



Tema 24: Psicoterapias

Dr. Enrique García Bernardo
Jefe Servicio Psiquiatría II

Curso académico 2011-2012



**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**





Objetivos de la clase

- Conocer los procedimientos básicos de las distintas psicoterapias
- Conocer aspectos básicos de la: psicoterapia de apoyo, psicoterapia grupal, psicoanálisis, psicoterapia cognitivo conductual y otras psicoterapias
- Conocer las indicaciones de las psicoterapias



Psicoterapia

- Tratamientos que se basan en el uso de la palabra como elemento terapéutico
- “Psicoterapia es la aplicación metódica de técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales”

Tizón, 1982
- Existen muchas escuelas de psicoterapia agrupables en los siguientes modelos generales
 - Psicoterapias de orientación dinámica
 - Psicoterapias cognitivo-conductuales
 - Psicoterapias sistémicas
 - Otros

PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN DINÁMICA



Surgen dentro de un marco teórico, inicialmente desarrollado por Freud, ampliado y modificado por múltiples autores posteriormente.

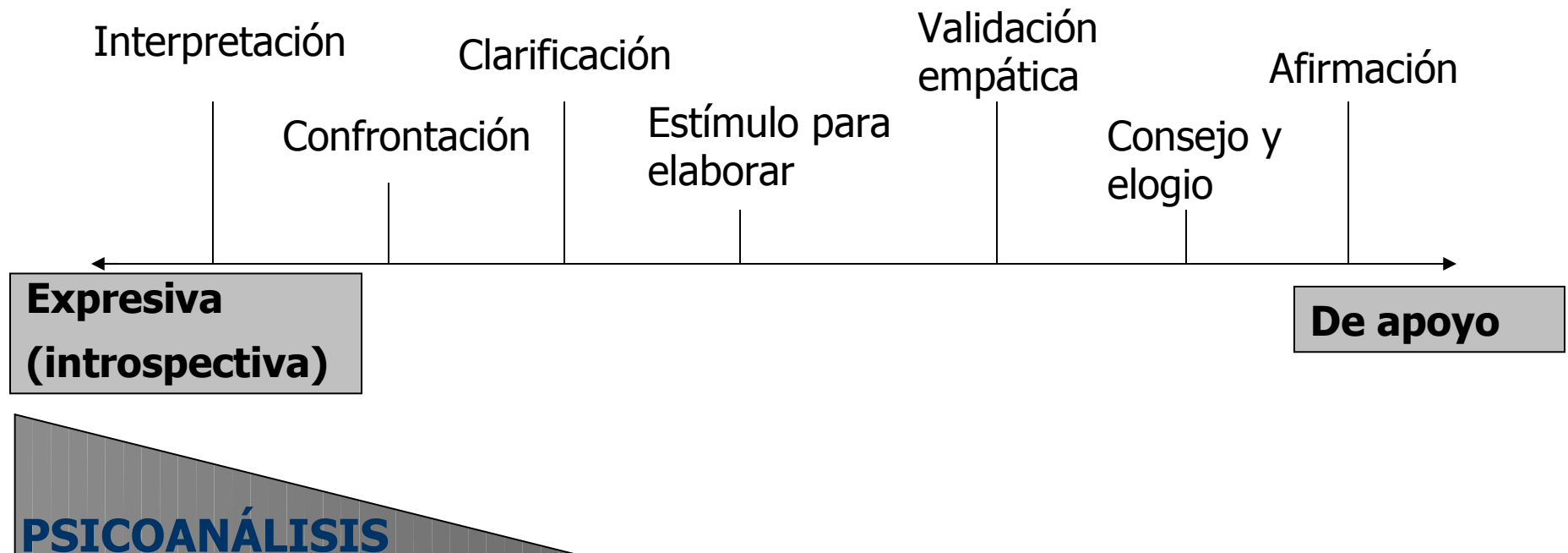
La actividad mental se observa con el referente del desarrollo psíquico infantil y sus conflictos, ansiedades y modos de adaptación a la realidad.

La relación entre paciente y terapeuta se convierte en el principal agente para el cambio.

TERAPIAS DE ORIENTACIÓN DINÁMICA

DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA DE APOYO

Técnicas o tipos de intervenciones psicoterapéuticas



PSICOANÁLISIS



Formula la existencia del inconsciente, y busca la manera de acceder a él, llegando al análisis (con la interpretación de los sueños y la asociación libre) como técnica o vía de acceso.

Con los años Freud y sus seguidores van desarrollando su teoría (formulando conceptos como el yo, el ello y el superyo; la libido, las pulsiones de vida y muerte, etc) y van describiendo fenómenos como la transferencia o la resistencia, en las que basa la técnica psicoanalítica.



CONCEPTOS BÁSICOS DEL PSICOANÁLISIS (I)

Concepto de patología	Conflictos intrapsíquicos inconscientes. Uso inadecuado de defensas psíquicas ante impulsos intolerables
Asociación libre	Regla fundamental del psicoanálisis
Atención flotante	Manera de escuchar del analista
Transferencia	Actitudes y sentimientos desplazados al analista por el paciente, correspondientes a relaciones pasadas de este
Interpretación	La i. completa sería la explicación de conflictos actuales (transferenciales u otros) en clave de conflictos infantiles. Se usan más las parciales



CONCEPTOS BÁSICOS DEL PSICOANÁLISIS (II)

Interpretación de los sueños

Contenido manifiesto y latente. Cumplimiento de deseos.
Restos diurnos

Contratransferencia

Conjunto de reacciones del analista hacia el paciente. Valor terapéutico

Alianza terapéutica

Relación entre paciente y analista como dos adultos que inician una tarea conjunta. Confianza mutua y cooperación

Resistencia

Proceso inconsciente en que se reprimen contenidos inaceptables oponiéndose a la progresión del trat.

PSICOANÁLISIS CLÁSICO (III)



- Contexto** Paciente en el diván. Terapeuta fuera del campo visual
- Frecuencia** Varias sesiones a la semana
- Duración** A largo plazo: varios años
- Modus operandi*** Análisis sistemático de la transferencia, positiva y negativa, y de las resistencias
- Se favorece la regresión y la "neurosis de transferencia"
- Foco principal: analista y los sucesos intrasesión
- Rol del terapeuta: neutral, frustración del paciente, espejo

PSICOANÁLISIS (IV)

Pacientes	Altamente motivados, con capacidad introspectiva Con buenas relaciones objetales anteriores Capaz de tolerar la frustración y la n. de transferencia
Población	Neurosis o patología de personalidad leve
Objetivos	Resolución de conflictos inconscientes, reorganización estructural de la personalidad, foco en los fenómenos intrapsíquicos, alivio sintomático indirectamente
Técnicas	Asociación libre; interpretación dinámica, con hincapié en la reconstrucción en los orígenes

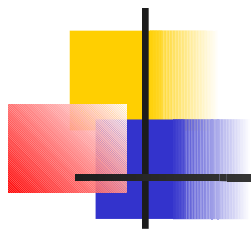
PSICOANÁLISIS (Contraindicaciones)



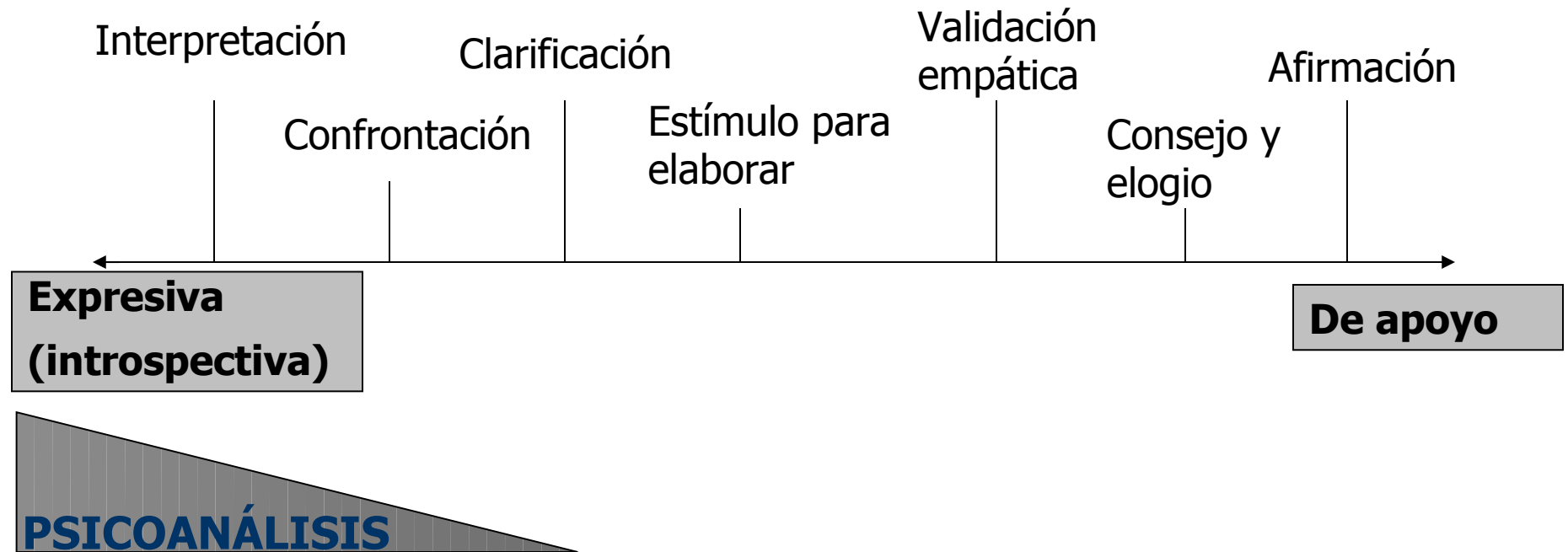
- Problemas acuciantes que no puedan esperar los tiempos del tratamiento psicoanalítico
- Contraindicación de análisis por razones diagnósticas o clínicas
- Falta de características personales para embarcarse en análisis: falta de fortaleza del yo, como para tolerar frustraciones o regresiones, o prueba de realidad
- Falta de motivación por intereses familiares, económicos, o sociales que compitan con los intereses del análisis
- Razones prácticas: económicas, localización geográfica, falta de tiempo, etc..

TERAPIAS DE ORIENTACIÓN DINÁMICA

DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA DE APOYO



Técnicas o tipos de intervenciones psicoterapéuticas



EVOLUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS

TERAPIAS DE ORIENTACIÓN DINÁMICA Ó PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA (I)

Basadas en formulaciones psicoanalíticas como modelo de comprensión

Modificaciones conceptuales y técnicas

Varios tipos: **expresiva, de apoyo, focal breve, grupo**, etc.

Generalmente cara a cara

Análisis parcial de la dinámica

De 1 a 3 sesiones semanales

Generalmente de 45 a 50 min

Experiencia emocional correctiva (Franz Alexander)



INDICACIONES DEL ÉNFASIS EXPRESIVO FRENTE AL APOYO

Expresiva (introspectiva) I

Alta motivación para comprender

Sufrimiento significativo

Capacidad de regresión al servicio del yo

Tolerancia a la frustración

Capacidad de introspección

Juicio de realidad indemne

Relaciones objetales significativas



INDICACIONES DEL ÉNFASIS EXPRESIVO FRENTE AL APOYO

Expresiva (introspectiva) II

Capacidad para mantener el trabajo

Buen control de impulsos

Capacidad de pensar en términos de analogía y metáfora

Respuestas reflexivas a interpretaciones de prueba

PSICOTERAPIA DE APOYO



Se basa en la creación de una relación terapéutica que sirva al paciente deficitario o en situación de déficit. Es preciso un apoyo emocional claro, afectuoso, estable y predecible.

Tiene sus raíces previas a la psiquiatría científica, en casi cualquier terapia que reconozca el efecto terapéutico del apoyo emocional y de un ambiente cálido y cuidador.

Su ámbito de acción es muy amplio:

- "milieu therapy"
- hospitalización
- intervención en crisis en problemas agudos
- intervenciones de apoyo, guía, psicoeducativas



PSICOTERAPIA DE APOYO I

Objetivo	Apoyar el juicio de realidad Reforzar las capacidades del paciente Brindar apoyo al yo Mantener o establecer un buen funcionamiento habitual
Pacientes	Muy sanos con crisis vitales Con déficit yoico
Duración	Días, meses o años, según sea necesario



PSICOTERAPIA DE APOYO II

Técnica

Terapeuta como Yo auxiliar

Fortalecimiento de las defensas

resolución

Relación operativa, desde la realidad, de apoyo,
de problemas

Sugestión, apoyo, juicio de realidad, consejo, refuerzo
positivo, reestructuración cognitiva, transmisión de
tranquilidad

Establecimiento claro de límites

Medicación



INDICACIONES DEL ÉNFASIS DE APOYO FRENTE AL EXPRESIVO

De apoyo I

Crisis existencial grave, momentos de difícil afrontamiento vital

Personas con defectos significativos del yo de larga evolución

Escasa tolerancia a la frustración

Falta de inclinación por lo psicológico (capacidad introspectiva)

Escaso juicio de realidad

Relaciones objetales muy deterioradas



INDICACIONES DEL ÉNFASIS DE APOYO FRENTE AL EXPRESIVO

De apoyo II

Escasa capacidad para formar alianza terapéutica

Escaso control de impulsos

Escasa inteligencia

Escasa capacidad de auto-observación

Disfunción cognitiva de base orgánica



PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE

Objetivo Resolución de un problema concreto o nuclear, permitiendo la toma de conciencia emocional en el aquí-ahora de la relación terapéutica de los conflictos inconscientes relacionales organizados alrededor del foco elegido.

Criterios

- Inclinación por lo psicológico
- Al menos una relación pasada significativa
- Tolerancia a los afectos
- Buena respuesta a la interpretación en la prueba
- Alta motivación
- Defensas flexibles
- Falta de defensas primitivas: escisión, proyección, etc

Duración En general, de 5 a 25 sesiones

Terminación Sin fecha específica. Se trasmite la brevedad

RECOMENDACIONES PARA LA DERIVACIÓN A PSICOTERAPIA por el Médico Atención Primaria

Mostrar confianza y entusiasmo en la derivación

Es bueno derivar a alguien a quien se conoce personalmente

Presentar la derivación como parte de la atención médica continuada

Asegurar que la derivación no es excluyente con continuar con la atención médica

Explicar al psiquiatra personalmente el motivo de la derivación

Fijar la cita con el psiquiatra antes de que el paciente acuda

Programar cita con el paciente (el derivante) tras la cita con el psiquiatra

PSICOTERAPIAS DE GRUPO (I)



- Personas seleccionadas por patología, edad, circunstancias, se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta y se ayudan entre sí para lograr cambios
- El espectro de orientación abarca todo el espectro de teorías psicológicas: de apoyo, dinámicas, cognitivo-conductuales, familiares, etc.
- Ventajas:
 - retroalimentación inmediata por parte de pares
 - observación por parte de terapeuta y paciente de las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas de los demás, según una variedad amplia de posibles relaciones transferenciales



PSICOTERAPIAS DE GRUPO (II)

Objetivo

Alivio de los síntomas

Cambio de las relaciones interpersonales

Modificación de la dinámica familiar-de pareja específica

Selección

Varía mucho, según el tipo de grupo

Grupos homogéneos para trabajar trastornos específicos

Especialmente indicados para adolescentes y t. de personalidad

Familias y parejas en que se precisan cambios en el sistema

Contraind.

Riesgo importante de suicidio, actitudes sado-masoquistas, sociopatía, T Orgánico



PSICOTERAPIAS DE GRUPO (III)

Tipos	Directiva-de apoyo Psicodinámica-interpersonal Psicoanalítica Familiar De pareja
Duración	Muy variable. De semanas a años. Terminación abierta o cerrada
Tareas previas	Contexto, tamaño, frecuencia, abierto-cerrado, formulación de objetivos, selección y preparación de pacientes, construcción del marco terapéutico



PSICOTERAPIAS DE GRUPO (IV)

Criterios generales para los miembros

Inclusión

Motivación para el cambio

Capacidad para tolerar las normas grupales

Problemática compatible con los objetivos del grupo

Exclusión

Incapacidad para cumplir con las normas grupales

Incapacidad de tolerar el entorno grupal

Incompatibilidad grave con algún miembro

Tendencia a adoptar un rol desviado

PSICOTERAPIA GRUPAL (V)

Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo

Aceptación

Altruismo

Aprendizaje

Catarsis

Contagio

Empatía

Exteriorización

Identificación

Imitación

Interacción

Interpretación

Introspección

Prueba de realidad

Transferencia

Universalización

Validación consensuada

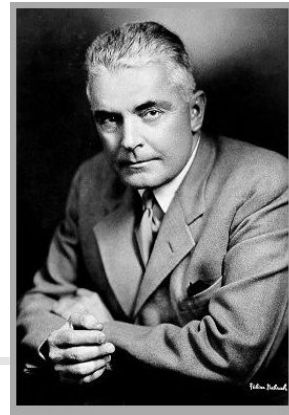
Ej. PSICOTERAPIA GRUPAL EN ENTORNO HOSPITALARIO

Objetivos

- Comprometer a los pacientes en el proceso terapéutico
- Enseñar a los pacientes que hablar ayuda
- Puntualizar los problemas
- Disminuir el aislamiento
- Permitir que los pacientes sean útiles
- Aliviar la ansiedad relacionada con el hospital

Técnicas

- Utilizar el aquí y ahora
- Acotar el tiempo
- Expresar apoyo directo
- Proporcionar estructura



PSICOTERAPIA CONDUCTUAL

Origen en **John Watson** a principios del s. XX como reacción a la psicología introspectiva dominante (provenía de la psicología animal)

Otros aportes importantes:

Eysenck y Shapiro: importancia de un enfoque empírico, experimental

Skinner: teorías del condicionamiento operante

Se funda en los principios del aprendizaje

Focalizada en los comportamientos observables y las influencias ambientales sobre los mismos –el contenido mental, no observable, no se puede estudiar. Puede llegar a considerar los sentimientos y los pensamientos como conductas

PSICOTERAPIA CONDUCTUAL (II)



PRINCIPIOS BASICOS

El **condicionamiento operante** es aquella parte del comportamiento que ha sido conformado según sus consecuencias; es decir, que ha ido incrementándose cuando ha resultado premiado por las circunstancias y extinguiéndose cuando no.

El **condicionamiento clásico** es aquella parte del comportamiento que ha ido conformándose por la asociación con conductas previas ya integradas en los hábitos.



PSICOTERAPIA CONDUCTUAL (III)

Técnicas

Desensibilización sistemática: basada en el contracondicionamiento; 3 fases: entrenamiento en relajación, construcción de jerarquía y desensibilización del estímulo. Se usa añadiendo o no fármacos.

Exposición terapéutica gradual: similar, sin relajación previa.

Inundación (flooding): igual que la anterior, pero sin jerarquía. Contraindicado si patología cardíaca o psicología frágil.

Modelado participativo: aprendizaje por imitación, primero observación, luego práctica.



PSICOTERAPIA CONDUCTUAL (IV)

Técnicas (II)

Terapia de aversión: estímulos nocivos tras un comportamiento

Reforzamiento positivo: comportamiento seguido de situación gratificante. Base de la economía de fichas

Terapia conductista dialéctica: combina técnicas conductistas con apoyo y cognitivas, para mejorar aptitudes interpersonales y disminuir comportamientos autoagresivos

PSICOTERAPIA CONDUCTUAL (V)



Indicaciones

- D.S.: Fobias, obsesiones, compulsiones y algunos trastornos sexuales
- Inundación: fobias específicas
- Refuerzo positivo: múltiples aplicaciones
- T.C.D.: trastorno límite de la personalidad, comportamiento parasuicida
- Trastornos del comportamiento

Son muy útiles en combinación con otras técnicas, para múltiples situaciones.



PSICOTERAPIA CONDUCTUAL (VI)

Algunas aplicaciones

- Agorafobia: inundación. 60% mejoran
- Anorexia y bulimia nerviosas: Manejo de contingencias, registro de peso
- Dependencia de alcohol: terapia aversiva
- Disfunciones sexuales: relajación, sensibilización sistemática y exposición gradual (terapia sexual de Masters y Johnson)
- Fobias: desensibilización sistemática. Entrenamiento en aptitudes sociales
- Parafilias: terapias aversivas

PSICOTERAPIA COGNITIVA (I)



Aaron Beck, padre de la terapia cognitiva

“El ánimo y el comportamiento de un individuo están principalmente determinados por la manera en que estructura el mundo”

La estructuración del mundo se hace en base a cogniciones (ideas o imágenes accesibles a la conciencia) basadas en premisas (esquemas desarrollados a base de experiencias previas)



PSICOTERAPIA COGNITIVA (II)

Las cogniciones son el paradigma personal o campo fenomenológico que refleja la configuración de sí mismo, el pasado y el futuro

A través de la terapia se corrigen distorsiones cognitivas, automatismos, etc.

A corto plazo, estructurada

Basada en la colaboración activa de paciente y terapeuta

Objetivos terapéuticos claros, actuales



PSICOTERAPIA COGNITIVA (III)

Psicoterapia cognitiva de la depresión: paradigma de P.C.

Considera que las distorsiones cognitivas son la base de la depresión y los cambios afectivos y físicos, su consecuencia. Ej.- la apatía o anergia se deben a la expectativa personal de fracaso.

Objetivo Aliviar los síntomas identificando y modificando las distorsiones cognitivas, desarrollando esquemas cognitivos más flexibles y ensayando nuevas respuestas cognitivas y conductuales.

Selección de pacientes Trastornos distímicos
Trastornos depresivos no endógenos
Síntomas no sustentados por familia patológica

Duración Tiempo limitado: 15-25 sesiones, semanales

PSICOTERAPIA COGNITIVA (IV)

Psicoterapia cognitiva de la depresión: paradigma de P.C. (II)

Proceso

- Identificación de distorsiones cognitivas

Pensamientos interpuestos entre el estímulo externo y la reacción

- Investigación de pensamientos automáticos

Valorar su validez y alentar al paciente a que los rechace

- Identificación de presunciones de base inadaptadas

Reglas o presunciones generales que guían la vida del paciente

- Investigación de la validez de las presunciones inadaptadas

Se pide que el paciente explique la validez de ellas

PSICOTERAPIA FAMILIAR



Se focaliza en la modificación de las interacciones entre los miembros de la familia

Considera la familia una unidad integrada por miembros individuales

Interrumpir los patrones intergeneracionales rígidos que producen malestar en los individuos o entre ellos

Influye fundamentalmente en los niños, cuya realidad diaria se ve afectada por el contexto familiar



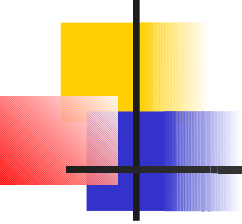
PSICOTERAPIA FAMILIAR (II)

Teoría:

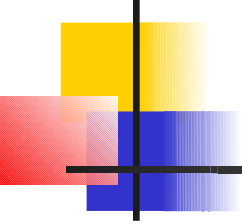
las unidades familiares actúan como si cada una tuviera su propia homeostasis de interacción que debe ser mantenida

la terapia ayuda a esclarecer los patrones, a menudo ocultos, que mantienen el equilibrio

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS

- 
-
- La Psicoterapia integradora reúne una variedad de métodos y sistemas psicoterapéuticos para llevar adelante el proceso de la psicoterapia.
 - Se crea un estilo psicoterapéutico, psicoterapia integrativa, que permite la utilización de distintas técnicas según la patología, momento o gravedad del paciente. Amplia las posibilidades de intervención, haciéndola abarcadora, al mismo tiempo dinámica y efectiva, de modo que en general agiliza el tratamiento.

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS (II)

- 
-
- Cada escuela de psicología que pasa a formar parte de una psicoterapia integrativa, reproduce, copia, estimula, una parte de las múltiples formas en las que funciona el ser humano.
 - Distintos métodos y técnicas se ensamblan al paso que avanza el proceso de la terapia, a medida que las sesiones van variando y el paciente vuelca sus inquietudes del momento.



Mensajes clave

- Las psicoterapias son tratamientos que se basan en el uso de la palabra como elemento terapéutico
- Existen distintos tipos de psicoterapia con indicaciones distintas para distintos trastornos
- En la actualidad se realizan sobre todo psicoterapias integradoras que reúnen variedad de métodos y sistemas psicoterapéuticos
- Su combinación con psicofármacos es para muchos trastornos el tratamiento de elección

Bibliografía básica



Bibliografía básica y de consulta:

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

VALLEJO RUILOBA, J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª ed. Salvat. Barcelona. 2002.

Bibliografía específica:

GAMO MEDINA, E. (Coord.): Terapias e intervenciones grupales. You & Us. Madrid. 1998.

PASTOR, C. y SEVILLA, J.: Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Valencia. 1995.

ROTH, A. and FONAGY, P. What works for whom, Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research, Guilford, 2004.

GABBARD, G.O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice, The DSM-IV edition, American Psychiatric Press, 1994.

www.ucm.es/info/fmed

www.hggm.es/ua

carango@mce.hggm.es



SER FELIZ

PASE LO QUE PASE

Cinco Principios que tu Terapeuta
Nunca te Reveló

RICHARD CARLSON

Prólogo de Wimma Drua

