

LA PSICOTERAPIA EN SU LABERINTO

PSYCHOTHERAPY IN ITS LABYRINTH

Héctor Fernández Álvarez

Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7781-1165>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-27.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.405>

Resumen

El artículo aborda el campo actual de la psicoterapia, sus fortalezas y sus debilidades. Lo hace a través de dos ejes: un recorrido histórico que permite observar el modo en que se fueron desagregando los componentes de la disciplina y un análisis de las circunstancias que favorecen y que amenazan su desarrollo. Las fortalezas se asocian con la eficiencia demostrada y la enorme versatilidad teórico-técnica. La amenaza se enfoca sobre los procedimientos pseudo-científicos y el exceso del consumo de los psicofármacos. El reconocimiento social y la diseminación que logró en algo más de 100 años, terminó generando un territorio sumamente fragmentado, en torno a 4 grandes enfoques teórico y varios centenares de abordajes terapéuticos. Esta fragmentación es una fuente de confusión y el mayor obstáculo para su desarrollo. La integración es el camino más razonable y necesario a recorrer para superar sus limitaciones. Se describen diversas situaciones que ilustran principios de integración ya conquistados y se exponen las tres guías fundamentales a seguir para su consolidación.

Palabras claves: modelos de psicoterapia, eficiencia terapéutica, integración en psicoterapia

Abstract

The article addresses the strengths and weakness of the current field of psychotherapy. Therefore, a historical journey is presented, which permits to analyze the evolution of the discipline as well as an analysis of the circumstances that favor and threaten its development. The identified strengths revolve around the demonstrated efficiency and the theoretical-technical versatility. The threat focuses on pseudo-scientific procedures and the excessive consumption of psychotropic drugs. The social recognition and dissemination that psychotherapy achieved throughout 100 years, ended up generating a highly fragmented territory, around 4 major theoretical approaches and several hundred of therapeutic approaches. This fragmentation is a source of confusion and the most significant obstacle to its development. Integration is the most reasonable and necessary way to overcome the limitations. A range of situations are described that illustrate principles of integration that have already been achieved, and three fundamental guidelines that can be followed in order to consolidate the path towards integration.

Keywords: psychotherapy models, therapeutic efficiency, psychotherapy integration modelos de psicoterapia, eficiencia terapéutica, integración.



La psicoterapia se encuentra atravesando un período de profunda transformación. En los últimos 50 años reunió una importante cantidad de pruebas empíricas de eficiencia, lo que le confiere el carácter de una disciplina basada en la evidencia. Esta definición no está exenta de controversias, pues, ¿de qué evidencia hablamos cuando hablamos de psicoterapia? y, ¿por qué no enfocar el reverso y buscar (además) las evidencias basadas en la práctica? En todo caso, es indiscutible que la andanada de estudios surgidos fundamentalmente en la academia y, en menor medida, en los centros asistenciales, cosechó una abundante cantidad de resultados (ECA, revisiones sistemáticas y metanálisis mediante) que atestiguan su eficacia y su efectividad. La psicoterapia funciona (Lambert, 2013).

Pero, por otro lado, se ve amenazada por varios frentes. Los más visibles son la sobre indicación de psicofármacos y la sobre oferta de procedimientos alternativos que merecen, en el mejor de los casos, la denominación de prácticas pseudocientíficas, cuando no de intervenciones dañinas. Comencemos por esta última.

Una potente amenaza que se cierne sobre la psicoterapia es, en buena medida, producto de su propio éxito. Los beneficios que la psicoterapia cosechó en los últimos tiempos dieron lugar a una creciente circulación de prácticas alternativas y pseudocientíficas que reúnen una gama de procedimientos tan variada como extraña. A ese conjunto pertenece un grupo muy heteróclito que oscila desde “terapias” de fundamentos inconsistentes e inefectivas hasta prácticas de sugestión, adivinatorias, esotéricas, ilusionistas, etc., que no dudan en autodenominarse “terapias” y que generan confusión respecto del servicio que prestan. En ese lote encontramos procedimientos que oscilan desde inocuos e irrelevantes hasta otros que tienen un efecto francamente perjudicial. Los usuarios de estas prácticas son legión y muchos de ellos refieren sentirse ayudados, proclamando efectos favorables en su vida diaria (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman, 2014). Vale la pena señalar que este fenómeno no está restringido a la población adulta, también incluye prácticas con niños y adolescentes (Hupp, 2019).

¿Qué podemos hacer los psicoterapeutas frente a esta invasión? No abordaré en este artículo cuestiones corporativas. Desde el punto de vista disciplinar, tenemos por delante una doble necesidad que los terapeutas suelen considerar con liviandad: fortalecer los lazos de nuestra práctica con las bases científicas y aumentar nuestras competencias para comunicar mejor los alcances de lo que ofrecemos. Los invito a enfocarnos en la otra amenaza.

Psicoterapia y psicofarmacoterapia comparten la oferta terapéutica en el campo de la salud mental y lo hacen con una competencia cada día mayor. Esta contienda no solo se expresa en las políticas de los organismos de gestión y en las campañas que llevan a cabo los cuerpos colegiados, sino que tiene lugar, además, en la vida cotidiana. Los usuarios que concurren a los centros asistenciales se distribuyen entre grupos que defienden una u otra de dichas indicaciones y otro grupo que no se inclina francamente por ninguna de ambas opciones. En 1999, al tiempo que los psicofármacos aumentaban su consumo aceleradamente, Lou Marinoff, un profe-

sor de filosofía, publicó un texto de enorme difusión, titulado en castellano “Más Platón y Menos Prozac”, en el que abogaba por incrementar la función reflexiva ante al avance desmedido de la medicalización. Aunque parezca una simple anécdota, ese mismo año, los psicólogos lograron una primera habilitación para recetar psicofármacos en la isla de Guam, un enclave en el pacífico, administrado por el ejército de los Estados Unidos.

Veinte años después, existen indicadores de que los psicofármacos están ganando la batalla y no faltan voces que asocian ese hecho con una declinación de la psicoterapia. En primer lugar, esto puede constatarse en una serie de artículos que reflejan un persistente y sostenido incremento de los fármacos en relación con el consumo de la psicoterapia en Estados Unidos (Olfson y Marcus, 2010; Olfson, Wang, Wall, Marcus y Blanco, 2019). ¿Por qué viene ocurriendo este fenómeno? Las principales razones no pueden deducirse de haberse encontrado pruebas de eficiencia comparada en favor de los psicofármacos para los trastornos mentales en general. Ese es el caso en algunas condiciones clínicas específicas (e.g., depresiones extremas, trastornos bipolares), pero no aplica para el caso de los trastornos mentales comunes (especialmente en las formas leves a moderadas), o para disfunciones de la personalidad. Por otro lado, se ha encontrado (McHugh et al., 2013) que las preferencias de los usuarios (un componente de los tratamientos basados en la evidencia) se inclinan, cuando predominan la ansiedad y la depresión, por recibir psicoterapia antes que medicamentos.

Argumentos más consistentes aparecen en la ofensiva de la industria farmacológica para aumentar el consumo de los psicofármacos. Algo directamente vinculado con el dramático fenómeno del sobrediagnóstico, especialmente en algunas patologías (Frances, 2014), así como con la patologización emprendida respecto a los fenómenos emocionales normales como la tristeza (Horwitz y Wakefield, 2007). Razones económicas asoman con mayor fuerza que los argumentos científicos para explicar ese fenómeno.

Al mismo tiempo, en esa ofensiva se suman factores vinculados con intereses y políticas profesionales. En particular, lo referido a la habilitación para la prescripción de dichos medicamentos. En primera instancia, somos testigos de un fenómeno preocupante: el hecho de que son los médicos en general (clínicos, cardiólogos, gastroenterólogos, ginecólogos, etc.) y no los especialistas en psiquiatría quienes recetan, en su gran mayoría, esos fármacos. Digamos, al pasar, que la elección de la especialidad en psiquiatría parece ser una tendencia a la baja en algunos países, entre ellos Estados Unidos.

A esta situación se ha sumado un hecho alarmante que toca directamente al corazón de la psicoterapia. Los psicólogos comenzaron a incorporarse a la legión de profesionales habilitados para recetar medicamentos en algunas regiones. A la vanguardia de este fenómeno se encuentra, también, Estados Unidos donde, luego de Guam, en varios estados se autorizó por ley a los psicólogos (bajo ciertas condiciones) a indicar psicofármacos a sus pacientes. El primero fue Nueva México

(2002) y le siguió de cerca Louisiana (2004). Este fenómeno despertó muchas controversias en las corporaciones profesionales tras lo cual, durante un período de 10 años, no se agregaron nuevos territorios. Pero, tras ese período, el proceso se aceleró. Illinois (2014), Iowa (2016) e Idaho (2017) se agregaron a esa lista que parece no tener freno allí. El número de psicólogos que ya recibieron esa habilitación no es pequeño; sólo en Illinois suman más de 5.000 (Robiner, Tompkins y Hathaway, 2020).

Los requisitos que se solicitan para otorgar dicha habilitación son fuente de ásperas discusiones que exceden este relato. Pero, este fenómeno constituye un hecho muy relevante pues marca una fuerte presión en desmedro de la psicoterapia. Un fenómeno que probablemente se extienda a otros países, como Australia y Gran Bretaña.

Eludí la consideración de los tratamientos combinados (psicoterapia + psicofármacos) ya que el tema resulta más complejo todavía, por ejemplo, en relación con la eficiencia comparada. De modo muy sintético, creo que, más allá de la reconocida utilidad de dichas indicaciones en varias condiciones clínicas (e.g., bipolaridad), el uso cada día más extendido de tales combinaciones enmascara, en el consumo global, otro avance de los medicamentos sobre los tratamientos psicológicos.

La turbulenta época por la que atraviesa la psicoterapia puede resumirse en que su territorio está sumamente fragmentado y sus acciones marcadas por fuertes divergencias y confrontaciones. La enorme diversidad de propuestas, la disonancia en relación con sus objetivos y con los criterios para evaluar su eficacia o ejecución, entre muchas otras facetas, muestran un escenario rico en oportunidades pero con muchos puntos críticos. Para abordarlos, nada me parece mejor que recorrer su historia.

Primeros Desarrollos

Nacida como una rama aplicada de la ciencia a principios del siglo XX en el ámbito de las prácticas médicas, adoptó su modelo dominante. El Modelo Médico Clásico, centrado en una epistemología positivista, hacía foco en una concepción biologista, donde el saber pertenecía al experto (el médico) y desconsideraba las variables subjetivas, psicológicas, personales en el proceso terapéutico. El psicoanálisis, la primera forma de psicoterapia científica, se nutrió de aquel modelo médico, pero más tarde se alejó de él, generando una propuesta alternativa, aunque no renunció al saber institucionalizado de su tiempo. Esa tensión implicó para Freud una áspera lucha para lograr validación académica y reconocimiento social para su “Cura por la palabra”. Como sabemos, tuvo éxito en ambos frentes. La Universidad de Viena terminó incorporándolo como docente ordinario en 1920. Y fue recogiendo, paulatinamente, aceptación y reconocimiento en los círculos profesionales y sociales, primero en Europa y luego más allá del continente. En 1942 se fundó la Asociación Psicoanalítica Argentina, un faro que iluminó la navegación del psicoanálisis en América Latina.

A la sombra del psicoanálisis, otro importante movimiento sembró una nueva concepción de la cura. Surgido en el seno de la psiquiatría alemana, el análisis existencial, creación de Ludwig Binswanger, se nutrió de dos fuentes de conocimiento: la medicina (en su rostro de psicología médica) y la filosofía (especialmente en su anclaje en la fenomenología de Husserl, en la Psicología Existencial de Jaspers y en la Hermenéutica heideggeriana). Este movimiento obtuvo prestigio académico y profesional pero logró menos éxito en su diseminación social, aunque no resultó blanco de ataques como ocurriera con el psicoanálisis. Por otra parte, mientras el psicoanálisis derivó, a través del tiempo, de un modelo médico hacia una disciplina interpretativa, el abordaje humanístico-existencial navegó entre dos aguas: la praxis médica y la reflexión metafísica. No obstante, siempre tuvieron algo en común: ambos se concebían como terapias analíticas.

Sobre la vuelta de la mitad del siglo, la psicoterapia pega un giro decisivo para su constitución. Abandona la nave de la medicina como embarcación primordial y se desplaza hacia una ciencia nueva, atrevida: la psicología, una de las múltiples ciencias sociales que florecen durante el siglo XX. La psicología gana posiciones frente a las demás (sociología, antropología, etc.) y logra apropiarse de un arsenal metodológico suficientemente importante para ganar influencia en la Academia y en la sociedad. De cara a la segunda mitad del siglo XX, la psicoterapia queda adscrita a esta nueva ciencia y busca aceleradamente una nueva fundamentación, ya no en la experiencia clínica de psicoanalistas y terapeutas existenciales sino en los laboratorios de experimentación, donde reina el modelo conductista. El conductismo provee un nuevo modelo para abordar las fobias y otros trastornos mentales. Su modelo explicativo se apoya en el condicionamiento (en particular el operante) y aborda los síntomas y las conductas perturbadas como formas aprendidas asociadas a contingencias que alteran el equilibrio del individuo. La finalidad de la terapia será favorecer nuevos aprendizajes, una modificación de la conducta que permita desanclar el síntoma de las respuestas nocivas.

Queda constituido un triángulo teórico y se inicia una lucha en el plano conceptual, en el dominio gnoseológico y en las raíces epistemológicas. La terapia conductista emerge con una ofensiva similar a la del psicoanálisis y entre ellos se entabla una batalla. Aspera, dura. La psicoterapia humanista-existencial queda al margen de esa lucha. Tal vez algo más inclinada hacia el psicoanálisis, resaltando la importancia de la relación terapéutica y el valor concedido al discurso, a la reflexión y a los pliegues de la experiencia. El conductismo, en la vereda opuesta, se hace fuerte como una forma de terapia que reclama validez empírica. Eysenck lo afirma de manera rotunda en su famoso trabajo de 1952. Queda instalado un quiebre en la disciplina.

En 1959, en la costa oeste de EE.UU., Don Jackson y sus compañeros fundan un nuevo instituto destinado a estudiar y brindar ayuda a personas que padecen (entre otras perturbaciones) lo que para la psiquiatría tradicional es una enfermedad biológica: la esquizofrenia. En el Mental Research Institute se defiende un modelo

explicativo diferente para los trastornos mentales apoyado en la concepción de que las perturbaciones emergen del contexto que habita la persona afectada, principalmente el entorno familiar. El paciente que sufre una perturbación deja de ser visto como “el enfermo” y ese rol es asignado al sistema familiar. Así como en los orígenes psicoanálisis y psicoterapia eran sinónimos, la terapia familiar queda asimilada a la terapia sistémica. El modelo sistémico produjo un impacto enorme, con diferencias sustanciales respecto de los modelos precedentes. Planteó una ruptura epistemológica basada en el pensamiento de Bertalanffy (constructivismo mediante). Con un mensaje bastante iconoclasta, sus proclamas rechazaron, en el momento más radical, los dispositivos terapéuticos individuales e identificaron el doble vínculo como blanco de la terapia. Un factor que le otorgó fuertes créditos fue ofertar intervenciones breves y focalizadas, orientadas a buscar soluciones de transferencia ágil a la vida cotidiana. Otro quiebre asoma.

Contemporáneamente, una nueva propuesta terapéutica emergía en la costa este de los Estados Unidos. La terapia cognitiva (TC) se encolumnó (con diferencias) dentro del cauce que había trazado tiempo atrás la terapia conductista, para dar lugar a la terapia cognitiva-comportamental (TCC). La TC y la terapia sistémica establecieron un diálogo interesante. Se acercaron fijando objetivos focalizados, de corto plazo, centrados en la situación actual, empleando herramientas estratégicas y promoviendo tareas en lugar de apoyarse en el estilo discursivo y hermenéutico de las terapias analíticas. Pero se distanciaron, pues la TC retomaba la tradición del modelo médico, mientras la terapia sistémica enfatizaba los aspectos contextuales. La TC se acomodó al sistema de diagnóstico y clasificación oficial (DSM) proponiendo tratamientos acordes con las categorías de dicho sistema: la depresión, la ansiedad, el TOC, el TEPT, los trastornos de personalidad, etc. La terapia sistémica, en cambio, propuso una redefinición de la psicopatología matizada por componentes de la epistemología constructivista y un sistema de diagnóstico ad-hoc que significó un aporte teórico interesante, pero que terminaría claudicando frente al sistema oficial.

Interludio

1000 palabras nos alcanzaron para reseñar el nacimiento de la psicoterapia. Les invito, ahora, a recorrer el camino que la llevó a convertirse en un ícono de la cultura del siglo XX.

Estamos ingresando al último cuarto del siglo pasado. Nacen nuevos modelos, muchos más. Señal de la buena aceptación social y del crecimiento de su demanda. En gran medida, esa arborización fue el fruto de variantes surgidas a partir de los cuatro modelos clásicos. Cada uno de ellos produjo una vasta y diversificada colección hoy circulante.

También para ese entonces (y no es algo menor) habían aparecido señales de integración. La formulación de la teoría de los factores comunes de Frank fue, probablemente, la que mayor energía irradió al respecto.

La Edad de Oro

En los años siguientes, la psicoterapia se diseminó con cierta velocidad, conquistando un espacio relevante dentro de las prácticas en salud mental. Dicha expansión promovió una activa (y justificada) exigencia para testear su validez científica. La investigación sistemática se puso en marcha y, sobre fines de los años 70, los investigadores pudieron publicar los primeros resultados positivos. Desde entonces, la psicoterapia se apoyó de manera creciente en esos desarrollos empíricos. El ingreso a las Prácticas Basadas en la Evidencia ocurriría 20 años más tarde.

Los últimos veinte años del siglo XX constituyen un período de gloria para la psicoterapia. El reconocimiento social se incrementó significativamente. Quienes tuvimos ocasión de oficiar como terapeutas por aquella época, recordamos cómo creció exponencialmente su demanda. Dejó de ser una práctica para un reducido porcentaje de personas, consideradas raras o que padecían trastornos severos, para pasar a ser un modo de asistencia habitual, aplicable a los diferentes momentos etarios y ámbitos socio-económicos, capaz de brindar asistencia a un espectro amplio de situaciones clínicas. Todavía eran frecuentes, por aquel entonces, los casos en que las personas concurrían a un psicoterapeuta (preferentemente de orientación psicodinámica) tres y hasta cuatro veces por semana (diván incluido). Pero ya eran muchos los pacientes que optaban por las “nuevas terapias”, que se llevaban a cabo semanalmente, y también, con frecuencias más espaciadas. Obviamente, esa progresión fue despareja según países y regiones, pero el avance del consumo fue regular y persistente.

Este fenómeno iba de la mano de una “euforia de los resultados”. Recurriendo a las metodologías que los organismos de gestión científica pontificaban, una masa enorme de estudios aleatorizados y una creciente producción de revisiones sistemáticas y metanálisis fueron poblando las publicaciones especializadas, informando éxitos notables de algunos tratamientos. Los índices de eficacia y los tamaños del efecto que se informaban eran, en muchos casos, particularmente elevados. Resultan innecesarias las referencias al respecto, pues basta una mirada a las publicaciones más destacadas de la época para comprobar esa tendencia. La mayoría de esos estudios fueron realizados con ensayos controlados aleatorizados (ECAs), siendo escasos los que se basaron en muestras clínicas y naturalísticas. Este desbalance y varios otros aspectos de la investigación “oficial” recibieron fuertes críticas, en especial al identificarse importantes sesgos en la recolección y la interpretación de los datos. La metodología metanalítica y los modos establecidos de validación quedaron en el centro de un debate que hoy continúa (Fernández-Álvarez et al., en prensa).

La respuesta a esos debates fue alentar nuevas búsquedas de evidencia. En primer lugar, los estudios de efectividad y el trabajo con poblaciones clínicas recibieron un fuerte impulso, permitiendo revisar los mecanismos de transferencia de la investigación a la práctica asistencial. Este giro hacia una investigación traslacional se completaría años después con el surgimiento del movimiento de la

Investigación Orientada por la Práctica (ver más adelante). Otra renovación fue la incentivación a la investigación cualitativa, utilizando nuevos recursos como entrevistas en profundidad, registros y encuestas. El análisis de los datos, apoyado en metodologías como el Análisis Interpretativo Fenomenológico, permitió acceder a otros datos: condiciones experienciales de los participantes y análisis de casos. Un tercer frente de investigación enfocó en el estudio de los procesos terapéuticos, como mirada complementaria a la investigación de resultados que facilitó explorar el funcionamiento de los mecanismos moderadores y mediadores de cambio.

Los últimos años del siglo XX fueron testigos de importantes novedades que derramaron sobre el tejido de la disciplina. Ingresamos tomando otra fecha icónica: el año 1998. Ese año, Seligman, a cargo de la presidencia de la American Psychological Association, pone en marcha un ambicioso programa para renovar la psicología que designa con el nombre de Psicología Positiva.

Su propuesta está dirigida a superar lo que, a su juicio, constituía una ciencia inclinada a remover dificultades, a vencer obstáculos, a superar limitaciones y carencias que padecen los seres humanos. En el campo de la clínica y la salud mental aquella psicología “negativa” tenía como modelo hegemónico un plan de lucha contra la enfermedad, el malestar y el trastorno. Desde esa perspectiva aquella psicología clínica era heredera del modelo médico sobre el que se había fundado, la psicoterapia. Su propuesta estuvo dirigida a una renovación global de la ciencia psicológica, cuyas implicaciones en el terreno clínico impulsaron un abordaje orientado a promover las emociones y rasgos positivos, a potenciar los recursos y fortalezas del paciente, así como para alentar y cultivar la resiliencia. Su prestigio, forjado en una trayectoria importante en el terreno experimental, asociado a un *zeitgeist* que estaba listo para recibir una propuesta semejante, le otorgaron al programa un ímpetu notable. Legiones de psicólogos decidieron subirse a esta nueva embarcación e iniciar otro viaje hacia la felicidad. Los años siguientes, ya en el curso de este nuevo siglo, fueron testigos de una notable diseminación de dicha propuesta. Sus efectos son palpables, hoy en día, en el territorio de la clínica psicológica. La asistencia propuesta por este programa preconizó un modelo de intervención que está dirigido, en lo fundamental, a tratar con demandas de baja severidad clínica. Que trabaja, además, brindando ayuda a las personas para potenciar las competencias centradas en el éxito y en expandir su sentido de bienestar. Un programa de asistencia semejante requiere, además, un modelo de entrenamiento mucho más simple que el de la psicoterapia tradicional.

A la sombra de este movimiento, se activó un prolífico conjunto de procedimientos que invadió el terreno de las prácticas en salud mental. Ese conjunto incluye diversas opciones, entre las cuales sobresalen ciertos programas de autoayuda, técnicas de acompañamiento y otras modalidades que no reúnen los requisitos necesarios para ser consideradas psicoterapias. Pero que generan, en muchos casos, confusión en los consultantes que buscan ayuda terapéutica. En una sencilla declaración, la Asociación de Psicólogos de Québec señala claramente que la

psicoterapia va más allá de brindar ayuda para enfrentar problemas habituales u otorgar apoyo o consejo; otras intervenciones se le acercan pero no lo son, como: acompañamiento o sostén frente a las dificultades, educación y readaptación, coaching, intervenciones en crisis.

Podrá cuestionarse por qué asociamos estrechamente la psicología positiva con estos procedimientos. Sin duda existen diferencias y deben ser respetadas. Pero, el movimiento generado en la sociedad respecto a estas ofertas y la modalidad en que se llevó a cabo, dificultaron el establecimiento de límites y el reconocimiento de los alcances respectivos. La situación sigue vigente y exige que los terapeutas trabajemos arduamente para ayudar a realizar el deslinde correspondiente.

En ese deslinde cabe señalar que también existen programas de auto-ayuda científicamente fundados y que forman parte del conjunto de intervenciones de baja intensidad que mencionaremos más adelante.

No pasó mucho tiempo antes de que la psicología positiva comenzara a recoger fuertes cuestionamientos. ¿En qué se basaban? Desde el ámbito de la crítica social, se denunciaba su fusión con el “evangelio psicoterapéutico” descrito por Moskowitz y con ese arsenal de procedimientos que encarnaban una cultura centrada en el yo. En la sociedad de fines del siglo XX se había creado, sin duda, un enorme nicho que profesaba los tres principios de ese evangelio: en primer lugar que la felicidad es un don supremo, segundo, que las causas de nuestros problemas están en el individuo, desconociendo la incidencia de lo social, lo político y lo cultural y en tercer lugar, que nuestros problemas pueden “curarse” aplicando los principios del pensamiento positivo. De esos principios se deduce la convicción de que los estados de ánimo, dado que pueden alterarse principalmente por medio de la voluntad, son responsabilidad excluyente de cada cual. Para alcanzar la felicidad lo fundamental es aplicar ciertas técnicas, lo que revela la presencia de un imperativo cultural que nos impone ser felices y condena la infelicidad, entendida como expresión del pensamiento negativo (Béjar, 2015).

En el campo de la clínica esas críticas se centraron en que el pensamiento positivo adolecía por promover excesivamente experiencias placenteras y la búsqueda de logro. Que manifestaba un franco desdén hacia las experiencias duras y dolorosas, sostenido por una filosofía solipsista e individualista, dejando de lado las circunstancias adversas presentes en la vida cotidiana. Por último, que manifestaba un franco descuido de los factores contextuales.

De la mano de esas críticas asomó un nuevo movimiento que tomó la denominación de Psicología Positiva de Segunda Ola (PP2.0). Formulada como una nueva propuesta también apoyada en una filosofía positiva, pero con marcadas diferencias respecto a la versión original. ¿Cuáles son esas diferencias? Sostiene que la primera psicología positiva se deslizó hacia una visión distorsionada de la realidad, acentuando de manera radical los aspectos exitosos, aunque las situaciones positivas y negativas de la vida están interconectadas. La PP2.0 sostiene que en los aspectos brillantes de la experiencia encontramos aspectos negativos y también

reconocemos un lado oscuro en medio de las situaciones positivas. La dialéctica entre ambos fenómenos traduce mejor la realidad de la experiencia humana que una visión binaria de las cosas. La vida es dura y está llena de sufrimiento para mucha gente. No es posible brindar ayuda enfocándonos sólo en perseguir la felicidad y evitar el contacto con el sufrimiento. La PP2.0 se propone llevar a cabo intervenciones orientadas a promover la búsqueda de sentido, lo que la sitúa nítidamente, dentro del territorio del enfoque terapéutico humanístico-existencial (Wong, 2016).

El Enemigo Interno

Abordaremos ahora las circunstancias que, al interior de la psicoterapia, también constituyen un obstáculo para su avance. Los vallas más importantes, a mi juicio son: 1) las dificultades de los terapeutas para una evaluación crítica de su tarea, 2) la dispersión de los objetivos terapéuticos, 3) las resistencias a la integración de la disciplina.

Debilidad de la evaluación de los terapeutas

Uno de los trabajos que más polvo levantó en los últimos años, concerniente a aspectos vinculados con los efectos del terapeuta, ha sido un artículo aparecido en el *American Psychologist* (Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear, 2014). En dicho trabajo, los autores exponen cuáles son las condiciones que enmarcan (y hacen difícil) alcanzar la experticia como psicoterapeuta. Entre las definiciones que formulan y las recomendaciones que proponen, mencionan varios obstáculos que conspiran para dificultar el logro de dicha experticia. Uno, fundamental, es la frecuente sobreestimación con que los terapeutas evalúan su actuación en la tarea cotidiana. Algo que se potencia, a su vez, con la débil accesibilidad a sistemas adecuados de retroalimentación que ayuden a corregir dicha distorsión.

Hay, además, un fenómeno que actúa de manera complementaria: cierta tendencia de los pacientes a sobrevalorar los resultados que obtienen con los tratamientos. Es habitual que, en actividades vinculadas con la prestación de servicios, los consumidores muestren una tendencia a percibir de manera incremental los beneficios que obtienen. Esto no significa que muchos pacientes no evalúen negativamente los resultados de sus tratamientos, pero predomina una tendencia dominante a enfatizar lo positivo (aunque sea parcialmente) del servicio recibido.

Al mismo tiempo, estas circunstancias están vinculadas con un fenómeno crítico que circula al interior de la relación terapéutica: el manejo del poder. La historia de la psicoterapia da testimonio de importantes avances que se llevaron a cabo en esta esfera con miras a lograr una manera de vinculación más saludable y equilibrada entre pacientes y terapeutas. La posibilidad de disponer de sistemas de evaluación más consistentes sobre los procesos y los resultados terapéuticos pueden contribuir grandemente en esa dirección. Un campo en el que el fenómeno de la distribución del poder mantiene aún importantes puntos débiles a resolver es el terreno de la supervisión (Fernández-Álvarez, 2016).

El conjunto de estas circunstancias potencia actitudes conservadoras entre los terapeutas y promueve la defensa corporativa de los distintos abordajes. Es necesario superar esa valla para impulsar un espíritu crítico que fomente el avance de la disciplina.

La Dispersión de los Objetivos

Si hay algo de lo que los terapeutas parecemos estar suficientemente seguros es que la Alianza Terapéutica (AT) es uno de los componentes fundamentales de la psicoterapia y un potente predictor de los resultados de un tratamiento. Una prolífica cuota de investigaciones lo ha certificado y lo sigue haciendo (Flückiger, Del Re, Wampold y Horvath, 2018), demostrando incluso resultados similares para la psicoterapia presencial vs. la psicoterapia a distancia. La AT se compone de tres elementos, uno de los cuales es el acuerdo entre pacientes y terapeutas respecto de los objetivos del tratamiento. Las dificultades para establecer con precisión dicho acuerdo y las discrepancias existentes en el campo de la psicoterapia sobre la definición de sus objetivos, es uno de los recorridos más desconcertantes de su laberinto.

La psicoterapia tuvo como objetivo, en sus inicios, mejorar la condición clínica de personas que padecían, mayormente, trastornos emocionales. Su meta era, como con otras prácticas médicas, aliviar el sufrimiento y ello estaba directamente asociado a la atenuación o eliminación de los síntomas. Cuando la teoría del aprendizaje se introdujo en su territorio, esos objetivos se desplazaron hacia la promoción de nuevos y más adaptativos aprendizajes. Estos dos fines sentaron las bases de una dualidad troncal de la disciplina que se proyectó, además, sobre cuestiones de método, de procedimiento y, en última instancia, de modelo teórico. En esa dualidad se inscribió lo que Wampold denominó, en 2001 El Gran Debate, un texto crucial cuya actualización 15 años después (Wampold e Imel, 2015), demuestra que el debate sigue en pie.

Las definiciones que circulan en torno a los objetivos de la psicoterapia, varían en gran medida según diferentes fuentes como los modelos teóricos, las organizaciones profesionales, las opiniones de los usuarios y demás. Esto se multiplica si dirigimos la atención al interior de esos conjuntos. Esta dispersión explica las diferencias (por momentos notables) respecto de qué se busca y qué se espera de la psicoterapia. Además, es la fuente que alimenta muchas de las discrepancias que existen entre terapeutas e investigadores a la hora de interpretar los resultados de una intervención específica y, más aún, a la hora de discutir los resultados de un estudio científico. Allí está la raíz de profundos desencuentros entre expertos y entre profesionales. ¿Qué es lo que debe tenerse en cuenta para verificar que un tratamiento ha sido exitoso o no? ¿Qué criterios y qué instrumentos de evaluación son considerados válidos en esa dirección? ¿Qué es lo deseable que produzca una psicoterapia, para quienes, en qué circunstancias?

El relato que hemos planeado nos indica suspender aquí esos interrogantes, que no se agotan en los pocos que hemos mencionado. Retomemos por un instante

la perspectiva histórica. Habíamos quedado en que la psicoterapia persiguió, en sus inicios, aliviar los síntomas. Los diferentes enfoques se hicieron cargo de ese objetivo desde distintas perspectivas, generaron diferentes modelos explicativos, formularon distintos objetivos y propusieron diferentes programas de intervención. Cuando la disciplina se expandió, en la segunda mitad del siglo XX, una palabra aglutinó esas diferencias. Esa palabra fue cambio. Las diferencias se trasladaron, entonces, a los distintos significados que cada abordaje le atribuía al cambio.

Que los síntomas siguen teniendo importancia en la formulación de la demanda y que mejorar el estado de bienestar es un elemento fundamental de la búsqueda de ayuda de los pacientes es indudable. También es posible que los consultantes nos pidan ayuda para atravesar problemas asociados con transiciones evolutivas, enfrentar enfermedades físicas crónicas y/o terminales, resolver problemas de la vida cotidiana, mejorar la comunicación en un contexto vincular, familiar o social, potenciar su desarrollo personal, incrementar su sentido de agencia personal, optimizar su autoestima, enfrentar problemas vinculados con cuestiones de identidad sexual y de género, superar las consecuencias de situaciones en las que sufrieron abuso y/o maltrato, etc. La lista que podemos elaborar es francamente muy larga. Eso habla bien de la psicoterapia en la medida que logró mostrarse como un abanico muy amplio de posibilidades terapéuticas.

El dilema con que nos encontramos hoy en este punto, es precisamente, esa multiplicidad. Porque sostener los procesos de cambio es una propuesta abarcadora y amplia pero necesita especificaciones. Que no son suficientes con señalar que esos cambios pueden producirse en el terreno de las emociones, de las cogniciones y de las conductas, aunque esa referencia sea útil para orientarnos. Necesitamos un modelo de la actividad psíquica y de las disfunciones de dicha actividad que pueda acoger ese vasto ramillete de motivos en torno a fines genéricos. Para ello necesitamos adoptar de manera plena un modelo dimensional del estilo propuesto por el HiTOP (Hopwood et al., 2019). Y asumir que la multiplicidad de objetivos en torno a los cuales puede organizarse la psicoterapia merece alinearse jerárquicamente en un continuo que abarca desde las formas más focalizadas y acotadas del comportamiento hasta las formas más complejas y totalizadoras de la organización de la experiencia personal. Esa psicoterapia podrá variar en sus dispositivos según las necesidades de cada cual, pero siempre tendrá presente que los cambios se distribuyen desde transiciones simples de la conducta hasta la búsqueda para optimizar la calidad de vida de las personas.

Resistencias a la Integración de la Disciplina

Tres son las razones que operan, con mayor frecuencia, en contra de la integración teórica: a) la hipótesis de la inconmensurabilidad, b) la hipótesis de la irreducibilidad y c) la defensa de los territorios privados.

Muchos profesionales y académicos sostienen que la integración es imposible y que seguirán siendo necesarios múltiples enfoques, pues el campo de la psicoterapia

es un territorio tan amplio y diversificado que ningún modelo puede abarcarlo en su totalidad. En apoyo de esa opinión se levantan dos argumentos complementarios. Por un lado, que la naturaleza del ser humano es demasiado compleja, y por otro, que los problemas que aquejan a las personas y los llevan a buscar ayuda se distribuyen en niveles muy heterogéneos de la experiencia.

La mente humana es, ciertamente, un fenómeno de enorme complejidad y obedece, además, al principio de autoorganización. Sin embargo, no es la multiplicación de puntos de vista los que proveerá una mejor aproximación al objeto, sino el desarrollo de un sistema de observaciones más preciso. Esto ocurrió en otros campos de la ciencia que se ocupan de fenómenos de extrema complejidad. La psicoterapia hizo grandes progresos, pero aún se encuentra en un estadio pre-paradigmático. Necesita articular las perspectivas teóricas disponibles en un modelo consistente y aprovechar la diversidad de recursos técnicos de modo sincronizado. En pocas palabras, necesita avanzar hacia una formulación integrativa, paradigmática (Goldfried, 2019).

Por su parte, el argumento de la irreductibilidad se refiere a la supuesta imposibilidad epistemológica de traducir a un lenguaje común los principios teóricos que sustentan cada uno de los abordajes. De acuerdo con esta tesis, la única articulación posible entre enfoques teóricos diferentes es mediante alguna variante de eclecticismo, término frecuentemente asociado con una inconsistencia teórica. Más allá del prejuicio de otorgar valoración negativa a cualquier propuesta ecléctica, considero que hay buenas razones para atravesar las fronteras interteóricas y acceder a un modelo que pueda integrar los diferentes enfoques. Eso será factible en la medida en que la psicoterapia mejore su articulación con el estudio de los procesos básicos y utilice un principio organizador adecuado. Estamos en el camino para encontrar la salida a ese laberinto, como veremos más adelante.

La tercera valla con que choca el movimiento que busca la integración de la psicoterapia no proviene de ninguna formulación teórica ni de argumentos ligados con alguna praxis específica. Reside en lo que Paris (2013) señaló, de manera muy sintética: el peor enemigo que tiene la psicoterapia para la integración son los propios terapeutas que luchan encarnizadamente para demostrar la superioridad relativa de cada uno de sus respectivos modelos y, se resisten, por lo tanto, a abandonar sus kioscos privados que les permiten, a cada uno, ofrecer artículos y productos con una marca registrada (textos, seminarios, sistemas de prestación, etc.), preferiblemente designada con un acrónimo de tres siglas. El predominio de una actitud feudal es, según Paris, el obstáculo fundamental que se opone al progreso de la disciplina hacia la constitución de un cuerpo integrado.

El Exito Cuestionado

Como con tantas situaciones de la vida, la psicoterapia es un organismo que también estuvo expuesto a situaciones de luz y de sombra. Éxitos y fracasos se combinan en su devenir formulándonos muchos interrogantes. Habíamos dejado

nuestro cuento en la buena cantidad de pruebas de eficiencia cosechadas por los terapeutas. Más tarde, fueron apareciendo nuevos estudios cuyos datos relativizaron el alcance de esos beneficios, verificando que varios abordajes resultaban menos exitosos que en las estimaciones iniciales. Uno de esos hallazgos fue que el porcentaje de abandonos (y particularmente en la etapa temprana) mostraba índices significativos (Swift y Greenberg, 2012). Dicho fenómeno se observó en un amplio abanico de condiciones clínicas, motivando fuerte interés para detectar los factores de mayor incidencia. Por ejemplo, se encontró que la calidad de la alianza terapéutica (AT) pesa más que la severidad sintomática para generar el abandono (Gmeinviesser, Kuhlencord, Ruhl, Hamayer y Probst, 2020).

Además de la deserción, también se recogieron múltiples evidencias de limitaciones y fracasos terapéuticos, expresadas de diversas maneras: débil respuesta a los tratamientos, intervenciones inertes, importantes índices de recaídas y recurrencias. Por supuesto, estos fenómenos varían según las diferentes condiciones clínicas y relacionales consideradas. Esto alimentó el interés por estudiar las condiciones terapéuticas y los pacientes que resultan altamente resistentes al tratamiento. Lo que se tradujo en una interesante producción de diferentes enfoques, como por ejemplo, el psicodinámico (Abbass, 2015) y el cognitivo-conductual-integrativo (Westra, 2012).

Además del hallazgo de esas diversas limitaciones, se instaló en el territorio de la psicoterapia una decidida actitud dirigida a desafiar la calidad y los efectos de la práctica. Una actitud, mayormente ausente a lo largo de su historia. Los terapeutas se animaron a reunir pruebas empíricas sobre tratamientos dañinos y perjudiciales (Lilienfeld, 2007) y continúan activamente movilizados para estudiar la presencia de efectos negativos generados por los tratamientos (Klatte, 2018).

La Incesante Renovación

Asumir las limitaciones y los efectos negativos en sus prácticas fue un golpe narcisista por un lado, pero también un impulso a la renovación de la disciplina. Como en cualquier rama de la ciencia, esos fenómenos sirvieron para madurar. Nuevas propuestas llegaron para enriquecer el terreno.

La psicoterapia y la Atención Primaria

Como recordará el lector, hacia fines del siglo pasado, una ola de optimismo inundó nuestro territorio. Generó muchos adeptos y cosechó también muchos críticos. Además de la psicología positiva y otras propuestas similares, nuevas voces y nuevos procedimientos surgieron en ese tiempo, como expresión de la riqueza productiva reinante en nuestra disciplina. Tomaremos en consideración y de manera sintética dos manifestaciones. La primera, de carácter procedimental, remite al desarrollo de un conjunto de herramientas denominadas, genéricamente, Intervenciones de Baja Intensidad (recordarán que las rozamos algunas páginas atrás). Entre ellas, podemos mencionar programas de auto-ayuda guiados (en este

caso sólidamente diseñados), empleo de biblioterapia, programas computarizados focalizados, entrenamientos en registro y monitoreo de conductas, ejercicios de intercambios grupales. Estos procedimientos suelen emplearse para operar, fundamentalmente, en el ámbito de la atención primaria. Algunos programas como el IAPT en Gran Bretaña y el Steps Care en Australia utilizaron exitosamente estas herramientas como parte de una tarea de prevención en el terreno de la salud mental. Su foco principal de intervención está centrado en los trastornos mentales comunes y en los niveles más sencillos de severidad disfuncional. Se trata de instrumentos simples, que pueden aplicarse sin necesidad de entrenamientos complejos como el que requiere la psicoterapia tradicional. La eficiencia demostrada hasta el momento, despertó mucho el interés hacia el desarrollo de programas similares en muchos países. En estos programas hacen su aparición recursos que emplean intervenciones remotas. Los procedimientos a distancia asoman como una nueva herramienta muy útil, con múltiples brazos, sobre lo que volveremos sobre el final.

Existen otros ejemplos de recursos originados en algún modelo de psicoterapia que se trasladaron hacia el campo de la prevención y la atención primaria. En ese flujo pueden operarse intervenciones muy útiles para poblaciones masivas, que incluyen una vasta proporción de personas que no reciben psicoterapia y pueden beneficiarse en gran medida de esos programas. Esto retoma la pregunta sobre la naturaleza de nuestra disciplina y los alcances de sus aplicaciones. ¿Cuál es el rol que está llamada a cumplir la psicoterapia en el campo de la atención primaria? ¿Puede considerarse la psicoterapia como una práctica preventiva? ¿O los modelos de prevención en salud mental pueden recurrir a recursos técnicos e instrumentales desarrollados dentro de la psicoterapia pero con otro formato, otra finalidad? Dejamos aquí al lector con estas preguntas para seguir recorriendo el laberinto de nuestra práctica.

Otra vuelta de tuerca

Una de las características sobresalientes de la psicoterapia es haber progresado con una enorme versatilidad teórico-técnica, reflejada en la gran diversidad de recursos disponibles para ayudar a generar procesos de cambio. Como ya mencionamos, los modelos se multiplicaron aceleradamente, fundamentalmente a partir de los cuatro grandes enfoques teóricos.

La potencia teórica los cuatro grandes modelos se evidencia en la enorme capacidad que tuvieron para evolucionar y reinventarse en muchos aspectos, generando brotes que dieron lugar a nuevas ramas, muchas veces contrastantes entre sí. Empezando por la terapia psicodinámica, con la enorme descendencia que tuvo el psicoanálisis freudiano. Desde la psicología individual (Adler) y la psicología analítica (Jung) hasta el psicoanálisis relacional (Mitchell) y el psicoanálisis lacaniano, la colección de modelos es tan nutrida como heterogénea. Si nos detuviéramos a observar esa diversidad en detalle, encontraríamos además, modelos que han trazado puentes directos con otros enfoques teóricos, como es el caso de

la terapia cognitivo-analítica (Ryle) y otros que no establecieron una conexión formal pero muestran convergencias conceptuales, como en el caso de la terapia de mentalización (Bateman y Fonagy).

Un ejercicio semejante podemos llevarlo a cabo con la terapia humanístico-existencial y veremos cómo se fue arborizando a través de los años de manera equivalente en un espectro amplísimo que abarca desde la logoterapia (Frankl) hasta la terapia centrada en las emociones (Greenberg). Otro tanto ocurre con la terapia sistémica, que sigue gestando nuevos abordajes como la terapia familiar multidimensional (Liddle) y la terapia familiar funcional (Sexton).

Quiero centrarme en lo que ocurrió a este respecto dentro de la corriente comportamental-cognitiva. Hacia fines del siglo pasado, irrumpió un nuevo movimiento que tomó el nombre de Tercera Ola, pues propuso avanzar un paso más allá de la terapia cognitiva clásica desarrollada por Beck. Integrado por un conjunto diverso de enfoques terapéuticos, liderado por la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y donde están representados otros abordajes como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la Terapia Analítico Funcional (TAF), la Terapia Cognitiva para la Depresión Basada en Mindfulness (TCDBM) y otras.

La características más relevantes de la TAC son la recuperación de enunciados skinnerianos, el empleo de la teoría de los marcos relacionales y el contextualismo funcional. Además extendió el foco del abordaje hacia nuevos temas como el papel de las emociones y de los valores. Algunas de esas características (contextualismo, valores) evidencian puentes de conexión con otros enfoques de psicoterapia, como la terapia sistémica y la terapia humanístico-existencial. Cerramos este apartado haciendo referencia a la TCDBM, destacando el primer plano que le otorgó al entrenamiento en mindfulness, como un nuevo recurso para la psicoterapia. Varios enfoques de la Tercera Ola lo emplean y su diseminación en el campo de la salud mental y de otras áreas ha sido uno de los procesos más explosivos en la historia de nuestra disciplina.

Es sabido que mindfulness es una modalidad de meditación originada en la cultura budista. Creo que no hemos realizado todavía una adecuada indagación acerca de cómo y por qué esta práctica cobró tanta relevancia en el mundo occidental en nuestro tiempo. No se explica solo por ser una práctica de meditación pues existen muchas otras y entre ellas varias que están asociadas con corrientes culturales más afines con la cultura occidental. Su plataforma de lanzamiento fue como un recurso para ayudar a pacientes con enfermedades físicas terminales, desplazándose al campo de la salud mental donde cobró un vigor inusitado. En ese terreno fue, en principio, una herramienta asociada a programas de tratamiento como el caso del citado MCDBM, ocupando también un lugar relevante en el programa de la TDC para pacientes borderline. Pero, poco después, cobró vida propia como abordaje terapéutico independiente y su ámbito de aplicaciones se multiplicó aceleradamente. Trascendió ese espacio y se convirtió en una práctica de desarrollo personal enfocada en trabajar la atención plena, la concentración en el presente y la puesta

entre paréntesis de enjuiciamientos. Su práctica se expandió de manera quizás más exponencial que lo que ocurriera en su momento con la psicología positiva. Una pregunta que recorre los ambientes académicos y profesionales se refiere al estatus disciplinar que le corresponde: ¿es un modelo más de terapia (¿de psicoterapia?) o es una herramienta que pueden usar determinados tratamientos para propósitos específicos? Mientras tanto, se ha puesto en marcha la maquinaria destinada a testear la evidencia que muestran sus aplicaciones. Creo que todavía no tenemos suficiente distancia para ponderar adecuadamente los resultados pues los datos son poco concluyentes. Necesitamos más tiempo para una evaluación más fina.

La psicoterapia se encuentra en una laberinto. Mucha gente se beneficia de sus aplicaciones. Pero, al mismo tiempo, se encuentra fragmentada en diferentes planos y niveles, lo que produce un clima de incertidumbre y confusión. En lo teórico, en los objetivos, en la manera de evaluar sus logros y/o sus fracasos. Y está dividida en múltiples facetas. Dividida entre los intereses y las acciones que llevan a cabo los clínicos y los investigadores. Algo que el nuevo y potente movimiento de Investigación Basada en la Práctica intenta subsanar (Fernández-Álvarez, Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018).

La psicoterapia muestra varias divisiones. Dividida entre un modelo de atacar el síntoma y un modelo de fomentar la reorganización personal. Dividida entre estrategias terapéuticas complejas que apuntan a generar cambios estructurales y estrategias simples que están dirigidas a la prevención y la atención primaria. Alguna vez, Barlow (2004) sugirió que su territorio debería escindirse en dos prácticas: los tratamientos psicológicos (con programas formalizados de intervención) y la psicoterapia propiamente dicha, en el sentido tradicional de la palabra.

Los resultados de la investigación están divididos entre datos de eficacia y datos de efectividad terapéutica. El foco de la investigación misma oscila entre privilegiar el estudio de resultados y el estudio de procesos terapéuticos. Las metodologías cuantitativa y cualitativa tienen una relación poco complementaria. El debate sobre la incidencia relativa de la alianza y las técnicas sobre los resultados terapéuticos continúa abierto.

Consolidar la integración

En buena medida, la integración ya se ha alcanzado. Lo que resta es consolidarla. Ello nos permitirá encontrar la clave para salir del laberinto.

Muchos signos testimonian la vigencia de la integración en la actualidad.

- * Un número creciente de propuestas terapéuticas se definen como enfoques o abordajes integrativos. Esto vale no tanto por la denominación como por el espacio conceptual que ocupa la integración en el modelo. Ejemplos: el enfoque Cognitivo-Experiencial de Epstein o la terapia Cognitivo-Analítica de Ryle.
- * La psicoterapia integrativa tiene activos representantes en distintas partes del mundo (Gómez, Iwakabe y Vaz, 2019).

- * Muchos modelos que proponen un abordaje diferencial y específico, se enrolan dentro del movimiento genérico de la integración. Por ejemplo, el EMDR (Shapiro, 2018), la Terapia Dialéctico Conductual (Heard y Linehan, 2019) y el Sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia (Cognitive-Behavior Analysis System of Psychotherapy, McCullough y Schramm, 2019).
- * Muchos de los principios que cuentan con mayor consenso en la disciplina tienen un carácter transteórico o transdiagnóstico, como por ejemplo: Estadios de Cambio, Alianza Terapéutica, Psicoeducación, Tareas intersesión, Niveles de Desarrollo de Supervisión, etc.
- * La perspectiva transdiagnóstica acercó una mejor articulación de la terapia con los procesos básicos y generó programas de intervención más genéricos (comenzando por El Protocolo Unificado de Barlow).
- * Diversos fenómenos clínicos han sido abordados por múltiples enfoques teóricos como, por ejemplo: Patrones de Apego, Desregulación Emocional, etc.
- * Las instrumentos y herramientas técnicas que se utilizan tienen una elevada carga de transferencia interteórica. Algunas de ellas son particularmente versátiles como el Juego de Roles, o la Entrevista Motivacional.
- * Los estudios de eficiencia terapéutica (tanto de eficacia como de efectividad) tienden a mostrar que, en muchas situaciones clínicas, diversos abordajes obtienen resultados equivalentes. Esto vale en situaciones tan diversas como:
 - Depresión (TCC, Terapia Interpersonal, etc.).
 - Trastornos Bipolares (Terapia Familiar, TCC, Terapia Interpersonal y de Ritmo Social).
 - Trastornos de Personalidad (TDC, Terapia Basada en la Mentalización, STEPPS, etc.).

En conclusión: ningún modelo en particular es superior a los demás en general.

Estos datos habilitan otras preguntas: ¿Qué pruebas tenemos de que un modelo integrativo aumente la eficiencia de la psicoterapia?, seguida de ¿qué ventajas podemos o esperamos encontrar si desarrollamos un modelo integrativo sólido y abarcador? Y, finalmente, ¿sobre qué base podemos desarrollar ese modelo?

La respuesta para la primera de estas preguntas es: al día de hoy, no contamos con tales pruebas. No contamos con evidencia directa de algún modelo integrativo de psicoterapia que sea más eficiente que los modelos independientes. Este es un punto débil, al menos en términos de la política oficial de validación de tratamientos. ¿A qué se debe este vacío? Fundamentalmente, al hecho de que un modelo integrativo es, debido a su complejidad, particularmente difícil de someter a estudios clásicos de investigación. La evidencia puede reunirse, en cambio, de manera indirecta, a partir de estudios relativos con abordajes particulares. Por ejemplo, la terapia centrada en los esquemas de Young (explícitamente definida con un carácter

integrativo) dispone de un importante conjunto de pruebas. Así como disponemos de una buena cantidad de datos positivos de la TDC de Linehan y de la terapia de Mentalización de Bateman y Fonagy. Esos abordajes (y otros más) están incluidos y sirven como soporte empírico a un modelo integrativo para el tratamiento de los trastornos de personalidad como el abordaje Modular desarrollado por Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016).

La potencia de la integración se apoya en las observaciones que nacen de la práctica clínica. Por un lado, encontramos que un número mayoritario de psicoterapeutas se declara integrativo en su práctica cotidiana. Además, la aplicación de un abordaje de esa naturaleza es percibido por los terapeutas como un instrumento que ofrece más ductilidad, que se adapta a una mayor cantidad de situaciones y que puede brindar más beneficios pues cuenta con un número más amplio de herramientas. Esto último ilustra las ventajas de este enfoque en la tarea cotidiana.

¿Sobre qué base podemos avanzar hacia la integración teórica de la psicoterapia? Desarrollar un modelo integrativo significa afrontar el desafío de reunir los prismas teóricos de los enfoques clásicos para alcanzar un punto de mira totalizador sobre el objeto de estudio y aumentar la capacidad de promover procesos de cambio favorables para el consultante. Hemos presentado una propuesta sobre los tres ejes en los que debe apoyarse dicho desarrollo (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017):

- * relevar la labor de procesamiento de la información de la actividad mental desde una perspectiva que incluya los distintos vectores de análisis.
- * emplear modelos descriptivos y explicativos de la actividad psicológica funcional y disfuncional que abarque su organización en los diferentes niveles, desde las conductas observables hasta las modalidades nucleares de la organización de la experiencia.
- * relevar el papel nuclear de la personalidad como eje articulador de los distintos pliegues de la experiencia personal y social.

El análisis del procesamiento de la información aparece como el instrumento más facilitador para operar como traductor entre los diferentes enfoques teóricos. Ha sido utilizado, principalmente, por el enfoque cognitivo, pero su utilidad puede trasladarse a los restantes enfoques (David, Cristea y Hofmann, 2018). Para que pueda cumplir con ese rol es fundamental llevar a cabo dicho análisis teniendo en cuenta los diferentes niveles de procesamiento que están presentes en la vida humana. En su etapa inicial, el procesamiento de la información fue enfocado restrictivamente desde una perspectiva lógico formal, pero existen otros modos de procesar información en los que la tarea de la psicoterapia está involucrada y a los cuales hay que recurrir para tener una visión amplia del objeto de estudio. Es necesario disponer, para ello, tanto de un procesamiento encarnado, como contextual (situado y extendido) y dinámico.

La labor de la psicoterapia está dirigida, en todos los abordajes, a promover procesos de cambio. Los diferentes enfoques teóricos abordaron el cambio desde

distintas perspectivas, atendiendo a distintas funciones (motivación, aprendizaje), a distintos momentos (experiencias tempranas, aquí y ahora, devenir), a distintos protagonistas (individuo, contexto). De ello se desprendió un énfasis mayor en el comportamiento o en la experiencia personal. La sombra del gran debate vuelve a asomar en este punto. Frente a ello, es necesario desplegar un abordaje que trascienda dichas antinomias, integrándolas en un circuito de doble dirección (top-down; bottom-up) entre la conducta y la experiencia.

Todos los enfoques terapéuticos se han valido de algún modelo psicopatológico, incluidos los componentes relativos al diagnóstico y la clasificación de los disfunciones. La evolución de los diferentes abordajes desde los orígenes hasta la actualidad fue correlativa a las distintas concepciones psicopatológicas, desde el modelo médico clásico, hasta los Modelos de Red (Borsboom, 2017) hoy en pleno desarrollo. Una de las convicciones más firmes que tenemos respecto de cómo podemos avanzar hacia la integración, es la utilidad de un modelo psicopatológico dimensional. El HiTOP representa una propuesta particularmente útil en ese sentido (Hopwood et al., 2019). Como un eje central de esa perspectiva, asoma la personalidad como principio articulador entre los diferentes niveles que recorre el diagnóstico clínico y la intervención terapéutica. De hecho, muchas de las hipótesis actuales sobre las razones que explican la tendencia a los fracasos terapéuticos en muchos pacientes con trastornos emocionales se atribuye a la presencia de aspectos disfuncionales de la personalidad. El grado de equilibrio y consistencia del sistema de la personalidad se presenta como una columna vertebral de la funcionalidad/disfuncionalidad de la actividad psíquica y merece ser considerada en todas las intervenciones psicoterapéuticas.

Final

Vivimos un tiempo de pandemia, un tiempo extraño. Azotados por la descarga de un trauma masivo que nos conmueve y nos interroga. La psicoterapia no podía quedar ajena a este fenómeno y allí fue. Allí fuimos los pacientes y los terapeutas a buscar una manera de continuar la obra, como los lectores de Fahrenheit 451 trataban de preservar la literatura. Y encontramos nuestro lugar en las pantallas de las computadoras, de las tabletas, de los dispositivos móviles. Internet mediante pudimos, durante este tiempo seguir brindando nuestra ayuda.

Afortunadamente, la psicoterapia a distancia y los tratamientos remotos ya venían ensayándose desde hace unos cuantos años. La experiencia acumulada había comenzado a plasmarse en importantes revisiones (Andersson, 2016) y en nuevas revistas íntegramente dedicadas al tema como *Internet Interventions*, *JMIR* y sus *spin off*, *Cyberpsychology behavior and social networking*, entre otras.

La psicoterapia, poniendo de manifiesto una vez más su versatilidad, incorporó la teleterapia como un recurso adicional. Los terapeutas comenzaron a ensayar modos de evaluación remota, programas computarizados de tratamiento, terapia asistida a distancia y modalidades de supervisión on-line. Como con otros compo-

nentes a lo largo de los últimos 50 años, cada nueva aparición generó una corriente de estudios de investigación. A grandes rasgos, los resultados con que contamos es que estas aplicaciones son eficientes. Es más, que la eficiencia demostrada es equivalente a la de las intervenciones presenciales y que esto se ha probado con intervenciones basadas en distintos enfoques teóricos (Andersson, 2016). Una vez más, nos encontramos con un empate, pero todavía no ha pasado suficiente tiempo ni tenemos suficiente perspectiva para sacar conclusiones.

Por de pronto, todos los días, en todas partes del mundo, muchas personas reciben ayuda gracias a esta metodología. Muchos pacientes pueden encontrar alivio para su dolor y sufrimiento gracias a que hay terapeutas que pueden valerse de una computadora para conectarse con ellos pese a la distancia física y el confinamiento. Los terapeutas disponen, a su vez, de guías de aplicación para este nuevo abordaje (McCord, Benhard, Walshet, Rosner y Console, 2020).

Para compartir, una mínima nota auto-declarativa. Hace un par de meses todas las sesiones con mis pacientes (¡individuales y grupales!) las llevo a cabo gracias a este recurso. No da para comentar, en pocas palabras semejante experiencia. Pero funciona, es diferente, por momentos es un poco más agotadora, y tenemos mucho que aprender.

¿Qué ocurrirá con este campo de desarrollo y su relación con la psicoterapia? Las aplicaciones posibles de teleterapia en el futuro son enormes. Desde desarrollos instrumentales para el diagnóstico y el monitoreo de procesos, como para sostener estrategias terapéuticas en diferentes condiciones clínicas. En todos los casos, se abre un interrogante que nos lleva al comienzo de este cuento. Si la psicoterapia ha sido definida, sistemáticamente, como un proceso de comunicación interpersonal, ¿es posible que ello tenga lugar a distancia, con alcances y beneficios equivalentes a las intervenciones presenciales? Lo que lleva, a La Gran Pregunta: ¿qué papel cumple el vínculo entre paciente y terapeuta y qué lugar le está reservado, a su vez, a los procedimientos teórico-técnicos que se emplean en cada tratamiento?

El día que podamos ponderar del modo más sintónico posible el papel que cumple el vínculo y la manera en que se combina con las tareas que proponemos al paciente, el día en que podamos deslindar cuánto es el peso relativo de la persona del terapeuta (para bien o para mal) en el curso de los tratamientos y cuánto es la cuota de participación del paciente (con sus recursos, sus expectativas, su compromiso con la terapia) en los resultados, habremos encontrado una de las posibles salidas del laberinto. Probablemente no haya una sola.

Referencias Bibliográficas

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-159. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Barlow, D. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Béjar, H. (2015). La identidad ensamblada: la ordenación de la felicidad. *Papeles del CEIC*, 133, 1-19. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.13234>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why CBT is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1). <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fernández-Álvarez, J., Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G. (2018). Resumiendo los nuevos esfuerzos para integrar la práctica y la investigación desde la perspectiva de la investigación orientada por la práctica. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 353-362.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez Penedo, J. M. y Youn, S. J. (en prensa). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*. Avance de publicación online. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The Alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona, España: Ariel.
- Gmeinvieser, S., Kuhlencord, M., Ruhl, U., Hamayer, Y. y Probst, T. (2020). Early development in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in CBT. *Psychotherapy Research*, 30(4), 462-473. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1609709>
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Gómez, B., Iwakabe, S. y Vaz, A. (2019). International Themes in Psychotherapy Integration. En J. C. Norcross y M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3ª ed., pp. 448-473). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Heard, H. L. y Linehan, M. M. (2019). Dialectical Behavioral Therapy for BPD. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3ª ed., pp. 257-283). Nueva York, NY: Oxford.
- Hopwood, C. J., Bagby, M. R., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweat, S., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. Avance Online de Publicación. <https://doi.org/10.1037/int0000156>
- Horwitz, A. V. y Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. Nueva York, NY: Oxford.
- Hupp, S. (2019). *Pseudoscience in child and adolescent psychotherapy*. Nueva York, NY: Cambridge. <https://doi.org/10.1017/9781316798096>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. y Lutzman, R. D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387. <https://doi.org/10.1177%2F1745691614535216>
- Livesley, W. J., Dimaggio, G. y Clarkin, J. F. (2016). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Nueva York, NY: Guilford.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C. y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *J. of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McCullough, J. C. y Schramm, E. (2019). Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 303-321). Nueva York, NY: Oxford.

- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <https://dx.doi.org/10.4088%2FJCP.12r07757>
- Olfson, M. y Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Olfson, M., Wang, S., Wall, M., Marcus, S. C. y Blanco, C. (2019). Trends in serious psychological distress and outpatient mental health care of US adults. *JAMA Psychiatry*, 76(29), 152-161. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3550>
- Paris, J. (2013). How the history of psychotherapy interferes with integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 99-106. <https://doi.org/10.1037/a0031419>
- Robiner, W. N., Tompkins, T. L. y Hathaway, K. M. (2020). Prescriptive authority: Psychologists' abridged training relative to other professions' training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12309>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing therapy* (3ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychoherapy works* (2ª ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety*. Nueva York, NY: Guilford.
- Wong, P. (2016). Integrative Meaning Therapy: From logotherapy to existential positive interventions. En P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg y A. Batthyany, *Clinical perspectives on meaning* (pp. 323-342). Suiza: Springer.