

Pt

6^a
ed

Manual de
Psicoterapias

APIR

Dirección editorial López Frutos, Alicia
Campos Pavón, Jaime
Suárez Barrientos, Aida
Tajima Pozo, Kazuhiro

**MANUAL APIR
PSICOTERAPIAS
6.ª edición - Marzo 2024**

ISBN
978-84-19592-12-5

DEPÓSITO LEGAL
M-41210-2016

ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.
www.academiapir.com
admin@academiapir.com

APIR es una marca registrada de la **Academia de Preparación PIR S.L.**

MAQUETACIÓN
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

DISEÑO E ILUSTRACIONES
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



Este manual ha sido impreso con papel ecológico, sostenible y libre de cloro, y ha sido certificado según los estándares del FSC (*Forest Stewardship Council*) y del PEFC (*Programme for the Endorsement of Forest Certification*).



Tema 1

Componentes de la psicoterapia

Autores: Helena Paineira Domínguez (Madrid), Joan Pau Marí Molina (Murcia), Sonia Salvador Coscujuela (Zaragoza), Beatriz Torres Pardo (Madrid), Kazuhiro Tajima Pozo (Madrid), Ángeles Fernández Sigüenza (Jerez), Luis Pastor Nieto (Gijón).

1.1. El cliente o paciente

Persona (pareja, familia o grupo) que experimenta malestar, trastorno o dificultad que le lleva a buscar (él o personas significativas) algún cambio. Normalmente ya han intentado solucionarlo, sin éxito.

La psicoterapia busca ayudar al cliente a cambiarse a sí mismo y fomentar la autoeficacia.

En el manual de Feixas se describen los siguientes componentes de la psicoterapia: cliente/paciente, psicoterapeuta, relación terapéutica y proceso terapéutico.

Rodríguez-Morejón nos habla de cuatro elementos: usuario, terapeuta, enfoque específico de trabajo y un contexto determinado (público vs. privado, p.ej.).

Grado en que las variables del paciente influyen en los resultados de la intervención

Saldaña (2009).

GRADO DE RELACIÓN	VARIABLE DEL CLIENTE
Bajo	Edad Nivel cultural Sexo
Medio	Recursos económicos Tipo de problema sin comorbilidad
Alto	Atribución errónea del problema Apoyos sociales Experiencias previas en los tratamientos Cumplimiento de las tareas
Muy alto	Tipo de problema con comorbilidad Gravedad del problema Motivación para el cambio Expectativas de resultado

Tabla 1. Grado de relación entre variables del cliente y resultados del tratamiento.

1.2. El psicoterapeuta

Motivaciones funcionales y disfuncionales para elegir la profesión

Guy (1987) (PIR).

Motivaciones funcionales

- Interés y curiosidad por las personas.
- Capacidad de escucha.
- Capacidad para conversar.
- Capacidad de empatía y comprensión.
- Capacidad de discernimiento emocional (conocer y aceptar las emociones propias y del otro).
- Capacidad introspectiva.
- Capacidad de autonegación de las gratificaciones personales.
- Tolerancia a la ambigüedad e incertidumbre.
- Cariño y paciencia (actitud no crítica).
- Tolerancia a la intimidad.
- Cómodo con el poder (sin omnipotencia).
- Capacidad de reír (sentido del humor como recurso terapéutico).

Motivaciones disfuncionales

- Aflición emocional no superada y búsqueda de "autocuración".
- Manejo vicario (ayudar a otros a superar las propias cuestiones no superadas).
- Soledad y aislamiento.
- Búsqueda de contacto e intimidad en un contexto seguro.
- Deseo de poder.
- Necesidad de amor.
- Rebelión vicaria (oportunidad de atacar a la autoridad a través del otro).

Desarrollo profesional en psicoterapia

El estudio Minnesota se encarga de investigar cómo se lleva a cabo el crecimiento profesional del psicoterapeuta, según avanza su carrera:

- Fase 1: estudiante novel. Expectativas que tiene el estudiante de psicología sobre cómo piensa y actúa un psicoterapeuta.

El psicoterapeuta

Guy

- **Motivos funcionales** → capacidad de autonegación, confortable con el poder (sin omnipotencia)...
- **Motivos disfuncionales** → manejo vicario, deseo de poder, rebelión vicaria...
- **Perfil familiar del psicoterapeuta:** reciprocidad emocional alterada.

Relación terapéutica

Asimetría y encuadre.

MODELO	CARACTERÍSTICAS ENCUADRE
Psicoanálisis	Actitud neutral que facilite transferencia
Humanista	Empatía, autenticidad y aceptación incondicional
Sistémico	Equidistancia
Conductual	Modelador y reforzador
Cognitivo	Guía/orientador, empirismo colaborador

Alianza terapéutica (Bordin) factor esencial de cambio terapéutico.

Vínculo + objetivos + tareas.

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS

EFICACIA	Entorno controlado (validez interna)	Alcanzar los objetivos previstos	Resultados atribuibles al tto
EFFECTIVIDAD	Práctica clínica (validez externa)	Alcanzar cualquier objetivo +	Resultados no únicamente debidos al tto
EFICIENCIA		Coste-beneficio	

Estrategias de investigación de resultados

- **Diseños caso único:** estudiar intervención sobre un sujeto o grupo homogéneo de sujetos.
- **Diseños de grupo:** distintos grupos; distintas condiciones intervención.
- **Grupo tratamiento vs placebo:** incluyen elementos comunes de la terapia (sugestión, esperanza...).
- **Comparación tratamientos.**
- **Especificación de componentes activos:**
 - Desmantelamiento: aplicar todos los componentes del tratamiento en una condición, y eliminar un componente a investigar en la otra.
 - Construcción de tratamiento: ir añadiendo componentes.
 - Tratamiento paramétrico: ir alternando aspectos específicos de la administración del tratamiento hasta lograr la eficacia máxima.

Estandarización del tratamiento mediante manuales.

Investigación de análogos.

Metaanálisis: revirar gran nº de estudios (Smith y Glass)

Aparición de la psicoterapia (últ. s. XIX)

- **Magnetismo animal e hipnosis:**
 - Van Helmont: magnetismo animal.
 - Mesmer: Mesmerismo (uso del magnetismo y de otras técnicas para reequilibrar los fluidos corporales). Desequilibrio del fluido genera enfermedad → Uso de imanes, y luego utiliza su propio fluido magnético. Sus seguidores:
 - Fluidistas ortodoxos.
 - Animistas: Marqués de Puységur: poderes curativos → poder de la fe. Sonambulismo artificial y amnesia posthipnótica.
 - Braid: "hipnosis".
- **Escuelas de Nancy y la Salpêtrière:**

ESCUELAS DE NANCY Y LA SALPÊTRIÈRE

Nancy	Liebault	Transición viejos y nuevos métodos. Mirar fijamente a los ojos.
	Berheim	Seguidor de Liebault. Abandonó hipnosis por sugestión en vigilia. Psicoterapia.
Salpêtrière	Charcot	Aplica hipnosis a pacientes histéricas. Letargo, catalepsia y sonambulismo. Degeneración neurológica.
	Janet	Primera cura catártica: caso Lucile (1886).

- **Del Método catártico al psicoanálisis:**
 - Breuer: método cartártico.
 - Freud: "*Estudios sobre la histeria*" (1895): caso Anna O. Punto de partida de la psicoterapia moderna.

Desarrollo de la psicoterapia

- Inicio s.XX: Psicoanálisis surge de forma paralela al resto de disciplinas psicológicas: insatisfacción con modelo psicométrico y auge propias técnicas (tests proyectivos).
- 1949: Conferencia de **Boulder**: bases del modelo de psicólogo clínico.
- 1950: intento integrador de **Dollard** y **Miller**.
- Auge del conductismo. Trabajo de **Eysenck** (1952), crítica a la psicoterapia.
- Años 60-70: consolidación de la terapia de conducta y auge de otras corrientes: humanismo, modelos sistémicos, cognitivos...

Tendencia hacia la terapia breve

- Estudios de efectividad: no ≠ entre terapias breves y las de larga duración.
- **Koss y Butcher**: 25 sesiones para considerar terapia como breve. Tipos: psicodinámicas, cognitivo-conductuales, intervención en crisis y otras.
- Sistémica y cognitiva 10 sesiones o menos.

La madre suficientemente buena es la que puede sentir y responder a sus necesidades. Si no lo es, sustituirá el gesto espontáneo del niño por una conformidad forzada con sus necesidades maternas. Esto, de forma repetida, supone la base de un falso *self*. En cada persona hay un falso y un verdadero *self*. Se organizan como un continuo desde el falso *self* patológico al saludable. Estos conceptos se definirían así:

- Falso *self*.
Máscara del que constantemente intenta anticiparse a una demanda del otro para mantener la relación.
 - Verdadero *self*.
Capacidad de reconocer y representar sus propias necesidades. Se relaciona con la integridad y continuidad del *self*.
- Las **funciones maternas** primordiales para el desarrollo del niño son tres:
- Sostenimiento (*holding*) (PIR 23, 112).
Sostén emocional apropiado que proporciona la base para una buena salud mental. Facilita la vivencia integradora del cuerpo y psique.
 - Manejo (*handling*).
Facilita la coordinación, experiencia del funcionamiento corporal y la experiencia del *self*. Facilita la personalización del bebé.
 - Presentación objetual (*object-presenting*).
Mostrar gradualmente los objetos de la realidad para que pueda realizar su impulso creativo. Facilita la capacidad de realizarse mediante la relación con objetos.

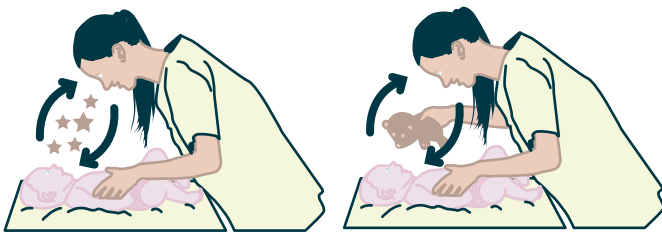


Figura 2. Esquema del objeto transicional.

4.4. Las psicoterapias psicoanalíticas

Surgen como variantes a la **cura tipo psicoanalítica**. Tras la II G.M. crece la demanda de atención psicológica, por lo que se

buscó aumentar la efectividad y acortar el tiempo. Poco a poco, la psicoterapia psicoanalítica se convierte en una especialidad y terapia de elección en muchos pacientes.

La cura tipo psicoanalítica analiza en profundidad la neurosis transferencial y múltiples **focos**. Se utiliza para las neurosis, sobre todo. Es más costosa en tiempo y dinero y requiere sesiones más frecuentes durante más tiempo.

Las Psicoterapias **Psicoanalíticas** son limitadas en duración. El terapeuta es más activo. Se centran en los núcleos patológicos y determinantes actuales del conflicto y fortalecen aspectos sanos (PIR).

Sandor Ferenczi y Otto Rank, contemporáneos de Freud, modificaron por primera vez el método clásico. Se centran más en la relación terapéutica que en el pasado.

Alexander, discípulo de Freud y conocido por sus aportaciones a la psicopatología (PIR 14, 218; PIR), encontró que la duración de la terapia no era proporcional a la profundidad o duración del cambio. **Alexander y French** (1946) recomiendan una postura activa del terapeuta y un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

El éxito de la terapia depende de la **experiencia emocional correctiva** que aporta la relación terapéutica, más realista y emocional.

La **psicoterapia psicoanalítica** (en singular) se refiere a un tipo específico de técnica dentro de las psicoterapias psicoanalíticas, caracterizado por trabajar sobre focos delimitados previamente.

El término “psicoterapias psicoanalíticas” se refiere a un conjunto de técnicas que incluye la anterior, pero también otras como la psicoterapia dinámica breve y la de apoyo.

Algunas diferencias entre distintos tipos de Psicoterapias Psicoanalíticas (ver tabla 1).

La psicoterapia Dinámica Breve o Psicoterapia Focal

También llamada Psicoterapia de Objetivos Limitados. Se desarrolló en la segunda mitad de los 50 en la Clínica Tavistock de Londres, dirigida por **Michael Balint**. Se delimita un foco concreto psicopatológico circunscrito para tratarlo en profundidad.

El **foco** es el área particular del problema del paciente que mejor expresa sus síntomas y su debilidad caracterial de base: incluye síntomas y componentes psicodinámicos (PIR). La terapia identifica ese foco y trabaja con él. El éxito terapéutico depende de concretar el foco conflictivo y conseguir que el paciente se centre en él.

	CARACTERÍSTICAS	INTERVENCIÓN/ENCUADRE	INDICACIÓN
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	Focos específicos y delimitados.	Se basa en la interpretación. Se realiza cara a cara durante varios años.	Sujetos con capacidad de insight y tolerancia a la frustración.
PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE	Un foco en profundidad (PIR 17, 173).	Se basa en la interpretación y confrontación. Se realiza cara a cara durante varios meses.	Sujetos con capacidad de insight y tolerancia a la frustración.
PSICOTERAPIA DE APOYO	Busca aliviar el sufrimiento.	Se basa en la contención, expresión y refuerzo de las defensas. Cara a cara. Duración variable.	Sin requisitos específicos.

Tabla 1. Diferencias entre psicoterapias psicoanalíticas.

PIRÁMIDE DE MASLOW

ARASF

(ordenadas de arriba abajo)

AUTORREALIZACIÓN
RECONOCIMIENTO
AFILIACIÓN
SEGURIDAD
FISIOLOGÍCAS

Variables del funcionamiento familiar

Los modelos sistémicos tienen en cuenta, en general, cuatro aspectos del funcionamiento familiar



CRIE

Complementariedad rígida
Regulación
Información
Estructura

Variables del funcionamiento familiar



REÍ

Los modelos sistémicos tienen en cuenta, en general, tres aspectos del funcionamiento familiar:

REGULACIÓN
ESTRUCTURA
INFORMACIÓN