

INTEGRACION EN PSICOTERAPIA: ¿CRISIS DE MADUREZ DE LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO?

Marvin R. Goldfried

State University of New York at Stony Brook

The article is a review and evaluation of the experience of the author with behavior modification therapy, after twenty-five years of professional work with this therapeutic model. The purpose is not to demean the contributions that behavioral modification has brought to the practice of psychotherapy: rather, the intent of the article is to highlight the belief of the author that the supposition that this therapy is the exclusive holder of truth is a myopic and dangerous view. To counter this situation, a new, open attitude toward integration with other contemporary psychotherapies is proposed, with the object of augmenting therapeutic efficacy in clinical work.

Hace diez años, Kendall (1982) aportó un análisis evolutivo en la línea de Erikson de la terapia del comportamiento. En este estudio comentaba que, gracias a un arduo trabajo, la terapia del comportamiento había logrado finalmente una identidad. Tras lograr esta independencia, y pese a su juventud cronológica, se encontraba en mejor situación para relacionarse con otras orientaciones terapéuticas.

Comparada con otras orientaciones, la terapia del comportamiento ha resultado, de alguna forma, precoz. Producto de mentes creativas y nutrida tanto por ambientes académicos como clínicos, esta terapia ha sido asumida por la comunidad terapéutica. Incluso ahora que ha superado la adolescencia parece empezar a mostrar algunos signos de las crisis de la edad adulta, y se comienzan a plantear preguntas del tipo: ¿Hasta dónde hemos llegado y qué es lo que hemos conseguido? ¿En qué puntos nos hemos quedado cortos con respecto a las expectativas? ¿Qué nos podemos proponer a partir de ahora? ¿Nos proponemos continuar en la misma línea o necesitamos iniciar algo diferente?

No hay duda de que hemos avanzado a grandes pasos en las últimas dos o tres décadas, con importantes contribuciones: el tratamiento de una gran variedad de problemas infantiles, el desarrollo de estrategias de afrontamiento de los trastornos

de ansiedad, la apertura del campo de la medicina del comportamiento, el ímpetu investigador en intervenciones psicosociales, y la invitación a otras orientaciones a que especificaran sus procedimientos terapéuticos de forma que pudieran ser convenientemente validados mediante experimentos empíricos.

En el proceso de realización de estas importantes contribuciones, la terapia del comportamiento ha evolucionado, alcanzando una maduración que ha sido resumida con acierto en un capítulo de Glass y Arnkoff (en prensa), de próxima publicación en el volumen que va a ser editado por Freedheim sobre la Historia de la Psicoterapia ("History of Psychotherapy"). A partir de las terapias del condicionamiento, la terapia del comportamiento ha ido ampliando su ámbito de estudio hasta llegar a incluir el importante papel de la relación terapéutica, el reconocimiento de la importancia del papel que juegan las variables cognitivas en el mantenimiento y modificación de los problemas clínicos, y el desarrollo de procedimientos para manejar los conflictos de pareja. Desde mi punto de vista, estamos comenzando a ampliar aún más el horizonte de la terapia del comportamiento, hacia territorios "peligrosos" que han sido tradicionalmente ocupados por otras orientaciones (ver, por ejemplo, Beck, Freeman y colaboradores, 1990; Goldfried, 1982; Lazarus, 1977; London, 1986; Mahoney, 1991; Meichenbaum y Gilmore, 1984).

Hace pocos años, Friedling, Goldfried y Stricker (1984) supervisamos las actividades terapéuticas de los graduados de las universidades de Stony Brook y Adelphi. Los graduados de Stony Brook fueron entrenados en terapia del comportamiento, mientras que los de Adelphi lo fueron en la orientación psicodinámica. Diseñamos un cuestionario que intentaba reflejar la práctica clínica de ambas escuelas desde el interior de cada una de ellas, escrito en inglés coloquial para evitar jergas que pudieran ofender a unos u otros. Cada ítem fue diseñado desde una de las dos escuelas, por lo que fue posible determinar hasta que punto los participantes utilizaban procedimientos ajenos a su propia orientación. Como resultado de esta investigación, encontramos que aproximadamente el 78% de los ítems de base psicodinámica fueron contestados afirmativamente por graduados de las dos orientaciones. Ocurrió lo mismo con el 55% de los ítems de base conductual. Tal grado de comunalidad incluía situaciones como la de focalizar los momentos específicos en que el cliente/paciente tenía reacciones problemáticas con el terapeuta; la utilización de las propias reacciones personales como medio para comprender los problemas del cliente/paciente; señalar cualquier comportamiento por parte del cliente/paciente que pudiera interferir el trabajo de la terapia; hacer notar al cliente/paciente las creencias poco realistas o irracionales; comentar las actividades habituales entre sesiones del cliente/paciente; y dar "feed-back" de la forma de relacionarse el cliente/paciente con el terapeuta en la propia sesión.

Aparentemente, muchos psicólogos clínicos, tras abandonar el ambiente académico, dejaban de hacer caso a las indicaciones de los libros de texto con los que se habían formado. La pregunta que se nos venía a la cabeza era ¿por qué? No

encontramos relación de ningún tipo entre este alejamiento y los años de experiencia en terapia. Lo que sí que encontramos es que la utilización de procedimientos de base psicodinámica en terapeutas de línea conductual correlacionaba positivamente con el porcentaje de clientes adultos que acudían a su consulta, y negativamente con el porcentaje de niños que estaban viendo en su práctica clínica. Se observó una posible relación entre la utilización de métodos conductuales por parte de terapeutas psicodinámicos y el porcentaje de pacientes de clase socioeconómica baja que veían. Como aproximadamente la mitad de los graduados de Stony Brook escogieron carreras de tipo académico/investigador, pudimos efectuar comparaciones con los que se formaron con el mismo programa pero escogieron profesionalmente la práctica clínica. No es sorprendente que encontráramos un mayor grado de intervenciones eclécticas entre estos últimos.

Estos resultados corroboran una observación ya advertida por Dollard y Miller (1950) hace bastantes años, cuando estos autores indicaban que las personas no se ven forzadas al cambio hasta ser confrontadas por un “dilema de aprendizaje” en el cual dejan de ser efectivos los métodos aprendidos para manejarse en el mundo. Yo añadiría que es extremadamente importante la naturaleza del cambio en respuesta a este “dilema de aprendizaje”. Desafortunadamente, algunos terapeutas del comportamiento se han desilusionado con las limitaciones asociadas a algunos procedimientos utilizados corrientemente en la práctica clínica cotidiana y acaban por rechazar la orientación conductual (ver, por ejemplo, Mozer 1989). Otros, entre los que me incluyo, continuamos manteniendo nuestra identidad como terapeutas conductuales y respondemos a las necesidades clínicas ampliando nuestra efectividad al tomar en consideración lo que otras orientaciones pueden ofrecer.

Mi crisis de maduración profesional

Voy a comentar ahora aspectos de mi propia crisis de maduración profesional. Durante los últimos 25 años he estado afiliado a un centro (Stony Brook) de terapia del comportamiento en que han recibido formación en psicología de la conducta numerosos estudiantes de doctorado y cursos post-doctorales. Muchos de sus antiguos (y actuales) alumnos han realizado importantes contribuciones al desarrollo de la terapia del comportamiento.

En los sesenta, el tema que centraba el interés de la terapia del comportamiento era el del papel desempeñado por la cognición. Recuerdo la lectura de un artículo de Breger y McGaugh del *Psychological Bulletin* de 1965 en el que se criticaba a la terapia del comportamiento por no tomar en consideración las variables cognitivas, y mi respuesta interior fue bastante negativa. Al releer mis notas escritas al margen de dicho artículo pude observar que, inicialmente, consideré que estos autores de la costa oeste estaban del lado perdedor en la batalla Hull-Tollman y que sus argumentos eran el producto de estar dolidos por ello. Con posterioridad reconsideré su punto de vista, y fui uno de los miembros de Stony Brook que participamos en

el simposium de la APA que tuvo lugar en 1968 en San Francisco bajo el título "Procesos cognitivos en modificación de conducta". Con la entrada de la cognición en los círculos de la terapia del comportamiento parecía prepararse el camino para una apertura más amplia. Por ejemplo, en los setenta el profesorado clínico de Stony Brook votó a favor de la ampliación del ámbito del curso de graduación en terapia, de forma que tomara en consideración otras orientaciones terapéuticas. En esa época yo impartía docencia en dicho curso, y volví a releer muchos de los textos psicodinámicos que había utilizado en mi graduación universitaria. Para mi sorpresa, comencé a darme cuenta de muchas similitudes interesantes con otras orientaciones, que despertaron mi interés.

Además, las discusiones hasta altas horas de la noche de los encuentros de la AABT con colegas que contribuían activamente en publicaciones de terapia conductual, apuntaban hacia la idea de que otras orientaciones podrían ayudarnos a integrar temas que se echaban en falta en la terapia del comportamiento. Pese a que aún no se ha escrito acerca de este privado interés inicial, el tema era un secreto bien guardado (ver Wachtel, 1977).

Durante el primer encuentro de la AABT (Asociación Americana de Terapia de Conducta), que tuvo lugar en San Francisco en 1975, decidí ampliar mis puntos de vista, y con posterioridad a dicho encuentro pasé una semana en Esalen, al sur de San Francisco y lugar de nacimiento de la terapia gestalt. Tenía por aquel entonces una maleta con dos compartimentos laterales. Utilicé uno de ellos para el material de la AABT y el otro para el de Esalen. Necesité menos tiempo para empaquetar este último.

Todo esto sucedía en la época en que estaba trabajando con Jerry Davison en el manuscrito de *Clinical Behavior Therapy* (Goldfried y Davison, 1976) y Davison se encontraba en un proceso de auto-exploración profesional similar al mío. En el capítulo de introducción a nuestro libro, intentamos transmitir la necesidad de una mayor apertura profesional con la siguiente sugerencia:

...en el intento de ampliar el conocimiento y de mejorar la calidad de nuestros servicios clínicos ha llegado la época de que los terapeutas del comportamiento dejemos de considerarnos un grupo al margen y comencemos un diálogo serio y esperemos que mutuamente fructífero con colegas no conductuales. De la misma forma que creemos firmemente que la terapia conductual puede aportar mucho a clínicos de otras orientaciones, rechazamos la idea de que debemos partir siempre de una postura inmaculadamente limpia y de que las innovaciones terapéuticas deban ser completamente nuevas (Goldfried y Davison, 1976, p. 15).

Más adelante añadíamos:

Sin embargo, creemos firmemente que la terapia del comportamiento, considerada desde su aproximación clínico-experimental a las dificultades humanas, nos provee del encuadre de trabajo más adecuado para ampliar la efectividad en los procesos de cambio conductual (p. 17).

Este fue el inicio de un proceso de desensibilización personal. Al escribirlo, mi aprensión a expresar estos puntos se ha reducido. Otro paso importante en este proceso de desinhibición tuvo lugar mientras hacía una demostración de terapia conductual con los estudiantes situados tras un espejo unidireccional. Estaba viendo con periodicidad semanal a un cliente, y el foco principal de atención terapéutica era facilitar la asertividad.

En varios momentos de la terapia tuve que retenerme y evitar la tentación hacer intervenciones que pudieran no ser consideradas “conductuales”, pero que utilizaba habitualmente en mi práctica clínica. Me consolaba con la excusa de que estaba haciendo una demostración de terapia conductual. Un día, tras comentar una sesión con la clase, les confesé el dilema que me había estado preocupando, y pasé a detallarles las situaciones en que podía haber intervenido de otra manera. Los estudiantes me apoyaron y me animaron a que incluyera en las demostraciones mi forma habitual de hacer terapia. Este constituyó otro incidente significativo en mi “estreno” de nuevas alternativas.

Otro paso importante en relación a mi escala de valores ocurrió a finales de los setenta, mientras disfrutaba de un año sabático en San Francisco (debe existir algo en San Francisco que me provee de un contexto facilitador de mi cambio personal). Durante ese año decidí preparar un artículo con la idea de que fuera publicado en el *American Psychologist*, para expresar que había llegado el momento adecuado para una aproximación entre orientaciones. El manuscrito fue aceptado y el artículo apareció publicado en breve plazo (Goldfried, 1980).

Reacciones de los terapeutas conductuales ante la integración

La reacción de otros terapeutas conductuales ante mi involucración en este acercamiento entre orientaciones, que ha llegado a convertirse en un movimiento de integración, ha sido tanto positiva como negativa. Muchos han dado la bienvenida a la divulgación de ciertos temas que habían estado confinados a las discusiones posteriores a los encuentros de la AABT. Otros terapeutas del comportamiento reaccionaron negativamente ante la idea de introducir conceptos y métodos no conductuales en la terapia del comportamiento.

Wilson (1982) ofreció una imagen de la terapia del comportamiento, con unos inicios en los años cincuenta y sesenta en que la conducta era el objeto de estudio, para incorporar en los setenta las variables cognitivas, y sugerir que los ochenta sería la década del afecto. En aquellos momentos apenas me percaté de la importancia de este afecto y mi posibilidad de contribución en el tema.

En un ejemplar del *Behavior Therapist*, escribí con Adele Hayes (1989a) acerca de las posibles aportaciones de otras orientaciones para la práctica clínica conductual. Tras dejar claro que las intervenciones conductuales eran más efectivas en el tratamiento de ciertos trastornos (por ejemplo fobias y otros trastornos de ansiedad, agresiones a niños y conductas psicóticas), indicábamos que que en

muchos otros problemas clínicos la terapia conductual no había demostrado ser superior a otras formas de tratamiento. Un lector respondió con ira mediante una carta al director, en la que sugería que nuestro artículo reflejaba “una apatía moral preocupante hacia el bienestar del consumidor...y una aceptación indiferente de tratamientos que no eran éticamente aceptables ni correctos clínicamente” (Gilles 1989, p. 174). Era difícil saber que respuesta dar a estas críticas, excepto quizá recomendar precaución a los que “leemos la literatura psicológica con un enfoque basado en esquemas y emociones pues puede ser peligroso” para nuestra salud y la de nuestros clientes (Goldfried y Hayes, 1989b, p. 175).

Entre los clínicos involucrados en terapia marital se acepta que las fuentes de conflicto suelen ser con frecuencia problemas de comunicación entre la pareja. Sucede lo mismo cuando terapeutas de diferentes orientaciones tratan de comunicarse. Por ejemplo, en el volumen editado por Arkowitz y Messer (1984), en el que se incluían diálogos de terapeutas de distintas escuelas, Cyril Franks (terapeuta conductual) y Leon Salzman (terapeuta psicodinámico) protagonizaron una viva discusión. La ruptura de comunicación entre estos dos respetados terapeutas parecía partir de una falta de comprensión del enfoque terapéutico que el otro defendía.

Así, Salzman (1984) en su crítica a Franks, afirmaba: “Es desafortunado que algunos críticos del psicoanálisis tiendan a utilizar, como objetivos para un ataque, conceptos pasados de moda o controvertidos” (p. 346). A su vez, Franks (1984) reprendía irónicamente a Salzman por afirmar que la terapia del comportamiento no era un enfoque apropiado para problemas con alto componente cognitivo, alegando que Salzman se estaba refiriendo a la terapia del comportamiento de los años cincuenta y sesenta. Aunque puede parecer razonable realizar un esfuerzo activo por informar a los terapeutas de otras orientaciones acerca de la situación actual de la nuestra, en una ocasión un colega conductual mostraba su objeción ante este tema: ¿Por qué debíamos hacerlo? ¿Es que ellos hacen algo por nosotros? Como vemos, los ochenta han sido la década del afecto.

Wilson (1990) ha sugerido recientemente que no es adecuado incorporar en la terapia del comportamiento métodos que no hayan conseguido confirmación empírica. Tengo un gran respeto por la inteligencia y dedicación de Wilson; lo tenía ya cuando llegó a Stony Brook desde Sudáfrica como estudiante graduado, y lo he seguido manteniendo a través de los años. Además, él ha mostrado interés por la eficacia de la terapia interpersonal en el tratamiento de la bulimia, en base a los datos aportados recientemente por Fairburn (1988). Es realmente crucial la confirmación empírica de nuestras intervenciones, independientemente de la orientación que las sustenta. De todos modos, sigo manteniendo que sabemos más cosas que las que se pueden demostrar y leer en los artículos científicos.

Por otra parte, me parece controvertido que la responsabilidad de probar una técnica haya de recaer sobre aquellos que se identifican con la orientación que la diseñó. Si existen razones para creer que un procedimiento puede resultar útil

clínicamente, aunque no haya sido demostrado empíricamente, creo que *cualquier* profesional debería estar motivado para efectuar dicha demostración. El hecho de que la orientación de origen no sea conductual no debiera ser motivo de exclusión de una investigación de eficacia clínica por parte de terapeutas conductuales, que a menudo constituyen la mayoría de los investigadores en psicoterapia.

Observaciones clínicas: el contexto del descubrimiento

Al escribir sobre el tema de los descubrimientos científicos, los filósofos de la ciencia realizan la distinción entre el contexto del “descubrimiento” y el contexto de la “verificación”. Neal Miller (Bergin y Strupp, 1972) ha aplicado esta importante distinción a su propio trabajo. Miller indica que cuando intenta descubrir si un fenómeno existe, sigue corazonadas, se deja llevar por la espontaneidad, y generalmente prescinde de la utilización de grupos control. Ha confesado, además, haber malgastado mucho tiempo y energía por prestar atención prematuramente a tales refinamientos metodológicos. El propósito principal de esta fase inicial, según Miller, es llegar al autoconvencimiento de que algo existe. Tras haber quedado satisfecho de este paso previo, es cuando uno debe continuar hacia el contexto de la verificación, cuyo fin es convencer a sus colegas. Yo mantengo que las observaciones clínicas de todos aquellos interesados en el desarrollo de procedimientos terapéuticos demostrados empíricamente están en el contexto del descubrimiento (cf. Lazarus y Davison, 1971).

No intento decir con ello que la terapia del comportamiento deba evitar la extrapolación a partir de principios básicos de psicología. Tal como advierten colegas no-clínicos, debemos percatarnos de que no todos los hallazgos de investigación han sido incorporados en terapia. Pero podemos quedarnos cortos si únicamente tenemos confianza en las técnicas extrapoladas del laboratorio a la práctica clínica: Sin embargo, siempre he pensado que un terapeuta clínicamente astuto y con formación empírica observa cosas en la práctica clínica que aún no se han descrito en la literatura. E incluso hay ocasiones en que las observaciones clínicas son más precisas que las publicaciones de investigación. Por ejemplo, los hallazgos de investigación publicados en los años sesenta sobre entrenamiento en relajación resultaron ser incorrectos. Sus datos fueron obtenidos en el contexto de estudios de desensibilización sistemática, en los cuales el entrenamiento en relajación por sí sólo no era efectivo clínicamente. El punto crucial de la equivocación consistió en que los diseños de investigación no aportaron una muestra paramétrica suficientemente buena de la inducción a la relajación, y que esta relajación no se efectuó con la suficiente profundidad ni fue presentada como una habilidad de afrontamiento de los miedos. Afortunadamente nuestros clientes no leen la literatura científica y con el tiempo llegamos a reconocer que el entrenamiento en relajación puede constituir una intervención clínica muy beneficiosa. Finalmente los hallazgos de investigación lograron reflejar los que los clínicos habían ya

anunciado informalmente.

Bannister y Fransella (1971) nos han advertido del peligro de la utilización de procedimientos cada vez más precisos en investigación para llegar a demostrar temas triviales. Como astutamente observan estos autores, tales investigaciones nacen de la propia literatura científica y, sin duda serán enterradas con ella (Bannister y Fransella, 1971, p. 193).

Si estamos de acuerdo en que las observaciones pueden aportar a la investigación un importante contexto de descubrimiento, podemos también ser capaces de considerar la posibilidad de que las observaciones clínicas provengan de orientaciones que no sean las nuestras. Por ejemplo, hay un cierto número de terapeutas conductuales que consideran muy valioso el uso clínico de la técnica gestáltica de las dos sillas, pues les permite acceder a situaciones más vivenciales. En la actualidad existen resultados de investigación que parecen apuntar a que esta técnica es más efectiva que la de la solución de problemas para resolver conflictos y facilitar la toma de decisiones (Clarke y Greenberg, 1986). Pese a que no salto de alegría cuando leo resultados que descubren limitaciones a la técnica de solución de problemas —una intervención en la que he tenido un cierto nivel de involucración personal (D'Zurilla y Goldfried, 1971)— encuentro difícil negarme a reconocer los hallazgos que prueban algo que además es consistente con lo que he observado en clínica.

Investigación sobre integración en psicoterapia

Tras reconocer la necesidad de una investigación programática en el área de integración en psicoterapia, el NIMH patrocinó en 1986 un taller de dos días de duración sobre este tema, cuyos resultados han sido publicados en el volumen de 1988 del *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Wolfe y Goldfried, 1988). Entre las diversas recomendaciones que se realizaron, se sugirió que el trabajo preliminar se focalizara en la “desegregación”, es decir en el estudio comparativo de los procesos comunes y particulares que operan en las diferentes terapias, para con posterioridad realizar investigaciones controladas de tratamientos integrados. Este estudio previo, debería realizarse como una investigación procesual, con un foco de interés en los mecanismos de cambio en las diferentes escuelas de pensamiento. Pese a que pueden existir temas comunes en las diferentes orientaciones, también es posible que existan diferencias paramétricas bajo ciertas comunalidades. Una vez descubiertos, tales procesos terapéuticos deberán ser contrastados con los resultados, de forma que queden en evidencia los mecanismos efectivos del cambio, sea cual sea la escuela de origen de dichos procedimientos. El fin último de esta investigación consistiría en desarrollar formas integradas de tratamiento a partir de estos hallazgos sobre los procesos de cambio.

Nuestro grupo de investigación de Stony Brook ha estado involucrado activamente en este trabajo de “desegregación”. Hemos comenzado por estudiar la

frecuente estrategia del "feed-back" terapéutico, técnica cuya finalidad es ayudar al cliente a darse cuenta de lo que está haciendo u omitiendo, pensando y dejando de pensar, sintiendo y dejando de sentir en diversas situaciones. Mediante este "feed-back" el terapeuta ayuda al cliente a "desplegar su atención" a aspectos clínicamente relevantes de su propio funcionamiento y de otras personas con las que el cliente se relaciona.

Pese a que nuestro punto de partida es la premisa de que diferentes orientaciones teóricas comparten el "feed-back" como estrategia común, también creemos que posiblemente existan diferencias paramétricas asociadas a su utilización por diferentes escuelas de pensamiento. Mientras que es concebible que las orientaciones psicodinámica y cognitivo-conductual sean comparables en cuanto a la utilización del "feed-back" para hacer ver a los clientes el impacto que sus acciones puede tener en otros, pueden existir variaciones entre estas dos escuelas según quien sea la persona con la que interactúa el cliente (por ejemplo el terapeuta en lugar de una persona significativa) o con respecto a cuando se ofrece dicho "feed-back" si en la propia sesión o bien entre sesiones.

Para poder realizar este análisis comparativo, Cory Newman, Adele Hayes, y yo mismo (Goldfried, Newman y Hayes, 1989) hemos desarrollado un sistema codificador de este "feed-back" terapéutico. El sistema consiste en unas pautas para evaluar lo que el terapeuta está resaltando con sus intervenciones durante el curso de la sesión, que pueden ser pensamientos, sentimientos, acciones del cliente, o posibles relaciones que puedan existir entre ellos, conexiones que puedan existir entre el funcionamiento del cliente y el de otros, las personas involucradas en la terapia, y también el marco temporal en que se realiza.

En el proceso de desarrollo del sistema de codificación obtuvimos algunos hallazgos preliminares en el estudio de varios conjuntos de datos. En el primer estudio (Goldsamt, Goldfried, Hayes y Kerr, en prensa) se observaron las similitudes y diferencias entre Beck, Meichenbaum y Strupp, terapeutas que realizaron una sesión de demostración con el mismo cliente, el caso Richard (Shostrom, 1986). Fue interesante constatar que las personas encargadas de codificar identificaron la sesión de Beck, pero no fueron capaces de diferenciar las de Strupp y Meichenbaum. Encontramos que los tres terapeutas actuaron de forma similar al señalar el impacto de las acciones de otras personas sobre el cliente (por ejemplo, en la forma en que los tres terapeutas interpretaron las acciones de otros). Sin embargo, a diferencia de Beck, tanto Meichenbaum como Strupp señalaron además el impacto que las acciones del cliente producía en otros, es decir lo que estaba haciendo Richard para facilitar la aparición de ciertos problemas interpersonales en su vida. Beck parecía intentar que se generase un cambio cognitivo, mientras que Strupp y Meichenbaum intentaban un cambio doble tanto de la conducta como de la cognición.

Realizamos un segundo estudio (Kerr, Goldfried, Hayes y Goldsamt, 1989) con los datos obtenidos por David Shapiro y sus colegas en Sheffield (Hardy y

Shapiro, 1985), al comparar la terapia cognitivo-conductual con la terapia psicodinámico-interpersonal. Encontramos que ambas terapias utilizaban de forma similar las relaciones intrapersonales e interpersonales (por ejemplo, al resaltar las conexiones entre diferentes aspectos del funcionamiento del cliente -como la interrelación entre pensamientos y sentimientos- además de las conexiones entre el funcionamiento del cliente y el de otras personas). En ambas orientaciones, el foco predominante tendió a ser más interpersonal que intrapersonal.

Un tercer estudio (Castonguay, Golfried, Hayes, Raue, Wiser y Shapiro, 1990) también utilizó los mismos datos de Sheffield, pero en esta ocasión para observar asociaciones entre variables de proceso y medidas de resultados. Pese a que el estudio anterior no logró encontrar diferencias con respecto a la utilización de las relaciones interpersonales entre las dos escuelas citadas, esta técnica terapéutica tendía a tener un impacto más positivo cuando era realizada en el marco psicodinámico-interpersonal. Además, pudimos comprobar que las mejorías en adaptación social con esta orientación terapéutica estaban relacionadas con la focalización en las reacciones transferenciales del cliente, las relaciones entre la conducta del cliente y la conducta de otros, las reacciones ante las intervenciones del terapeuta, la toma de distancia para poder observar la propia conducta con mayor objetividad, y en un menor grado con las relaciones con los padres.

Otro de los hallazgos tenía que ver con la intención del terapeuta de diferenciar entre las percepciones distorsionadas del cliente y lo que realmente sucedió (por ejemplo, mediante el "test de realidad"). Se observó una correlación positiva casi significativa de .37 entre la mejoría sintomática y la terapia cognitivo-conductual, mientras que la correlación era negativa de .31 con la terapia psicodinámica. Debo añadir que la muestra de este estudio preliminar era muy pequeña, dificultando la obtención de resultados estadísticamente significativos, a pesar de la magnitud de las correlaciones. Al realizar un análisis de contenido para tratar de comprender mejor la naturaleza de esta sorprendente interacción, encontramos que el test de realidad que efectuaban los terapeutas conductuales consistía típicamente en el mensaje "las cosas no están tan mal como piensas", mientras que los terapeutas psicodinámicos mandaban un mensaje contrario: "las cosas no están tan bien como piensas".

Los resultados obtenidos deben ser considerados preliminares, y planeamos realizar una evaluación más detallada de estudios de Shapiro y sus colegas con mayor número de sujetos. Estamos también en el proceso de obtener muestras de sesiones significativas realizadas por terapeutas muy experimentados y altamente cualificados tanto de la orientación cognitivo-conductual como psicodinámica, efectuadas en su lugar de trabajo habitual. Y además, pensamos estudiar la naturaleza de la alianza terapéutica y los niveles de experiencia de los clientes en estas dos formas de terapia.

Comentarios finales

El objetivo de este artículo no es menospreciar la importancia de las contribuciones realizadas por la terapia del comportamiento. Nada más lejos de ello. Creo que la terapia del comportamiento nos ha proporcionado un marco único y valioso para observar aspectos que no advierten otros profesionales. Pero la creencia de que nuestro abordaje terapéutico -o cualquier otro- tiene el monopolio de la verdad indica estrechez de miras y puede resultar peligrosa.

Parte de nuestra formación como terapeutas conductuales consiste en aprender a reaccionar con interés a lo que está fuera de nosotros -en otras palabras, aprender a cambiar nuestro punto de vista como resultado de lo que observamos clínicamente y lo que revelan las investigaciones. Sin embargo, existen momentos en que como terapeutas somos tan culpables de nuestra falta de atención selectiva a contribuciones potencialmente beneficiosas de otras orientaciones como lo son nuestros clientes de su dificultad en apreciar los cambios que podrían mejorar sus vidas. En los inicios de los noventa, que algunos ya han denominado la década del cerebro, no podemos permitirnos el mantenimiento de actitudes aisladas y antagonistas ante otras orientaciones psicosociales.

Creo que en breve llegará el momento de considerar seriamente la posibilidad de complementar nuestros puntos débiles con los fuertes de otras orientaciones. Los puentes que están siendo construidos entre la terapia conductual y otras tendencias permitirán la circulación en ambos sentidos. De la misma forma que me he beneficiado personalmente de mi trabajo clínico y de investigación también lo he hecho del de mis colegas no conductuales (ver, por ejemplo, Goldfried y Wachtel, 1987). Y he sido testigo también de los cambios que otros han ido realizando.

Mi interés en la integración de la psicoterapia ha estado guiado por dos preguntas básicas: (1) ¿son relevantes nuestras intervenciones clínicas?; es decir, ¿puedo observar su utilidad en mi relación con los clientes? y (2) ¿pueden ser comprobadas empíricamente?; es decir, ¿resultan útiles al ser utilizadas por otros terapeutas en condiciones experimentalmente controladas? Hemos de tener en cuenta que el proceso de respuesta de esta última pregunta suele ser muy lento.

Tal como indicaba el programa de la conferencia de la AABT de 1990, la terapia conductual "es una escuela de pensamiento que evoluciona constantemente y, en consecuencia, requiere una continua evaluación de la información nueva que se va consolidando a todos los niveles". Ante esta situación, parece que los terapeutas conductuales estamos bien provistos para tomar en consideración procedimientos de otras orientaciones que puedan aumentar nuestra eficacia terapéutica.

Este artículo es una revisión y valoración de la trayectoria seguida por el autor y la terapia de modificación de conducta después de 25 años de trabajo con ella. La finalidad no es infravalorar las aportaciones de la modificación de conducta a la psicoterapia, sino poner de relieve que la suposición de poseer en exclusiva la verdad es más bien corta de vista y peligrosa. En este sentido en el artículo se proponen actitudes abiertas hacia la integración con otras corrientes psicoterapéuticas, con el objetivo principal de aumentar la eficacia en el trabajo clínico.

Traducción: Ignacio Preciado

Nota Editorial: Artículo aparecido en *The Behavior Therapist*, 15, (2) pp.38-42 (1992), publicado con permiso del autor.

Referencias bibliográficas:

- ARKOWITZ, H. & MESSER, S.B. (Eds.) (1984). *Psychoanalytic and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum.
- BANNISTER, D. & FRANSELLA, F. (1971). *Iquiring man*. Middlesex, England: Penguin Books.
- BECK, A.T., FREEMAN, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- BERGIN, A.E. & STRUPP, H.H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago, IL.: Aldine Atherton.
- BREGER, L. & MCGAUGH, J.L. (1965). Critique and reformulation of "learning-theory" approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338-358.
- CASTONGUAY, L.G., GOLDFRIED, M.R., HAYES, A.M., RAUE, P.J., WISER, L.S. & SHAPIRO, D.A. (1990 June). *Quantitative and qualitative analyses of process-outcome data for different therapeutic approaches*. Presented at the Society for Psychotherapeutic Research, Wintergreen, VA.
- CLARKE, K.M. & GREENBERG, L.S. (1986). Differential effects of the gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 11-15.
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 107-126.
- DOLLARD, J. & MILLER, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw Hill.
- FAIRBURN, C.G. (1988). The uncertain status of the cognitive approach to bulimia nervosa. In K.M. Pirke, W. Vandereycken & D. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia nervosa*. Berlin: Springer-Verlag.
- FRANKS, C.M. (1984). Psychoanalysis and a behavior therapy for 1983: Commentary on Leon Salzman. In H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 351-355). New York: Plenum.
- FRIEDLING, C., GOLDFRIED, M.R. & STRICKER, G. (1984). *Convergences in psychodynamic and behavior therapy*. Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, Baltimore, MD.
- GILES, T.R. (1989). Another look at the equivalence of therapies hypothesis. *The Behavior Therapist*, 12, 174.
- GLASS, C.R. & ARKNOFF, D.B. (in press). Behavior therapy. In D.K. Freedheim (Ed.), *The history of psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- GOLDFRIED, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- GOLDFRIED, M.R. (1982). (Ed.) *Converging themes in psychotherapy: Trends in Psychodynamic, humanistic,*

- and behavioral practice. New York: Springer.
- GOLDFRIED, M.R. & DAVISON, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GOLDFRIED, M.R. & HAYES, A.M. (1989a). Can contributions from other orientations complement behavior therapy? *The Behavior Therapist*, 12, 57-60.
- GOLDFRIED, M.R. & HAYES, A.M. (1989b). Another look at Goldfried and Hayes. *The Behavior Therapist*, 12, 174-175.
- GOLDFRIED, M.R., NEWMAN, C.F. & HAYES, A.M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*. Unpublished manuscript. State University of New York at Stony Brook, Stony Brook, New York.
- GOLDFRIED, M.R. & WACHTEL, P.L. (1987). Clinical and conceptual issues in psychotherapy integration: A dialogue. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 131-144.
- GOLDSAMT, L.A., GOLDFRIED, M.R., HAYES, A.M. & KERR, S. (in press). Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy*.
- HARDY, G.E. & SHAPIRO, D.A. (1985). Therapist response modes in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 235-245.
- KENDALL, P.C. (1982). Integration: Behavior therapy and other schools of thought. *Behavior Therapy*, 13, 559-571.
- KERR, S., GOLDFRIED, M.R., HAYES, A.M. & GOLDSAMT, L.A. (1989 June). *Differences in therapeutic focus in an interpersonal-psychodynamic and cognitive-behavioral therapy*. Paper presented at the 20th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, Canada.
- LAZARUS, A.A. (1977). Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 32, 550-554.
- LAZARUS, A.A. & DAVISON, G.C. (1971). Clinical innovation in research and practice. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- LONDON, P. (1986). *The modes and morals of psychotherapy (2nd edition)*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books, Inc.
- MEINCHENBAUM, D. & GILMORE, J.B. (1984). The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective. In K. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 273-298). New York: Wiley-Interscience.
- MOZER, M.H. (1979). Confessions of an exbehaviorist. *The Behavior Therapist*, 2, 3.
- SALZMAN, L. (1984). The behavioral scientist as integrator: Commentary on Cyril M. Franks. In H. Arkowitz & S. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 249-252). New York: Plenum Press.
- SHOSTROM, E.L. (Producer) (1986). *Three approaches to psychotherapy: III* (film). Corona Del Mar, California: Psychological and Educational Films.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavioral therapy: Toward and integration*. New York: Basic Books.
- WILSON, G.T. (1982). Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy*, 13, 291-312.
- WILSON, G.T. (1990). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. In C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall & J.P. Foreyt (Eds.), *Review of Behavior Therapy*. (Vol. 12, pp. 271-301). New York: Guilford Press.
- WOLFE, B.E. & GOLDFRIED, M.R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.



NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio escritos en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios, que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo, y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

3. Se adjuntará un resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de *Referencias bibliográficas* correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

6. Deberán evitarse en lo posible las notas al pié de página. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa. Dicha hoja se añadirá al final del texto.

7. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente; o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares con el artículo publicado o separatas, cuando se editen. En el caso de que el autor precisara un número mayor, el costo de los mismos correrá a su cargo.

9. El Director, el Comité Editorial y el Consejo de Redacción no aceptan responsabilidad alguna sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales. Además, el Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los editoriales firmados.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:
Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:
SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
(Revista de Psicoterapia)
c/. de l'Art, 81 - 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1992
para España 3.800 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Cuenta corriente num.: Libreta núm.:

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

.....
Fecha y Firma:

