



**Nombre de alumno: Edith Daniela
Guillén Gordillo**

**Nombre del profesor: Luis Ángel
Flores Herrera**

**Nombre del trabajo: Mapa
Conceptual**

Materia: Psicología Clínica

Grado: 5to. Cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Febrero del 2024.

PSICOLÓGICA

Corrientes de Terapia Psicológica

Modelo médico u orgánico: En medicina se distinguen tres tipos de trastornos o enfermedades; infecciosos, traumático y sistémico. El valor del modelo médico depende del trastorno que se considere. Una explicación puramente médica es insuficiente en la inmensa mayoría de los casos. Los factores psicológicos y ambientales juegan un papel importante en la mayoría de los trastornos, incluidos los fisiológicos.

Modelo Psicodinámico: La Teoría Clínica Psicoanalítica, hace énfasis en el papel del conflicto. Y considera que este es básico en el desarrollo de los síntomas neuróticos. Normalmente se considera que los impulsos internos buscan manifestarse y lograr gratificación en contra de las prohibiciones y límites socioculturales. Los síntomas neuróticos son vistos como compromisos para intentar resolver este conflicto. Desde la perspectiva psicoanalítica clásica se considera que el conflicto no resuelto entre el ello (necesidades instintivas) y un superyó (valores y normas sociales transmitidas por los padres) sobrepunitive e inhibitor es la causa fundamental de los trastornos psicológicos. Este conflicto es exacerbado por los defectos del yo –la tercera estructura psicológica– que impiden la elaboración de defensas apropiadas que permitirían una reducción de la tensión.

Modelos Fenomenológicos

Psicoterapia Centrada en el Cliente: Las características de la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers son las siguientes: Confianza en la capacidad de la persona para dirigir su propia vida y El crecimiento de una persona depende de esta tendencia innata a la autorrealización y de un sistema de evaluación de las experiencias como positivas o negativas según sean congruentes o no con la tendencia anterior. La psicoterapia centrada en el cliente se caracteriza por: a) facilitar la autorrealización del cliente, b) enfatizar lo afectivo más que lo intelectual, c) acentuar la importancia del presente, y d) considerar la relación terapéutica como una experiencia de crecimiento.

Terapia Gestalt: las características de la Terapia Gestalt son las siguientes.
- Cada persona tiene una tendencia natural a completar su existencia (a autorrealizarse), a satisfacer sus necesidades y deseos legítimos.
- Cada persona es responsable de su conducta.
- Se enfatiza el aquí y ahora. Se busca que el cliente no se refugie en el pasado.
- Se persigue que el cliente tome conciencia de sus necesidades, emociones y demandas del medio (tanto positivas como negativas), más allá de las intelectualizaciones e interpretaciones.

Modelo Sistémico

Representados por autores como Watzlawick, Minuchin, Haley y Selvini-Palazzoli, las características de estos modelos son las siguientes: Enfatizan el papel de los sistemas interpersonales. Para entender la conducta y la experiencia de un miembro de un sistema (p.ej., la familia), hay que considerar las del resto de sus miembros. Por tanto, para comprender un sistema, hay que considerar sus elementos, las propiedades y comportamiento de estos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad. La terapia enfatiza el presente y suele ser breve. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años. Es importante tener en cuenta que, aunque estos enfoques se han especializado en el tratamiento de familias y parejas, existen también otros modos de abordar estos problemas (dinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales) que pueden ser integrados o no con la perspectiva sistémica.

Modelos Conductuales y Cognitivos Conductuales

Representados por autores como Skinner, Kazdin, Wolpe, Marks, Eysenck, Rachman, Beck, Ellis, Meichenbaum, Bandura, Clark y Salkovskis, las características de los modelos son las siguientes: Se supone que la mayor parte de las conductas consideradas inadecuadas se adquieren, mantienen y cambian según los mismos principios que regulan las conductas consideradas adecuadas. Tanto unas como otras son principalmente, aunque no exclusivamente, una consecuencia de la historia de aprendizaje. (El aprendizaje se concibe en un sentido amplio e incluye el condicionamiento clásico y operante, el modelado, la transmisión de información y los procesos cognitivos implicados.) La evaluación en TCC (evaluación conductual) va dirigida a especificar claramente las conductas problemáticas (por exceso o por defecto) del cliente y las variables (antecedentes y consecuencias personales y ambientales, características personales estables) que las regulan. En evaluación conductual se enfatizan los determinantes actuales de las conductas problemáticas, aunque no se pasan por alto los determinantes históricos. La intervención se dirige a prevenir, eliminar o reducir conductas inadecuadas y a enseñar o potenciar conductas adecuadas teniendo en cuenta

Tratamiento en psicoterapia

Diferencias en cuanto a los objetivos terapéuticos
- Modelo psicodinámico: Resolución de la transferencia y de los conflictos intrapsíquicos, disminución de los impulsos y manejo de estos, uso de defensas flexibles, insight intelectual y emocional, desaparición del síntoma, reestructuración de la personalidad.
- Modelo fenomenológico: Congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, autorrealización, conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.
- Modelo sistémico: Desaparición o reducción del problema, modificación de pautas disfuncionales de comunicación e interacción en la familia, cambios en la estructura de esta.
- Modelo conductual y cognitivo-conductual: Desaparición o reducción de los problemas y adquisición de habilidades para afrontar la vida.⁷

Diferencias en cuanto a las técnicas de tratamiento
- Modelo psicodinámico: Atención vigilante, asociación libre, confrontación, clarificación, interpretación, trabajo elaborativo, análisis de los sueños, análisis de las resistencias, análisis de la transferencia y otras técnicas (catarsis o abreacción, apoyo emocional, sugestión, persuasión).
- Modelo fenomenológico: Las actitudes del terapeuta (empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad) se consideran fundamentales. Además, pueden emplearse técnicas como centrarse en el aquí y ahora, fantasía (trabajo con sueños o imágenes), dramatización (psicodrama, técnica de la silla vacía y de las dos sillas), análisis de la vida, masaje y expresión corporal.
- Modelo sistémico: Técnicas de exploración y participación en el sistema (rastreo, acomodación, mimetismo, validación), reformulación, técnicas paradójicas (intención paradójica, restricción, posicionamiento, utilización), prescripción de tareas, ilusión de alternativas, uso de analogías, cuestionamiento circular y preguntas triádicas.
- Modelo conductual y cognitivo-conductual: Técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes (reforzamiento, moldeamiento, costo de respuesta, economía de fichas, contratos, control de estímulos), biorretroalimentación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, técnicas de activación conductual y técnicas de distracción. Son comunes las actividades entre sesiones.

Psicología Clínica

Importancia de la relación Terapeuta – Paciente

Antecedentes históricos

Los desarrollos teóricos y clínicos de S. Freud (1912) sobre el concepto de “transferencia” constituyen el principal antecedente histórico del concepto de alianza terapéutica. Principalmente, Freud conceptualiza la transferencia en su doble vertiente como motor del tratamiento (transferencia positiva tierna) y como obstáculo del mismo (transferencia positiva erótica y negativa hostil). Asimismo, destaca la relación de ésta con las figuras parentales del paciente.

Las definiciones de alianza o relación terapéutica varían según los autores. Strupp (1973) argumenta que la alianza es un “constructo panteórico” que influye en la efectividad de las intervenciones técnicas de cualquier tipo de psicoterapia. Por su parte, Hartley (1985) ha definido la relación terapéutica (RT) como un compuesto que incluye a la “relación real” y a la “alianza de trabajo”. La primera refiere al vínculo entre el paciente y el terapeuta mientras que la segunda alude a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente según los objetivos previstos.

Desde la teoría psicodinámica, Fiorini (1992) define la relación terapéutica como una situación de comunicación cercana que surge entre dos o más interlocutores que sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal y que tienen en común una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos. El terapeuta, por su parte, es experto en cierto nivel de la problemática humana; mientras que el consultante es experto conocedor de la problemática singular que aporta para ser analizada. El tipo de relación que el terapeuta establezca con el consultante dependerá del nivel de activación de las funciones yoicas del paciente, lo que a su vez depende de: a) la etapa del desarrollo psicosexual en la que haya permanecido luego de experimentar un problema que rompiera con su desarrollo; o b) del grado de ansiedad que la persona esté experimentando por distintas causas que interfirieran con el funcionamiento adecuado de sus funciones yoicas. Cuando el paciente tiene un alto grado de ansiedad o una atenuación fuerte del síntoma, el terapeuta deberá establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y con capacidad de contención (Fiorini, 1992). Pero si el paciente sólo busca hacer un proceso de autoobservación que le permita comprender sus dificultades, la relación a construir estará en gran parte influenciada por la actitud docente del terapeuta y su capacidad para indagar y asociar (Fiorini, 1992).

Quienes han trabajado desde **un enfoque conductual** en psicoterapia coinciden en afirmar que no hay una definición exacta de este tipo de terapia, por lo que se refieren a ella como un conjunto de técnicas y características comunes que demarcan el modelo (Wilson & O’Leary, 1980). Entre los elementos que destacan como contribuyentes en el establecimiento de la relación terapéutica, el rapport es en el que más profundizan. Wilson & O’Leary (1980) comentan que el rapport debe ser cuidadosamente construido y conservado a lo largo del proceso terapéutico y que es de vital importancia que sea mutuo (entre el terapeuta y el consultante), puesto que éste llevará a que la relación se caracterice por la confianza y el entendimiento

La relación terapéutica desde la orientación cognitiva. El trabajo de la ciencia cognitiva en psicoterapia y más específicamente, en el estudio de la relación terapéutica se ha desarrollado a partir de la teoría psicoanalítica, de la cual se han adoptado presupuestos básicos que han sido modificados y acoplados a su marco de referencia. Uno de estos presupuestos es el de los “esquemas interpersonales”, el cual equivale a la transferencia en la orientación psicoanalítica. Safran y Segal (1990; citado en Semerari, 2002, p. 83) los definen como las “estructuras mentales prototípicas de cada individuo, que están compuestas a nivel cognitivo y emocional por experiencias interpersonales que tienen la función de guiar la elaboración de información sobre las relaciones, para generar representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en recíproca relación.” Estos esquemas contienen predicciones de los efectos que otros pueden ejercer sobre los estados del self (Semerari, 2002) y su importancia radica en que éstos regulan todas las relaciones humanas, entre ellas la relación terapéutica.

Relación terapéutica desde las diferentes Teorías

La relación terapéutica en la terapia centrada en el cliente; Cormier & Cormier (1994), sugieren tres estados por los que ha atravesado la terapia centrada en el cliente a lo largo de los años. El primer periodo es el no directivo (Rogers, 1942; citado en Cormier & Cormier, 1994), en el cual se busca reflejar la comunicación del cliente mediante la atención y escucha. El segundo, es el centrado en el cliente (Rogers, 1951; citado en Cormier & Cormier, 1994), en el que el terapeuta además de reflejar las ideas y contenidos, también refleja los sentimientos implícitos en la comunicación del cliente. El tercer periodo se denomina centrado en la persona (Meador & Rogers, 1984; citado en Cormier & Cormier, 1994), en este estadio la terapia se dirige con mayor énfasis al crecimiento personal mediante el “experimentarse a sí mismo como la otra persona en la relación” (Cormier & Cormier, 1994, p. 50). Cormier & Cormier (1994) proponen tres condiciones básicas para el establecimiento de una relación terapéutica efectiva en esta terapia: la empatía, la genuinidad y el respeto. Rogers (1962) entiende la relación terapéutica como interactiva, admitiendo que el progreso terapéutico está determinado fundamentalmente por la forma en la que el cliente experimenta dicho proceso y por cómo se siente con el terapeuta. Rogers (1962) destaca al menos dos aspectos de la experiencia del cliente. El primer aspecto son las expectativas de éste, dado que, según su lectura, el cliente percibe al terapeuta y a la relación en términos de sus expectativas. El segundo aspecto, son los métodos usados por el consejero, que son experimentados por el cliente de dos maneras: como frustrantes al principio del proceso, y como valiosos más adelante.

En el campo de la terapia familiar, la relación terapéutica no se ha utilizado como un concepto formal. Sin embargo, cada teórico clínico en el área ha destacado la importancia de establecer y mantener una relación terapéutica positiva con la familia (Rait, 2000). Rait (2000) señala cuatro aspectos teóricos y clínicos que pueden influenciar la relación terapéutica en la terapia familiar, y que marcan la diferencia con la terapia individual. El primero, es la necesidad de establecer múltiples alianzas simultáneamente en las sesiones de terapia. El segundo, es la triangulación, concepto que inicialmente se refirió a la construcción de coaliciones con los miembros más débiles del sistema, pero que posteriormente se amplía a la pertenencia del terapeuta al sistema familiar en el momento de comenzar un proceso terapéutico. El tercero, es la influencia del terapeuta sobre la familia. El cuarto y último, es la posición del terapeuta, entendida como las diferentes perspectivas o paradigmas teórico-clínicos adoptados por éste. La dificultad más común en el establecimiento de la alianza en el contexto de la terapia familiar es la ruptura de la relación (Rait, 2000). Esto se refiere a cualquier giro negativo y temporal en la calidad de la relación, evidenciado en indicadores como el acuerdo en los objetivos, estilo y preferencias del terapeuta y de la familia.

Bibliografía

<https://www.aacademica.org/000-031/197.pdf>

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

<https://www.redalyc.org/pdf/798/79815640013.pdf>