

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Novelo Mascarúa, Gustavo Manuel

La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad

Psicología Iberoamericana, vol. 16, núm. 1, junio, 2008, pp. 44-51

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad

The Multidimensional Integrative Psychotherapy in the Treatment of Anxiety Disorders

Gustavo Manuel Novelo Mascarúa

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, CD. DE MÉXICO

Resumen

La Psicoterapia Integrativa pretende, desde diferentes enfoques, hacer un abordaje multidimensional y por tanto, más abarcativo del motivo de consulta y con ello alcanzar la solución del problema en el cliente. En el presente documento se describen los elementos que hacen de la psicoterapia integrativa multidimensional un enfoque psicoterapéutico de vanguardia y de mayor beneficio para el terapeuta y para el cliente sobre los trastornos de ansiedad. Se expone la manera cómo la psicoterapia integrativa acerca diferentes enfoques psicoterapéuticos y cómo fomenta la cooperación e interrelación entre éstos con el objetivo de retroalimentarse de sus técnicas y postulados teóricos. En México, no existe un cúmulo significativo de investigación relacionada, razón por la cual se analizan e identifican –dentro del marco integrativo multidimensional–, tres corrientes psicoterapéuticas (psicoanálisis, conductismo y cognoscitivismo) aplicadas a los trastornos de ansiedad y su integración en beneficio del cliente.

Descriptores: terapia integrativa, ansiedad, integración, multidimensional, psicoterapia.

Abstract

The Integrative Psychotherapy pretends from different approaches to make a multi-dimensional coverage and therefore to be more complete for the reason to consultation with the aim of achieving an appropriate intervention, or solving the problem on the client. The present paper describes the elements that make's the multidimensional integrative psychotherapy a state of the art psychotherapeutic approach and also greater benefit to the therapist and to the client with anxiety disorders. Presents how the integrative psychotherapy closes in different psychotherapeutic approaches and promotes cooperation and interrelation between them, with the aim of fed back of their techniques and theoretical postulates. In Mexico, there is not a significant pile of research related, that is why were picked three psychotherapeutic streams (psychoanalysis behaviorism and cognitivism) –within multidimensional integrative framework– applied to anxiety disorders and their integration into the client's benefits.

Key words: integrative therapy, anxiety, integration, multidimensional, psychotherapy.

Introducción

El trabajo psicoterapéutico se dirige, recientemente, hacia un esfuerzo encaminado a reunir los elementos específicos que conforman las diversas psicoterapias existentes y que se aplican a los clientes desde un punto de vista particular. En este sentido, la integración supone una actitud abierta y sin dogmas que permite a los psicoterapeutas ofrecer respuestas flexibles y creativas a la problemática individual de cada cliente (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989; Beutler, Moleiro y Penela, 2004; Corsi, 2005).

El origen etimológico de la palabra *psicoterapia* proviene, de los vocablos *psico* (del griego *psiche*, cuyo

significado es *espíritu, alma o ser*) y *terapia* (del griego *theraputikos* que significa *asistente o aquel que cuida de otro*). En ese sentido, psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al "ser" de otra persona. En términos generales, los psicoterapeutas ejecutan esta función escuchando al cliente, poniéndole atención, ofreciéndole comprensión y respeto, respondiendo de tal manera que lo ayude a encontrar soluciones a las situaciones que los aqueja (Ávila, 1994; Coderch, 1987; Kleinke, 1998).

Poch y Ávila (1989) indican que la psicoterapia es un conjunto de sistemas teórico-conceptuales aplicados de carácter interdisciplinario en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos

teóricos y de investigación de diferentes ciencias y trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en la sociedad.

Kleinke (1998) refiere que la psicoterapia debe estar encaminada a buscar soluciones a los problemas del cliente con mayores ventajas de las que han utilizado hasta el momento. Precisamente, esta última aproximación es la que retoma la Psicoterapia Integrativa.

La Psicoterapia Integrativa Multidimensional indica que el término *integrativo* es flexible e incorpora elementos aparentemente divergentes entre los diversos enfoques psicoterapéuticos, enfatizando las necesidades del cliente (Beitman *et al.*, 1989; Castonguay, 2000). La integración en la Psicoterapia Multidimensional es una tendencia a favor del reconocimiento de los límites de los enfoques psicoterapéuticos utilizados de manera individual; con ello, se amplía la forma como los terapeutas conceptualizan los problemas de sus clientes (Goldfried, 1995). Entre los principales factores relacionados con la integración en psicoterapia se encuentran: 1) proliferación de enfoques psicoterapéuticos; 2) una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos los clientes; 3) ausencia de una terapia eficaz para todos los clientes; 4) reconocimiento de que hay factores comunes entre las distintas psicoterapias; 5) énfasis en las características del cliente y de la relación psicoterapéutica, y 6) interacción de factores sociales, políticos y económicos (Norcross, 1986).

El término *multidimensional* surge con la finalidad de superar algunas dicotomías planteadas por los sistemas tradicionales, para lo cual se adopta una actitud abierta y no dogmática capaz de dar respuestas flexibles y creativas a la diversidad de problemas planteados en el campo de la clínica, la orientación psicológica y el desarrollo humano. Además, intenta tener en cuenta la amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas y trabajar con recursos que sean lo suficientemente flexibles como para actuar sobre las diferentes dimensiones del problema (Corsi, 2005).

En el contexto de la Psicoterapia Integrativa Multidimensional (Colondrón, Paz y Hurtado, 2003; Lampropoulos, Spengler, Dixon y Nicholas, 2002) hay factores comunes a todos los enfoques psicoterapéuticos: 1) contexto interpersonal basado en una relación de confianza en la que el cliente obtiene apoyo y el terapeuta ofrece un servicio estructurado y formal; 2) apoyo del terapeuta para ampliar la visión del mundo del cliente por medio de la generación de explicaciones alternas que le permitan flexibilizar, estructurar, dar sentido a

su experiencia y reconceptualizar su percepción de la situación; 3) promover la práctica de las nuevas competencias adquiridas por el cliente y 4) facilitar que el cliente reconozca, exprese, dé sentido y se responsabilice de sus propios sentimientos.

Los diversos enfoques psicoterapéuticos consiguen resolver los problemas del cliente, y con ello, éste obtiene un beneficio. Sin embargo, la Psicoterapia Integrativa Multidimensional logra un beneficio doble; por una parte, la persona tiene a su disposición más herramientas psicoterapéuticas para el tratamiento y solución de sus problemas; el terapeuta cuenta con un número mayor de enfoques terapéuticos para apoyar al cliente desde un punto de vista integrativo (Castonguay, 2000; Lampropoulos *et al.*, 2002).

Fundamentos de la psicoterapia integrativa multidimensional

Las teorías psicológicas contemporáneas polarizan las explicaciones en relación con la conducta humana, centrándose en determinantes externos, internos o en su interacción. El trabajo psicoterapéutico demanda superar los planteamientos que representan los modelos mecanistas y reduccionistas de causalidad; por ejemplo, el psicoanalítico, el cognitivo y el conductual (Lampropoulos *et al.*, 2002).

Por ello, Bandura (1987) propone, como una alternativa al mecanismo y reduccionismo, el determinismo recíproco basado en el siguiente factor predominante: la conducta. Ésta se explica por medio de procesos externos e internos que actúan como determinantes entrelazados y no se limita a afirmar una relación recíproca y continua entre ellos, sino que, además, el cliente cumple –por medio de sus acciones–, un papel activo en esa reciprocidad. Crítica, por una parte, el ambientalismo externo del conductismo, que transforma al ser humano en un sujeto pasivo a merced de las influencias externas. Por otra parte, critica el descuido de las influencias sociales que se observa en el cognoscitivismo.

En el determinismo recíproco, la conducta y otros factores personales y ambientales actúan como determinantes que se hallan entrelazados. No se limita a afirmar que existe una interacción entre los factores personales y ambientales, sino que explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales. Así, las personas y el medio se determinan en forma recíproca. Si bien, la conducta es regulada por sus contingencias, pero dichas contingencias son producidas

en parte por el propio individuo. El individuo, por medio de sus acciones cumple un papel activo en la producción de contingencias que a su vez influyen en él (Bandura, 1987).

La estructura conceptual que organiza esas relaciones determinadas es el *modelo ecológico* propuesto por Bronfenbrenner (1987), en el cual se propone que la realidad familiar, social y cultural deben concebirse como organizadas en un sistema articulado compuesto por diferentes subsistemas que, a su vez, se relacionan entre sí de manera dinámica. Cabe señalar que dentro del entorno ecológico se entiende por *subsistema* todos aquellos contextos en los que se ubica la persona.

Los principales contextos que identifica Bronfenbrenner (1987), son: *a) Macrosistema*, lo que se remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular. *b) Ecosistema*, compuesto por la comunidad más cercana que incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de cultura y el nivel individual y *c) Microsistema*, lo que conforma, fundamentalmente, el contexto familiar en el que se desarrollan los intercambios más intensos entre la persona y su ambiente.

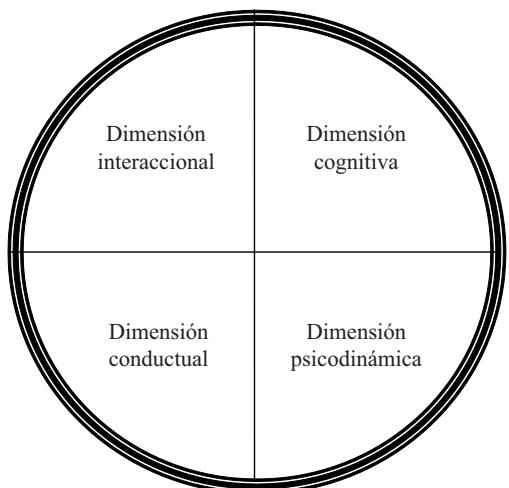
Así, el cliente es una entidad dinámica que se adentra y reestructura progresivamente al interior del medio en el que vive. De este modo, fomenta una adecuación mutua con base en una relación bidireccional, es decir, se da una influencia recíproca entre el cliente y los ambientes en los que éste se desenvuelve (Bronfenbrenner, 1987). De ahí la necesidad de explicar la conducta humana desde el determinismo recíproco.

Dentro del ámbito psicoterapéutico, para cada cliente, la integración arroja como resultado un marco conceptual que sustenta la evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento a llevar a cabo con cada persona. Así, surge el modelo ecológico multidimensional propuesto por Corsi (2005), el cual distingue cuatro dimensiones psicológicas interdependientes dentro del microsistema del ser humano (figura 1), a saber: *1) dimensión cognitiva* (estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo); *2) dimensión conductual* (repertorio conductual en el ambiente); *3) dimensión psicodinámica* (dinámica intrapsíquica en sus diferentes niveles de profundidad) y *4) dimensión interaccional* (pautas de relación y de comunicación interpersonal).

La integración surge como una interconexión entre las dimensiones (por una parte) y por la reciprocidad de influencia (por la otra). Así, se infiere que un cambio en cualesquiera de las dimensiones ocasionará modificacio-

nes en cada una de las otras (Corsi, 2005). Sin embargo, es importante hacer algunas puntuaciones al respecto:

Figura 1. Modelo de Psicoterapia Integrativa Multidimensional (Corsi, 2005)



1) No hay reciprocidad temporal en las influencias mutuas entre sistemas de diferente grado de complejidad, así, los cambios ocurridos en el macrosistema ejercen mayor influencia sobre las otras dimensiones que a la inversa; 2) dentro de la psicoterapia integrativa multidimensional el cambio se remite principalmente al microsistema (grupo, familia, diádica, individuo), y 3) a nivel individual, el cambio en alguna de las dimensiones conlleva cambios en cada una de las otras.

Dentro del modelo integrativo propuesto por Corsi (2005) se distinguen tres momentos durante el proceso terapéutico de los trastornos de ansiedad: *1) Momento de la evaluación y el diagnóstico*, no se encasilla al cliente bajo un diagnóstico, sino que se establecen metas psicoterapéuticas; *2) momento de la planificación*, instauración de técnicas que juegan un doble papel, por un lado, los mecanismos generadores del cambio y, por el otro, los recursos activadores de los mecanismos del cambio y *3) momento de la intervención psicoterapéutica*, aplicación de los mecanismos y recursos enfocados a lograr el cambio psicoterapéutico.

De acuerdo a Feixas y Miró (1993) los elementos esenciales de la psicoterapia integrativa multidimensional son los siguientes: *1) Cliente*: persona que solicita los servicios psicoterapéuticos; *2) el psicoterapeuta*: experto en problemas emocionales; *3) relación psicoterapéutica* que debe ser asimétrica (la cual inicia a partir de la demanda del cliente y se centra en sus necesidades).

Aplicación de la psicoterapia integrativa multidimensional en trastornos de ansiedad

Dentro de los diversos trastornos que la población tiene y que interfieren con sus actividades cotidianas, se encuentran los trastornos de ansiedad. Diversas psicoterapias –con enfoques específicos para explicar y abordar los trastornos de ansiedad–, han producido resultados positivos en su tratamiento desde el punto de vista con el que abordan el funcionamiento humano. Los métodos psicodinámicos, cognitivos y conductuales son los que han hecho patente su eficacia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Feixas y Miró, 1993; Goldfried, 1995; Kleinke, 1998).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2001), los trastornos de ansiedad son unos de los principales estados psicológicos que muestra gran parte de la población mundial. En la actualidad, y según estadísticas realizadas será el principal problema por el que las personas acuden a terapia en 10 años. Las estadísticas sobre salud mental indican que una de cada cuatro personas, es decir, 25% de la población mundial, desarrolla uno o más problemas de índole psicológica en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). La OMS (2001) informa que, para el año 2010, en América Latina y el Caribe, más de 11 millones de personas tendrán algún problema de tipo emocional. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), cerca de 17 millones de individuos entre 5 y 17 años de edad presentan alguno de estos problemas con la suficiente gravedad como para requerir tratamiento.

En México aproximadamente 291 mil personas tienen un problema de índole psicológica (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2000). Los estudios epidemiológicos demuestran que la *prevalencia* de los trastornos afectivos oscila entre 5.6% y 21% de la población, encontrándose mayor prevalencia en las mujeres que en los varones. Los resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (Medina-Mora *et al.*, 2003) indican que 28.6% de la población ha presentado, alguna vez en su vida, uno de los trastornos registrados en la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, CIE-10, (World Health Organization [WHO], 1992), de los cuales, 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y 5.8% en los últimos 30 días. En tanto que por tipos de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los de uso de sustancias (9.2%) y los afectivos, incluida la depresión (9.1 por ciento).

Los datos estadísticos mencionados, si bien, no son los más actuales, fungen como importantes indicadores de la presencia y aumento de la presencia de los trastornos de ansiedad en la población general.

La *ansiedad* es un fenómeno que se da en cualquier persona, y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al ambiente (social, laboral o académico), su función primordial es movilizar a la persona frente a situaciones amenazantes o preocupantes que se manifiesta con una sensación de desesperación e imposibilidad para actuar. Sin embargo, cuando se exacerba y ocurre en situaciones que no entrañan peligro, ésta se convierte en un trastorno. Impide el bienestar e interfiere notablemente con las actividades sociales, laborales o intelectuales del cliente (Edelmann, 1992; Edmund y Bourne, 1994).

Kesselman (2004), Mennin (2004) y Yates (2005), proponen el siguiente modelo de Psicoterapia Integrativa Multidimensional para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En esta propuesta, el tratamiento se presenta en cuatro fases: 1) psicoeducación (monitoreo e historia de desarrollo); 2) adquisición de habilidades (entrenamiento somático, control del pensamiento y regulación de la conducta); 3) utilización de las habilidades adquiridas (situación de ansiedad) y 4) Seguimiento de avances (prevención de recaídas y terminación del tratamiento).

Pueden hacerse modificaciones a las fases de los modelos presentados en relación con las características individuales de cada persona y de las necesidades que surjan durante la realización del tratamiento. Las etapas presentadas permiten el registro de información de los avances del cliente de manera cualitativa y cuantitativa (Kesselman, 2004; Mennin, 2004; Yates, 2005). En cuanto a la aplicación de la terapia integrativa multidimensional en los trastornos de ansiedad, algunos estudios refieren mejoría en el tratamiento de trastornos de ansiedad obsesivo compulsivo en 80.6% en comparación con el tratamiento basado en medicamentos que reportó cambios en 34.4% (Xiaojun, Bing y Shunli, 2002; Fields, 1988); en el manejo de reacciones de pánico en mujeres; en tanto que el manejo cognitivo se enfocó a la racionalización de sus sentimientos de vulnerabilidad, y el manejo psicoanalítico se centró en la identificación del dolor propio (Bohart, 1995). El presente artículo tiene como propósito identificar a través de la técnica de análisis de contenido los elementos responsables del cambio dentro de la psicoterapia integrativa multidimensional con base en los enfoques psicoanalítico, conductista y cognoscitivo en el manejo de la ansiedad.

Método

Descripción

La información que en el presente artículo se reporta, se refiere a información documental acerca del concepto que hacen del *ser humano*, sus principales conceptos como el de *normalidad*, su manejo psicoterapéutico y nivel de intervención como corriente y con respecto al manejo del trastorno de ansiedad. La operacionalización del análisis de la misma se realizó mediante la técnica de *análisis de contenido, la cuál se define como:*

un procedimiento para la categorización de datos verbales o conductuales, con fines de clasificación, resumen y tabulación, por medio de un procedimiento sistemático y objetivo de descripción de la información, que permite obtener conclusiones objetivas (Mayntz, Holm y Hübner, 1993, p. 198).

Se presenta el sistema de codificación que se empleó para la realización del análisis cualitativo (Moreno, 2001). Posteriormente, se describe el proceso de análisis de contenido aplicado a los enfoques psicoterapéuticos considerados para el presente artículo: psicodinámico, cognitivo y conductual.

Las fases del proceso de análisis de contenido (Mayntz *et al.*, 1993), fueron: 1) Preanálisis (elección de los documentos a analizar, elaboración de los indicadores y delimitación de las unidades de registro; 2) explotación del material (llevar a cabo la codificación, descomposición o enumeración de los indicadores de análisis) y 3) tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos (desarrollo de las diferentes operaciones estadísticas, síntesis y selección de resultados, inferencias e interpretación).

Procedimiento

En primer lugar, se definió la unidad de análisis. En segundo lugar, se definieron las categorías que se to-

Tabla 1. Comparación por categorías de análisis entre los enfoques psicoterapéuticos: Psicoanálisis, Conductismo y Cognoscitivismo

Unidad/Enfoque	Psicoanálisis	Conductismo	Cognoscitivismo
Concepto de ser humano	Instintos Biológicos	Términos de aprendizaje	Proceso de creación y renovación del conocimiento
Principales conceptos	Yo, Ello, Super yo	Condicionamiento clásico, operante y modelamiento	Esquemas, operaciones cognitivas
Desarrollo normal del ser humano	Tendencias infantiles, etapas de desarrollo	Premios y castigos	Re-estructuración
Concepto de salud-enfermedad	Conflictos intrapsíquico	Conductas normales o anormales se adquieren de igual forma	Re-estructuración cognoscitiva de los esquemas
Proceso psicoterapéutico	Descubrir la naturaleza de los conflictos inconscientes de la persona	Modificación de la conducta inadecuada	Modificación de las cogniciones
Nivel de intervención	Reconstructivo	Aprendizaje y modificación	Reeducativo
Metas de la psicoterapia	Alcance del insight	Modificación de la conducta inadaptada	Reestructuración cognoscitiva
Papel del psicoterapeuta	Espejo que permita transferir los contenidos inconscientes	Instruir al cliente	Guiar al cliente

marían en cuenta para el análisis de contenido de los enfoques a integrar. En un tercer momento, se realizó un análisis sistemático de las diferencias y semejanzas entre los enfoques psicoterapéuticos con base en las categorías y subcategorías definidas. Posteriormente, a partir de dichas observaciones y categorizaciones se trabajó en combinación con lo reportado en la literatura para aterrizar el trabajo de estos enfoques en el manejo de la ansiedad. Finalmente, se hizo la interpretación de los resultados obtenidos de la literatura y se integró mediante la técnica de análisis de contenido.

Resultados

Para cada uno de los enfoques psicoterapéuticos se presentan los principales conceptos relacionados con cada una de las categorías de análisis propuestas en relación con el psicoanálisis (Brennan, 1999; Hall, 1996; Kriz, 1985; Serra, 2000; Valenzuela, 1998), el conductismo (Kriz, 1985; Marx y Hillix, 1992) y el cognoscitivismo (Feixas y Miró, 1993), para continuar, finalmente, con su integración en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

En la tabla 1 se presenta una comparación de cada categoría del análisis realizado sobre psicoanálisis, conductismo y cognoscitivismo, en la cuál se observa que para cada una de las unidades de análisis los conceptos de abordaje son distintos, lo que hace mucho más rico el entendimiento del caso, amplia las posibilidades de acción y distingue entre los posibles recursos intelectuales y cognitivos del paciente o cliente.

Es así como a continuación se ejemplifica el uso de este tipo de psicoterapia integrativa sobre un caso en el manejo de ansiedad.

Trastornos de Ansiedad desde la Psicoterapia Integrativa Multidimensional

En una investigación bibliográfica realizada en México por Ramírez (1985), se plantea que el tratamiento debe dirigirse en tres direcciones: psicoanalítico, cognitivo y conductual; mismo que aunado a la visión de globalidad de Castelló (1990), se puede decir que la Psicoterapia Integrativa Multidimensional se divide en tres fases de intervención:

1. Fase psicodinámica: tiene como propósito lograr el *insight* en el cliente con respecto a lo irracional de sus conductas a través del uso de mecanismos de defensa y otros procesos mentales de naturaleza inconsciente.

2. Fase conductual: inicia con desensibilización sistemática para modificar la respuesta condicionada. Se utiliza la técnica de detección del pensamiento para suspender los pensamientos irracionales, se plantea una modificación hasta lograr una reestructuración de creencias poco útiles, sustituyéndolos por otras más *adaptativas*. El moldeamiento participativo se aplica (precisamente) para moldear conductas incompatibles con conductas divergentes, a la vez que se instiga la emisión de conductas moldeadas.
3. Fase estratégica: Aplicación de las técnicas conductuales con la asociación de técnicas cognitivas, por medio de observar la conducta manifiesta y cambios en sus patrones conductuales, para lograr el mantenimiento de la conducta adaptativa que ayuda al cliente a realizar sus actividades cotidianas.

Discusión y conclusiones

El propósito de la psicoterapia es lograr que el cliente cumpla con las exigencias de su medio ambiente, lo que se alcance a través de la integración de los diversos enfoques más que su empleo por separado en una visión mecanicista y reduccionista del funcionamiento humano. La psicoterapia integrativa multidimensional propone que cada factor (interno, externo o conductual) involucrado dentro de la interacción es permanentemente resignificado por los otros, razón por la que no adquiere un valor absoluto, sino que se le considera en movimiento permanente dentro de la reciprocidad (Corsi, 2005).

El objetivo del presente artículo se cumplió mediante el desarrollo del análisis propuesto, en el sentido de identificación de los elementos responsables del cambio dentro de la psicoterapia integrativa en general, y en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en particular que son:

- El concepto de *ser humano*: considerando en el cliente al mismo tiempo los instintos biológicos, los resultados del aprendizaje y el proceso de creación y renovación del conocimiento de sí mismo, todos como elementos para el cambio como resultado de la psicoterapia.
- Unificación de conceptos: el *Yo*, el *Ello*, el *Super Yo*, condicionamiento clásico y operante, esquemas y operaciones cognitivas se reconocen en el cliente.
- Desarrollo del ser humano: se entiende como la unión de las etapas de desarrollo, los premios y castigos, y la reestructuración.

- Concepto de *salud-enfermedad*: se entiende como la integración de conflictos intrapsíquicos, conductas normales o anormales y la reestructuración cognoscitiva.
- Proceso psicoterapéutico: se entiende como el descubrir la naturaleza de los conflictos inconscientes de la persona, la modificación de la conducta inadecuada y la modificación de las cogniciones.
- Nivel de intervención: se entiende como reconstructivo, de aprendizaje.
- Metas de la psicoterapia: se logran por medio del alcance del *insight*, la modificación de la conducta inadaptada y la reestructuración cognoscitiva.
- Papel del psicoterapeuta: actúa como un espejo que permite transferir los contenidos inconscientes, como instructor y guía del cliente.

La integración del enfoque psicoanalítico, conductual y cognitivo dentro de la psicoterapia se presenta desde el momento de la evaluación y valoración del problema del cliente, considerando el contenido de que cada enfoque aporta a los elementos responsables del cambio en el cliente después de la Psicoterapia Integrativa Multidimensional (Castelló, 1990; Corsi, 2005; Ramírez, 1985).

La Psicoterapia Integrativa Multidimensional es una revolución inminente frente a la creciente proliferación de intervenciones y una necesidad importante ante la diversidad de posibles explicaciones y abordajes a un mismo problema. Kunh (1997) afirma que esta evolución se refleja en la difusión de articulaciones competitivas, la voluntad para probar nuevas cosas, la expresión abierta al descontento, la vuelta a la filosofía y el debate de los principios adyacentes a los diversos enfoques psicoterapéuticos.

La *integración* es una tendencia muy diversa y compleja que está todavía en desarrollo; no obstante, muestra sólidas propuestas formales de acercamiento entre los diversos enfoques psicoterapéuticos, en la que se toman en cuenta los conceptos y procedimientos de los diferentes enfoques que se emplean para alcanzar las metas particulares de cada enfoque, al mismo tiempo,

en el cliente. Cada enfoque psicoterapéutico con sus procedimientos proporciona al cliente un elemento de mejoría desde enfoques distintos. La integración no propone un solo enfoque; por ello, se promulga por la flexibilidad, la apertura de canales de comunicación y convivencia para tener un conocimiento y desarrollo compartido mediante consensos.

Así, para los trastornos de ansiedad se plantean tanto los objetivos a alcanzar desde cada posición (el psicoanálisis, el conductismo y el cognoscitivismo), y desde la psicoterapia integrativa multidimensional su logro consiste en abordar cada aspecto y solucionarlo desde la integración de cada una de las posiciones consideradas en el presente artículo: (Bohart, 1995; Fields, 1998; Xiaojun, Bing y Shunli, 2002). Dentro del psicoanálisis, los objetivos psicoterapéuticos se centran en los afectos, las emociones y los sentimientos para considerar la dinámica que se establece en relación con el conflicto que genera la situación ansiosa, así como esclarecer sus características e identificar contenidos manifiestos o latentes. Desde el conductismo, son modificar los patrones disfuncionales de interacción entre el medio ambiente y el cliente. Y finalmente, los objetivos desde el punto de vista del cognoscitivismo se enfocan a evaluar como percibe el cliente la situación de ansiedad e implementar los recursos con los que cuenta para afrontarla, así como identificar cómo es el procesamiento de información del cliente identificando los conceptos erróneos y los juicios negativos para lograr el *insight* cognitivo y aumentar la cooperación de cliente (Corsi, 2005).

Una aportación importante del presente artículo es el reconocimiento e integración de los elementos responsables del cambio –clínicamente significativo– en la persona y con ello ofrecer una alternativa para el tratamiento de los trastornos de ansiedad favoreciendo las ventajas de los enfoques individuales, por medio de la psicoterapia integrativa multidimensional y no sólo su reconocimiento aislado dentro de un enfoque terapéutico, sino integrándolos en beneficio del cliente, favoreciendo el cúmulo de información y herramientas con las que los psicoterapeutas cuentan para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Castelló, 1990; Corsi, 2005).

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. México: Masson.
- Ávila, A. (1994). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalíticas y efectividad terapéutica. *Clínica y análisis grupal*, 11, 1, 50, 51-74.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

- Beitman, B. D., Goldfried, M. R. & Norcross, J. C. (1989). The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *American Journal of Psychiatry, 146*, 138-147.
- Beutler, E. L., Moleiro, C. & Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia? En H. Fernández-Álvarez & R. Opazo (Comps.). *La integración en psicoterapia*, 69-104.
- Castelló, B. J. (1990). Integración y cambio en psicoterapia. Recuperado el 4 de diciembre de 2007 en: <http://www.terra.es/personal2/jorge.consulta/INTEGRACION%20Y%20CAMBIO%20EN%20PSICOTERAPIA.pdf>
- Castonguay, L. G. (2000). A Common Factors Approach to Psychotherapy Training. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 263-282.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica*. Barcelona: Heder.
- Colondrón, M., Paz, G. M. & Hurtado, F. (2003). Tratamiento integrado en un caso de depresión y ansiedad. *Acción psicológica, 2*, 1, 75-86.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. México: Paidós.
- Edelmann, R. J. (1992). Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology. *Theoretical Considerations* (pp. 19-44). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The Anxiety, Phobia Workbook*. U.S.A.: New Harbinger Publications.
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Goldfried, M. R. (1995). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados definitivos. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
- Kesselman, S. (2004). Hacia una terapéutica integral de la ansiedad. *Clínica y análisis grupal, 26*, 1, 151-156.
- Kleinke, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lampropoulos, G. K., Spengler, P. M., Dixon, D. N. & Nicholas, D. R. (2002). How Psychotherapy Integration Can Complement the Scientist-Practitioner Model. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 10, 1227-1240.
- Mayntz, R., Holm, K. & Hübner, P. (1993). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza editorial.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental, 26*, 4, 1-16.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 1, 17-29.
- Norcross, J. C. (1986). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado el 27 de agosto de 2007 en: <http://www.who.int/whr/>
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *37a. Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. La familia y la salud*. Recuperado el 1 de Octubre de 2007 en: <http://www.paho.org/>
- Poch, J. & Ávila, E. A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. España: Paidós.
- World Health Organization (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Yates, W. R. (2005). Generalized Anxiety Disorder-Advances in Research and Practice. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*, 2, 103-104.