

¿CÓMO SE PUEDE NO SER INTEGRADOR HOY EN DÍA?

ESTADO ACTUAL Y CONTROVERSIAS DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

HOW CAN ONE NOT BE AN INTEGRATIONIST THESE DAYS? STATE OF THE ART AND CONTROVERSIES IN PSYCHOTHERAPY INTEGRATION

Luis Botella

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna
Universitat Ramon Llull, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2017). ¿Cómo se puede no ser integrador hoy en día? Estado Actual y Controversias de la Integración en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 1-13.

Resumen

Este trabajo se centra en una revisión del estado de la cuestión en integración en psicoterapia así como de sus principales controversias en cuanto a las objeciones a la falta de eficacia diferencial y a la supuesta inespecificidad de los factores comunes.

Palabras clave: integración en psicoterapia, factores comunes, eficacia diferencial, alianza terapéutica.

Abstract

This work focuses on a review of the status of psychotherapy integration as well as its main controversies regarding the objections to the lack of differential efficacy and the supposed non-specificity of common factors.

Keywords: integration in psychotherapy, common factors, differential efficacy, therapeutic alliance.



Han pasado ya varias décadas desde la emergencia del llamado *movimiento integrador* en psicoterapia. Desde su origen, motivado por diferentes factores tanto científicos como socio-políticos, se ha ido consolidando tanto en cuanto a forma de práctica de multitud de psicoterapeutas como en cuanto a fuente de investigación en psicoterapia.

Este artículo se centra precisamente en una revisión de los pilares de dicha tendencia a la integración y algunas de las controversias actuales que aún despierta.

Recordatorio: La Psicoterapia Funciona

En los años 80, los estudios que avalaban la eficacia genérica de los tratamientos psicológicos en comparación con los placebos o la ausencia de tratamiento eran ya cientos y recogían miles de datos de pacientes y terapeutas de diversas procedencias nacionales. Entre las revisiones más importantes sobre el tema se contaban las de la Asociación Psiquiátrica Americana (1982), la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (1980) y la del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983). Algunas de estas revisiones (como por ejemplo la de Smith, Glass y Miller, 1980) se basaban en estudios metaanalíticos que incluían más de 25.000 pacientes. En general, como destacaba Lambert (1986) la conclusión que se obtenía de tales estudios era que la persona que seguía un tratamiento psicológico mejoraba más que el 80% de la muestra no tratada. Así mismo, el porcentaje de clientes que mejoraban como resultado del tratamiento psicológico se cifró entre un 65% y un 70% (Howard, *et al.*, 1986; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Whiston y Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no superaba el 40%. También se admitió como demostrado que los clientes que seguían un proceso psicoterapéutico mejoraban en mayor proporción (el doble) que los que se sometían a tratamientos placebo (véase Lambert, 1991, para una revisión hasta ese momento).

Todo lo anterior llevó al consenso de que la investigación científica rigurosa había demostrado sobradamente, después de décadas de producir cuantiosa evidencia, que:

- los tratamientos psicológicos son eficaces (tanto o más que los farmacológicos);
- su eficacia no responde a efectos placebo;
- sus efectos positivos son relativamente rápidos y se mantienen en el tiempo una vez acabado el tratamiento;
- su eficacia redundaba en un beneficio económico general y para el sistema sanitario en particular;
- todo lo anterior no es producto de estudios llevados a cabo en condiciones artificiosas, sino que tales resultados se mantienen e incluso se refuerzan en estudios realizados en situaciones de práctica clínica “de primera línea”.

El nivel de eficacia de la psicoterapia tal y como se deduce de los metaanálisis

ha sido reconsiderado recientemente a la baja por un estudio de Driessen *et al.* (2015) en el que comprobaron que los sesgos de publicación podrían haber inflado artificialmente los resultados. En esencia se trata de lo que algunos metodólogos llaman el efecto de “cajón de archivador”: cuando un estudio no obtiene resultados significativos no se publica. Así, al publicarse sólo (o sobre todo) los éxitos, los metaanálisis obtienen tamaños del efecto considerablemente sesgados hacia lo positivo. Los propios autores reconocen que este problema es exactamente igual (de hecho bastante más acuciante) en los estudios con fármacos y que no desmerece en absoluto la eficacia de la psicoterapia. Más bien hace que debamos ser más modestos en la valoración de su nivel de eficacia tal y como aparece en la literatura científica—aunque en la práctica clínica la evidencia de su eficacia sigue a veces otros derroteros y se mantiene intacta a las vicisitudes de las metodologías de investigación y sesgos de publicación; los testimonios de la eficacia de la psicoterapia son miles.

De hecho el trabajo de Glass y Miller mencionado antes merece un comentario más detallado por sus circunstancias históricas. Gene V. Glass, estadístico e investigador en psicología de la educación nacido en 1940, acuñó el término metaanálisis y lo ejemplificó cuando presentó sus resultados en un discurso presidencial de la *American Educational Research Association* en San Francisco en 1976 —discurso que hoy en día es famoso entre metodólogos y expertos en estadística justo por ser el origen del término. A pesar de que Glass temía que al ser una metodología nueva y extraña para la época sería rechazada, se encontró con que era aceptada con entusiasmo. Posteriormente publicó sus resultados junto con Mary Lee Smith y Thomas I. Miller en la obra que cito en este trabajo.

A pesar de que Glass no era un psicólogo clínico, había vivido como profundamente inadecuada la demoledora crítica de Hans J. Eysenck a la psicoterapia en 1952 en la que, según Eysenck, se demostraba la total ineficacia de esta. El trabajo de Eysenck se considera hoy en día un excelente ejemplo de impostura, y en gran medida gracias a metaanálisis como los que llevaron a cabo Glass y sus colegas. El hecho es que Gene Glass había estado en psicoterapia él mismo y conocía de primera mano los beneficios de esta, de ahí su malestar con el trabajo antedicho.

A Gene Glass y Mary Lee Smith les llevó más de dos años y miles de horas localizar en bibliotecas los cientos de artículos, tesis e informes que certificaban la eficacia de los tratamientos psicológicos y que querían incluir en su metaanálisis. Tengamos presente que hablamos de antes de que hubiese ningún tipo de registro informatizado, con lo cual un estudio así representaba la búsqueda del material en fichas bibliográficas en papel, su ubicación física en bibliotecas y literalmente miles de horas frente a fotocopadoras.

Localizaron más de mil documentos, de los cuales 375 cumplían los requisitos que los hacían susceptibles de ser incluidos en su metaanálisis. Glass calculó el tamaño del efecto para cada uno con una fórmula que sería la que hoy en día

conocemos como d de Cohen, y llegó a un tamaño del efecto promedio de $d = 0,68$, es decir, muy considerable (para visualizar ese efecto pensemos que equivaldría por ejemplo a un incremento de 10 puntos en una escala de coeficiente intelectual con una desviación típica de 15).

Además de demostrar la eficacia de la psicoterapia, otro resultado interesante de su estudio fue que, tal como se comenta en este trabajo, encontraron que no había eficacia diferencial clara: entre los estudios que analizaron había terapias centradas en el cliente, conductuales y racional-emotivas, y todas produjeron el mismo efecto en promedio.

La respuesta de Eysenck no se hizo esperar, y en el habitual tono provocador que le acabó costando tantos problemas durante su vida, publicó en 1978 una “respuesta” en *American Psychologist* que tituló: *An Exercise in Mega-Silliness* (Un Ejercicio de Mega-Tontería), haciendo un peculiar juego de palabras al equiparar *MetaAnalysis* a *Mega-Silliness*. En su artículo decía literalmente que el metaanálisis de Gene Glass respondía al adagio de *garbage in-garbage out* (entra basura, sale basura).

Parece, como en muchos otros casos, que la historia ha colocado a cada uno en su sitio: Gene Glass es hoy en día reconocido como el creador del metaanálisis y una figura de referencia en las ciencias sociales mientras que las continuas polémicas generadas por Eysenck contribuyeron a enturbiar su carrera académica.

Otra de las críticas tradicionales a los estudios de eficacia de los tratamientos psicológicos iniciales había sido que se llevaban a cabo en condiciones ideales imposibles de replicar en la práctica clínica real: pacientes con formas “puras” de trastornos rigurosamente diagnosticados y escogidos en función de dicho diagnóstico, tratamientos manualizados estrictamente llevados a cabo por terapeutas formados específicamente en tales manuales, etc.

Sin embargo, los resultados de investigación sobre los tratamientos psicológicos en entornos de práctica clínica real demuestran una vez más su eficacia, e incluso con mayor contundencia. Parece que parte del problema de que en ocasiones tales tratamientos hayan parecido no funcionar en contextos reales es, sencillamente, que se aplicaban mal –es decir, durante menos tiempo del requerido, en condiciones inadecuadas o por parte de terapeutas sin la necesaria formación. Un resultado colateral interesante de tales estudios es que, cuando se consulta a los pacientes, hay un gran porcentaje que muestran una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los puramente farmacológicos incluso en entornos estrictamente médicos/hospitalarios.

Por ejemplo, el sofisticado y riguroso estudio *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) liderado por Irene Elkin y sus colegas del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos en los años 80 comparaba dos formas de psicoterapia y una de medicación antidepressiva en el tratamiento de la depresión grave y en condiciones de máximo rigor empírico. Las dos psicoterapias comparadas eran la *terapia cognitiva* y la *terapia interpersonal*.

El estudio demostró, mediante un ANOVA de medidas repetidas de los datos de la mejora sintomática en las cuatro condiciones del estudio (terapia cognitiva, terapia interpersonal, medicación y placebo), entre otras muchas cosas, que los tratamientos psicológicos eran eficaces en un nivel comparable al de la medicación.

En estudios más recientes sobre eficacia de los tratamientos psicológicos publicados en el *Journal of the American Medical Association* y el *New England Journal of Medicine* revisados por Barlow (2004) se demostraba algo más que la superioridad de tales tratamientos respecto al no-tratamiento o al placebo:

Estos estudios demuestran que hay una nueva generación de potentes intervenciones psicológicas tan eficaces, si no más, que los tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos alternativos cuando se evalúan en el contexto de trastornos específicos. (p. 871).

La revisión de la evidencia de eficacia acumulada llevó a la APA a emitir su dictamen en Agosto de 2012 declarando formalmente que “como práctica de curación y servicio profesional, la psicoterapia es eficaz y muy rentable. En ensayos clínicos controlados y en la práctica clínica los resultados de la psicoterapia superan notablemente a los experimentados por las personas que necesitan servicios de salud mental pero no reciben psicoterapia. En consecuencia, la psicoterapia debe ser incluida en el sistema de salud como una práctica basada en la evidencia disponible.”

Desde entonces disponemos de aún más evidencias interesantes. Entre muchas otras, y para no extender demasiado este apartado, a la vez que se demuestra la eficacia de nuevas formas de psicoterapia se comprueba cada vez más que las intervenciones exclusivamente farmacológicas conllevan inconvenientes significativos.

Por ejemplo, investigaciones recientes (Read, Cartwright y Gibson, 2014) demuestran que los efectos secundarios de la medicación antidepresiva reportados por los pacientes son mayores de lo que se suele reconocer: en una muestra de más de 1.800 personas medicadas el 62% informó de disfunción sexual, el 60% se quejó de sentirse emocionalmente embotado, un 41% dijo que se sentían menos positivos y un 39% dijeron haber tenido pensamientos suicidas. De forma preocupante, un tercio de los encuestados dijeron que no habían sido advertidos acerca de los posibles efectos emocionales o interpersonales adversos de la medicación.

Sin embargo, y al mismo tiempo, la evidencia clínica favorable a la eficacia de formatos de psicoterapia tales como la MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) en la prevención de la depresión, el estrés y la ansiedad es cada vez más sólida –véase, por ejemplo, Piet y Hougaard (2011). Después de analizar seis ensayos clínicos que incluyeron 593 personas, los autores llegan a la conclusión de que la MBCT redujo el riesgo de recaída en los pacientes con al menos tres incidentes previos de depresión en un 43% en comparación con el tratamiento habitual.

Otra revisión aún más reciente de la investigación sobre este tema (Khoury *et*

al., 2013) examinó 209 estudios que incluyen 12.145 personas. Los autores demostraron que la MBCT es un tratamiento eficaz para una variedad de problemas psicológicos, y “especialmente eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés”. Otros estudios han demostrado que es eficaz para la prevención de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y puede serlo para otras condiciones psiquiátricas, entre ellas el trastorno bipolar.

Volviendo a la terapia cognitiva, y como extensión de su eficacia más que demostrada en el tratamiento de la depresión, un estudio reciente publicado en *The Lancet* (Morrison *et al.*, 2014) demuestra que reduce significativamente los síntomas psiquiátricos en personas con trastornos del espectro esquizofrénico que han optado por no tomar fármacos antipsicóticos y parece ser una alternativa segura y aceptable.

De hecho, más allá de la depresión o la esquizofrenia, los estudios demostrando la eficacia de las diferentes modalidades de psicoterapia se cuentan por centenares y abarcan la mayoría de problemas psicológicos: sólo desde el año 2013 se han publicado más de 500 artículos académicos sobre el tema.

En este sentido, y tal como afirmaba recientemente Brandon A. Gaudiano en el *New York Times* (Gaudiano, 2013) para los pacientes con los trastornos más comunes, como la depresión y la ansiedad, las psicoterapias con apoyo empírico, es decir, aquellas que han mostrado ser seguras y eficaces en ensayos controlados aleatorios, son los mejores tratamientos de primera elección. Los medicamentos, debido a sus posibles efectos secundarios, deben considerarse en la mayoría de los casos sólo si la terapia no funciona bien o el paciente no está dispuesto a intentarla.

Está claro que hay toda una serie de terapias que tienen un fuerte apoyo empírico, incluyendo la cognitivo-conductual, basada en *mindfulness*, interpersonal, familiar y terapias psicodinámicas incluso breves (por ejemplo, de 20 sesiones). A corto plazo, estas terapias son tan eficaces como los medicamentos para reducir los síntomas de la depresión clínica o trastornos de ansiedad. También pueden producir mejores resultados a largo plazo para los pacientes y sus familiares, mejorando el funcionamiento en contextos sociales y laborales y evitando la recaída más que los medicamentos.

Probablemente todo esto y más factores aún (por ejemplo socio-económicos) sea lo que está llevando a la situación de que, cuando se consulta a los pacientes, haya un gran porcentaje que muestren una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los farmacológicos incluso en entornos estrictamente médico/hospitalarios.

Sin embargo, y paradójicamente, esta preferencia no se traduce en un aumento de la demanda ni de la provisión de servicios psicoterapéuticos dado que una buena parte del público (incluyendo médicos, aseguradoras, derivantes e incluso muchos terapeutas) no está informado de lo comentado hasta este punto.

¿Qué psicoterapia funciona mejor?

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 todas las demás.

En la década de los 80, tanto la investigación metaanalítica de Smith, Glass y Miller (1980), que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas incidían en la misma conclusión: no había un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

En 1997, Wampold *et al.* publican un nuevo metaanálisis de los 300 estudios de comparación directa hasta la fecha que incide en la misma conclusión. En el trabajo de Laska, Gurman y Wampold (2014) se informa de una decena de metaanálisis más ninguno de los cuales permite rechazar la hipótesis nula de falta de eficacia diferencial—Baardseth *et al.*, 2013; Benish *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2012; Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008; Imel, Wampold, Miller y Fleming, 2008; Leichsenring y Leibing, 2003; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010; Shedler, 2010; Tolin, 2010; Wampold, Minami, Baskin y Tierney, 2002.

En 2013 la APA dictamina una Resolución sobre la Eficacia de la Psicoterapia que concluye que, a la vista de la evidencia disponible, las comparaciones de diferentes formas de psicoterapia dan lugar generalmente a *diferencias relativamente insignificantes y los factores contextuales y relacionales median o moderan casi siempre las escasas diferencias de resultados.*

En 2014, Marcus *et al.* incluyen los 51 estudios de eficacia publicados en los 17 años posteriores al de Wampold *et al.* (1997) y, si bien emplean una forma de análisis más rigurosa, vuelven a llegar al mismo resultado de equivalencia por lo que respecta a la eficacia de los tratamientos comparados (aunque observan una ligera ventaja de los modelos cognitivo-conductuales por lo que se refiere a la eficacia en cuanto a *objetivos primarios a corto plazo*).

Resulta paradójico que modelos terapéuticos pretendidamente diferentes (e incluso opuestos) sean 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.

Controversias Actuales sobre Factores Comunes

La tradición centrada en la terapia como aplicación de técnicas específicas con efectos específicos para patologías específicas sigue llevando a una polémica poco fructífera con la investigación sobre factores comunes. En esencia, se trata de equiparar cualquier factor común a un ingrediente inespecífico equivalente a un placebo e indigno de un tratamiento científicamente fundado y basado en la

evidencia.

Sin embargo, hay potentes argumentos en contra de una visión tan reduccionista y tecnocrática de la psicoterapia. Wampold (2001) por ejemplo, parte de una visión de la psicoterapia diferente a la antedicha, que la equipara a una combinación de (a) un *vínculo emocional* entre terapeuta y paciente, (b) un *entorno de curación* en el que la terapia se lleva a cabo, (c) un *terapeuta* que ofrece una explicación psicológica y culturalmente integrada para el malestar del paciente, (d) una *explicación* que es adaptativa (es decir, aporta opciones viables y creíbles para la superación de las dificultades específicas) y aceptada por el paciente y (e) un conjunto de *procedimientos o rituales* en los que el paciente y el terapeuta se implican activamente y que llevan al paciente a poner en práctica algo que es positivo, útil o adaptativo.

Mientras la visión basada en la especificidad se centra en las diferencias, de la definición anterior se deduce claramente que, si tiene sentido, cualquier tratamiento que cumpla lo anterior debería ser eficaz (a pesar de que sus bases conceptuales y/o aplicadas sean divergentes de otro igual de eficaz).

Un ejemplo de lo antedicho sería la historia que explicaba George Kelly (1964/1969) en el contexto de las condiciones de libertad y falta de supervisión de que gozaba en su práctica psicoterapéutica en el Medio Oeste americano en los años 30. Esas condiciones le permitieron dar un paso poco ortodoxo en el desarrollo de su práctica clínica: empezó a ofrecer a sus clientes interpretaciones ficticias no basadas en la teoría psicoanalítica predominante en ese momento (por ejemplo, que un trastorno gástrico se debía a que el estómago se estaba rebelando contra todo tipo de nutrición—parental, educativa y alimentaria). Para su sorpresa, esas interpretaciones ficticias funcionaban igual de bien, y algunas incluso mejor, que las ortodoxas. Esta experiencia llevó a Kelly a una conclusión relevante en su formulación teórica posterior; *lo que contribuye al éxito de la terapia es la facilitación de un marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida.*

Sin embargo, esto no supone que toda la terapia se reduzca a los aspectos relacionales del proceso; la alianza terapéutica (y por extensión la relación terapéutica) es sólo uno de los posibles factores comunes —si bien la investigación demuestra que sumamente relevante.

La revisión de los principales resultados de investigación en psicoterapia, de hecho, concuerda mucho más con una visión de factores comunes que de ingredientes específicos. La dificultad para demostrar eficacia diferencial, la potencia de los factores de la relación, las diferencias entre terapeutas atribuibles a variables personales y no de orientación teórica... todo ello y muchísimas evidencias más cuya revisión excedería las limitaciones de este trabajo encajan con lo que sería esperable desde una visión basada en factores comunes.

¿De dónde proviene pues la resistencia a los argumentos a favor de los factores comunes y de una visión de la psicoterapia como relación de colaboración

y de reconstrucción de procesos de atribución de significado más que como tratamiento médico específico? Entre otras cosas de algunos malentendidos que resumen Laska y Wampold (2014).

En primer lugar se acusa a la perspectiva de factores comunes de ser anticientífica e indemostrable, pero vista la enorme cantidad de evidencia empírica que concuerda con ella ese argumento es difícilmente sostenible.

Por otra parte se ataca la idea de una posible terapia de factores comunes sin estructura conceptual alguna, cosa que es evidente que nadie defiende –en la propia definición de Wampold (2001) resumida en el primer párrafo de este apartado ya se contempla el hecho de que una terapia eficaz debe incluir una explicación convincente y adaptativa– el *marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida* al que se refería Kelly (1964/1969). La superioridad de todas las terapias respecto a los tratamientos placebo sin estructura conceptual demuestra precisamente este punto.

En último término, la principal fuente de tales críticas parece ser la actitud de convencimiento dogmático de que la teoría y la terapia de preferencia es la mejor y la única posible. No sólo no hay ninguna otra mejor, sino que no es ni siquiera admisible que haya alguna otra igual de válida.

Integración e Investigación en Psicoterapia

Tal y como sintetizan acertadamente Castonguay *et al.* (2015), la conexión entre investigación e integración en psicoterapia es a la vez intrínseca y relevante.

Intrínseca porque, tal y como hemos visto a lo largo de esta exposición, la mayoría de argumentos a favor de la integración provienen de las evidencias empíricas sobre la eficacia y el proceso de la psicoterapia.

Relevante porque el riesgo que corre la integración en psicoterapia no parece afectar tanto a su propia supervivencia (dada la complejidad del sufrimiento humano y su alivio, parece poco probable que una sola teoría llegue a explicarlo por completo) sino a su madurez y aceptación social, académica y científica.

Efectivamente, a menos que se fundamenten empíricamente las propuestas integradoras y se articulen en programas objeto de investigación y verificación, será complicado incluirlas en programas de formación y práctica, que siempre lo tendrán más fácil si se decantan por *Tratamientos Empíricamente Validados* y, sobre todo, manualizados y replicables como puede ser, paradigmáticamente, la terapia cognitivo-conductual.

Relacionando lo anterior con los principales enfoques del movimiento integrador es posible que para cada uno de ellos se pueda establecer un orden de prioridades ligeramente diferente (aunque compatible) en cuanto a qué cabría esperar de las contribuciones de la investigación a la integración.

Así, por ejemplo, en el caso del eclecticismo técnico, resulta sugerente pensar cómo se podría investigar la adecuación de diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos a diferentes estilos de cliente con diferentes vivencias de sus problemas

y recursos. Sería posible que a medio y largo plazo tal programa de investigación permitiese disponer de criterios de selección sistemática de técnicas, o de relaciones terapéuticas, que permitiesen complementar y enriquecer los de selección sistemática de tratamientos –en Botella y Feixas (1998), por ejemplo, se proponía tal tipo de selección sistemática de técnicas terapéuticas en función de las ocho estrategias de cambio en el sistema de constructos del cliente propuestos por Kelly.

También en esta línea, en algunos de los trabajos de nuestro grupo (Botella, 2007) se ha propuesto el uso de Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs) del proceso de formación y resolución de problemas humanos como la posible base para una integración conceptualmente coherente de técnicas seleccionadas eclécticamente. La propia naturaleza matematizable de los MCBs permite investigar los efectos y el proceso derivados del uso de dichas técnicas.

En el caso de la integración teórica, los programas de tratamiento e intervenciones terapéuticas derivadas de modelos integradores pueden ser investigados en cuanto a eficacia y proceso de la misma manera que los clásicos, y atendiendo a la llamada al pluralismo metodológico que caracteriza en los últimos años a la investigación en psicoterapia. Por ejemplo, en los trabajos de nuestro grupo hemos investigado la eficacia diferencial de un formato de terapia constructivista relacional integradora para la depresión postparto comparándolo con uno de terapia cognitiva de Beck en un ensayo clínico aleatorizado (véase Pinheiro *et al.*, 2013).

Por lo que respecta a los factores comunes, y dado que se trata de una línea de integración en psicoterapia que se basa ya en múltiples datos procedentes de la investigación empírica, sería especialmente interesante seguir investigando sobre cuáles son y cuál es su relación con el resultado y proceso psicoterapéutico. En los trabajos de nuestro grupo, por ejemplo, hemos investigado repetidamente el papel de la alianza terapéutica en el resultado y proceso de la terapia (véase, por ejemplo, Botella y Corbella, 2011; Botella *et al.*, 2008; Soares *et al.*, 2010; Soares *et al.*, 2013) así como el de los procesos narrativos como factor común a diferentes formas de tratamiento (véase, por ejemplo, Botella, 1997; Botella y Feixas, 1990, 1992; Botella y Herrero, 2000; Botella *et al.*, 2004; Vall y Botella, 2015).

En cuanto a la integración asimilativa, la investigación puede ayudar a esclarecer cuáles son los efectos distintivos, ventajas e inconvenientes, de incorporar técnicas procedentes de diversos marcos conceptuales al propio de preferencia.

Por último, la investigación sobre integración metateórica puede hacer avanzar el campo de la integración en psicoterapia dotándolo de mayor claridad y coherencia conceptual y epistemológica –por ejemplo, en Botella (1999) se planteaban algunos aspectos relevantes para la integración metateórica de las terapias sistémicas y constructivistas.

En conclusión...

La integración en psicoterapia sigue siendo un ámbito que despierta interés, investigación, innovación y controversias fructíferas.

El contexto original sin duda ha cambiado, y las circunstancias que dieron lugar a su surgimiento son ahora diferentes: algunas ya no tienen tanto sentido y a la vez han aparecido otras nuevas.

Los logros del movimiento integrador son cuantiosos y destacables, y entre ellos se cuenta el haber dado lugar a una actitud de diálogo y exploración de las comunalidades que trasciende los enfrentamientos y lucha entre escuelas que caracterizaron a las primeras décadas de nuestra disciplina.

Igualmente resulta muy encomiable el esfuerzo deliberado y consiente por basar sus propuestas y desarrollos en la investigación, cosa que ha fomentado enormemente el avance de conceptos tales como, por ejemplo, Alianza Terapéutica o Factores Comunes.

Parecería pues que en respuesta al título de este trabajo “¿cómo se puede no ser integrador hoy en día?” habría básicamente dos formas de resistencia a la exploración de la integración:

Por una parte el escepticismo anti-empírico, basado en una actitud selectiva o simplemente desinformada de los principales resultados de investigación sobre la eficacia y el proceso terapéutico. Dicha actitud sostiene el prejuicio de que la falta de eficacia diferencial es un mito, lo cual permite seguir sosteniendo que la terapia de preferencia es la mejor, y en muchos casos la única con fundamento.

La tecnocracia de la especificidad y la metáfora del fármaco: diferente de la anterior y ligeramente más informada, esta actitud se basa en la presunción de que lo que hace eficaz a una terapia son sus componentes técnicos, igual que lo que hace eficaz a un fármaco es su ingrediente activo. Partiendo de esa base, se considera que se llegará en el momento en que el avance científico lo permita a descubrir cuál es el ingrediente activo de cada psicoterapia y a diseñar y validar las que sean específicamente eficaces para cada problema específico objeto de demanda. De momento los avances en esa línea han sido más bien escasos, y teniendo en cuenta la enorme multiplicidad de problemas objeto de la psicoterapia y la enorme multiplicidad de formas de manifestarlos en función de las variables personales de cada cliente, no parece que haya mucho espacio para el optimismo en cuanto a la posibilidad de llegar a resultados tan específicos.

Con todo, y como en muchos otros ámbitos de nuestra disciplina, se trata de un territorio que está aún en fase de exploración, con una complejidad enorme y que ofrece múltiples posibilidades. Esperamos que este trabajo haya contribuido a clarificar el panorama y a animar futuras exploraciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues*. Washington, DC: Author.
- Baardseth, T., Goldberg, S., Pace, B., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R. y Wampold, B. W. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395–405.

- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- Benish, S., Imel, Z. E. y Wampold, B. E. (2007). The relative efficacy of bona fide psychotherapies of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Botella, L. (1997). Reconstrucción narrativa y ciclo vital: una aproximación desde la psicoterapia constructivista. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Comps.), *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia* (pp. 181-201). Madrid, España: Fundamentos.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1, 23-35.
- Botella, L. (2007). *Potential uses of fuzzy logic: Applying Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) in psychotherapy*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16, 103-119.
- Botella, L., y Feixas, G. (1990). El grupo autobiográfico: un instrumento para la reconstrucción de la experiencia con personas de edad avanzada. *Anuario de Psicología*, 44, 47-60.
- Botella, L., y Feixas, G. (1992). The autobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 303-319.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 3(3), 407-418.
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod, (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. California: Sage.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C. y Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-18.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. y Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280-291.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Turner, E.H., (2015) Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PLoS ONE*, 10(9).
- Gaudiano, B. A., (2013, September 30). Psychotherapy's Image Problem. *The New York Times*, p. A25.
- Howard, K. L., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D. y Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York: Brunner- Mazel.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En L. E. Beutler y M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp.1-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157-212). Nueva York: Wiley.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481.
- Laska, K. M. y Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1231.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, R. Dudley, N., Chapman, P., Callcott, T., Grace, V., Lumley, L., Drage, S., Tully, K., Irving, A., Cummings, R., Byrne, L.M., Davies, P. y Hutton (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 1395-1403.

- Office of Technology Assessment, U.S. Congress. (1980). *The efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy—Background paper number 3: The implication of cost effectiveness analysis of medical technology*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Piet, J. y Hougaard, E. (2011). The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635–641.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17*, 129-146.
- Read, J., Cartwright, C. y Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research, 216*(1), 67-73.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Soares, L., Botella, L. y Corbella, S. (2010) The co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of the therapist interventions in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy y Counselling, 12*(2), 173-187.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., De Lemos, M. S. y Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*(1), 27-36.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710–720.
- Vall, B. y Botella, L. (2014). Narrative assessment: Differences between anxious and depressed patients. *Narrative Inquiry, 24*(1), 132-152.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. y Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders, 68*, 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin, 122*, 203–215.
- Whiston, S. C. y Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(1), 43-51.