podría decir, “me parece que tú y tus hermanos formáis un triángulo. Como hermano mayor, te toca el papel de cuidador y lo haces con un sacrificio considerable”.

Un camarero emotivo-racional señalaría que se está enfadando y preocupado, debido a los imperativos categóricos a los que se somete, y seguramente buscaría dónde está escrito que sus hermanos *tienen o deberían* ayudarle, o por qué tiene que visitar a sus padres cuatro veces por semana.

Si el camarero fuera un terapeuta conductual, quizás resaltaría la falta básica de asertividad del cliente y le propondría algún juego de rol y representación conductual. Y así continuaría.

La orientación del terapeuta determina, en mayor parte, cómo, qué, cuándo, por qué, y bajo qué circunstancias se dicen o no ciertas cosas, y si se aplican o no determinadas tácticas. El abanico de estrategias invocadas en la “psicoterapia” es muy amplio. Puede ir desde una escucha pensativa hasta una histriónica sesión de gritos y golpes. Pero, ¿hay algún modo correcto o mejor de proceder? En nuestro ejemplo hipotético, ¿sería la actuación del camarero sin estudios mejor o peor que la de sus contrincantes preparados profesionalmente? Strupp y Hadley (1979) fueron de los primeros en demostrar que un grupo de terapeutas profesionales no necesariamente obtienen mejores resultados que profesores sensibles que no tienen ninguna preparación terapéutica. Pero esto encierra una trampa.

Tratamientos de elección

Cerca del 85% de las personas que se sienten moderadamente ansiosas, frustradas, angustiadas, un poco depresivas, confundidas e infelices, etcétera, responderán adecuadamente a cualquier tipo de terapia, o puede ser que se recuperen sin ningún tipo de terapia formal (Lambert, 1992). Pero esto no es válido para una variedad de categorías de diagnóstico tales como trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos alimentarios, trastorno de estrés postraumático, trastornos de pánico, trastornos sexuales, trastornos afectivos bipolares, trastornos de personalidad múltiple, trastornos de esquizofrenia, y trastornos diversos de conducta. De la misma forma, los pacientes fóbicos, los adictos al alcohol y la droga, y las

personas que sufren formas variadas de dolor crónico entran en la categoría de pacientes que normalmente requieren *tratamientos* específicos de *elección*, en el caso que se les pueda ayudar.

Por eso, si un paciente que padece agorafobia sigue una terapia analítica, o se la trata con el análisis transaccional intensivo, es poco probable que se obtenga un resultado positivo (en términos de la libertad del cliente para salir de casa sin miedo) a no ser que alguna forma de *exposición* forme parte del paquete del tratamiento (Freud, 1919). Tal como afirma Barlow (1988) “los investigadores en todas partes del mundo han demostrado muy claramente que la exposición *in vivo* es el ingrediente central en el tratamiento conductual de la agorafobia y que este proceso es sustancialmente más efectivo que cualquier cantidad de procedimientos psicoterapéuticos creíbles alternativos” (p. 407). Lo que pretendo enfatizar es que prácticamente cualquier sistema creíble de psicoterapia ayudará a muchos pacientes neuróticos depresivos o ansiosos, pero se precisan tratamientos específicos de elección para los casos de condiciones más discapacitantes y difíciles de tratar.

Cuando la señora W., una mujer de 28 años, se quejaba de que durante el año pasado había estado experimentando una ansiedad y un pánico abrumador al salir de casa si no iba acompañada por su marido, una de las primeras líneas de intervención, después de haber elaborado la historia e informe, fue la desensibilización *in vivo*. El *Multimodal Life History Inventory* (Lazarus & Lazarus, 1991), reveló varias dificultades adicionales (por ejemplo, desacuerdos matrimoniales, tensiones entre ella y su hermano, sentimientos de resentimiento hacia sus padres, y temas relativos a una baja auto-estima y falta de agresividad). Utilizaré el caso de la señora W. para ilustrar las virtudes del eclecticismo técnico y para resumir varios de los peligros de la integración teórica.

El primer error que muchos terapeutas cometen es asumir que los problemas de la señora W. están necesariamente conectados con su agorafobia. De hecho, puede que lo estén o no. El pánico a ir sola lo precipitó un desmayo en un centro comercial, presumiblemente como consecuencia de una infección viral. Sin embargo, tanto si las tensiones matrimoniales y familiares tenían relación directa o indirecta con su fobia o no, éstas necesitaban solucionarse, de la misma forma que lo necesitaban su poca auto-estima y falta de asertividad. Pero primero se aconseja tratar aquellos síntomas que el cliente identifica como más dominantes. Consecuentemente, se le enseñó técnicas de respiración diafragmáticas y relajación, seguidas inmediatamente por la desensibilización *in vivo* -en la cual primero se efectuaron salidas cortas para dejar paso, posteriormente, a paseos más largos incrementando cada vez más la distancia física entre nosotros. Se incluyó el marido de la cliente en la terapia porque la participación del esposo parece que intensifica los resultados del tratamiento (Barlow, 1993; Carter, Turovsky & Barlow, 1994).

En este punto no había ninguna necesidad de eclecticismo o integración. Los métodos empleados se ajustaron a los resultados de la investigación científica, que

sugieren que las intervenciones conductuales son las más indicadas (por ejemplo, Barlow, 1988; Wolpe, 1958, 1990). Pero cuando, a lo largo de y después de las salidas *in vivo*, la señora W. relacionó flashbacks perturbadores a recuerdos reales o imaginarios (tales como la censura excesiva de los padres, imágenes de rechazo y humillación de la pareja, y un sentimiento de abandono), se creyó aconsejable ampliar el repertorio de tratamientos. Otra vez, se debe señalar que estos problemas adicionales puede que hayan tenido o no una relación con su agorafobia. Sin embargo, cuando se identifican otros problemas, parece lógico tratarlos.

Inicialmente se utilizó un tipo de juegos de rol en el cual la señora W. intentó enfrentarse a su padre acerca de ciertos resentimientos que había estado albergando. Cuando señaló que yo no estaba captando o transmitiendo la esencia del tono y comportamiento de su padre correctamente, cambiamos del juego de roles a la técnica de las dos sillas o la silla vacía. Por fin, al hablar por primera vez con una silla vacía en la cual imaginaba a su padre sentado, y luego acercándose a esa silla, convirtiéndose en su padre, y hablando por él, consiguió un sentimiento de mayor autenticidad. Esto se reflejó en una emocionalidad considerable -lo que ella mismo denominó “descarga catártica”.

Algunas de las trampas

Al introducir la técnica de la silla vacía, se podría argumentar que el tratamiento se ha convertido en “eclectico” o “integrador.” En primer lugar, tratamos los recuerdos del pasado (que es los que los psicoanalistas hacen); después recurrimos a un método (la técnica de la silla vacía) originado en la terapia Gestalt y ámbitos del psicodrama. Seguidamente, cuando la señora W. relacionó su sentimiento de abandono a un “recuerdo olvidado” en el cual, cuando tenía casi cuatro años, su madre, que tenía que someterse a una operación quirúrgica, la mandó a casa de unos padres adoptivos por unas cuantas semanas, pareció que nos estábamos aventurando en un territorio psicodinámico más profundo. A continuación voy a tratar varios puntos de posible confusión.

En mi opinión, es un error notable afirmar que además de la terapia conductual, estaba practicando terapia Gestalt, psicodrama, y psicoterapia psicodinámica. Utilicé técnicas de diferentes disciplinas, pero manteniendome en la perspectiva de la teoría de aprendizaje social y cognitivo (por ejemplo, Bandura, 1986). Este *eclecticismo técnico* (Lazarus, 1967, 1989, 1992; Lazarus, Beutler y Norcross, 1992; Lazarus y Beutler, 1993) permite seleccionar técnicas de cualquier disciplina sin apoyar necesariamente ninguna de las teorías que las han engendrado. La trampa yace en la equiparación de las observaciones con las teorías (Lazarus, 1993b). Por ejemplo, puedo *observar* que alguien está desplazando el enfado o negando su rabia, pero hacer esto no significa que por esto estoy respaldando ninguna *teoría en relación* a los llamados mecanismos de defensa.

Por eso, cuando la señora W. evocó sus recuerdos de pequeña, insistiendo en

el dolor afectivo que experimentó al separarse de su madre cuando tenía cuatro años, y relacionando estas emociones con percepciones actuales, podría haber parecido una terapia psicoanalítica y psicodinámica, pero no lo fue por las siguientes razones:

1. Mi comprensión teórica de los procesos no incluían temas edípicos, aspectos de las relaciones objetales, modelos de psicología del yo o dinámico/estructurales, ni tampoco se apoyaba en cualquier otra suposición psicodinámica. Más bien, consideré sus reacciones en términos de una teoría amplia del aprendizaje social con sus asociaciones concomitantes, refuerzos positivos y negativos, contingencias cognitivas, expectativas, paradigmas de extinción, etc. Es decir que no había ninguna necesidad de mezclar teorías conductuales y psicodinámicas.

2. Mi tratamiento clínico del material difirió de forma significativa del de un profesional psicodinámico. En el caso de la Sra. W., una de las técnicas que utilicé en varias ocasiones fue el *viaje en el tiempo*, en el cual le hice imaginarse a sí misma utilizando una “máquina del tiempo” para trasladarse al pasado y visitar su alter ego a la edad de 4 años. De esta forma, la Sra. W. de 28 años habló con su doble de 4 años, le ofreció apoyo, amor, comprensión, consuelo, y ánimos. (Considero esto una variante de la desensibilización y reestructuración cognitiva. Tiende a neutralizar los recuerdos de los pacientes de sus heridas del pasado y tiende a liberarles de las cadenas de las experiencias negativas de la infancia). Además, animé a la Sra. W. a utilizar la auto-conversación. Le aconsejé que cuando experimentase estos sentimientos de abandono, respirara hondo, luego sacara el aire a poco a poco, relájandose y repitiéndose a sí misma una y otra vez: “no tengo 4 años. Soy una persona adulta. Puedo y me siento segura.” Pidiéndole que se mantuviera erguida al decir estas palabras y sintiendo su poder y madurez. Un terapeuta psicodinámico hubiera tratado a la Sra. W. de forma diferente.

Tampoco practiqué la terapia Gestalt ni el psicodrama al utilizar la técnica de la silla vacía porque tanto mi razonamiento para hacerlo y la manera cómo lo llevé a cabo difiere de forma significativa de su intención y formato original. Así y todo, al discutir estas estrategias clínicas con algunos colegas, éstos todavía afirmarían que soy un “analista de tapadillo” o que he utilizado la “terapia Gestalt”. Lo que hice fue pedir prestadas algunas de las técnicas a diferentes disciplinas, incorporarlas en mi sistema teórico, y al hacerlo, cambiarlas en algo diferente de la forma en que se habían concebido y aplicado en su paradigma original (Lazarus & Messer, 1991).

Uno de los mayores conceptos erróneos

Una de las frases más típicas de los integracionistas es “yo utilizo la psicoterapia psicodinámica con algunos pacientes, la terapia conductual con otros, o puede que ambas con el mismo paciente en estadios diferentes.” Rhoads (1984) y Wachtel (1977, 1991) ejemplifican esta posición. Sin embargo, desde mi punto de vista, han mezclado elementos fenotípicos y han pasado por alto las diferencias genotípicas que son la base de estas dos orientaciones completamente diferentes. En este nivel

primario y genotípico, ¿cómo es posible mezclar dos sistemas que se basan en hipótesis completamente diferentes sobre el sentido, los orígenes, el desarrollo, el mantenimiento, la significación y el manejo de los problemas? De forma estricta, es imposible conseguir una verdadera combinación psicodinámica-conductual básica (ver Franks, 1984), pero veamos cómo se han *con-fundido* algunas de las ideas en la práctica. (De nuevo, es necesario enfatizar que se pueden utilizar *técnicas* de diferentes escuelas y a la vez ser coherente con la teoría -ver Dryden, 1987).

Uno de mis pacientes, que sufría un trastorno de ansiedad generalizada, se planteaba la pureza de sus motivos tras una asociación de negocios que le proporcionó grandes ingresos a expensas de su socio. Describió sueños en los que su socio le atacaba tanto en persona como contrataba otras personas para que le infligieran algún daño físico. Sus asociaciones con estos sueños reforzaban su creencia de que su socio había, de hecho, siempre sido un antagonista para él. Negó tener cualquier sentimiento de culpabilidad y procedió a racionalizar que, a causa de la supuesta hostilidad de su socio, él no había hecho nada inadecuado. Después de reflexionar algo más, recordó varias emociones que había experimentado cuando era niño. Pudo recordar perfectamente cómo su hermano mayor le había intimidado y se había aprovechado de él, y posteriormente trazó un paralelo entre su hermano y su socio. “Nunca me di cuenta hasta ahora de cuánto Charles (su socio) me recuerda a Harold (mi hermano).” Más tarde, se atrevió a sugerir que quizás se vengó de Harold perjudicando a Charles -”su doble físico.”

En el párrafo anterior se ha aludido a varios procesos terapéuticos que sirven para conseguir información de la cual el paciente no era consciente y que le permitió hacer algunas conexiones importantes entre los sentimientos pasados y presentes. De esta forma el paciente consiguió superar algunas de las racionalizaciones y negaciones y empezó a comprender algunos de los motivos posibles detrás de su comportamiento. ¿Estaba haciendo terapia psicodinámica? En mi opinión, no. Lo que estaba haciendo, para utilizar un término mejor, era *psicología aplicada*. Aplicar métodos que conllevan algún parecido con los procedimientos psicodinámicos no significa que se esté “haciendo psicoterapia psicodinámica”. Cuando uno reconoce y trata ciertas reacciones defensivas, e indaga o hurga a diferentes niveles de consciencia (procesos no-conscientes), no es necesario complicar la situación recurriendo a, u operando desde una perspectiva psicodinámica. Los conceptos como “procesos no-conscientes” y “reacciones defensivas” están bien documentados, de forma diferente al contexto psicodinámico, en áreas de la psicología experimental y social (Lazarus, 1989). Estos difieren en la forma en que los teóricos psicodinámicos suscriben las teorías específicas de la motivación inconsciente. Por ejemplo, en el caso mencionado anteriormente, una explicación psicodinámica completa de la rivalidad fraternal del paciente se basaría sin lugar a dudas, en conceptos hipotéticos de “relaciones objetales”, “desarrollo del ego”, etcétera. Los teóricos psicodinámicos harían muchas otras inferencias e interpretaciones que van

más allá del sistema teórico de aprendizaje social y cognitivo que practico. Y de esta forma, adoptarían nociones que no se pueden verificar o refutar científicamente.

Lo que intento enfatizar es que no se tiene que recurrir a ninguna teoría psicoanalítica o psicodinámica a la hora de reconocer que hay más cosas que las que los ojos pueden ver, cuando leemos entre líneas, o cuando descubrimos los significados escondidos o hechos simbólicos. Uno de mis colegas explicó que estaba tratando a un homosexual que estaba obsesionado con la posibilidad de contraer el SIDA. “Para ser psicodinámico” dijo “me pregunto si su miedo al SIDA es realmente miedo a ser homosexual.” ¿Por qué es esto ser psicodinámico? En términos de “generalización de estímulos” y de “diferencial semántico,” se puede postular una jerarquía de miedos primarios y secundarios (Osgood, 1953). Efectivamente, al discutir la cuestión con mi colega, éste afirmó enfáticamente que rechazaba los tres enfoques psicodinámicos más influyentes -estructural, psicología del yo y teoría de las relaciones objetales. Así pues, “¿cómo podía ser psicodinámico?”. Tal como mencioné anteriormente, se puede hacer referencia a niveles de consciencia, procesos no conscientes, y reacciones defensivas sin recurrir a explicaciones “psicodinámicas”. Referirse a cualquier forma de hacer psicología “siendo psicodinámico” solo complica la cuestión. Un artículo de Scaturro (1994) constituye una oportunidad perfecta para ilustrar esta afirmación.

Para tratar un trastorno de pánico y agorafobia, Scaturro propone una combinación de procedimientos cognitivo-conductuales y terapia psicoanalítica. Comienza con métodos conductuales básicos tales como el entreno de la relajación, la respiración diafragmática, la exposición, y la reestructuración cognitiva, y luego afirma que, “mi propio trabajo clínico con los pacientes que presentan trastornos de pánico me ha llevado a creer que el miedo a la separación y el abandono son las primeras causas de la ansiedad de estos pacientes” (p. 260). (¿Es esto válido para todos los pacientes que presentan trastornos de pánico, o sólo se puede aplicar a un pequeño porcentaje?) Sin embargo estoy completamente en desacuerdo con la opinión de Scaturro de que el trastorno de pánico, y en realidad todos los problemas, “están fuertemente relacionados con los orígenes psicodinámicos” (p. 256). En mi opinión, una teoría de aprendizaje cognitivo-social explica un trastorno de pánico y cualquier otro problema psicológico sin recurrir a nociones sacadas de la teoría de relaciones objetales o cualquier otra perspectiva psicodinámica.

Debido a estos supuestos psicoanalíticos básicos, Scaturro, después de tratar el trastorno de pánico conductualmente, cree que es necesario que los pacientes entiendan los antecedentes históricos. Esta es la desviación o el sesgo. Pero asumamos que ha probado que la terapia conductual *más* una psicoterapia exploratoria producen resultados más duraderos. ¿Por qué debería ser entonces la “exploración” necesariamente “psicodinámica?” En mi relato de la Sra. W. la evaluación no psicodinámica reveló factores históricos importantes (incluyendo la angustia a la separación a la edad de 4 años). ¿Estaba este “miedo a la separación” relacionado

con sus ataques de pánico? Y ¿sería este, tal como Scaturio alegaría, “la cuestión interpersonal central de sus síntomas de pánico”? (p. 260). Desde mi punto de vista, no. Sin embargo, en su caso, ya que la exploración multimodal (no psicoanalítica) reveló un hecho de “miedo a la separación”, este miedo se trató y resolvió aparentemente a través de viajar en el tiempo y de auto-afirmarse positivamente (y no se trató de forma psicodinámica).

Scaturio ofrece un caso en el que pretende mostrar su combinación dinámico-conductual. La Sra. A. (que no había respondido previamente a la terapia psicoanalítica) se parece al caso de la Sra. W. Nuestros tratamientos respectivos coincidieron en varios puntos, y no detecté nada que denominaría “psicoanalítico” en el informe de Scaturio. Sin embargo, insiste en que consiguió un “sinergismo entre las intervenciones conductuales y psicodinámicas” (p. 269). Es esta propensión a denominar cualquier forma de investigación en el pasado como “psicoanalítico” o “psicodinámico”, y dar esta misma etiqueta a cualquier tipo de comprensión o autocomprensión, lo que complica las cosas y lleva al intento inútil de mezclar dos paradigmas totalmente incompatibles. Tal como he afirmado durante muchos años (Lazarus, 1976, 1989, 1992), una evaluación multimodal que examina los comportamientos del cliente, las reacciones afectivas, las sensaciones, las imágenes, las cogniciones, las relaciones interpersonales, los procesos biológicos, revela una matriz de problemas diferenciados e interrelacionados -tanto intrapersonales como contextuales- que facilita una amplia variedad de cuestiones a destacar. Pero la base esencial de las operaciones permanece en el sistema de una teoría cognitivo-social (Bandura, 1986) sin recurrir a nociones de ningún otro sistema teórico (pero con la libertad de importar técnicas eficaces si así se desea).

¿Qué se puede integrar?

Esta tarde tengo tres pacientes -uno a las dos, otro a las tres, y el tercero a las cuatro. Cuando visito al primero hablo poco. Este se extiende en explicar los recuerdos de su infancia mientras le escucho atentamente. Ocasionalmente, puede que formule alguna cuestión como -“¿Te enfadaste en aquel momento?” o “¿Ves alguna conexión entre este hecho y la forma con la que intentas protegerte de las críticas?” De vez en cuando hago algún comentario o comparto alguna observación. (No hago interpretaciones -tu haces o sientes “x” porque “y” -las interpretaciones de por qué me parecen muy presuntuosas.) Por eso, puede ser que diga, “me parece que tu inseguridad sexual está posiblemente relacionada con este recuerdo de la adolescencia” o “no estoy tan seguro de que tu madre quisiera que creyeras esto.” Mis comentarios están abiertos a cualquier discusión -si el cliente está en desacuerdo conmigo, no significa que esté resistiéndose. Hay una clara diferencia entre las interpretaciones psicodinámicas y las sugerencias interpretativas conductuales. Pero si alguien que no supiera nada respecto a mi orientación viera una cinta de video de esta sesión, probablemente concluiría que soy un analista, o seguramente

un psicoterapeuta psicodinámico.

Contrariamente, con mi cliente de las tres adopto una posición mucho más activa y de debate, analizando enérgicamente las creencias disfuncionales, y a menudo recurriendo a alguna forma de diálogo socrático. Un observador concluiría que soy algún tipo de “terapeuta cognitivo”.

La cliente de las cuatro está centrada en el ensayo de dos acontecimientos futuros importantes en su vida -el discurso en una ceremonia de entrega anual de premios como ganadora del premio al diseñador más creativo, y cómo enfrentarse a su madre de una manera positiva, en vez de hacerlo tímidamente o agresivamente, respecto a un altercado todavía no resuelto. El juego de roles y las técnicas de aprendizaje de habilidades sociales me situarían claramente en el área conductual.

Lo que quiero destacar es que no practiqué la terapia psicodinámica a las dos, ni la terapia cognitiva a la tres, ni la terapia conductual a las cuatro. Lo que hice fue emplear *técnicas* de escucha y reflexión a las dos, *técnicas* de reestructuración cognitiva a las tres, y *técnicas* de ensayo conductual a las cuatro. Las técnicas que escogí iban de acuerdo con mi percepción de las necesidades y expectativas del cliente, además de probar que de mis diferentes modos de ayuda emanaban buenos resultados. Como ecléctico técnico, puedo utilizar técnicas operativas o técnicas psicodinámicas sin adscribirme a las teorías que dan lugar a estos métodos que empleo. No integro ninguna perspectiva *teórica*, sino que, según mi opinión, lo que hago es operar desde un sistema de aprendizaje cognitivo social amplio.

Durante muchos años he enfatizado que la combinación de diferentes teorías sólo puede dar lugar a una gran confusión. Muchas de las ideas que parecen compatibles, después de evaluarlas más de cerca, resultan incompatibles. Además, no conozco ningún caso en el que la combinación de diferentes teorías haya dado lugar a una técnica más poderosa. Pero sí conozco casos en los que la selección de *técnicas* de diferentes disciplinas ha enriquecido los recursos del terapeuta. (Cualquiera que desee apreciar el alcance de la *heterogeneidad* que rige en el campo de la integración de la psicoterapia puede leer Norcross y Goldfried, 1992).

Pero el término integración no tiene que referirse únicamente a los intentos de fusión teórica. Se puede afirmar que, para algunos pacientes, la integración de terapia individual o de grupo puede ser beneficiosa. Para otros, la integración de terapia psicosocial y terapia con psicofármacos puede ser más indicada. Si los llamados integracionistas se centran en la aplicación de diferentes *combinaciones de tratamientos*, es probable que se consiga un progreso. Esto puede dirigir la atención hacia los procesos y factores que facilitan genuinamente el cambio terapéutico -emparejar la selección apropiada de *técnicas* con diferentes *estilos de relaciones* (Beutler y Clarkin, 1990; Lazarus, 1993a). Tal como ha señalado Wolpe (1994, comunicación personal) “La cuestión importante no es la teoría en la cual se cree, sino qué garantía empírica existe de la eficacia de un comportamiento psicoterapéutico particular.”

Breve comentario sobre los factores comunes

Tal como Arkowitz (1989) y Norcross y Newman (1992) han señalado, hay *tres caminos hacia la integración* -el eclecticismo técnico, la integración teórica, y los factores comunes. Como he dicho antes, estoy a favor del eclecticismo técnico pero tengo poca confianza en la integración teórica. Ya que también tengo algunas dudas sobre la perspectiva de los factores comunes, para completar el cuadro, haré algunos comentarios acerca de éstos últimos.

La perspectiva de los factores comunes intenta determinar los ingredientes centrales compartidos por varias terapias. Se ha prestado bastante atención a la identificación de los temas comunes o unificantes entre sistemas de psicoterapia dispares. Los principales proponentes de este enfoque (por ejemplo, Beitman, 1987; Frank, 1982; Garfield, 1992; Goldfried, 1982) han identificado varios procesos de curación -es decir, incremento de la autoeficacia, moralización, experiencias emocionales correctoras, varias formas de feedback, o el poder de la alianza terapéutica.

Al intentar identificar los factores comunes puede ser de alguna utilidad el descubrimiento de los *ingredientes activos* que han proporcionado los buenos resultados. Asumamos, por ejemplo, que Frank (1982) ha identificado correctamente la *moralización* como la base para todos los resultados psicoterapéuticos con éxito. La cuestión sin embargo permanece: ¿Cuál es la mejor forma de conseguir este valioso resultado? Así pues, mi tesis es que los factores comunes *per se* no nos aportan mucha información. Todavía nos hace falta una investigación sistemática de las similitudes cruciales y las diferencias esenciales.

La cuestión primordial, para mí, es cómo evaluar la experiencia clínica y proponer nuevas formas para poder explicar o tratar el sufrimiento humano. Nuland (1994) recomienda lo siguiente: "(1) observaciones meticulosas y personales de una enfermedad o estado disfuncional; (2) revisión imparcial de todas las publicaciones que tratan el problema en cuestión; (3) atención escrupulosa a cada fragmento de la evidencia clínica, tanto si es de ayuda para las hipótesis en desarrollo del observador como no; y (4) el compromiso de no especular más allá de lo que se puede justificar con los datos acumulados y sus implicaciones sostenibles" (p. 4). Muchos investigadores entusiastas y practicantes conducen sus investigación de una forma muy ingenua y prescinden con demasiada facilidad de las restricciones que regulan la evaluación objetiva de la evidencia. ¡Una integración prematura podría llevar a una desintegración clínica!

Considero que el principio regulador de una terapia eficaz puede consistir en una ligera modificación de la fórmula de Gordon Paul (1967): *¿Qué* tratamiento, *por quién*, es más eficaz para *este* individuo, con *estos* problemas específicos, y bajo *qué* conjunto de circunstancias? Es imposible respaldar esta afirmación y permanecer dentro de los límites de una determinada escuela de pensamiento. Una atenta consideración sobre qué es lo mejor para este individuo (o para estos individuos, en

el caso de parejas, familias, o grupos) nos debería liberar de las cadenas de nuestra formación y supersticiones y debería permitirnos ser de gran utilidad para todas las personas que nos piden ayuda.

Una postura ecléctica sólo se garantiza cuando no hay elección posible de tratamientos bien documentados sobre un trastorno particular, o cuando estos métodos establecidos no consiguen los resultados deseados. Pero se debe ir con mucho cuidado cuando se va en busca de métodos eficaces potenciales que todavía no se han probado científicamente. Es muy fácil confundir observaciones con teorías y confundir las cosas cuando se adoptan nociones superfluas. Aplicar ciertos procedimientos que utilizan los clínicos psicodinámicos, o recurrir a las técnicas típicamente utilizadas por los terapeutas de la Gestalt, no significa "hacer terapia psicodinámica" o adoptar la terapia Gestalt per se. No hay ningún ejemplo en el que la combinación de diferentes teorías haya derivado en una técnica más poderosa, pero sí existen numerosos casos en los que las técnicas provenientes de diferentes disciplinas han enriquecido los recursos del clínico. Un breve ejemplo de una mujer agorafóbica que fue tratada con terapia ecléctica nos ayuda a poner de relieve los pros, contras y peligros del eclecticismo y la integración.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Nota editorial

Este artículo apareció con el título "Different Types of Eclecticism and Integration: Let's Be Aware of the Dangers" en *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 5, No 1, pp. 27-39, 1995. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas.

- ARKOWITZ, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BARLOW, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- BARLOW, D.H. (1993). Implications of clinical research for psychotherapy integration in the treatment of the anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 297-311.
- BEITMAN, B.D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- BEULER, L.E. & CLARKIN, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- CARTER, M.M., TURLOVSKY, J. & BARLOW, D.H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 25-34.

- DRYDEN, W. (1987). Theoretically consistent eclecticism: humanizing a computer "addict". In J.C. Norcross (Ed.), *Casebook of eclectic psychotherapy* (pp. 221-237). New York: Brunner/Mazel.
- FRANK, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series: Vol 1. Psychotherapy research and behavior change* (pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- FRANKS, C.M. (1984). On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy: therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 223-247). New York: Plenum Press.
- FREUD, S. (1919). Turnings in the ways of psychoanalytic therapy. *Collected Papers* (Vol. 2) London: Hogarth.
- GARFIELD, S.L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factor approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). New York: Basic Books.
- GOLDFRIED, M.R. (Ed.) (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- LAMBERT, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- LAZARUS, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- LAZARUS, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- LAZARUS, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- LAZARUS, A.A. (1991). A plague on Little Hans and Little Albert. *Psychotherapy*, 28, 444-447.
- LAZARUS, A.A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231-263). New York: Basic Books.
- LAZARUS, A.A. (1993a). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, 404-407.
- LAZARUS, A.A. (1993b). Theory, subjectivity and bias: Can there be a future? *Psychotherapy*, 30, 674-677.
- LAZARUS, A.A. & LAZARUS, C.N. (1991). *Multimodal Life History Inventory*. Champaign, IL: Research Press.
- LAZARUS, A.A. & MESSER, S.B. (1991). Does the chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 143-158.
- LAZARUS, A.A., BEUTLER, L.E. & NORCROSS, J.C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29, 11-20.
- LAZARUS, A.A. & BEUTLER, L.E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development*, 71, 381-385.
- NORCROSS, J.C. & GOLDFRIED, M.R. (Eds.) (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- NORCROSS, J.C. & NEWMAN, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychoterapy integration* (pp. 3-45). New York: Basic Books.
- NULAND, S.B. (1994). The pill of the pills. *The New York Review of Books*, 51, 4-8.
- OSGOOD (1953). *Method end theory in experimental psychology*. London: Oxford University Press.
- PAUL, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- RHOADS, J.M. (1984). Relationship between psychodynamic and behavior therapies. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 195-211). New York: Plenum Press.
- SCATURRO, D.J. (1994). Integrative psychotherapy for panic disorder and agoraphobia in clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 253-272.
- SHERVIN, H. & DICKMAN, S. (1980). The psychological unconscious: A necessary assumption for all psychological theory? *American Psychologist*, 35, 421-434.
- STRUPP, H.H. & HADLEY, S.W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration*. New York: Basic Books.
- WACHTEL, P.L. (1991). From eclecticism to synthesis: Toward a more seamless psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 43-54.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Standford University Press.
- WOLPE, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon Press.