



Guillermo Lahera Forteza
Miguel Ángel González Torres
(Coordinadores)

Introducción a la psicoterapia en el ejercicio de la psiquiatría



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

GUILLERMO LAHERA FORTEZA
MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ TORRES
(Coordinadores)

**INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA
EN EL EJERCICIO DE LA PSIQUIATRÍA**

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

- © De la obra: los autores.
- © Guillermo Lahera Forteza y Miguel Ángel González Torres (Coordinadores).
- © Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.
Arturo Soria, 311, 1º B - 28033 Madrid
- © EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2024
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España – Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3280-5

Depósito Legal: BI-1239-2024

Impresión: ITXAROPENA S. A. - Zarautz

Índice

Relación de autores	11
Prólogo	15
1. ¿Qué es la psicoterapia? Factores comunes en psicoterapia	21
1. ¿En qué consiste una psicoterapia?	21
2. Fases de una psicoterapia	22
3. Objetivos fundamentales de una psicoterapia	23
4. Fuentes de información en psicoterapia	24
5. Factores comunes en psicoterapia	25
2. Escuelas de psicoterapia	35
1. Psicoterapia cognitivo conductual	35
2. Psicoterapia psicodinámica	43
3. Psicoterapia sistémica.	49
4. Modelo integrador	62
5. Psicoterapia existencial.	68
6. Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR)	72
3. Mecanismos neurobiológicos de acción de la psicoterapia. .	79
1. Mecanismos asociados a la empatía.	80
2. Mecanismos asociados a la regulación emocional	82
3. Futuras direcciones	87

4. Investigación en psicoterapia: análisis de la evidencia	93
1. Psicoterapia basada en la evidencia	95
2. Metodología de la investigación en psicoterapia: estudios de eficacia.	98
5. Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos depresivos	107
1. Papel de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión	108
2. Técnicas de psicoterapia recomendadas.	110
6. Psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.	123
1. Efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad y el TOC.	124
2. Elementos comunes de la psicoterapia cognitivo- conductual en los trastornos de ansiedad y el TOC	126
3. La exposición con prevención de respuesta en los trastornos de ansiedad y el TOC: el paradigma de adquisición y extinción del miedo	128
4. La reestructuración cognitiva en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y el TOC.	129
5. Bases neurobiológicas de la terapia de conducta en los trastornos de ansiedad y el TOC.	130
6. Alternativas y optimización de la terapia cognitivo- conductual en los trastornos de ansiedad y el TOC	132
7. Psicoterapia en el tratamiento de las psicosis.	139
1. Introducción.	139
2. Psicoterapia en estados mentales de alto riesgo	139
3. Psicoterapia tras el primer episodio psicótico	143
4. Psicoterapia en estadios crónicos de los trastornos psicóticos	149
5. Experiencia en el Hospital Universitario de Basurto	151
8. Psicoterapia en el tratamiento del trastorno bipolar	159
1. Principios básicos y objetivos	159
2. Psicoterapias disponibles en trastorno bipolar.	160

9. Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria	175
1. Terapias con mayor eficacia	177
10. Psicoterapia en el tratamiento de los Trastornos Límite . . .	199
1. El trastorno límite de la personalidad como paradigma	199
2. Modelos psicoterapéuticos principales: el Big Three	201
3. Un modelo generalista: el manejo psiquiátrico general . .	205
4. Factores comunes de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad	205
5. Abordaje integrado de psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad	211
6. La formación en psicoterapia para trastornos de la personalidad	213
11. Psicoterapia en el tratamiento de las adicciones	221
1. Modelo transteórico del cambio	222
2. La entrevista motivacional	228
12. Psicoterapias transdiagnósticas	237
1. Una primera aproximación conceptual	237
2. Modelos transdiagnósticos existentes.	242
3. Investigación y resultados de los modelos principales . . .	248
4. Algunos comentarios finales.	250
13. Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la infancia y adolescencia (I)	257
1. Terapia familiar	259
2. Terapia sistémica	262
3. Terapias psicodinámicas. Terapia basada en mentalización.	263
4. Terapias cognitivo-conductuales	267
5. Terapias somáticas	271
6. Terapias humanísticas y experienciales	272

14. Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la infancia y adolescencia (II)	279
1. La psicoterapia en los trastornos del neurodesarrollo . . .	279
2. Trastornos psicóticos	284
3. Trastornos de ansiedad.	285
4. Trastornos afectivos	288
5. Conductas adictivas	290
6. Trastornos de conducta	291
15. Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la infancia y adolescencia (III)	299
1. Trastornos de la personalidad en la adolescencia: Tratamiento Basado en la Mentalización	299
2. Trastornos de la personalidad en la adolescencia: Terapia Dialéctica Conductual	304
3. Trastornos relacionados con estrés y trauma	310
4. Trastornos de la conducta alimentaria.	313
16. Intervención en crisis y abordaje de la conducta suicida . . .	319
1. Intervención en crisis	319
2. Abordaje de la conducta suicida	327
17. Psicoterapias online	337
1. Psicoterapias e intervenciones digitales en línea	337
2. Digitalización y servicios de salud	338
3. Tipos de terapias e intervenciones psicológicas en línea .	339
4. Usos de casos de terapias online.	340
5. Alianza terapéutica y adherencia al tratamiento en las terapias online	344
6. Ventajas de las terapias online	346
7. Limitaciones de las terapias online	346
8. Aspectos éticos de las terapias online.	347
9. Futuras direcciones	349
18. Autocuidado del terapeuta y supervisión en psicoterapia. . .	355
1. Mindfulness	355
2. La regulación emocional, una competencia profesional necesaria	358
3. La supervisión en psicoterapia	365

Relación de autores

Alberdi-Páramo, Íñigo

Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Alonso Ortega, María del Pino

Hospital de Bellvitge, Barcelona. Universidad de Barcelona. Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Aymerich Nicolàs, Clàudia

Hospital Universitario Basurto. Biobizkaia Health Research Institute, OSI Bilbao-Basurto. Bilbao.

Bayón Pérez, Carmen

Hospital Universitario La Paz. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

Beato Fernández, Luis

Hospital Universitario de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha.

Catalán Alcántara, Ana

Biobizkaia Health Research Institute. Hospital Universitario Basurto, OSI Bilbao-Basurto. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Chiclana Actis, Carlos

Clínica Doctor Chiclana, Madrid-Sevilla.

Díaz Marsá, Marina

Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Diéguez Lorenzo, Rodrigo

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Erkoreka González, Leire

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Bizkaia). Universidad del País Vasco UPV/EHU. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III. Instituto de Investigación Sanitaria BioBizkaia.

Esguevillas Cuesta, Álvaro

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Gregorio Marañón. Madrid.

Esteban Samaniego, Leire

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Bizkaia).

Ezquiaga Bravo, Iciar

Institut de Salut Mental, Hospital del Mar, Barcelona.

Fernández Alonso, Laura

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Fernández Rivas, Aranzazu

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Universidad del País Vasco. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Flores Ceballos, Andrea

Hospital Universitario de Álava, Vitoria. Universidad del País Vasco. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Fombellida Velasco, Clara Isabel

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

García Campayo, Javier

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Universidad de Zaragoza.

García Vázquez, Paula

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

González-Pinto Arrillaga, Ana

Hospital Universitario de Álava, Vitoria. Universidad del País Vasco. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

González-Torres, Miguel Ángel

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Universidad del País Vasco. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Gutiérrez Rojas, Luis

Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Universidad de Granada.

Lago-Bergón, Carla

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Lahera Forteza, Guillermo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid. Universidad de Alcalá. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

López Cánovas, Francisco Javier

Hospital Universitario de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha.

López Zorroza, Itziar

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

Mayoral Cleries, Fermín

Universidad de Málaga.

Mirapeix Costas, Carlos

Práctica privada. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander.

Molero Santos, Patricio

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).

Muñoz San José, Ainoa

Hospital Universitario La Paz. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.

Pedruzo Bagazgoitia, Borja

Hospital Universitario Basurto, OSI Bilbao-Basurto. Bilbao.

Pérez-Lombardo, Marta

Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Pérez Mora, Guillermo

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas.

Ramírez Trapero, Maite

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Bizkaia).

Reneses Prieto, Blanca

Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Rodríguez Fernández, Maribel

Práctica privada. Universidad Internacional de La Rioja.

Rodríguez Otero, Fernando

Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Sáiz Martínez, Pilar Alejandra

Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Centro de Investigación en Red de Salud Mental. (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III.

Seijo Zazo, Elisa

Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Central de Asturias

Soriano Pacheco, José

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona.

Tur Salamanca, Nuria

Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Prólogo

*Miguel Ángel González Torres,
Guillermo Lahera Forteza*

En cada encuentro entre un médico y un paciente se establece un diálogo. Una asimetría inevitable lo caracteriza. Alguien sufre y busca ayuda, alguien observa y examina. Alguien expone su malestar y se descubre, literal o metafóricamente, ante el otro. Alguien se sitúa en el papel de experto y alguien persigue orientación y consejo. Existen reglas implícitas y explícitas que estructuran esa particular comunicación. Sin duda el propósito de partida de ese diálogo es establecer un diagnóstico. ¿Cuál es la naturaleza del problema que aqueja al paciente? ¿Cuál puede ser el modo de ayudarlo a reducir su sufrimiento y reanudar su vida normal?

El médico, tras ese diálogo inicial compartirá con el paciente su visión de lo observado. Quizá plantee realizar nuevos exámenes, más complejos, análisis, pruebas de un tipo o de otro. Finalmente trazará un plan sobre las medidas a tomar para recuperar la salud o al menos reducir el sufrimiento en la mayor medida posible. Puede que el médico prescriba algún fármaco o recomiende alguna intervención quirúrgica, o el abandono de ciertos hábitos o la adquisición de otros nuevos. Siempre, esas recomendaciones se integran en un diálogo privilegiado que forma parte de la relación médico-paciente.

Nuestra palabra posee un valor especial. Tanto por el conocimiento que hemos adquirido con nuestra formación y los años de práctica como por la posición en la que la sociedad y el paciente nos

sitúan y que nosotros ocupamos con mayor o menor comodidad. Y la palabra y el diálogo también constituyen herramientas curativas. Hablamos de las técnicas de psicoterapia que desde unos modelos básicos han crecido en número y complejidad hasta conformar un abanico de propuestas terapéuticas capaces de abordar con eficacia la gran mayoría de los problemas de salud mental.

Es así que desde que hace más de dos mil años Sócrates logró a través del diálogo modificar la manera de sus discípulos de entender la realidad y reducir su angustia, distintos creadores, muchos de ellos médicos, han intentado estructurar maneras de influir sobre las personas en situación de sufrimiento, explorando sus emociones, las ideas que albergan en su mente, su conducta, sus relaciones interpersonales, las redes vinculares de las que forman parte o la conexión con su propio cuerpo.

Las psicoterapias, así en plural, son ese conjunto de técnicas desarrolladas para aliviar el sufrimiento y conseguir cambios significativos en las personas a través de un encuentro y de un intercambio básicamente verbal entre terapeuta y paciente. Constituyen una herramienta poderosa, capaz de lograr grandes avances y sin duda capaces también de generar efectos indeseados si se utilizan de modo inadecuado o por manos inexpertas.

Contamos con evidencias claras de que en un amplísimo abanico de patologías las psicoterapias contribuyen a la buena evolución y en algunas situaciones, que afectan a pacientes muy graves, constituyen la opción terapéutica principal o incluso la única. Pensar que la aplicación de esas técnicas corresponde a otros profesionales no médicos es un absurdo, producto de la ignorancia y de una visión empobrecida de la Medicina. Desafortunadamente, en algunos lugares se ha extendido una idea errónea de que el médico es alguien ocupado únicamente por los aspectos biológicos de la enfermedad y el sufrimiento. Considerar a los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad y la curación como ajenos a la medicina equivale a traicionar una parte fundamental de nuestra profesión. La psiquiatría que no incluye lo psicológico y lo social al lado de la biología es una caricatura de nuestra especialidad que debe ser abiertamente cuestionada y arrinconada. Sin duda, podríamos afirmar lo mismo del resto de la Medicina, especialmente ahora

que la terrible pandemia del COVID-19 nos ha mostrado cómo no es posible entender los grandes problemas de salud desde una perspectiva que no tenga en cuenta la sociedad y los individuos que la conforman.

Es así que los psiquiatras nos encontramos ante la obligación, y la responsabilidad de hacer realidad esa vieja aspiración de desarrollar una verdadera perspectiva bio-psico-social y en esa perspectiva las psicoterapias ocupan un lugar destacado. Desde hace tiempo, los programas oficiales de nuestra especialidad incluyen varias etapas de formación en psicoterapia. Sin embargo, a menudo esa indicación oficial no se plasma en la realidad y son numerosos los equipos en los que el residente recibe únicamente una formación en terapias biológicas, viéndose obligado a buscar, si lo desea, la formación en psicoterapia en otros lugares o sencillamente dejar en manos de otros colegas, por ejemplo, psicólogos clínicos, la aplicación de estas técnicas.

Ciertamente existen limitaciones a la aplicación real de procedimientos psicoterapéuticos por parte de psiquiatras, más allá de la formación. Una de ellas es la creciente escasez de especialistas, unida a las dificultades para ofrecer a los pacientes una frecuencia de citas que haga posible cualquier enfoque psicoterapéutico. Todo modelo psicoterapéutico exige un contacto repetido y frecuente entre terapeuta y paciente. Incluso las llamadas psicoterapias breves implican un trabajo intensivo de varios meses.

Ante esta situación podemos tomar una actitud de resignada pasividad y limitarnos a ofrecer a los pacientes soluciones farmacológicas (a menudo muy útiles, sin duda) o plantear a la comunidad y sus autoridades, como grupo de profesionales expertos, la necesidad de aportar a la población enferma los tratamientos que resultan más indicados y eficaces.

Algunos pueden opinar, legítimamente, que nuestra especialidad es demasiado compleja y que no podemos pretender que los psiquiatras sean unos magos de la multitarea capaces de manejar con eficiencia los últimos recursos farmacológicos en depresión resistente y además puedan conducir con soltura un grupo multifamiliar para pacientes psicóticos. Seguramente tienen razón, pero la visión que

compartimos quienes hemos intervenido en este texto, es que los psiquiatras debemos colocarnos en la posición de cualquier músico competente. Cada uno conoce especialmente bien un instrumento y quizá es capaz de alcanzar niveles de excelencia cuando interpreta con él una partitura. Pero todo músico es consciente de que existen otros instrumentos capaces de alcanzar notas bellísimas y además con frecuencia es la combinación de varios instrumentos lo que permite lograr los máximos niveles de altura artística. En esta línea, creemos los autores que todo instrumentista psiquiatra está obligado a conocer en profundidad las posibilidades de la orquesta y sus diversos elementos. Después serán su habilidad natural, sus maestros, su experiencia y las partituras a las que ha debido enfrentarse lo que determinara cuál será el instrumento en el que desarrolle fundamentalmente su carrera. Que un psiquiatra que sea un psicoterapeuta competente mire con condescendencia a aquellos colegas que han centrado su labor en el estudio de los determinantes biológicos de la enfermedad es un absurdo semejante al de un pianista que observe con desdén al primer violín que se sitúa detrás de él en la orquesta. No es aceptable y no deberíamos tolerarlo ni ampararlo. Sin duda podríamos plantear el mismo argumento a la inversa.

La enseñanza de la psicoterapia ha sido con frecuencia demasiado dogmática, pareciéndose en ocasiones a una suerte de noviciado, presidido por el respeto reverencial a los maestros y carente de autocrítica y cuestionamiento. También los psiquiatras que practicamos y enseñamos psicoterapia debemos reflexionar sobre estas actitudes, que propician la aparición de meros “seguidores” y no de profesionales que buscan evidencias, las cuestionan y aportan nuevas ideas.

Finalmente, debemos reconocer que todas las psicoterapias conllevan una implicación personal del terapeuta en su trabajo. La vida íntima de los pacientes, su sufrimiento continuado, la sucesión de experiencias de dolor y trauma de las que somos testigos favorecen que algunos profesionales vayan alejándose de estas técnicas para “refugiarse” en otras que quizá exigen menor compromiso y permiten una mayor distancia emocional. El trabajo del psiquiatra requiere autocuidado, especialmente cuando se practica la psicoterapia. Un cuidado personal imprescindible que va más allá de la orientación

técnica de los más veteranos y pasa por compartir nuestras reacciones personales ante el sufrimiento, por permitirnos ser acompañados en esa tarea, de modo que esa parte clave de nuestro trabajo como psicoterapeutas, nuestra propia personalidad, se mantenga como un instrumento afinado capaz de abordar las partituras más bellas y complejas.

Seguramente los autores de este texto compartimos la creencia de que el trabajo psicoterapéutico es eficaz como demuestran abundantes evidencias, es apasionante porque nos permite explorar el dolor y los problemas ajenos con una enorme profundidad, y es hermoso, porque puede suponer un vínculo humano profundo y significativo. A todos nosotros nos espera una labor necesaria y difícil para difundir esta tarea profundamente médica. Este texto debe y puede ser un paso importante.

1 ¿Qué es la psicoterapia? Factores comunes en psicoterapia

*Carmen Bayón, Carla Lago-Bergón,
Miguel Ángel González Torres*

1. ¿En qué consiste una psicoterapia?

No existe una definición consensuada sobre qué es una psicoterapia. Podríamos utilizar varias; esta es una de ellas: “una relación larga en la que un experto en el funcionamiento psíquico le dedicará profunda atención y le escuchará con respeto para ayudarle a descubrir el motivo de su malestar, a revisar las alternativas posibles y a decidir los caminos más acordes con sus intereses. El objetivo será una vida plena y funcional o la mejor adaptación a las circunstancias que no son modificables. A lo largo de este proceso, el experto se abstendrá de imponerle sus criterios o utilizarle en cualquier modo para resolver sus propias dificultades. A cambio de ello, usted se limitará a entregar el pago acordado”.

Esta definición recoge varios aspectos importantes:

En primer lugar, se trata de una relación larga, pues implica procesos que requieren tiempo. Cuando se habla de psicoterapia breve, se hace referencia a un proceso que puede durar entre 12 y 16 sesiones. Si adjudicamos una sesión cada semana estaríamos hablando de un mínimo de 4-5 meses. Son tiempos relativamente largos. Cuando hablamos de psicoterapias breves lo hacemos por comparación con aquellos larguísimos procesos psicoterapéuticos de base psicoanalítica que venían utilizándose de forma generalizada y que ahora solo se emplean en situaciones muy específicas.

Por otro lado, se menciona el tema de los honorarios o pagos. Ya sea en la institución pública o en el ámbito privado, todos los psicoterapeutas reciben un sueldo. Esto hace que se dé una relación profesional, en la que hay un pago directo o indirecto a cambio de recibir orientación, apoyo, consejo, interpretación, indicaciones de cambio, etc.

2. Fases de una psicoterapia

Beitman y Yue (2004) establecen la idea de que todos los procesos psicoterapéuticos, independientemente del modelo teórico, se desarrollan en las siguientes cuatro fases:

- **Construcción de la Alianza Terapéutica.** La alianza terapéutica hace referencia a una relación especial de colaboración, confianza, respeto, atención, interés, etc. entre terapeuta y paciente, y es una base fundamental del esfuerzo psicoterapéutico.
- **Detección de Patrones,** es decir, de pautas de funcionamiento relativas al manejo de las emociones, ideas, conducta o relaciones interpersonales. También se incluiría el patrón sistémico, es decir, el funcionamiento en la relación bidireccional del individuo con su red de relaciones.
- **Introducción de cambios.** De una manera o de otra, ejecutamos intervenciones con el paciente para establecer modificaciones en las pautas relativas a la emoción, cognición, conducta, relaciones interpersonales o en el sistema del que forman parte. Realmente, los diferentes modelos psicoterapéuticos se van a focalizar en alguno de estos tipos de patrones. Hay trabajos psicoterapéuticos que se centran en la cognición, otros en aspectos interpersonales, en el manejo emocional, en lo sistémico... Por otra parte, las psicoterapias más contemporáneas tienen una actitud más multi-diana, más integradora, con un enfoque múltiple sobre varias de estas esferas.
- **Fase de terminación.** En cualquier proceso psicoterapéutico, independientemente del modelo que siga, acaba creándose un vínculo relevante entre terapeuta y paciente. El final de ese vínculo siempre es movilizador, siempre supone una cierta dificultad. No siempre es una dificultad grande, pero siempre es una etapa con la que hay que lidiar y a la que hay que prestar atención.