

Integración en psicoterapia:

Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista

Universidad de Barcelona

Universidad Ramon Llull

El desarrollo histórico de la psicoterapia se puede narrar como una sucesión de propuestas de enfoques teóricos que comportan visiones distintas de los problemas humanos y de la forma de abordarlos psicológicamente (Feixas y Miró, 1993). Si atendemos al contenido de la mayoría de estos enfoques podríamos llegar a creer que cada uno es único, marcadamente diferenciado de los demás y supuestamente mejor. De hecho, cada uno ha desarrollado una terminología propia, de forma que el diálogo entre ellos resulta confuso. El problema va incluso más allá de la cuestión terminológica, dado que también las diferencias epistemológicas y de visión del mundo constituyen una barrera potencial para la comunicación entre escuelas.

La forma tradicional de presentar y evaluar los diferentes enfoques psicoterapéuticos se ha centrado en sus aspectos formales y teóricos, tales como conceptos básicos, estructura de la personalidad, visión de la psicopatología o concepción del cambio terapéutico. Dicha presentación fomenta la visión de los modelos psicoterapéuticos como si se tratara de descubrimientos objetivos sobre el ser humano, evaluables en cuanto a su contenido de verdad y aislados de su contexto cultural y socio-político. Sin embargo, tanto las denominadas *ciencias duras* como la filosofía de la ciencia hace tiempo que reconocen la influencia del contexto social sobre sus teorías (véanse por ejemplo los trabajos clásicos de Kuhn, 1970, o las propuestas aún más radicales de Feyerabend, 1976). Una forma alternativa de abordar tales enfoques es atender a su naturaleza discursiva en cuanto que *construcciones sociales*, preguntándose por ejemplo en qué tipo de corriente filosófica, literaria y/o cultural pueden enmarcarse o cuál es el *zeitgeist* que explícita o tácitamente están revelando (Botella y Figueras, 1995). También resulta relevante preguntarse cuál es el papel de la adscripción a una u otra escuela (o a ninguna de ellas) en los procesos psicosociales de construcción y negociación de la identidad individual y colectiva del psicoterapeuta, concibiendo la identidad como un posicionamiento discursivo.

En este sentido, la pertenencia a una orientación teórica o escuela determinada deviene una importante señal de identidad para muchos psicoterapeutas. Así aparece reflejado consistentemente en la mayoría de encuestas, en las que algunos profesionales indican su adhesión a algún enfoque determinado. Esta adhesión tiene sin duda ventajas para el terapeuta. Un modelo teórico no sólo proporciona una visión determinada de los problemas humanos y de cómo intervenir psicoterapéuticamente en su resolución, sino también un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo (congresos, revistas, sociedades, etc.) que ejerce un importante rol afiliativo en el desarrollo profesional del psicoterapeuta.

Sin embargo, en las últimas décadas un número creciente de psicoterapeutas prefieren no identificarse plenamente con ninguna escuela concreta. En estos momentos parece que la tendencia de los psicoterapeutas a definirse como *eclécticos* supera la adscripción a cualquier otra orientación particular (véase Feixas y Miró, 1993, para una revisión de datos demográficos al respecto). En uno de los estudios que integraban los datos a los que nos referimos, Smith (1982) encontró que el 41% de los 415 psicoterapeutas encuestados se autodenominaban *eclécticos*. Sin embargo, al matizar su respuesta los encuestados escogían términos marcadamente dispares, lo que refleja la variedad de significados que engloba esta etiqueta. En realidad el eclecticismo puede entenderse más por lo que no es (no-adhesión a una escuela concreta) que por lo que es. Por otra parte, el término *ecléctico* tiene algunas connotaciones preocupantes, dado que en algunos casos implica combinar técnicas epistemológicamente incompatibles de forma incoherente. La pluralidad, no sólo de enfoques puros sino también de formas de práctica ecléctica, refleja la diversidad actual de la psicoterapia

y plantea nuevos retos.

Uno de tales retos es el de evolucionar hacia la exploración de un avance común. Ello implica una transición desde posturas eclécticas hacia lo que se conoce en la actualidad como el *movimiento integrador* en psicoterapia; desde formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas hacia el esfuerzo por contribuir a una maduración y desarrollo cualitativo del campo de la psicoterapia en un clima cooperativo de exploración de la integración. Nos referimos a *exploración de la integración* para distinguir el movimiento integrador del *sueño unificacionista*. En efecto, el movimiento integrador no pretende llegar a la fusión de todos los modelos en uno, pretensión científicamente ingenua y éticamente discutible por sus connotaciones totalitarias. Más bien aboga por la constitución de un marco de diálogo que sustituya la lucha de escuelas por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques existentes. Por otro lado, dicho movimiento trata de fomentar y coordinar los esfuerzos por investigar los mecanismos de cambio descritos por distintos modelos terapéuticos, a menudo con terminologías diferentes.

El planteamiento del reto de la integración se podría entender como una muestra de la evolución del campo de las psicoterapias hacia estadios más maduros de desarrollo. Norcross (1986) sugiere que la comunidad psicoterapéutica ha ido evolucionando de un simplismo absolutista y dogmático (*Mi enfoque es el mejor por definición y los demás están equivocados*) hacia el relativismo (*Cada enfoque funciona según el caso*), con la esperanza de llegar al compromiso ético con un enfoque desde el que evolucionar de forma no-dogmática. Es decir, la adhesión a un modelo se debería fundamentar en una elección personal y comprometida con su perfeccionamiento en lugar de en el dogmatismo.

Sin embargo, a nuestro juicio tal compromiso con un modelo determinado se hace difícil después de haber reconocido sus limitaciones y su valor relativo. Una alternativa consiste en buscar soluciones más abarcadoras y evolucionadas, que pretendan integrar aspectos de distintos enfoques en un intento de ir un paso más allá que los modelos existentes. Como comentábamos en otro lugar (Feixas, 1992a), este avance pasa previsiblemente por el respeto a la diversidad de concepciones del ser humano implícitas en distintos modelos terapéuticos, pero a la vez implica generar propuestas integradoras que, siendo sucesivamente reemplazadas por nuevas alternativas, fomenten la evolución del campo de la psicoterapia. Cada nueva alternativa genera preguntas que sugieren nuevos interrogantes en lugar de respuestas definitivas. En la actualidad parece que el movimiento que mejor refleja este espíritu es el que se articula alrededor de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)*--que cuenta con una sección en España, la Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia (SEIP). Aunque se trata de un marco de confluencia de propuestas muy diversas, en su seno se promueve el diálogo y la exploración de construcciones alternativas que integren las aportaciones ya existentes, en detrimento del dogmatismo de escuela.

Siguiendo a Arkowitz (1991) en su escrito inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration*, entendemos que el movimiento integrador aglutina en la actualidad esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: el *eclecticismo técnico*, la *integración teórica* y el estudio de los *factores comunes*. Antes de describir la aportación constructivista a cada uno de estos enfoques, sin embargo, quisiéramos comentar brevemente los factores que han influido en la tendencia hacia el eclecticismo y la integración en las últimas décadas y, particularmente, cómo tales factores son plenamente coherentes con una concepción constructivista de la psicoterapia. Nuestro intento en la primera parte de este trabajo es demostrar como el constructivismo es perfectamente viable como marco conceptual general para la exploración de la integración en psicoterapia, dado que la actitud integradora caracteriza a la epistemología constructivista desde su misma raíz.

Factores influyentes en la formación del movimiento integrador:

una lectura constructivista

Aunque podemos encontrar ejemplos aislados de propuestas eclécticas y/o integradoras desde los años treinta, el fenómeno del eclecticismo como hecho diferencial en psicoterapia se consolida en la década de los setenta

y, como hemos comentado anteriormente, el movimiento integrador no toma forma hasta los ochenta. En esta sección comentaremos los factores que han propiciado el fenómeno contemporáneo de la exploración de la integración en psicoterapia según Norcross (1986), examinando su compatibilidad con una perspectiva epistemológica constructivista.

- **Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.**

La coexistencia de lo que a nuestro juicio (Feixas, 1992a) son construcciones parciales de la realidad dota al campo de la psicoterapia de una apariencia fragmentaria. Siguiendo la noción kelliana de *fragmentalismo acumulativo* (véase Botella y Feixas, 1998) parece como si la psicoterapia hubiese avanzado acumulando fragmentos de conocimiento parcialmente útiles y válidos, desarrollados de forma independiente y competitiva, carentes de un marco general que los hiciera compatibles. El hecho de contar en la actualidad con más de 400 formas de tratamiento da una idea de la gran capacidad generativa de la psicoterapia, como área de conocimiento, para crear construcciones diferenciadas, pero también de la incapacidad para integrarlas que ha derivado en el actual panorama de fragmentación.

Desde una perspectiva constructivista, se puede entender el desarrollo de cualquier sistema de conocimiento (personal o científico/académico) como una dialéctica entre diferenciación e integración, que conduce en el caso óptimo a una situación de complejidad, pero no de fragmentación. La excesiva diferenciación de los enfoques psicoterapéuticos actuales es comprensible como un intento de maximizar la individualidad en detrimento de la comunidad, ligado sin duda a cuestiones económicas, socio-políticas y de divergencias ideológicas (filosóficas, epistemológicas, metodológicas) entre los proponentes de cada uno de ellos. Sin embargo, en contraste con la estrategia del fragmentalismo acumulativo, el *alternativismo constructivo* (Kelly, 1969; véase Botella y Feixas, 1998) nos sugiere abogar por construcciones de un nivel jerárquico superior, más amplias y evolucionadas, que no supongan *un modelo más* a acumular. Aunque esta nueva (re)construcción no nos aporte un nuevo fragmento de *verdad* terapéutica, puede proporcionar una visión alternativa de las ya existentes. Con esta esperanza se han generado la mayoría de esfuerzos en el seno del movimiento integrador.

- **Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos.**

Hoy en día se da un consenso creciente acerca de que no existe un solo enfoque que podamos considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones. De hecho, el motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes, la conciencia sobre su inadecuación en determinados casos. Este es también el motor que mueve los esfuerzos eclécticos e integradores, aunque en una dirección diferente. Si ninguna de las 400 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido demostrar su utilidad en *todos* los casos, no se trata de crear la n° 401 (aunque posiblemente ya exista al publicarse este trabajo) sino de plantearse la cuestión desde otra perspectiva.

En los últimos años se va popularizando la posibilidad de explorar la integración de los conocimientos y técnicas disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, puedan ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico. Otra idea en el mismo sentido es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo. La flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos e integradores reporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente. De no ser así, en palabras de Gordon Allport, "si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo".

Desde una perspectiva constructivista, se puede entender la psicoterapia como la génesis intencional de significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los clientes mediante un diálogo colaborativo (Botella, en prensa; Kaye, 1995). Tales sistemas de construcción de la experiencia, si bien están pautados por las formas discursivo/narrativas aceptables socialmente, revisten un componente innegable de individualidad. Así, es perfectamente previsible que ningún modelo *único* de psicoterapia pueda

responder al cambio de *todos* los clientes o en *todas* las patologías. La psicoterapia, desde nuestra perspectiva, reúne componentes de *comunalidad* en cuanto a los *procesos* de cambio (como propone la línea de investigación de los factores comunes) y, simultáneamente, de *especificidad* en cuanto al *contenido* de dichos cambios.

- **Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.**

A pesar de las diferencias teóricas entre modelos psicoterapéuticos y el interés de sus proponentes por demostrar su superioridad relativa, la conclusión que se extrae de la revisión de la literatura hasta el momento es que ninguna de ellas sobresale claramente por encima de las demás (véanse Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980). Tanto la investigación metaanalítica de Smith *et al.* (1980), que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas inciden en la misma conclusión: no hay un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

Resulta paradójico que modelos terapéuticos pretendidamente diferentes (e incluso opuestos) resulten igualmente eficaces. La resolución de esta paradoja pasa para muchos por la cuestión de la integración, tanto en lo que respecta a la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico como a la complementariedad de la validez de unos enfoques con la de otros en un esfuerzo de integración teórica y técnica.

Así mismo, dicha paradoja ha reorientado la investigación en psicoterapia al análisis de los factores que contribuyen al cambio terapéutico. De entre estos, Lambert (1986) cifra la contribución de las técnicas terapéuticas específicas en sólo un 15%. Este reducido porcentaje debería hacernos reflexionar sobre la importancia—quizá excesiva—atribuida a dichas técnicas en los programas de formación de psicoterapeutas, así como sobre el papel de las habilidades técnicas en la práctica clínica. En general, este énfasis en los aspectos técnicos de la psicoterapia va en detrimento de los factores relacionados con las variables del cliente, del terapeuta y de la relación terapéutica. Sin embargo, estos parecen ser los factores que más afectan al resultado global de la psicoterapia.

La adopción de un marco epistemológico constructivista conlleva una serie de implicaciones acerca de la relación de ayuda, plenamente coherentes con lo antedicho. Como proponíamos en otros trabajos (Botella y Feixas, 1998) la concepción de la relación terapéutica como interacción centrada en la co-construcción de nuevos significados implica prestar mayor atención al lenguaje, las narrativas, las metáforas y los constructos personales que se generan en el diálogo entre terapeuta y cliente. De entrada, esto supone alinearse con los enfoques que rechazan la visión del profesional como experto o como *administrador de técnicas*, y lo destronan de su presunta posición de objetividad. El enfoque constructivista contempla tanto al cliente como al terapeuta como expertos que participan en una aventura común; el cliente tiene una mayor experiencia acerca de las ventajas y limitaciones de su sistema de significado, y el terapeuta posee más pericia en lo concerniente a las habilidades facilitadoras del cambio en general (Feixas y Villegas, 1993). En consecuencia, la terapia se convierte en una búsqueda caracterizada por la colaboración y el respeto en pos de una revisión del sistema de significado personal, que permita mantener a los clientes en su esfuerzo por anticipar y participar de un mundo social que ellos también pueden ayudar a construir (Neimeyer y Feixas, 1997). En cierto sentido, la psicoterapia constructivista "no tiene parangón en ninguna otra perspectiva contemporánea en cuanto a su postura fuertemente autorreflexiva" (Botella, 1996, p. 246).

Concebir la relación de ayuda como una relación *de experto a experto* implica que el cambio terapéutico no se deriva directamente de la aplicación de una técnica específica, sino de la creación de una forma particular de relación humana. Las técnicas no *hacen* nada al cliente; es más bien el cliente quien hace uso de la técnica si ésta se ofrece en el contexto de una relación terapéutica facilitadora del cambio.

En conclusión, si se adopta esta perspectiva no resulta sorprendente ni paradójica la falta de eficacia

diferencial. La paradoja sólo existe si se parte de premisas opuestas a las que acabamos de exponer, como por ejemplo, que "cuanto mejor es la técnica mejores son los resultados" o que "la investigación comparativa de resultados puede determinar la técnica más eficaz para la mayoría de los casos".

- **Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias.**

El reconocimiento de la existencia de factores comunes que operan en la mayoría de las psicoterapias, hayan sido o no explicitados por sus proponentes, se hace cada vez más evidente. En este sentido, se va extendiendo cada vez más la actitud de buscar los ingredientes comunes entre los enfoques en lugar de centrarse exclusivamente en sus diferencias. Frank (1961) por ejemplo, planteó que los métodos actuales de psicoterapia representan, con algunas variaciones, actualizaciones de procedimientos muy antiguos de curación psicológica. Pero las psicoterapias contemporáneas enfatizan sus diferencias para hacerse más competitivas, de acuerdo con el contexto socio-económico mercantilista y liberal de nuestra sociedad occidental, por lo que estas diferencias se exageran. En la actualidad se reconoce, en virtud de los datos disponibles, que los factores comunes explican hasta un 30% del porcentaje de la varianza del éxito terapéutico. Si tenemos en cuenta que el porcentaje atribuible al terapeuta es sólo un poco superior al 40% constatamos el tremendo peso de estos factores comunes en su contribución al cambio terapéutico.

En este sentido, cabe recordar que según la epistemología constructivista, similitudes y diferencias son operaciones del observador, no características "objetivas" de la realidad. Así, podría parecer que los psicoterapeutas hemos empezado a desplazar nuestro punto de observación desde la defensa de las diferencias y la novedad de determinados modelos terapéuticos hacia la conciencia de los factores comunes. Este cambio no se basa en que los modelos contemporáneos se parezcan más, sino que refleja nuestro cambio de posicionamiento al observarlos. Como afirmábamos anteriormente, el énfasis en la diferencia puede responder a intereses comerciales o políticos. Este nuevo posicionamiento debería promover más la cooperación de terapeutas de distintas orientaciones en la articulación de una base común, aspecto central del movimiento integrador.

- **Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.**

Son precisamente los datos sobre la contribución de distintos factores al éxito terapéutico los que plantean el quinto factor influyente en el auge del movimiento integrador. El reconocimiento de que la mayor proporción de variancia del éxito terapéutico se debe a factores preexistentes del cliente obliga a un replanteamiento de la cuestión. En efecto, no parece muy prudente dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos al desarrollo tecnológico cuando este factor explica, como hemos comentado anteriormente, un 15% del éxito terapéutico en su estimación más favorable. Resultan mucho más lógicos los esfuerzos de sistematización que permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente. En este sentido, hay que tener en cuenta, de forma preferente, cuestiones relativas al cliente tales como, estilo interpersonal, disposición al cambio, red social y afectiva, y otras variables relacionadas (véase Botella y Feixas, 1994, para una revisión exhaustiva de los resultados de la investigación de eficacia de la psicoterapia).

El hecho empíricamente demostrado de que es al cliente a quien corresponde la mayor contribución al total del resultado de la psicoterapia (véase también Lambert, 1991) avala la noción constructivista de que la psicoterapia no es un *tratamiento* que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino *una forma de relación* que se ofrece al cliente para que éste se cambie (pro)activamente a sí mismo. De hecho, los enfoques terapéuticos inspirados en una epistemología constructivista parten de la premisa de que el cambio es una operación que realiza el cliente de acuerdo con su patrón de coherencia y, por tanto, dirigen sus esfuerzos a comprender dicho patrón y adaptarse a sus características. Lo que se pretende es que el espacio terapéutico sea altamente significativo para el cliente, y para ello hay que tener mucho más en cuenta sus creencias, esquemas, narrativas y constructos que los del terapeuta. Esta actitud se refleja en el hecho de que las técnicas más características de estos enfoques tales como la técnica de rejilla (véase Feixas y Cornejo, 1996), el

escalamiento (véase Botella y Feixas, 1998) o la reconstrucción de la experiencia inmediata (Guidano, 1991) se centren en comprender con el mayor detalle posible la forma en que el cliente construye los acontecimientos. Otros ejemplos también paradigmáticos de este centramiento en el cliente son el análisis de la demanda (Villegas, 1992) y el hecho de dejar que sea el cliente quien proponga las técnicas o procedimientos a llevar a cabo en la terapia (p.e., Feixas y Neimeyer, 1997).

6. Factores socio-políticos y económicos.

Finalmente, puede verse el movimiento integrador como una respuesta a influencias sociales, políticas y económicas diversas. Especialmente en los Estados Unidos donde la psicoterapia es financiada en parte por entidades aseguradoras, existe una gran presión para mejorar la calidad y acortar la duración de los tratamientos psicológicos.

Por otro lado, el hecho de que un problema pueda tratarse de formas tan distintas según qué psicoterapeuta lo atienda no aporta ningún prestigio a nuestra profesión. Si la diversidad existente en cuanto a enfoques y técnicas ya fomenta una imagen de fragmentación entre los profesionales de la psicoterapia, resulta aún más incomprensible para el resto de la comunidad--incluyendo a los responsables de decisiones políticas en centros de salud y de investigación, y a la opinión pública en general. La imagen de una profesión donde impera la *lucha de escuelas*, las descalificaciones mutuas, y en la que sus practicantes no son capaces ni tan sólo de dialogar, nos resta credibilidad ante nuestros clientes y ante la sociedad en general.

El espíritu integrador pretende sustituir este clima de enfrentamiento por la cooperación entre escuelas y el esfuerzo común por hacer madurar nuestro ámbito de conocimiento y práctica no necesariamente hacia una psicoterapia unificada, pero sí hacia una coordinación más consensuada de los recursos disponibles y de la experiencia acumulada durante décadas por los practicantes de las distintas orientaciones.

Hasta aquí nos hemos ocupado de los factores que han influido en la tendencia hacia el eclecticismo y la integración en los últimos años, vista desde la perspectiva de la epistemología constructivista. A continuación describiremos cada uno de los principales enfoques a los que ha dado lugar el movimiento integrador (es decir, el **eclecticismo técnico**, la **integración teórica** y el estudio de los **factores comunes**) haciendo hincapié en la aportación constructivista a cada uno de ellos.

El Eclecticismo Técnico

Esta tendencia del movimiento integrador se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Se caracteriza, por tanto, por un fuerte énfasis en lo técnico en detrimento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado.

El primer autor en formular esta posición fue Lazarus (1967), sin embargo, a partir de los años setenta han sido varios los enfoques que han seguido esta filosofía. Lazarus (véase el debate expuesto en Lazarus y Messer, 1991) defiende este tipo de eclecticismo, entre otras cosas, porque ve en la integración teórica un esfuerzo inútil. Según él, entre dos enfoques cualesquiera se pueden encontrar similitudes, pero a costa de ignorar sus diferencias que a menudo son fundamentales. Según Lazarus se ha hecho un énfasis desorbitado en las teorías, lo que ha conducido a una proliferación caótica de enfoques, cosa que la integración teórica aún empeora más, por lo que se necesitan "menos teorías y más hechos". Su propuesta enfatiza las técnicas como expresión de lo que los terapeutas "realmente" hacen con sus clientes. Integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando, sin ningún recelo, los hallazgos de orientaciones teóricamente incompatibles. Para este autor existe un nivel de observación básico en el que enfoques muy distintos, después de haberlos despojado de su carga teórica, nos revelan fenómenos a considerar. Es a este nivel de observaciones de hechos clínicos donde se pueden integrar los recursos técnicos disponibles.

La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor

con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado. La postura del **eclecticismo intuitivo**, prevalente hasta los años setenta, consistía en seleccionar técnicas de forma idiosincrásica, a juicio del terapeuta, de su intuición o experiencia anterior, o quizás en función del último libro leído o taller de fin de semana al que ha asistido. No existe en esta forma de eclecticismo ninguna base o lógica conceptual transmisible sino que la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, la vivencia o la creatividad del terapeuta.

Eysenck (1970), por ejemplo, criticó severamente esta práctica caótica, aún habitual en nuestros días, y que, de hecho, no forma parte de lo que llamamos integración técnica. Al no suponer ningún tipo de avance conceptual ni ninguna lógica integradora este tipo de eclecticismo no se considera parte del movimiento integrador. Las propuestas de dicho movimiento integrador se diferencian del eclecticismo intuitivo por seleccionar las técnicas basándose en algún criterio definido. En nuestra visión de estos enfoques integradores de carácter técnico (Feixas, 1992a) distinguimos entre los criterios meramente pragmáticos, los de orientación teórica y los sistemáticos, esquema que introducimos a continuación.

El **eclecticismo técnico pragmático** selecciona las técnicas teniendo como criterio esencial y exclusivo el nivel de eficacia que han demostrado en su contraste empírico. La aspiración de este tipo de integración es conseguir una matriz *tratamientos x problemas* que dicte la técnica más eficaz a emplear para cada caso concreto. Su orientación es fuertemente empírica. El modelo que mejor representa esta aspiración es el de la moderna modificación (o terapia) de conducta. Si bien en sus inicios la terapia conductual se identificaba con la aplicación de los principios conductistas del aprendizaje, en la actualidad admite una gran diversidad de técnicas, siempre que hayan demostrado su eficacia. Así, nos encontramos con manuales de técnicas de terapia y modificación de conducta (p.e., Caballo, 1991) que incluyen, junto a las técnicas tradicionales basadas en el condicionamiento clásico y operante, la intención paradójica, la terapia racional-emotiva, la cognitivo-estructural de Guidano y Liotti, la hipnoterapia y la técnica de la silla vacía guesáltica.

En el **eclecticismo técnico de orientación** se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta. Es decir, se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según su conceptualización que se hace desde una orientación teórica particular. Aunque en esta forma de integración la teoría tiene un papel determinante, no es al nivel conceptual donde se da la integración, y aunque sea un dato a tener en cuenta, tampoco es la eficacia empírica demostrada por la técnica lo que dicta su adopción. Se trata de un eclecticismo al nivel de las técnicas guiado por la coherencia con una teoría concreta en función del tipo de cliente. La terapia cognitiva de Beck constituye un buen ejemplo de este tipo de planteamiento. Si bien se dan muchos otros casos en los que los practicantes de un modelo adoptan una actitud ecléctica en cuanto a las técnicas a utilizar sin abandonar el marco teórico de origen, en la terapia cognitiva es su propio creador quien propugna esta actitud:

Situándonos en la teoría de la terapia cognitiva, podemos mirar a otros sistemas de psicoterapia como una rica fuente de *procedimientos terapéuticos*. Puesto que gran parte de su arsenal terapéutico se basa en la sabiduría y enorme experiencia de sus creadores, estos procedimientos pueden enriquecer la forma de aplicar nuestra propia modalidad de terapia. En la medida que estos procedimientos sean congruentes con la terapia cognitiva, la mejoran y consolidan como *la* terapia integradora. (Beck, 1991, p. 197, cursiva en el original).

En el **eclecticismo técnico sistemático** se seleccionan las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de clientes. Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de técnicas como de clientes, requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso.

Uno de los ejemplos más destacados de este tipo de eclecticismo es el trabajo de Beutler y colaboradores (p.e., Beutler, 1983; Beutler y Clarkin, 1990). Su propuesta se basa en tres ingredientes extraídos de la revisión de

las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico. El primer ingrediente supone una sistematización de los modelos existentes en términos de estilos terapéuticos o dimensiones bipolares de intervención: directiva/no-directiva, centrada en el síntoma/centrada en el conflicto, etc. El segundo implica una selección de variables del cliente, p.e., severidad del síntoma, estilo de afrontamiento, potencial de resistencia o reactancia (ver Beutler, 1992). El tercer componente de este modelo propone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del cliente. El modelo de Selección Sistemática de Tratamientos tal como lo proponen Beutler y Clarkin (1990) se divide en siete fases secuenciales:

- Evaluación del paciente, su contexto cultural, diagnóstico, metas del tratamiento, estrategias de afrontamiento, entorno (estresores y recursos ambientales).
- Evaluación de los posibles contextos, modalidades y formatos de tratamiento, así como de la frecuencia y duración de este.
- Evaluación de la compatibilidad y "encaje" entre terapeuta y paciente.
- Métodos de inducción de rol para fomentar y mantener la alianza terapéutica.
- Selección de metas focales de cambio (tratamiento orientado al conflicto o al síntoma).
- Selección del nivel de intervención y de las metas terapéuticas a medio plazo.
- Conducción de la terapia.