

Factores comunes e integración de las psicoterapias

Miguel Uribe Restrepo¹

Resumen

Introducción: Desde hace muchos años se viene discutiendo la presencia de factores comunes y de una eficacia similar en los distintos modelos de psicoterapia. La semejanza entre estos modelos contrasta con las acérrimas discusiones teóricas sobre su especial singularidad. *Objetivo:* Presentar varias conceptualizaciones sobre la naturaleza de los factores comunes de las psicoterapias. *Desarrollo:* Se muestran algunos trabajos empíricos y se aborda la posible integración de las diferentes modalidades, con sus ventajas y desventajas.

Palabras clave: psicoterapia, integración, eclecticismo.

Title: Common Factors and Integration of Psychotherapies

Abstract

Introduction: Since many years the presence of common factors and of a comparable efficacy in the different psychotherapy models has been discussed. The similarity between these models is quite in contrast with the fierce theoretical discussions on their special singularity. *Objective:* To present several conceptualizations on the nature of the common factors in psychotherapies. *Development:* Some empirical works are shown and the possible integration of the different modalities, with their advantages and disadvantages, are discussed.

Key words: Psychotherapy, integration, eclecticism.

Introducción

El tema de los factores comunes y de la integración de los distintos modelos de psicoterapias están estrechamente unidos. En efecto, para que haya una integración entre

diversas psicoterapias es necesario que existan algunos puntos en común entre ellas; y lo contrario, si no hay factores comunes, sino una alta especificidad en las psicoterapias, la integración no es posible.

¹ Médico psiquiatra y psicoanalista. Director científico de la Clínica La Inmaculada, Bogotá, Colombia. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

En el primer caso podemos tener una ventaja, si se unen elementos derivados de campos disímiles; en el segundo, no tendríamos más que un vulgar eclecticismo. La analogía con la cocina es pertinente: por una parte, un plato cuyos ingredientes se suman de una manera armoniosa y elegante, y por otra, un menjurje sin identidad ni gracia alguna.

En la integración se busca una articulación entre la teoría y la técnica mediante puentes entre las diversas escuelas; en el eclecticismo, por el contrario, prima el lema “lo que sirva, vale”, sin construir relaciones conceptuales.

El origen común de las diferentes escuelas de psicoterapia es uno de los fundamentos que permite identificar parentescos estrechos. En primer lugar, es posible afirmar, aunque de una manera un tanto general, que las psicoterapias contemporáneas se derivan de una práctica mucho más antigua, en que los curanderos o médicos, muchos de ellos religiosos, empleaban la palabra como medio para una cura, a través de consejos, explicaciones, recomendaciones.

El título de uno de los trabajos de Sigmund Freud (1), *Psicoterapia: tratamiento por el espíritu*, permite ver ese principio común, con el poderoso eco de la expresión cura del espíritu. Pero sólo hasta la apari-

ción de modelos que apoyen la cura por la palabra es posible hablar en sentido estricto de psicoterapias, fenómeno cristalizado en el psicoanálisis de Freud.

En segundo lugar, las tres principales modalidades psicoterapéuticas actuales: la psicoterapia psicoanalítica, la cognitiva conductual y la interpersonal, tienen orígenes comunes. Si bien es cierto que en un principio la escuela psicoanalítica y la conductual fueron opuestas, el surgimiento de la psicoterapia cognitiva impulsada por Aaron Beck ha tendido puente entre ellas.

El estudio de los factores comunes y de la posible integración en las psicoterapias tiene repercusiones importantes para la clínica en salud mental. Por un lado, suponen el estudio de los mecanismos de cambio, de cuáles son las medidas que realmente llevan un efecto terapéutico, y a quiénes aplica. Por el otro, implica una posición ética, ya que no es justo sostener que la terapia que uno practica es la única, ni siempre la mejor, ni la que se acomoda a todo paciente. El mito de Procasto, que veremos más adelante, ilustra este punto. Por último, la competencia entre las psicoterapias, impulsada por las limitaciones impuestas por los sistemas de salud modernos, se ve atenuada o por el contrario aumentada, de acuerdo con la posición que se tenga sobre los factores comunes.

Factores comunes en psicoterapias

El tema de los factores comunes suele atribuirse a Frank (2) o a Luborsky (3), pero en realidad la primera publicación sobre el tema es la de Rosenzweig (4), quien en 1936 describió los factores comunes explícitos en psicoterapia, y trajo a colación la famosa cita del pájaro Dodo, la que ha hecho carrera en este campo. En el primer párrafo de este trabajo corto pero fecundo, Rosenzweig plantea con precisión la justificación para estudiar factores comunes implícitos. Todo método psicoterapéutico, afirma, cuenta con casos de curaciones a su favor, desde el psicoanálisis hasta la sugestión o la ciencia cristiana. Esto sin contar que el número de modelos existentes se ha calculado en más de 200 y las técnicas en 400 (5). Los proponentes de cada modelo alegan entonces que su teoría ha sido probada, y por ende las demás son falsas. La eficacia de una técnica, sin embargo, no implica la verdad de la teoría que la sustenta. “El punto es simplemente que una verdad completa o absoluta no es necesaria para el éxito terapéutico”, afirma. Más bien, puede que haya factores comunes operando que no hayan sido reconocidos.

Rosenzweig (4) identificó los siguientes factores implícitos: reacondicionamiento social, catarsis, la personalidad del terapeuta como estimulante o inspiradora (y diría-

mos, más modestamente, su rol en la relación: como alguien que en la sesión permanece atento, calmado, y busca entender); y la consistencia formal del sistema explicativo del terapeuta, sea éste el psicoanálisis o incluso un sistema religioso.

Sin embargo, adopta otra perspectiva interesante: la naturaleza misma de los fenómenos mentales, su complejidad, hace que no sólo no puedan abordarse desde una sola perspectiva, sino que toda perspectiva, todo punto de vista tendrá algo de cierto. Es decir, varias interpretaciones pueden ser correctas, hecho con el cual el psicoanálisis está bastante familiarizado. En cuanto organización compleja y dinámica, la personalidad puede ser modificada al intervenir sobre un factor entre muchos; con esto Rosenzweig se adelanta al concepto de sistemas dinámicos no lineales, en que una modificación, así sea pequeña en algún elemento del sistema, puede llevar a modificaciones finales importantes.

Cuadro 1. Factores comunes de las psicoterapias según Rosenzweig (4)

Factor
Catarsis
Reacondicionamiento social
Personalidad del terapeuta
Organización compleja y sistémica de la mente humana

El pájaro Dodo

Como se mencionó, Rosenzweig (4) señala que todas las psicoterapias

pueden invocar casos exitosos, desde las escuelas mayores hasta psicoterapias menos conocidas o aún esotéricas: la efectividad no puede ser tomada como evidencia de que la teoría en que se apoya sea correcta. Como epígrafe de su trabajo, cita la historia del pájaro Dodo en *Alicia en el país de las maravillas*. En el tercer capítulo, Alicia ha formado un mar con sus lágrimas, donde todos se han mojado. El Dodo organiza una carrera para secarse, sin reglas ni duración definida, donde todos corren en círculos. Al final, el pájaro Dodo declara a todos ganadores y dice que todos merecen un premio.

Si el veredicto del pájaro Dodo es cierto, todas las psicoterapias poseen una eficacia similar, ninguna gana. Ahora bien, las investigaciones sobre eficacia tienden a mostrar que esto es así. Sin embargo, esto no quiere decir que todas las psicoterapias sean iguales para todos los pacientes.

El trabajo de Rosenzweig (4) pasó inadvertido (incluso muchos de los que trabajan en este tema no lo

conocen), hasta cuando fue nuevamente estudiado por Frank (2) y Luborsky (3).

Karasu (7) a su vez propuso una formulación simple de los factores comunes, reuniéndolos en tres clases: inducción de afecto, control cognitivo y regulación de la conducta. La inducción de afecto toma la forma de catarsis, implosión, inundación, o trabajo en la experiencia, en las escuelas mayores, pero forma casi la totalidad de la terapia en otras más periféricas, como la terapia del grito o algunos grupos maratón. Karasu señala, acertadamente, que la sola inducción de afecto sin elaboración deja pocos resultados duraderos. El control cognitivo se refiere a las explicaciones y los nuevos patrones de pensamiento que el terapeuta aporta, que lleva a un mayor entendimiento de sí mismo. La regulación de la conducta, si bien es el sello de origen de la terapia conductual, también se encuentra en las otras terapias. Basta como ejemplo pensar en una psicoterapia dinámica que curse con *insight* y racionalización, pero sin cambios verdaderos en la conducta del paciente.

Tabla 1. Factores comunes según Frank y Frank (6)

Factores del paciente	Factores del terapeuta	Factores del vínculo
Compromiso	Poder de sugestión	Contacto
Motivación	Persuasión	Apego
Esperanza	Calidez	Grado en que están de acuerdo
Confianza	Empatía	Contrato
Idealización	Compromiso	<i>Rapport</i>
	Directividad	
	Experticia	

Una lista más reciente de factores comunes, elaborada por Greencavage y Norcross (8) a partir de 50 publicaciones sobre el tema, muestra lo extenso de los elementos encontrados.

La relación como factor común

El primer candidato obvio para ser el factor común más importante es la relación, ya que es un ingrediente activo en toda forma de psicoterapia. En un sentido, pocos lo cuestionan; el psicoanálisis, por ejemplo, dirá que es a través del análisis de la transferencia como se logra resolver

la neurosis de transferencia y pasar a la cura; todo ello se da, claro está, en la relación. Sin embargo, el factor común de la relación apunta más bien a factores más globales, ya que la transferencia y su análisis sistémico es parte de la especificidad del psicoanálisis.

La alianza de trabajo se puede incluir dentro de este factor común. Para algunos, es el único factor terapéutico. Freud (9) había sostenido que lograr un *rapport* con el paciente era indispensable para poder dar curso a un tratamiento, y afirma:

Tabla 2. Factores comunes según Greencavage y Norcross (8)

Características del paciente	• Expectativas positivas, esperanza, fe • El paciente busca ayuda
Procesos de cambio	• Catarsis • Adquisición de conductas nuevas • Racionalidad • <i>Insight</i>, darse cuenta • Aprendizaje emocional, interpersonal • Retroalimentación, prueba realidad • Sugestión • Logros, experiencias de dominio • Persuasión • Placebo • Identificación con el terapeuta • Manejo de contingencias • Disminución de la tensión • Modelamiento por parte terapeuta • Desensibilización • Educar, informar
Cualidades del terapeuta	• Proyecta positividad • Cultiva esperanzas, expectativas • Brinda calidez • Genera empatía • Es reconocido como terapeuta • Es aceptado por el paciente
Estructura del tratamiento	• Uso de técnicas o rituales • Foco en el mundo interno, exploración • Adherencia a una teoría • <i>Setting</i> terapéutico • Interacción • Comunicación verbal y no verbal • Explicación del rol terapeuta y paciente • Elementos de la relación • Alianza, relación • Compromiso • Transferencia

El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece en seguida, espontáneamente, tal enlace y agrega al médico a una de las imágenes de aquellas personas de las que estaba habituado a ser bien visto (p. 1672).

Nótese además, la referencia a muchos de los factores comunes que hemos identificado hasta ahora.

Proveer una ideología o racionalidad

No importa si el marco teórico que explica sea correcto o no; en este caso, da lo mismo que sea chamanismo o psicoanálisis. Lo importante es que el paciente lo crea. Ahora bien, el marco teórico que sustenta la técnica no es eficaz sólo como un libro; hay que contar también con un ritual, una situación significativa, un *setting*. Esto es claro en el chamanismo, en el que el ritual ocupa un primer plano, pero está presente también en el psicoanálisis, en el que el encuadre, el uso del diván y la actitud psicoanalítica se prestan para formar una especie de ritual. Compárese esto con la utilidad de una sesión, cualquiera que sea la escuela, durante un viaje de avión por ejemplo o en un bus intermunicipal.

Esto se complementa con la expectativa del paciente, su esperanza, su capacidad de creer en algo. Se ha documentado una mejoría pretratamiento, es decir, entre el momento en que al paciente se le adjudica la cita hasta que de hecho acude a la primera —por ejemplo, Frank (2)—. Lo interesante es que la expectativa del paciente se suma a la expectativa que el terapeuta tiene, siendo en este sentido, sinérgicas.

El terapeuta como factor común

Se refiere a ciertas cualidades del terapeuta: su calidez, su disposición de escucha, el deseo de entender y de ayudar. Pero no son tan solo las cualidades que quizá pudieran llamarse “objetivas”, sino a la percepción que el paciente tiene del terapeuta. Esto tiende a ser enfatizado por el psicoanálisis, tanto en la teoría de la transferencia como en la contratransferencia, ya que el rol del psicoanalista resulta esencial, hasta el punto en que no es posible ser analista sin ser analizado antes. A veces, parece que el héroe es el psicoanalista. Las psicoterapias basadas en manuales, por el contrario, diluyen bastante el papel del terapeuta, ya que en principio éste resulta intercambiable, siempre y cuando aplique bien una guía o protocolo.

Las cualidades del terapeuta se ven reforzadas por el *setting* y el contexto en que se practica una

psicoterapia. Para empezar, se trata de alguien al que se le ha otorgado un estatus de experto. Se supone que posee un conocimiento especial del que carece el paciente. En suma, alguien “especial”, visto como tal, desde antes del inicio del tratamiento.

El paciente como factor común

No se trata de que no hay terapia sin paciente, sino de que es el paciente quien hace la mayor parte del trabajo, por así decirlo, y él es artífice de la cura en las diversas psicoterapias (10). El psicoanálisis lo reconoce cuando habla de criterios de analizabilidad, que son una manera de decir que el Yo del paciente puede ser psicoanalizado, o que el Yo del paciente tiene los recursos para mejorar.

¿Hasta dónde alcanzan los factores comunes? De manera esquemática, si se emplean solo los factores comunes y no se busca aplicar otras intervenciones, tendríamos una psicoterapia de apoyo. Para algunos, esto es suficiente. Otro enfoque consiste en tomar los factores comunes como la base del tratamiento, y aplicar otras intervenciones específicas para cada psicoterapia. El grado en que se reconocen y se trabajan de manera propositiva los factores comunes, varía enormemente. En algunos casos, no se reconocen ni se trabajan, pero ahí están.

Estudios empíricos

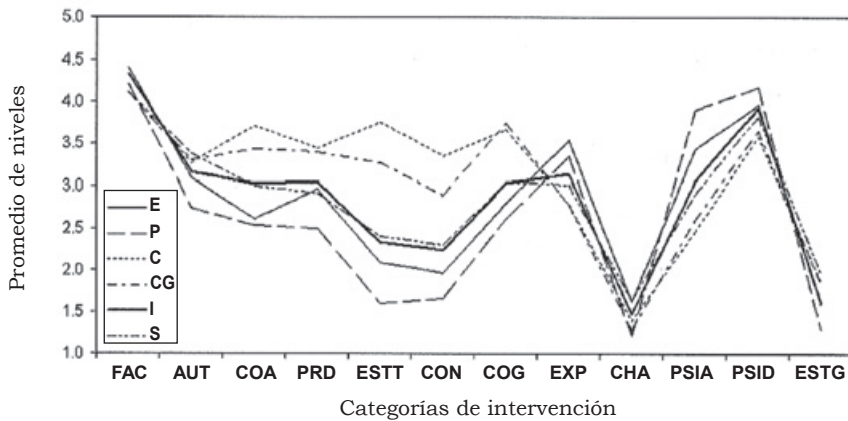
Trijsburg y colaboradores (11) han desarrollado un modelo para estudiar la presencia de diferentes tipos de intervención en el proceso psicoterapéutico. Para estos investigadores, la adherencia al tratamiento tiene dos componentes principales: la adherencia propiamente y la diferenciación terapéutica.

La adherencia se define como el grado en que el tratamiento se lleva a cabo de acuerdo con el modelo teórico y siguiendo las prescripciones técnicas correspondientes.

La diferenciación se refiere al grado en que las distintas modalidades difieren en la dirección dada con respecto a las intervenciones terapéuticas. Desarrollaron la *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS), que permite medir las intervenciones derivadas de los modelos principales: centrado en el cliente, psicodinámico, cognitivo, conductual, de grupo, sistémico y también los factores comunes. De esta manera, se puede determinar si una psicoterapia se lleva a cabo de manera ecléctica, integrativa o en “forma pura”.

Hay diferencias: el *coaching*, los procesos directivos, estructuración, conductuales y cognitivos son significativamente más altos en las orientaciones conductuales y cognitivas, comparadas con las

Figura 1. Validez de constructo de la CPRIS

*Categorías de intervención*

FAC: Facilitación.

AUT: Apoyo autoritario.

COA: *Coaching*.

PRD: Proceso directivo.

ESTT: Estructuración.

CON: Conductual.

COG: Cognitivo.

EXP: Experiencial.

CHA: *Chair work* (procesos experienciales).

PSIA: Psicoanalítico.

PSID: Psicodinámico.

ESTG: Estratégico.

Niveles

E: Experiencial, centrada en el cliente.

P: Psicoanalítico-psicodinámico.

C: Conductual.

CG: Cognitivo.

I: Integrativo-ecléctico.

S: Sistémico.

Fuente: Tomado y adaptado de Trijsburg et al. (11).

demás. No hubo diferencias significativas entre las orientaciones conductuales y cognitivas, excepto en la estructuración y orientación conductual. Las intervenciones de *coaching* fueron mayores en las orientaciones integrativas-eclécticas y sistémicas comparadas con las centradas en el cliente experienciales y psicodinámicas psicoanalíticas.

Los procesos directivos, estructuraciones y conductuales tuvieron puntaje más alto en las terapias

centradas en el cliente, integrativas-eclécticas y sistémicas comparadas con las psicodinámicas y psicoanalíticas. Las intervenciones cognitivas también fueron mayores en las orientaciones integrativas-eclécticas y sistémicas comparadas con las psicodinámicas-psicoanalíticas.

Tenemos, según este estudio más actualizado, una diferencia en los énfasis que cada modalidad de psicoterapia posee. Aun así, como es evidente en la Figura 1, las diferentes intervenciones no son exclusi-

vas de una escuela, sino que están presentes en menor grado en todas las demás. Ahora bien, los factores comunes que encontraron Trijsburg y colaboradores (11) fueron: facilitación, apoyo con autoridad, *coaching*, procesos directivos, e intervenciones estructurantes. La Tabla 3 explica estos factores.

Integración de las psicoterapias

Freud en su trabajo de 1910, *El Porvenir de la psicoterapia psicoanalítica* (12), afirma:

En la histeria de angustia (en las fobias) tenemos ya que modificar nuestros procedimientos, pues estos enfermos no pueden aportar el material decisivo para la curación de la fobia mientras se sienten protegidos por la observancia de la condición fóbica [...]. Tenemos, pues, que auxiliarles, facilitándoles la traducción de su inconsciente hasta que se deciden a renunciar

a la protección de la fobia y a exponerse a la angustia, muy mitigada ya. (p. 1566).

La sola interpretación no es suficiente, y se requiere algún grado de exposición: una manera de integrar el psicoanálisis con técnicas conductuales . Pero como sabemos ya, estos (tímidos) acercamientos fueron reemplazados por intensas polémicas y agrias disputas que persisten hasta nuestros días.

Karasu (7) propuso un modelo teórico que permite acercarse al problema de la integración o especificidad de las psicoterapias (11). El monismo terapéutico, que en ocasiones se puede llamar sectarismo, sostiene que cada modalidad psicoterapéutica posee cualidades únicas que la diferencia de las demás. Casi siempre esto va acompañado de la afirmación de su superioridad terapéutica. Ejemplos clásicos: la psicoterapia cognitiva conductual es la única útil

Tabla 3. Análisis de factores comunes (11)

Facilitación	Apoyo con autoridad	Coaching	Procesos directivos	Estructuración
Empatía	Colaboración	Alentar	Autorrevelación	Formular una agenda
Aceptación	Reaseguramiento	Terapeuta como experto	Exploración de actividades	Tareas
Involucrarse	Responsabilidad	Racionalidad del tratamiento	Explicación de la guía de sesión	Revisión de tareas
Calidez	Reformular el problema	Guía explícita	Recapitular	Fijar actividades
Rapport		Control, consejo, educación	Retar	Automonitoreo

en el trastorno obsesivo compulsivo, o “el psicoanálisis es el único que produce cambios estructurales, las demás tratan solo síntomas.”

Las consecuencias del monismo incluye (11):

- Desestimar la importancia de las intervenciones y procesos que son efectivos y comunes a las diversas psicoterapias. En este caso se estudian sólo los mecanismos específicos o distintivos de cada psicoterapia, y se deja de lado la investigación de los que son comunes.
- “Procustanismo”, es decir, ofrecer a todo paciente sólo la modalidad terapéutica que uno practica o que favorece, desconociendo la particularidad de cada caso, ya que hay solo una terapia, y
- Las inútiles disputas del sectarismo.

El modelo opuesto al monismo es el eclecticismo, con variedades:

- Buscar cuál es la terapia que mejor cuadra para cada paciente en particular, entendiendo que todas tienen un lugar bajo el cielo y
- Una mezcla de proceso e intervenciones que a la larga diluyen la especificidad de cada terapia, cayendo en el riesgo de un camino sin rumbo ni guía firme (mejor llamado sincretismo), y

- Una verdadera integración.

Cada polo, monismo y eclecticismo, tiene sus ventajas y sus riesgos. El monismo tiene la ventaja de un terapeuta con una identidad clara que procede a lo largo de un camino coherente y claro. Pero tiene el riesgo de ignorar otras medidas que podrían ser mejores para el paciente que está tratando. El eclecticismo por su parte evita las orejeras, las visiones en cierto modo reduccionistas por lo absoluto, al proclamar que sólo hay una verdad en la tierra. Pero corre el riesgo de caer en un terreno donde “todo vale” y no se logra profundizar una forma de entender y de intervenir en el paciente.

El riesgo de una postura exclusiva y monista está ilustrado en el mito de Procusto, bandido que ofrecía hospedaje a los viajeros cansados. Los acostaba sobre una cama rígida, y forzaba su cuerpo de manera que encajara con exactitud; si eran demasiado largos, los cortaba, y si por el contrario eran cortos, los estiraba violentamente. Un lecho de Procusto es entonces un estándar rígido al cual se deben acomodar los hechos.

Especificidad frente a universalidad

La especificidad implica que una intervención específica lleva a unos cambios que se pueden describir y definir con precisión, y que son particulares a esa intervención, siguiendo un modelo de causalidad

única. La universalidad por su parte supone que hay distintas maneras de obtener un resultado final y, que además las intervenciones no son tan diferentes unas de otras, siguiendo una multicausalidad.

Trijsburg y colaboradores (11) sostienen que la especificidad sigue el modelo de las ciencias naturales mientras que la universalidad sigue el de la antropología o sociología. Esto es apenas parcialmente cierto, ya que en las ciencias naturales también cabe la aplicación de procesos comunes cuando se estudia determinado resultado, como en algunos ejemplos del modelo epigenético o de las dinámicas no lineales.

No obstante, sí es cierto que la sociología y la antropología brindan una forma de entender la universalidad psicoterapéutica: técnicas que cuentan con una sanción de la comunidad, que son culturalmente aceptadas, administradas por terapeutas que la comunidad reconoce como tales y por ende son portadores de capacidades o poderes especiales.

Otra de las analogías ofrecidas para la especificidad, la de la “metáfora del medicamento”, resulta inexacta. En efecto, si bien en la medicina se puede sostener que cada medicamento tiene una acción específica, esto es menos claro en psiquiatría. Una cosa es la especificidad de los antihipertensivos, por ejemplo, y

otra la de los ISRS, los cuales son empleados para distintas patologías que tienen poco en común. Las intervenciones de los psicoterapeutas no son parecidos a las medicaciones, es decir, circunscritas y con “ingredientes activos” y moléculas definidas; por el contrario, sus intervenciones forma parte de una relación.

Esto abre el camino para entender que uno de los principales argumentos a favor de la existencia de factores comunes es que la relación entre paciente y terapeuta es tal vez el factor curativo más importante y más poderoso para todas las terapias. La relación es entonces el principal factor común, y es el camino para la integración en psicoterapia.

Las investigaciones de Luborsky (13), por ejemplo, dan apoyo al rol central de la relación en las terapias. Si bien encontraron que hay grandes diferencias entre los terapeutas aún dentro de una misma escuela, las variables interaccionales, en especial la alianza de trabajo, y no las diferencias teóricas son determinantes para explicar las diferencias entre las terapias. En otras palabras, la calidad de la relación entre terapeuta y paciente puede ser más importante que el tipo de psicoterapia. Ya Frank y Frank (6) habían sostenido que la calidad de la relación era crucial para explicar cualquier “situación de ayuda”.

Los factores no específicos son factores psicológicos

Un malentendido (que nace de la metáfora del medicamento) permea constantemente las discusiones sobre mecanismos terapéuticos en salud mental; cuando se habla de factores inespecíficos en el fondo se habla de elementos altamente específicos: El impacto de la relación, el impacto sobre el paciente de las creencias y expectativas, conscientes e inconscientes, que trae a la situación terapéutica y que ésta se encarga de favorecer. En otras palabras, se trata de una serie de mecanismos psicológicos, estrechamente ligados al concepto de transferencia, y que explican también el efecto placebo. Por esta razón es preferible hablar de factores comunes y no de factores inespecíficos, ya que el término inespecífico les resta importancia y trascendencia.

En estudios de Lambert (14) y de Asay y Lambert (15), se encontró que las técnicas específicas daban cuenta de la variación en el cambio terapéutico, mientras que los factores comunes juntos explicaban el 85% del cambio.

- 40% cliente y factores extraterapéuticos (fortaleza del yo, apoyo social, etc.)
- 30% relación terapéutica (empatía, calidez, etc.)
- 15% expectativa y efectos placebo.

- 15% técnicas específicas de cada terapia.

Aún aceptando que este resultado se pudiera generalizar, el 15% no es despreciable.

Formas de integración

Tanto para la psicoterapias, como para el caso de otras formas de tratamientos en salud mental (por ejemplo, psiquiatría biológica o psicofármacos con enfoques sociales y familiares y con la misma psicoterapia), la integración se puede dar de distintas maneras.

El eclecticismo técnico es empírico: simplemente se combinan o se usan intervenciones de distintos campos sin buscar que haya un modelo teórico que las sustente.

Otra forma de integración es a través de las organizaciones, ello es, cuando una institución o un sistema de salud busca ofrecer a sus pacientes diversos tratamientos, cada uno de ellos administrado por alguien especialista en su campo. En tal caso, la tarea es decidir, según la presentación del paciente, cuál o cuáles enfoques se aplicarán a su tratamiento, de manera simultánea o secuencial.

Una variedad más de integración es la asimilación, en la que un terapeuta experto en una modalidad adopta técnicas de otras. Es posi-

ble, por ejemplo, emplear algunas herramientas cognitivas en una psicoterapia psicodinámica. Finalmente, la integración teórica pretende construir puentes entre distintas escuelas o, encontrar explicaciones y modelos que satisfagan varios tipos de explicaciones.

Vale la pena recordar que algunas psicoterapias ya tienen alguna integración, como la psicoterapia dialéctica conductual (cognitivo, conductual, zen, psicoanálisis) o la interpersonal (psicodinámica, sistémica, apoyo).

La integración no está exenta de riesgos y posibles desventajas. En primer lugar, puede sobre simplificar la complejidad de cada modelo y, diluir su originalidad. En segundo lugar, al desestimar los factores específicos de cada psicoterapia, puede abusar de factores de apoyo tipo cariño y, terminar siendo sólo una consejería u acompañamiento y no, una experiencia de cambio. Finalmente, la analogía con la estética también es aplicable al campo de la psicoterapia. Cada modelo posee una belleza que le es propia; en el contexto de su coherencia, su historia y su identidad, mezclarlas sin ton ni son produce un *collage* carente de belleza y complejidad. Hay una elegancia en la aplicación de un modelo bien conocido y trabajado, luego de años de esfuerzo. La invocación de la estética no es casual: al fin y al cabo, siempre se

ha dicho que la psicoterapia es arte y ciencia.

¿Y qué ocurre en la práctica real de las psicoterapias? En Colombia, infortunadamente no contamos con estudios que nos permitan abordar esta pregunta, de vital importancia. ¿Qué tan distintas son las intervenciones de los terapeutas de las principales escuelas? ¿Qué orientación y qué enfoque emplean los y las psicoterapeutas colombianos? En otros países, las encuestas muestran que los enfoques integrativos son los más empleados. Por ejemplo, Lambert, citado por Trijsburg y colaboradores (11), encontró que entre la mitad y dos tercios de los terapeutas prefieren ofrecer a sus pacientes una diversidad de intervenciones provenientes de las principales teorías, y no una modalidad única.

Conclusión

En cierto modo, los factores comunes son parte necesaria de la estructuración de una terapia, sea cual fuere la escuela. Es indispensable que haya una meta común y una alianza del trabajo, una escucha receptiva, una actitud no crítica, una situación de ayuda, sumada a las expectativas del paciente, a lo que trae de expectativa, y su capacidad para obtener ayuda de otros, en una ambiente que difiere de una conversación casual, y brindando así una experiencia nueva, un ambiente seguro en el cual explorar las

dificultades. No se puede perder de vista, sin embargo, que la relación entre factores comunes y factores específicos es sinérgica, similar a la relación que existe entre contención e interpretación en psicoanálisis.

Dos factores principales dan cuenta de la presencia y ubicuidad de los factores comunes: la relación terapéutica y las capacidades y expectativas del paciente. La relación de ayuda puede ser el elemento central, y resulta una variante de la temprana relación madre-hijo, de experiencias anteriores en que se ha encontrado un objeto bueno que ayuda a resolver dificultades.

El paciente por su lado lleva a la terapia sus capacidades y sus expectativas. Además, la personalidad humana, como lo anotó Rosenzweig (4), es una organización compleja, que puede reorganizarse a partir de alguna de sus muchas dimensiones, desde sus vértices. Si el veredicto del pájaro Dodo es cierto, ¿quiénes merecen los premios? Los pacientes, sin duda. Las psicoterapias son efectivas gracias a las capacidades de los pacientes.

Lograr entender el mecanismo de los factores comunes es pertinente no sólo para las psicoterapias, sino también para otros tratamientos, como los psicofarmacológicos. Ello es, el estudio del efecto placebo. Al igual que en el resto de la medicina, no se puede ignorar el papel singu-

lar de la interacción entre paciente y terapeuta en un contexto que posee fuertes connotaciones simbólicas y culturales. Ello, sin diluir su importancia como muchas veces ocurre, al subsumirlas en el paraguas del placebo o de los factores inespecíficos.

Por último, no deja de llamar la atención la analogía en la discusión entre las psicoterapias con algunos aspectos de las discusiones entre las religiones y las ideologías. Según lo dicho en este trabajo, a las ideologías hay que agradecerles la guía y la coherencia que brindan, y el hecho de que alguien más cree en ellas; pero no hay que ufanarse demasiado de ellas.

Referencias

1. Freud S. Psicoterapia: tratamiento por el espíritu. En: Freud S. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Editorial Nueva; 1905. p. 1014-27.
2. Frank JD, Nash EH, Stone AR, Imber SD. Immediate and long-term symptomatic course of psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1963;120:429-39.
3. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has one and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32(8):995-1008.
4. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2002;12(1):5-9.
5. Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 1994.
6. Frank JD, Frank J. *Persuasion and healing: a comparative study of psy-*

- chotherapy. 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
7. Karasu TB. The specificity versus non-specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *Am J Psychiatry*. 1986;143(6):687-95.
 8. Greencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pr*. 1990;21:372-8.
 9. Freud S. La iniciación del tratamiento. En: Freud S. *Obras Completas*. Tomo II. Madrid: Editorial Nueva; 1913. p. 1661-74.
 10. Tallman K, Bohart AC. The client as a common factor: clients as self-healers. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD, editors. *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 91-131.
 11. Trijsburg W, Colijn S, Holmes J. Integrative therapies. En: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
 12. Freud S. El porvenir de la terapia psicoanalítica. En: Freud S. *Obras Completas*. Tomo II. Madrid: Editorial Nueva; 1910. p. 1564-70.
 13. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(6):602-11.
 14. Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 94-129.
 15. Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD, editors. *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 33-56.

Recibido para evaluación: 15 de julio de 2008
Aceptado para publicación: 11 de agosto de 2008

Correspondencia
Miguel Uribe Restrepo
Clínica La Inmaculada
Carrera 7^a. No. 68-70
Bogotá, Colombia
miguel.uribe@gmail.com