

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.2 - 2014

Pertinencia de la Terapia Integradora con modalidad Breve y Grupal en Cuba **Appropriateness of the Integrative Therapy with Temporary Modality and Group in Cuba**

MSc. Irma González Salanueva

Máster en Psicología clínica. Profesora Instructora. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: Son cada vez más difíciles las exigencias prácticas a las que son convocados los profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud en Cuba. Por ello se ven obligados a buscar estrategias de intervención mucho más complejas que las que implican el uso de una corriente o modelo psicoterapéutico en sí.

Objetivo: Analizar la pertinencia de la Terapia integradora con modalidad Breve y Grupal en el contexto de la Salud Pública en Cuba.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, utilizando fundamentalmente, la estrategia de intercambio con especialistas que trabajan el tema en cuestión. Para ello se efectuó una revisión crítica de algunos supuestos tanto teóricos como prácticos de estas modalidades de intervención, identificando limitaciones y bondades de aplicación de sus procedimientos a las nuevas condiciones sociales, institucionales y heterogénea población que asiste a nuestros servicios.

Conclusión: Los intentos de los especialistas por responder a las particularidades de las demandas de orientación y atención psicológica en nuestro país, han dado lugar a que se utilicen cada vez más estas modalidades, pues brindan la posibilidad de abarcar a un mayor número de pacientes en la asistencia con diversidad de problemáticas y trastornos.

Palabras clave: Terapia integradora, Terapia Grupal, Terapia Breve, Salud Pública en Cuba.

ABSTRACT

Introduction: Every day become more difficult the practical demands of the Clinic Psychology and Health area's professionals. Due to this fact, these professionals are obligated to look for intervention strategies more complex that imply the use of a psychotherapeutic model in it self.

Objective: To analyze the appropriateness of the Integrated Therapy with Temporary Modality and Group in Cuba.

Methods: A deep bibliographic search was done mainly based on the exchange strategy with specialists that work with this theme. A deep review of some theorist and practical referents of these intervention modalities were done and limitations and kindness of application of these

procedures to the new social -institutional conditions and to the heterogenic population that comes to our services were identify.

Conclusion: The intentions of the specialists to answer to the particularities of the demands on orientation and psychological care in our country have given place to the increment of the use of these modalities because they bring the opportunity to cover a great number of patients on consultation with a diversity of problems and disorders.

Key words: Integrated therapy, Group Therapy, Temporary therapy, public health in Cuba.

INTRODUCCIÓN

El perfeccionamiento de los sistemas de salud pública y el énfasis en la atención primaria de salud; con la consideración de la necesidad de una atención integral, (consideración del sujeto como una unidad biopsicosocial), han hecho que cada vez más un número de especialistas de la salud mental y otros, reclamen la presencia de los servicios psicoterapéuticos en las distintas instancias en las cuales se brindan servicios de salud a la población. (Zaldívar D, Vega R, Roca M. 2004, p.299).¹

Sin embargo este logro supone un gran reto, en tanto para responder a la demanda masiva a este servicio, tenemos que contar con muchos profesionales para integrarlos. Los cuales deben estar preparados además, para aplicar procedimientos y estrategias psicoterapéuticas que en su mayoría, encuentran su origen en el sector privado, o escenarios como centros de investigación y universidades, por lo que se requiere de gran habilidad para adecuarlos a nuestro escenario. Lo que supone la revisión crítica tanto de algunos supuestos teóricos como prácticos, para hacer factible la aplicación de muchos de estos procedimientos en las nuevas condiciones sociales institucionales y heterogéneas de la población que asiste a estos servicios públicos.

Estas son algunas de las razones prácticas que justifican el esfuerzo profesional hacia el uso de terapias integradoras en nuestro país. Son cada vez más difíciles las exigencias prácticas a las que somos convocados los profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, por lo que nos vemos obligados a buscar estrategias de intervención mucho más complejas que las que implican el uso de una corriente o modelo psicoterapéutico en sí.

El ejercicio de la psicoterapia en el sector público, supone la integración armónica de diversos recursos terapéuticos, superando las posturas tradicionales confrontativas del ejercicio privado; así como la participación en un equipo asistencial donde la psicoterapia sea un servicio más que se brinda a la población y cubra las demandas, no tradicionales, que se generan en el propio interior del sistema de salud, (asistencia a pacientes no psiquiátricos). La complejidad de los nuevos tiempos, con todos los retos que impone a los individuos en su adaptación a los múltiples cambios, y las serias implicaciones para el psiquismo humano, que en no pocas ocasiones encuentra sobrepasada su capacidad de afrontamiento y requiere de determinados apoyos psicoterapéuticos.¹

Son muy diversos los problemas por los cuales las personas acuden a los servicios psicológicos y son disímiles las diferencias entre estas, por lo que la flexibilidad y la apertura, son imprescindibles para poder brindar nuestros servicios, pues aunque algunos pacientes necesitan orientadores directivos buscando resolver problemas puntuales, otros se benefician más del trabajo menos estructurado y/o requieren cambios más profundos, incluso en sus sistemas de creencias. Por lo tanto, el terapeuta debe tener la capacidad de cambiar de estrategia según se requiera.

Es por eso que a partir de los años 60 aparece una tendencia a la integración en psicoterapia, favorecida según Roche (1999),² por las condiciones del desarrollo social, de la ciencia y la técnica.

Por otro lado, la demanda masiva, (en comparación con la del sector privado), en contraposición con la insuficiente formación y presencia de los recursos humanos y materiales necesarios que impide hacerle frente, pues se necesita de un número mayor de profesionales ampliamente

preparados para integrar y utilizar diversos recursos terapéuticos que se adecuen a las crecientes y diversas necesidades.

Estos mismos intentos por responder a las particularidades de las demandas de orientación y atención psicológica en nuestro país, han dado lugar a que se utilicen cada vez más, terapias integradoras con modalidades breves y grupales, pues estas brindan la posibilidad de abarcar a un mayor número de personas en la asistencia con diversidad de problemáticas y patologías. De este modo los psicoterapeutas aspiran a satisfacer expectativas del paciente en un tiempo prudente, previniendo el abandono o la deserción, mientras que hacen mejor uso de su disponibilidad temporal, la cual es también limitada comparada con las demandas de la población.

Es por ello que apoyándonos en el **método** de búsqueda bibliográfica exhaustiva y utilizando fundamentalmente la estrategia de intercambio con especialistas que trabajan el tema en cuestión, nos proponemos como **objetivo**: analizar la pertinencia de la Terapia integradora con modalidad Breve y Grupal en el contexto de la Salud Pública en Cuba. Para ellos hemos revisado principalmente aquellas publicaciones de reconocidos psicoterapeutas cubanos que han abordado la temática de pertinencia o no de cualquiera de estas tres modalidades de intervención terapéutica. También hemos revisado la literatura internacional sobre el tema, en especial aquella (citada en las referencias bibliográficas) que nos permitió distinguir las cualidades y limitaciones de estas modalidades de terapia y entre ellas reconocer aquellas útiles a nuestro contexto.

Terapia Breve: Particularidades útiles a nuestro contexto.

"En la actualidad el uso de las terapias breves, además de los aspectos de economía de tiempo se relaciona con el uso de estrategias que como las grupales, permiten dar respuesta a la demanda terapéutica de ciertos pacientes y a la necesidad asistencial de atender a una población numerosa".¹

Es un condicionante importante, el hecho de que los pacientes tengan una preocupación constante por la terminación del proceso, de una buena parte del alto, (en ocasiones verdaderamente muy alto), número de abandonos del proceso, cuando estos se extienden más allá de las 10 ó 12 sesiones. Las urgencias de la vida cotidiana son muchas y claramente perceptibles, de modo que a la hora de establecer prioridades la tendencia es a que ellas ocupen los primeros lugares. ³

...pudiéramos comprometernos con la idea de que un conjunto de procesos al interno de las praxis psicoterapéuticas, y el de cursar mismo de los procesos socioeconómicos, son propicios para, y demandan, una reconceptualización y modificación en la consideración del tiempo en psicoterapia, favoreciendo: una mayor accesibilidad y extensión de los servicios, el desarrollo de formas concretas de intervención acordes a las nuevas dimensiones temporales, la asunción de una comprensión más colaborativa de todos los constituyentes del proceso terapéutico, una delimitación más clara de los efectos, una menor artificialidad de la propia construcción de la situación terapéutica, y por último una mayor consideración de las demandas y exigencias que a la práctica del psicoterapeuta le vienen desde las condiciones objetivas de su contexto socioeconómico y sociocultural concretos.³

También denominada "Terapia Breve Basada en Soluciones" (TBS) (Solution Focused Brief Therapy, (SFBT), por sus siglas en inglés, es un tipo de psicoterapia que se basa en la filosofía del construccionismo social. Ella pertenece a una familia de enfoques conocidos como Terapias de Sistemas, que se han desarrollado en los últimos 50 años, primero en los Estados Unidos de América y posteriormente han evolucionado hacia todo el mundo.

El concepto fue descubierto independientemente por varios terapeutas en sus propias prácticas de varias décadas. Ha sido descrito por autores como Haley en la década de 1950 y se popularizó en los años 1960 y 1970. También se acredita a Richard Bandler, John Grinder y Stephen Lankton, al menos en parte, por la inspiración y la popularización de la Terapia Breve, en particular mediante su trabajo con Milton Erickson.

Como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras terapéuticas tradicionales, esto no significa que La Terapia Breve sea sencilla, es una probada metodología psicoterapéutica, que busca además desarrollar tratamientos psicoterapéuticos efectivos.

Implica tener la habilidad para seleccionar de cada escuela o teoría, sus aportes, recursos y estrategias para una mejor y más variada posibilidad, para la resolución de problemas o conflictos puntuales.

Comprende además cambiar el pensar lineal, (causa-efecto), a uno sistémico, (sistemas,

subsistemas y sus interacciones), al tratarse al individuo y su problema tomando en cuenta su contexto actual y sus interrelaciones.

Es una modalidad dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y las posibles soluciones, igual que se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones ajustadas a cada caso. Por lo tanto es un esquema totalmente interactivo en donde se complementan el terapeuta experto en técnicas de intervención terapéuticas y el paciente experto en su problemática.

Según refiere [Hoch](#),⁴ es una necesidad de conocer el ambiente inmediato del paciente, sobre todo para reconocer las redes significativas que podrían colaborar con el tratamiento, así como los recursos materiales existentes que contribuirían a mejorar la situación social y económica de éste, cuando el síntoma está relacionado con esta área.

[Masserman](#),⁵ es otro autor que hace referencia a la Terapia Breve y se refiere a ésta como un proceso en el cual se le ayuda a las personas a reestructurar su propio universo, su confianza en sí, en su prójimo y su sistema social, es decir, que la persona se haga un miembro útil y relativamente feliz dentro de la sociedad. Para ello, el o la terapeuta debe propiciar, no solo, que la persona vea en el proceso de terapia un contacto, una exploración y una reeducación para su propio bien, sino también la creación de un puente a las realidades físicas y sociales para que ésta pueda continuar viviendo en ellas como en su ambiente propio.

De este modo podríamos decir que el objetivo de esta terapia, es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y concepciones, modificando la forma en que se relaciona consigo mismo y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas, (aunque por supuesto se produce), sino en el cambio de patrones y esquemas.

Para acudir a este tipo de terapia no necesariamente tiene que existir una patología o trastorno específico, basta con una situación que el paciente identifique como problema.

Al comenzar el tratamiento es necesario definir claramente el problema que se desea solucionar, desglosándolo en términos de las conductas, interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuándo ocurre, en dónde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuándo es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. Pues la característica esencial, dada su limitada duración, es que esta forma de terapia se va a centrar específicamente en el motivo de la consulta.

Los objetivos de la terapia son delimitados entre el paciente y el terapeuta por mutuo acuerdo y sirven como guía para que la terapia no se eternice, lo que resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos.

No existe esquema fijo en cuanto a la duración, periodicidad y cantidad de sesiones. Pero la generalidad de los terapeutas ha desarrollado y desarrolla intervenciones de 45 minutos a una hora, una vez por semana y entre 8 y 24 encuentros.

Debido al tiempo destinado a la terapia y el abordaje del problema, el rol del terapeuta no debe ser pasivo sino más bien activo. Incluso en ocasiones se requiere de una intervención para dejar saber al paciente lo que debe y no debe hacerse, ya que en esta terapia no es posible esperar que la persona en crisis modifique su conducta automáticamente a través del proceso de tratamiento, pues esto requeriría de más tiempo.⁴

Se tiene en cuenta el pasado y la historia del individuo, pero hace hincapié en el presente y se orienta hacia el futuro, que es donde realmente este se va a desempeñar y donde se pueden aplicar los cambios necesarios.

Terapia Grupal: Particularidades útiles a nuestro contexto

Siguiendo esta misma línea de pensamiento refiriéndose a la pertinencia de la terapia grupal (Zaldívar et al., 2004, p.310)¹ plantean que: es considerada por la mayoría de los autores como la más conveniente para ser utilizada en el sector de la salud pública atendiendo a los siguientes aspectos:

- El tratamiento se acerca mucho más a las condiciones reales de la vida del paciente.
- Por factores de economía y productividad.
- Es la más conveniente para insertarse en el ambiente institucional por los aspectos vinculados con la grupalidad.
- Las ventajas que ofrece para la formación de terapeutas.
- Las posibilidades de utilización en el tratamiento de disímiles problemas.

Según Mckenzie,⁶ la literatura recoge que la Psicoterapia Grupal es bastante efectiva. Estudios de meta análisis de resultados indican que se ha encontrado un rango de 85 %, lo cual muestra que el promedio de personas tratadas en grupo es mejor en el 80 % que las que fueron tratadas de manera individual.

Según este mismo autor la evidencia indica que:

- El grupo de terapia ofrece ventajas únicas. El apoyo combinado de los factores terapéuticos tiende a ser más intenso en grupos que en la terapia individual.
- Los grupos ofrecen un amplio rango de oportunidades para modelaje conductual y aprendizaje vicariante.
- También la cohesión grupal y la aceptación son bastante superiores para la normalización del paciente, que es la alianza con el terapeuta.
- El proceso de aprendizaje psicológico es conducido en diferente estilo.
- La retroalimentación desde el grupo es generalmente más directa y más exacto que las sesiones individuales.
- Es conocido en una atmósfera social que es definitiva en las circunstancias normales de vida.

No resulta casual entonces el auge que en el presente siglo ha cobrado el empleo de los grupos, con finalidades terapéuticas y otros que si bien no tenían como objetivo principal el tratamiento de trastornos emocionales de sus participantes, sí incluían el desarrollo de ciertas habilidades, ya sea para el trabajo en grupo, las relaciones interpersonales, la adquisición de determinados conocimientos, el análisis y solución de determinada problemática y tareas investigativas entre otros.

Algunas de las características de los grupos que le ha ganado esta aceptabilidad a los fines antes mencionados son los siguientes:⁷

- La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
- La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho más que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y éstos no sólo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.
- El grupo no solo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.
- El grupo facilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.
- El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
- En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
- El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

Por otro lado, el grupo por sí mismo ofrece una serie de ventajas en la promoción de la calidad de vida y en la interacción de los miembros con la sociedad. Los grupos de ayuda mutua y de apoyo en concreto suponen una fuente de apoyo social para los miembros que participan de ellos. La incidencia de éstos en la relación, manifestada en los amplios criterios de admisión y en que la aceptación no depende del tiempo de permanencia, reduce el aislamiento de la persona incrementando el sentimiento psicológico de comunidad. El ser humano necesita del grupo para su supervivencia, de ahí que sean los grupos los promotores de la vida, en donde radica de

forma básica la cooperación, es decir, operar con el otro, brindando la ayuda para conseguir un recurso personal.

Es por eso que varios psicólogos y psiquiatras cubanos de renombre en alguna de las etapas de sus vidas profesionales optaron por esta modalidad de intervención. A continuación mencionaremos solo a algunos.

En la década de 1960, en nuestro país, Suárez Ramos comenzó esta actividad que aún se mantiene, realizando con resultados positivos en un modelo propio que aplica en el hospital de día, con grupos cerrados, denominada Psicoterapia Breve Centrada en la Solución de Problemas. Luego Alberto Clavijo, estructuró un modelo denominado Psicoterapia Concreta de Actitudes, expuesta en el libro "Crisis Familia y Psicoterapia", abordando tanto la teoría como la práctica de lo individual, grupal y familiar.

El Psicodrama de Moreno, lo trabajaron posterior al año 59, Leopoldo Araujo y Elsa Praderes, así como Mónica Sorín. Hoy en día se utiliza más que su forma clásica, las técnicas psicodramáticas en el contexto de otras modalidades, o sea de manera combinada con otras técnicas psicoterapéuticas.

Enrique Collado psicoanalista de formación, se dedicó al desarrollo de las comunidades terapéuticas, al igual que Armando Córdova, que dedicó parte de su vida profesional al surgimiento y desarrollo de los hospitales de día y las comunidades terapéuticas, concepción que se utilizó desde sus inicios como filosofía de trabajo, en todos los niveles de hospitalización. El estilo de Córdova en los hospitales de día y comunidades terapéuticas, se desarrolló con grupos mixtos sin centrarse en la personalidad, ni en objetivos profundos.

Otro renombrado es, Ricardo González quien se dedicó a la psicoterapia de psicóticos con terapias de conducta y posteriormente, al trabajo en grupos con pacientes alcohólicos. También en este campo del tratamiento psicoterapéutico de las adicciones tenemos a, María Ester Ortiz, Juan E. Sandoval y Mario Colli, quienes han trabajado también los grupos, integrando elementos de la corriente interactiva de Yalom y de la terapia transaccional de Berne.

En la actualidad el Dr. Dionisio Zaldívar utiliza mucho esta modalidad de terapia, aunque integra más de un enfoque psicoterapéutico. Sobre todo utilizando la psicoterapia para el desarrollo de competencias y habilidades sociales. Mientras que el reconocido psiquiatra y actualmente profesor consultante de la facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, René Vega Vega, por años en el Centro de Orientación y Atención Psicológica (COAP), Unidad Docente Asistencial anexa a esta facultad, ha desarrollado este modelo de intervención con niños y adolescentes con resultados muy positivos.

Criterios de Integración

Se estima que existen más de cuatrocientas escuelas de psicoterapia las cuales en su mayoría encuentran sus raíces en uno o más de los cinco modelos principales:

- **Modelo Psicoanalítico.**
- **Modelo Humanista.**
- **Modelo Conductual.**
- **Modelos Cognitivo Conductual.**
- **Modelo Sistémico.**

Se pueden pensar en una propuesta de intervención partiendo de alguno de ellos. Sin embargo más recientemente oímos hablar de: La Psicología Transpersonal, la Terapia de Realidad, la Terapia Narrativa, entre muchas otras. Por lo tanto la diversificación de teorías, estrategias y tipos de intervención es inmensa. Pero a pesar de esta multiplicidad, podemos vislumbrar puntos de convergencia. No sólo en sus técnicas, sino también, en los objetivos del tratamiento y en los estilos de relacionarse.

Es innegable que los enfoques surgen de un contexto cultural e histórico y de las exigencias y necesidades de la sociedad. Por lo tanto los nuevos enfoques se basan en los anteriores. Así se entretienen y por lo mismo a pesar de la increíble diferenciación, al final convergen en muchos aspectos. Entonces, no se puede valorar un nuevo enfoque, si no es a través de los que ya se conocen.

Estudios han demostrado que algunos enfoques son más eficientes para algunas situaciones o problemáticas.⁸ Así, las terapias cognitivo-conductuales, lo son para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la depresión, trastornos alimenticios, manejo del estrés; la Logoterapia

para individuos que atraviesan por una crisis de desarrollo o transicional en su vida y la Terapia Conductual, son excelentes para trabajar con problemas comportamentales en niños, disfunciones sexuales, fobias, etc.

Del mismo modo: las cada vez más complejas exigencias de la vida a la práctica profesional han provocado también un movimiento en ascenso hacia la búsqueda de estrategias interventivas más complejas que permitan abordar el cambio en toda su diversidad. Es en respuesta a estas exigencias que a partir de la década del setenta comienza a expresarse una tendencia a la integración en psicoterapia, caracterizada a grandes rasgos, por la implementación de estrategias más complejas, enriquecidas por elementos como técnicas, estilos terapéuticos, etc., provenientes de más de un sistema psicológico.²

“No solamente las condiciones del desarrollo social más general, promovido por el desarrollo de la ciencia y la técnica, favorecen el crecimiento del movimiento integrativo; sino que las condiciones particulares, propias de cada país, expresiones singulares de este desarrollo social, también lo hacen posible”.²

Debido a la variedad de problemas por las cuales las personas buscan la ayuda de un profesional y las diferencias entre dichas personas en cuanto a etapa de desarrollo, cultura, clase social y particularidades de la personalidad, veremos que la flexibilidad y la apertura, son imprescindibles para poder brindar nuestros servicios. Como dijera Lazarus,⁹ es importante ser versátiles si deseamos ser eficientes trabajando con diversas problemáticas y diferentes poblaciones, ya que algunos pacientes, (cliente según el autor), necesitan orientadores formales y directivos, mientras otros se beneficiarían más del trabajo menos estructurado.

De la misma forma, algunas personas pueden estar buscando un apoyo a largo plazo como una forma de autodesarrollo, autoconocimiento y trabajo personal profundo, mientras otras, tal vez deseen una intervención puntual con un objetivo específico. Por lo tanto un mismo paciente, (cliente según el autor), puede requerir diferentes técnicas o estilos interpersonales en distintos momentos de su vida. Así que resulta difícil poder decidir, que estilo o que postura se va a utilizar.

Si partimos de que “...el hombre es *una totalidad integral*, no la mecánica suma de instintos, inconsciente, aprendizaje, subjetividad, comportamientos, cogniciones...” pueden ser estos “...argumentos a favor de la integración en psicoterapia sin que ello signifique ni un vulgar eclecticismo ni la renuncia al compromiso con determinado modelo conceptual”.¹⁰

“Esto significa la adherencia a una posición o enfoque que hemos defendido como “enfoque integrativo” en psicoterapia y que como lo veo, consiste en la intención e intento de unificar varias posiciones que incluso pueden aparecer como antagónicas, en un todo coherente, valiéndonos de un marco conceptual que cumpla la función de darle sentido a los elementos que se integran y de lo cual debemos obtener un resultado totalmente nuevo”.¹¹

“Una integración como la que proponemos, supone desligar las técnicas y estrategias de sus marcos teóricos conceptuales originales sin dejar de reconocer su historicidad, es decir, el por qué y el para qué de las mismas y re conceptualizarlas a partir de su vinculación con un nuevo marco que sirva de referencia para la integración”.¹¹

“... lo anterior sólo es posible a partir de la negación dialéctica que, aprovechando los aspectos positivos de los aportes anteriores en toda la historia de la psicoterapia, permita una síntesis de este pensamiento que cristalice en algo superior...”⁷

Se reconoce también... intentos de integración en otros niveles: meta-teórico o epistemológico y teórico. El nivel epistemológico implica una toma de partido frente al conocimiento de la realidad, implica al modo en particular en que se accede a ese conocimiento y necesita el establecimiento de modelos lógicos que permitan explicar los datos del nivel de la praxis a partir de referentes meta-teóricos.

El nivel teórico por su parte implica la búsqueda de elementos comunes, presentes en los diferentes sistemas teóricos, acerca del funcionamiento psicológico del ser humano.²

Lazarus y Beutler,¹² mencionan que la propensión hacia el eclecticismo en el campo de la salud mental, ha rejuvenecido la propagación del conocimiento y la interdisciplinariedad, disminuyendo la adherencia rigurosa hacia una sola escuela de pensamiento, promoviendo a la vez la flexibilidad. En este sentido es importante resaltar que una teoría, no es una verdad absoluta, sino una manera de comprender, por lo tanto es relevante conocer y estar abiertos a diversas teorías, para de esta manera, ampliar nuestra visión y nuestro entendimiento de las personas y de sus situaciones.

A pesar de que se han utilizado varias calificaciones a este movimiento, integración, eclecticismo, rapprochement, convergencia, prescripciónismo, pluralismo, sus objetivos son

similares. La integración psicoterapéutica se determina, por la insatisfacción con las aproximaciones de diferentes modelos y una derivación a mirar más allá de sus límites, para ver qué se puede entender de las otras vías o concepciones acerca de la psicoterapia y el cambio en el paciente.

En las últimas décadas, principalmente a partir de los años 80, cada vez más terapeutas tienden a trabajar de manera ecléctica, como concuerdan Murphy,¹³ Gladding,¹⁴ D'Andrea y Daniela,¹⁵ Lazarus y Beutler,¹² Hollanders,¹⁶ Hackney,¹⁷ Corey,¹⁸ Petrocelli,¹⁹ Guterman y Rudes,²⁰ ya que difícilmente se encuentra una teoría o técnica que pueda comprender lo complejo de una problemática, por lo que se requieren varias aproximaciones, conociendo sus baluartes y limitaciones, para entender y abordar las situaciones de una manera más íntegra.

Por lo tanto... "No hay duda de que el interés en el movimiento de integración en psicoterapia seguirá aumentando. La razón de dicho crecimiento reside en los dos principales objetivos del movimiento: 1) lograr una comprensión más global de los procesos de cambio. 2) proporcionarnos procedimientos de intervención más efectivos".²¹

Del mismo modo que existen criterios en cuanto a la integración de corrientes y estrategias, también los hay en cuanto a las formas de integrar las teorías y/o las técnicas. Existen por lo tanto múltiples modelos para integrar las corrientes terapéuticas, sus estrategias y técnicas. Sin embargo podemos agruparlos de la siguiente forma:

- **Integración teórica:** unifican criterios, tomando en cuenta lo más importante de las principales teorías. Estos modelos consisten básicamente en la alianza de dos o más psicoterapias, con el propósito de que el resultado de su fusión, sea mejor que cada una de ellas individualmente.^{18,22} Se busca la integración de lo mejor de cada enfoque, ponderando la unión de los conceptos teóricos, también se emplean sus técnicas. Feixas y Botella,²² explican además, como el postmodernismo es viable como un marco conceptual para la exploración de la integración de psicoterapias, ya que desde este punto de vista, el conocimiento se construye y es de naturaleza narrativa. De este modo, aun cuando las teorías sean incompatibles, se piensa que no hay una sola realidad objetiva, sino la realidad del observador, así las diferentes teorías se convierten en narrativas explicativas de los fenómenos, en lugar de verdades absolutas.
- **Eclecticismo técnico:** surge en contraposición con el anterior ya que sustenta que no se pueden integrar teorías con principios antagónicos pues esta combinación de teorías, puede generar confusión en los orientadores y psicoterapeutas, sino que se debe de hacer una selección sistemática de técnicas y abordajes en dependencia de las problemáticas y de las características del paciente, (cliente para el autor), incluso pudiendo desligarlas de las teorías que las crearon. (Lazarus y Beutler, 1993).¹²

Proponen la evaluación multimodal para elegir estrategias, la cual se basa en el B.A.S.I.C.I.D., en donde B se refiere a los comportamientos, A a los afectos, S a las sensaciones, I a la imaginación, C a las cogniciones, I a lo interpersonal y D a los medicamentos, sustancias y biología, lo anterior proviniendo de las iniciales en inglés en cada uno de los módulos. De esta forma, al valorar todas estas áreas y las problemáticas que se presentan en cada una de ellas, se eligen las intervenciones más pertinentes.

Por su parte, Nelson (2002)⁸ retoma el eclecticismo técnico de Lazarus y Beutler (1993),¹² proponiendo un modelo para seleccionar estrategias, basado en una evaluación exhaustiva de los problemas del paciente, (cliente para el autor), que toma en cuenta su salud mental, sus metas terapéuticas, la complejidad del problema y la capacidad y deseo de introspección. De esta forma, concluye que las intervenciones conductuales son más apropiadas para problemáticas de menor complejidad o cuando la capacidad o deseo de introspección es bajo y por otra parte, que las intervenciones basadas en la introspección, (psicoanalíticas o humanistas), son más apropiadas para problemáticas más complejas o cuando la capacidad o deseo de introspección, son elevadas.

- **Modelos integrativos/eclécticos:** se contempla que se deben de integrar tanto las técnicas como las teorías de donde derivan.^{16,19,20} Es imposible aislar a las teorías de sus técnicas y viceversa. Un representante de este tercer grupo es el Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente Trans-Theoretical Model (TTM), que representa,

según Petrocelli,¹⁹ un modelo procedente empíricamente, que propone estadios de cambio, tomando en cuenta varios aspectos de la orientación psicológica, sin aislar la práctica de la teoría. De manera interesante, dicho modelo también toma en cuenta las fases de cambio y tendencias naturales por las cuales atraviesa una persona que no asiste a terapia.

Otro ejemplo de este tercer grupo, es el que plantean Guterman y Rudes (2005)²⁰, al proponer el enfoque de la Terapia Narrativa desarrollado en el Dulwich Centre de Australia por White y Epston, como un marco o un eje a seguir, integrando distintas aproximaciones y estrategias de una manera sistemática.

La Terapia Narrativa, derivado de las ideas posmodernistas, destaca el trabajo colaborativo y entiende la experiencia humana, como una construcción social basada en el lenguaje y en la forma en la que comunicamos nuestra historia de vida a otros.

CONCLUSIONES

Hollanders,¹⁶ destaca que la gran diversidad de enfoques que existe en el campo psicoterapéutico y de la orientación puede verse como un problema que genera confusión por peligro de perdernos entre tantas teorías, o bien, como una fuente de riqueza y de conocimiento a nuestra disposición con su respectiva implicación de la gran oportunidad de enriquecernos y beneficiarnos de la inclusión.

Si un terapeuta no es lo suficientemente capaz para cambiar de estrategia cuando así se requiere y mantiene una visión dogmática, probablemente experimente la frustración y el fracaso.²³

No debemos negar que exista un riesgo en esta integración, si la pone en práctica una persona sin bases sólidas de formación. Ya que según reconoce Corey (2001)¹⁸, si lo que se busca es recargarse en las técnicas específicas de cierto enfoque, se cae en el riesgo de mecanizar las sesiones, ya que el uso de las diversas técnicas, debe enraizarse en el proceso y el fluir de la relación terapéutica, no forzarlas al paciente, por una propia necesidad del orientador de sentirse eficaz o de ser reconocido.

Por lo tanto la práctica ecléctica y la toma de decisiones dentro de la misma, deben estar guiada por la investigación.^{12,16,20}

Es imprescindible mantenerse actualizado en lo que reporta la investigación acerca de la efectividad de diversos tratamientos para determinadas poblaciones y problemáticas, para de esta manera tomar decisiones pertinentes en cuanto al curso a seguir.

Es mucho más sencillo acogerse a una sola corriente de pensar y de practicar, que saber cuándo, cómo y por qué aplicar diferentes enfoques y/o técnicas. Coincidiendo, con Hollanders (1999)¹⁶ y Corey (2001)¹⁸, el formar un estilo propio de trabajo, es un proceso y una tarea de toda la vida, ya que al igual que nuestros clientes, los terapeutas no somos estáticos, sino que en el camino vamos aprendiendo y enriqueciéndonos como personas y como orientadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaldívar D, Vega R, Roca M. Psicoterapia General. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004.
2. Roche O. La integración en psicoterapia: algunas reflexiones desde la perspectiva histórica del desarrollo de la ciencia psicológica. Rev Cub Psgría. 1999; 16(1): 625-40.
3. Calviño M. Premuras y corduras en psicoterapia. Rev Cub Psgría. 1998; 15(1): 3-20.
4. Hoch P. Psicoterapia Breve frente a psicoterapia prolongada. España: Editorial Gredos; 1968.

5. Masserman J. Raíces histórico-comparativas y experimentales de la psicoterapia breve. España: Editorial Gredos; 1968.
6. McKenzie KR. Time-limited Group Psychotherapy [Internet]; 1990 [19 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8714548>
7. Zaldívar D. Teoría y práctica de la psicoterapia. La Habana: Editorial ENPES; 1991.
8. Nelson ML. An assessment-based model for counseling strategy selection. JCD. 2002; (80): 416-21.
9. Lazarus RS. Brief, comprehensive psychotherapy: The Multimodal Way. New York: Editorial Springer. 1997.
10. Roca MA. ¿Es legítima la Integración en Psicoterapia?,... Polemicemos un poco. [Ponencia] Universidad de Nuevo León Monterrey. 2007.
11. Zaldívar D. Alternativas en Psicoterapia. La Habana: Editorial Academia; 1998.
12. Lazarus RS, Beutler LE. On Technical Eclecticism. JCD. 1993; (71): 381-85.
13. Murphy K C. A Cognitive- Behavioral Approach to Client Anxiety, Anger, Depression, and Guilt. The Personnel and Guidance Journal, 1980; (59): 202-5.
14. Gladding ST. Counseling. A Comprehensive Profesión. Ohio: Merrill [Internet]. 1988 [20 ene 2011]. Disponible en: <http://www.wfu.edu/~stg/books/counseling.htm>
15. D`Andrea D. Group Pacing: A developmental eclectic approach to group work. JCD [Internet]. 1994 [citado 9 feb 2011]; 72(6): 585-90. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-676.1994.tb01686.x/abstract>
16. Hollanders H. Eclecticism and Integration in counselling: Implications for Training. BJGC. 1999; (27): 483-500.
17. Hackney H. Practice Issues for the beginning counselor. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon [Internet]. 2000 [20 ene 2011]. Disponible en: <http://www.semo.edu/president/images/Provost.pdf>
18. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 6th Ed. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning; 2001.
19. Petrocelli JV. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for general symptomatology: A meta-analysis. JSGW. 2002; (27): 92-115.
20. Guterman JT, Rudes J. A Narrative Approach to Strategic Eclecticism. JMHC [Internet], 2005 [citado 20 ene 2011]; (27): 1-12. Disponible en: http://www.arry.academia.edu/JeffreyGuterman/Papers/91405/A_narrative
21. Goldfried M. De la terapia cognitiva-conductual a la [psicoterapia](#) integración. Bilbao, España: D.D.B; 1995.
22. Feixas G, Botella L. Psychotherapy Integration. Reflections and Contributions from a Constructivist Epistemology. JPsi [Internet]. 2004 [citado 9 feb 2011]; (14): 192-222. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/journals/int/14/2/192/>
23. Gilliland BE, James RK, Bowman JT. Response to the Lazarus and Beutler Article "On Technical Eclecticism". JCD. 1994; (72): 554-5.

Recibido: 19 de abril de 2014
Aceptado: 15 de julio de 2014