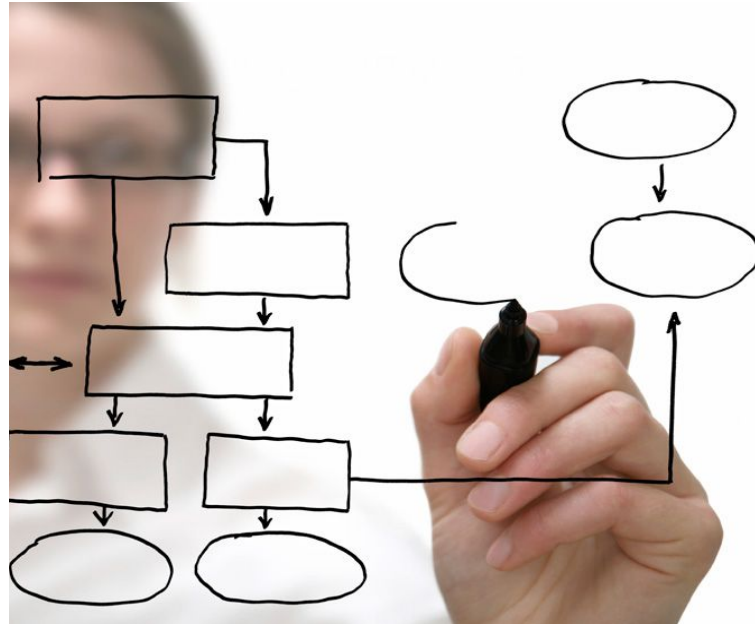


Enfoques Cognitivo Conductuales y Constructivistas

Ps. Rodrigo Díaz Olguín



Cap. 01

Formulación de
caso

Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy

The treatment of challenging and complex cases

Edited by Nicholas Tarrier

Routledge
Taylor & Francis Group

Idiographic goals and methods in the study of lives

Wm. McKinley Puryear, *University of California, Berkeley*

The goal of psychology is "the development of generalizations of ever increasing scope, so that greater and greater varieties of phenomena may be explained by them, larger and larger numbers of questions answered by them, and broader and broader reaching predictions and decisions based upon them."

— Louis Levy (1970, p. 5)

"To generalize is to be an idiot."

— William Riker

Abstract

Learning what's true of persons in general and of groups of people often has severe limitations in enabling us to understand and predict the behavior of individual. There are many important problems in describing, explaining, making predictions about, and intentionally changing the course of experience in individual lives that cannot be adequately addressed without the use of idiographic methods. The purposes of this paper are to contribute to a conceptual clarification of the idiographic approach and its place within psychology, to review and respond to a number of common criticisms of the idiographic approach, and finally to update and extend Allport's survey of available idiographic methods.

Introduction

Many believe, and others probably hope, that the idiographic-nomothetic debate has been laid to rest, perhaps in a funeral dated near the death in 1967 of Gordon Allport, primary advocate of the idiographic approach. The idiographic-nomothetic debate was introduced into Anglo-American psychology by Allport (1957), who argued that psychology had been defining itself too exclusively as a nomothetic discipline, and not enough as an idiographic discipline, concerned with individuality, or with what is particular to the individual case. He believed that the psychology of personality needed to embrace both nomothetic and idiographic approaches.

The idiographic-nomothetic debate flourished from the 1950s through the early 1960s (e.g., Allport, 1942, 1946, 1961; Beck, 1953; Eysenck, 1954; Feltz, 1956; Koch, 1955; Meehl, 1954; Rosenzweig, 1956; Seeman &

Roosens for reprint should be sent to Wm. McKinley Puryear, School of Social Welfare, University of California, Berkeley, California 94720.

Journal of Personality 51.5, September, 2013. Copyright © 1981 by Duke University Press.

Handbook of Psychotherapy Case Formulation

SECOND EDITION



Edited by TRACY D. EELS

SERIE DE ACTUALIZACION EN METODOLOGIA DE LA PSICOLOGIA CLINICA

EL DISEÑO DE CASO ÚNICO EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. UN VÍNCULO ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA CLÍNICA

Andrés Roussos*

Resumen

Se exploran las concepciones principistas de los estudios de caso único y se hace una revisión a la luz de la literatura de los dos corrientes paradigmáticos que han influido en esta revisión de conceptualización y procedimientos. Posteriormente, se discuten brevemente los métodos de estudio de caso único y se concluye con una discusión de las implicaciones de estos métodos para la investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: Caso único, Investigación en psicología clínica.

Keywords: Single case, Clinical psychology research.

Introducción

Muchos definen a casos fundacionales para los casos de estudio en psicología clínica.

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

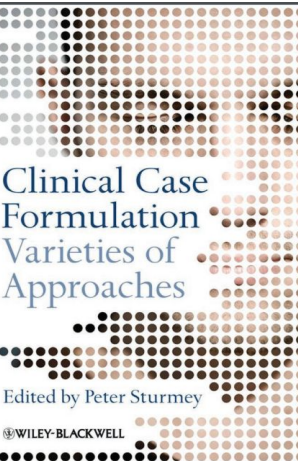
«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».

«El psicólogo general, ya que este tipo de datos son los que realmente definen el perfil de una función empírica de la conducta».



WILEY-BLACKWELL

Edited by Peter Sturmey

Formulaciones Clínicas en Psicoterapia*

Clinical Formulation in Psychotherapy

León Anselmi González Basso

Universidad San Sebastián, Chile

(Rec. 17/05/2012; Acp. 17/05/2012)

Resumen

El presente artículo hace una revisión del concepto de formulación clínica y de formulación de caso único en la práctica clínica, considerando los aspectos metodológicos y teóricos. Se discuten brevemente los métodos de estudio de caso único y se concluye con una discusión de las implicaciones de estos métodos para la investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: Formulación de caso, Formulación clínica.

Abstract

The present article makes a review of the concept of clinical formulation and of case formulation in the clinical practice, considering the methodological and theoretical aspects. It briefly discusses the methods of study of case and concludes with a discussion of the implications of these methods for research and clinical practice.

Key words: Case formulation, Clinical formulation.

Introducción

En los procesos de psicoterapia se necesita identificar los problemas, principios de los casos, principios de los factores psicológicos, principios y procedimientos de aquellos problemas, así como la relación que esos factores tienen en la vida del paciente (González Basso, 2005).

En ese contexto, una formulación clínica es esencialmente una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

La formulación de un caso es conceptualización de la formulación de un proceso particular. La formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

Una definición más específica de la formulación de un caso es una hipótesis acerca de los casos, principios e información necesaria de los problemas psicológicos, principios y procedimientos de esos problemas (González Basso, 2005).

ARTÍCULO ORIGINAL

El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejora en pacientes psiquiátricos hospitalizados

OQ-45.2 questionnaire as an indicator of psychopathology and improvement in psychiatric inpatients

Jaime Guerra D.¹, Ramón Pizarro L.¹, Pilar Rojas L.¹, Juan Francisco Laba L.¹, Victoria del Río D.² y Juan Antonio Pastor³

Objective: To test the OQ-45.2 questionnaire as an indicator of psychopathology and improvement in hospitalized patients at the psychiatric unit of Hospital del Salvador, Santiago de Chile. **Methods:** A sample of 115 hospitalized patients was obtained between August 2007 and September 2008. All of them had been OQ-45.2 questionnaire measurement at admission, at discharge, and during follow-up. The scores obtained were compared with progression of the psychiatric condition and its severity. **Results:** All patients, except those diagnosed as suffering from severe conditions, had a statistically significant reduction in OQ-45.2 scores, when the results at admission and follow-up were compared. Even though this instrument has not been validated for psychiatric patients, they showed improvement and their scores were below the average for this sample. Patients suffering from psychiatric conditions had higher scores, when compared with those with an in-outpatient and similar improvement. **Conclusions:** The OQ-45.2 questionnaire is a valid and sensitive instrument for assessing improvement in psychiatric inpatients.

Key words: OQ-45.2, outcome improvement, psychiatric comorbidity.
Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2008; 4(4): 258-262

Recibido: 11 abril 2008

Aceptado: 2 noviembre 2008

¹ Unidad de Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

² Instituto de Neuropsiquiatría, Hospital del Salvador, Profesor Thales de Psicología, Universidad de los Andes y de Chile, Dirección de Investigación, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

³ Área Unidad de Investigación, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital del Salvador, Profesor Asistente de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

Editorial del Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Correspondencia: Jaime Guerra, Universidad de Chile.

Sin conflicto de interés.

258

ISSN 0704-4884/2008 \$20.000 + IVA

Formulación de caso clínico:

- 1. Antecedentes generales y descripción del paciente**
- 2. Presentación del problema psicoterapéutico**
- 3. Estudio del problema psicoterapéutico**
- 4. Relación psicoterapéutica**
- 5. Hipótesis psicoterapéuticas**
- 6. Objetivos de intervención**
- 7. Planificación de acciones**
- 8. Evaluación válida de resultados**

I. Introducción

Breve presentación y marco teórico (máximo dos páginas), con bibliografía actualizada

II. Formulación de caso clínico

1. Antecedentes generales

2. Motivo de consulta

3. Descripción del problema terapéutico

- Constructos que co - varían en los casos particulares del problema terapéutico.
- Cambios de demarcación
- Concreción - abstracción de los constructos involucrados
- Centralidad - periferia de los constructos
- Interrelación - compartimentalización de los constructos
- Expresión directa - indirecta de los constructos componentes
- Cambios en la direccionalidad o valoración
- Cambios en la asignación de control
- Integración entre instancias Alteridad, Corporalidad - Mundo y Autoimagen

4. Relación terapéutica

5. Hipótesis de la dificultad de integración

- Gnoseológicas
- Ontológicas

6. Objetivos de intervención

7. Elección de estrategias y planificación

8. Evaluación general

III. Referencias y anexos

1

Antecedentes generales y descripción del paciente

- Resguardo de la confidencialidad: no sólo cambiar de nombre. Se debe impedir la identificación del paciente con la persona real.
- Breve caracterización de la persona (edad, con quién vive, personas significativas, descripción del ambiente familiar, etc.)
- “Primer encuentro” (vestimenta, apariencia, conducta) y “primeros sentimientos y emociones”
- Registro de alteraciones urgentes de tipo psicosocial
- Registro de situaciones de alta gravedad y urgencia (consumo drogas, experiencia suicida). Prospectiva
- Visión global de *¿quién consulta?*. Delinear el personaje, estilo de vida, recursos, orientaciones vitales, preocupaciones, etc.



Se define un perfil general de quién es la persona que viene a consultar. Se registran datos como edad, personas cercanas actuales, escolaridad o trabajo, actividades recreativas, cómo describe el paciente su ambiente familiar y relacional actual, etc. No está sólo centrado en el déficit o problema, sino también apunta al estilo de vida general de la persona, recursos, orientaciones vitales, pasatiempos, nivel de trabajo y demandas de tiempo, espiritualidad, preocupaciones, etc. Además se incluye (a) una relación del problema terapéutico con la evidencia disponible, tratamientos validados y “estado del arte”, (b) la consideración de factores y mecanismos de riesgo posiblemente implicados, y (c) una prospectiva de situaciones de potencial gravedad y riesgo a la integridad

- Una lista de los problemas psicológicos del paciente.
- Una descripción precisa de las **expectativas** que tiene el paciente respecto a estos problemas (Bergner, 2003). El paciente puede ejemplificar la resolución de los problemas, cómo se lo imagina, cómo verían otras personas que usted está comenzando a solucionar el problema.
- La evaluación pronta de la viabilidad (práctica, ética) de la consideración del problema psicológico
- ¿Cuál es la motivación del paciente?, ¿qué está dispuesto a hacer (tareas, registros, qué tipo de cambios)? Registrar explícitamente.
- Selección del problema a intervenir. El terapeuta debe considerar recursos, costos, experticia, etc.

¿Cuál es el problema?
¿Para quién es un problema?
¿Cómo ocurre el problema?
¿Desde cuándo es un problema?
¿Ocurre siempre igual?
¿Cambia según contextos?
¿Es predecible de alguna manera su aparición?
¿Qué espera específicamente que ocurra con ese problema?

- Investigación descriptiva
- Funcional. Intenta describir variables (ambientales, sociales, individuales, etc.) asociadas al problema y relacionar estas variables en forma de hipótesis idiosincrásicas
- Insumos para la construcción inductiva de hipótesis refutables.
- Dimensionar el problema de manera idiosincrásica
- Se centra en establecer relaciones de operatividad entre variables específicas

NO se define como “problema terapéutico”, en psicoterapia efectiva:

- **Descriptor estadístico de grupo.** Por ejemplo, diagnósticos psiquiátricos, rasgos o estilos de personalidad, etc. Esta aclaración es necesaria, dado que en ocasiones se **confunden** ámbitos tan distintos como las etiquetas diagnósticas de *trastorno de la personalidad* con planteamientos de la *teoría de la personalidad* y *teoría de los rasgos* (aquellos aspectos del comportamiento que son comunes a las personas, en mayor o menor medida).
- **Pseudo explicaciones psicológicas,** genéricas e imprecisas, que no sustentan evidencia en su incorporación en la explicación terapéutica operativa. Por ejemplo, baja autoestima, dificultades de regulación emocional, falta de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, no contar con modelos de aprendizaje de habilidades sociales, problemas de asertividad, etc. son descriptores imprecisos y que en la gran mayoría de los casos se podrían declarar por personas que no sufren clínicamente y que incluso presentan buen ajuste y bienestar.

Estudio descriptivo del problema psicológico

- Más allá de establecer una “fase diagnóstica”, los procesos de evaluación e intervención son **paralelos y constantes**
- Distintos métodos y focos, válidos y no redundantes (principio ético), que abordan:
 - **Historia.** Recopilación de antecedentes críticos, en función del problema terapéutico.
 - **Situación evolutiva del problema terapéutico.** Momento y desafíos de desarrollo, reorganizaciones, crisis no normativas, etc.
 - **Estudio del contexto.** Por ejemplo, genograma (es un instrumento de evaluación que implica análisis, la persecución de la relación entre variables críticas), observación en la escuela, entrevistas con profesores, revisar el libro de clases, etc. Contextos físicos, escenarios, horarios, personas que estaban presentes, etc.
 - **Estudio de la corporalidad.** Relación con el cuerpo, grado de conciencia. Funcionamiento corporal, estado de salud general. Posibles enfermedades físicas con correlato psicológico. Utilización de drogas (alcohol, marihuana, pasta base, fármacos, cafeína, etc.)

Estudio descriptivo del problema psicológico

- **Estudio de las emociones en una perspectiva evolutiva e interpersonal.**
Principales experiencias de alta cualidad emocional. Procesos de atención. Procesos de interpretación. Modulación conductual - cognitiva - interpersonal de la emoción.
- **Nivel de inteligencia.**
- **Principales representaciones de Autoimagen y Alteridad.** Principales creencias asociadas
- **Principales características de personalidad *asociadas al problema psicoterapéutico.***
- **Estudio de las conductas** asociadas al problema psicológico
- **Análisis de la interpersonalidad** y la función del problema psicológico



Nomotético

Factor de riesgo /
protección poblacional
p.e. sir Michael Rutter (algunos
aspectos de su extenso trabajo)*

El paciente está expuesto [realiza] a algunos factores [comportamientos] que han correlacionado con mayor probabilidad de psicopatología en grupos / poblaciones similares:

- Hacinamiento
- Consumo drogas
- Enfermedad - discapacidad adultos
- Barrio peligroso
- Abuso sexual
- Hostilidad - conflictos altos
- Desprotección - abandono; sobreprotección - falta de libertad

Puede implicar:

1. Identificar el posible **mecanismo de riesgo** (más idiosincrásico)
2. Evitar la exposición, medidas proteccionales, de cuidado
3. Fomentar la exposición a factores protectores

Categoría diagnóstica
(Nosografía categorial)
p.e. DSM V, CIE

El paciente cumple 5 criterios de depresión, durante más de dos semanas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
- Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

Descripción
psicoterapéutica

Idiosincrásico

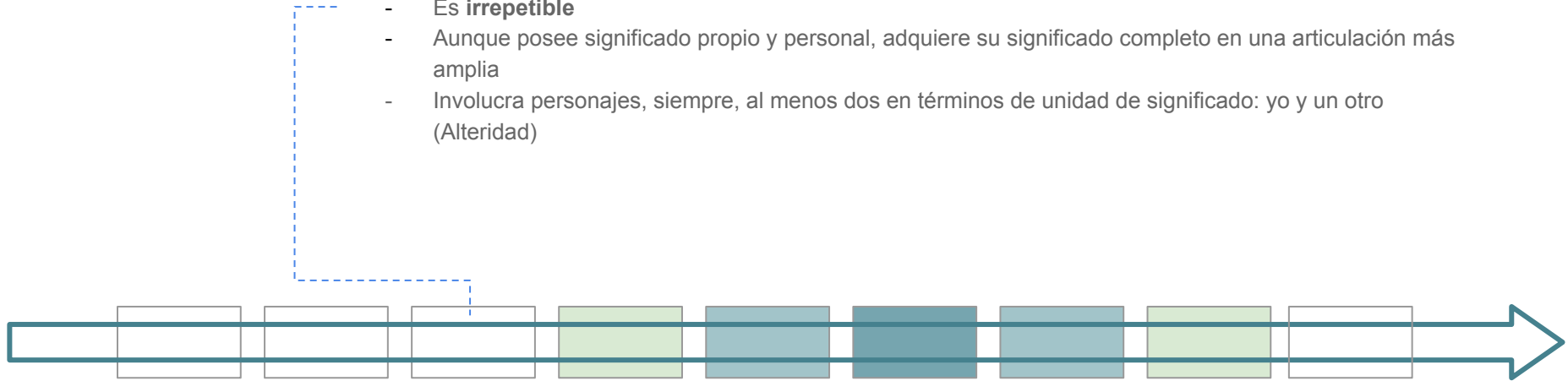
Juan creció en un ambiente muy impredecible para él. Su padre bebía alcohol de manera intermitente, lo que estaba aparejado a conductas muy violentas. A raíz de esto, plantea que siempre se imagina, cuando conoce a alguien, que éste lo puede dañar. Se demora en “entrar en confianza”, y lo ha hecho con muy pocas personas (tiene tres amigos, ha pololeado dos veces). No sabe si su imaginación es lo que le provoca estos sentimientos o es la manera de darle coherencia a una “desconfianza de fondo” que dice sentir. Pensamos con mi cliente que el que me cuente esto, ya es una señal de confianza en un otro. Tendremos que atrevernos a enfrentar, ahora como adultos, las posibles ventajas y desventajas de confiar. El miedo nos va a acompañar, pero esta vez lo vamos a compartir entre nosotros y con sus amigos y polola. Le he pedido que registre cada situación incómoda presente, para caracterizar algunos detalles. Vamos a utilizar un enfoque “caso a caso”, para identificar cómo ocurre la experiencia referida como problemática

Estudio descriptivo del problema psicológico

- **Diacrónica.** Cómo covarían los constructos del problema psicoterapéutico.
- **Idiosincrásica.** No obstante la evaluación de orientación nomotética sirve como guía de acciones y comunicación (p.e. diagnóstico categorial - estadístico - nosográfico), el énfasis es idiosincrásico. Lo observado, las hipótesis e intervención son personales, no repetibles
- **Situada - evento único.** Para recrear la vivencia, el objetivo es intentar hacer observaciones en las situaciones específicas en que ocurren. Se considera el contexto imaginativo, la temporalidad subjetiva, la alteridad percibida, etc.
- **Intencionalidad.** Los constructos o procesos psicológicos asociados al problema se evalúan en términos de intencionalidad. La propia intención y la del otro son centrales en la evaluación de las escenas
- **Composición hermenéutica.** Más allá de la simple secuencia de experiencias, el sentido hermenéutico - interpretativo por parte del paciente y terapeuta respecto a la vivencia, es enfatizado.
- **Negociación entre la escena y el canon.** Las experiencias situadas son evaluadas en términos de su relación con aspectos identitarios más generales. Constructo → referencia ontológica. Referencia ontológica → Estilos de personalidad, creencias, visiones de mundo, etc.
- **Sensibilidad al contexto.** Se estudian los constructos en su relación con los variados contextos: histórico, familiar, cultural
- **Sentido progresivo - acumulativo.** Se atiende a la manera en que los ordenamientos narrativos previos cambian el significado actual

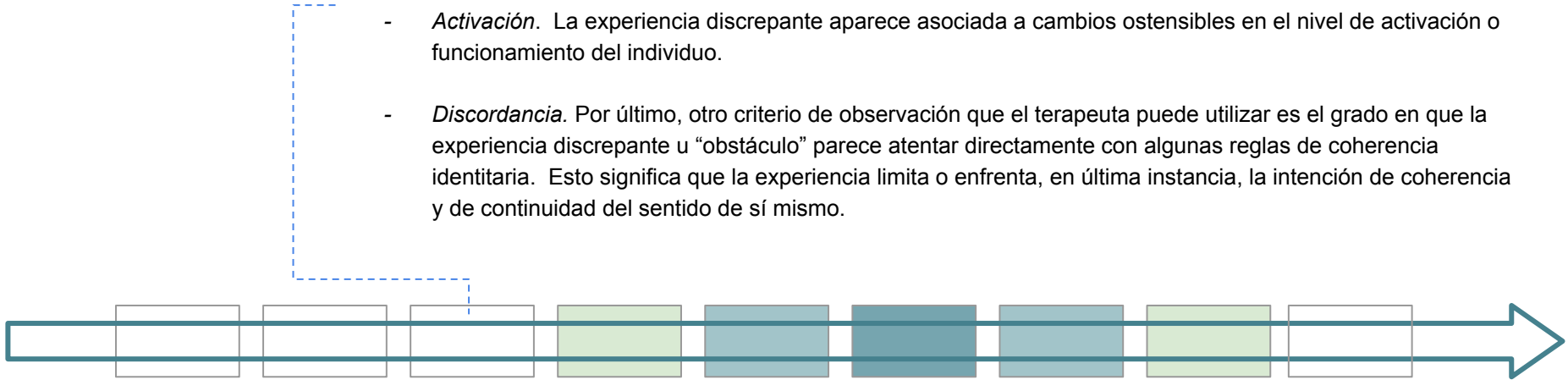
La **escena** como unidad de análisis del problema psicoterapéutico

- Es un fragmento narrativo
- Situado (refiere a un anclaje enactivo, ocurrió en algún momento y lugar): σκηνή, skené
- Subjetivo
- Involucra tanto cualidad emotivas, como cognitivas y conativas **simultáneamente**
- Es **irrepetible**
- Aunque posee significado propio y personal, adquiere su significado completo en una articulación más amplia
- Involucra personajes, siempre, al menos dos en términos de unidad de significado: yo y un otro (Alteridad)

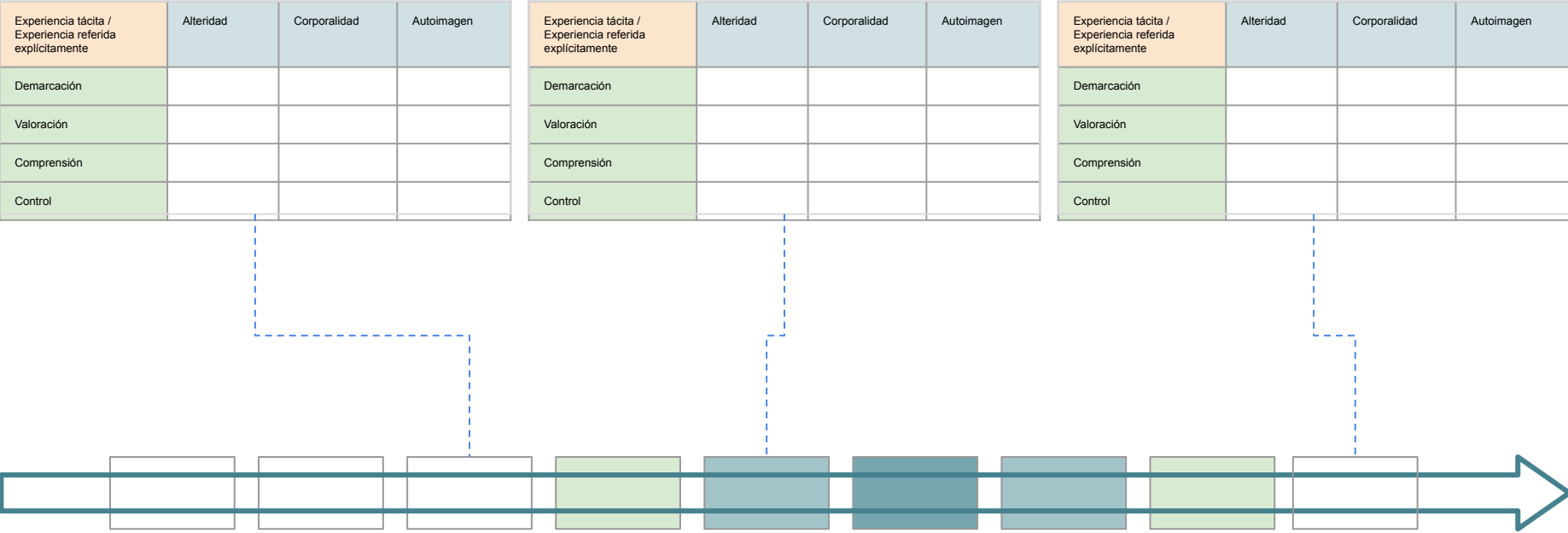


Concepto de **discrepancia narrativa (tensión)** y problema psicoterapéutico

- *Alienación.* Articulación referencial de la propia experiencia con un sentido extra identitario, “objetivación no referencial”.
- *Constancia.* Debe configurarse la percepción de que la experiencia que obstaculiza “está ahí” con cierta permanencia. Tiene un carácter ontológico
- *Inevitabilidad.* La experiencia discrepante aparece inevitable, ineludible o muy difícil de elaborar, “trabajosa”.
- *Activación.* La experiencia discrepante aparece asociada a cambios ostensibles en el nivel de activación o funcionamiento del individuo.
- *Discordancia.* Por último, otro criterio de observación que el terapeuta puede utilizar es el grado en que la experiencia discrepante u “obstáculo” parece atentar directamente con algunas reglas de coherencia identitaria. Esto significa que la experiencia limita o enfrenta, en última instancia, la intención de coherencia y de continuidad del sentido de sí mismo.



Evaluación diacrónica y situada



- **Estudio del encuadre** (obs. reglas, roles, alucinaciones, declaración suicida, vulneración de derechos, atracción interpersonal, falta de competencia, conflictos éticos, etc.)
- **Estudio de la relación terapéutica** como fuente de información para la construcción de hipótesis explicativas (p.e. juegos relacionales como el amigo incondicional, inspector de Dios, entrenador, reactor, la madre asustada, padre orgulloso, nube de humo, vendedor, salvador, enciclopedia, etc.)



Mientras más simple – más difícil transmitir la vivencia de la persona. Mientras más compleja la hipótesis, más difícil es demostrar su confiabilidad y validez: **balance complejidad - simplicidad**.

Balance idiosincrásico – nomotético: entre lo singular del individuo y lo general de la teoría.

Humildad: no tratar de forzar el caso al modelo explicativo (Eells, 1997)

Se intenta mantener un **nivel de inferencia bajo**.

A diferencia de la evaluación (centrado en fuentes de datos), aquí se expresa el **juicio clínico**

Desafíos para el practicante:

- Moverse flexiblemente entre lo particular del caso y lo general del marco teórico
- “Forzar el caso” es buscar relaciones rebuscadas y sin sustento entre aspectos poco relevantes del caso y algún cuerpo teórico. El estudiante debe evitar hacer eso.

La identificación de estos patrones debe claramente especificar no sólo cómo se generaron los estados disfuncionales, sino cómo se mantienen, de tal forma que sea una visión que permita generar intervenciones terapéuticas efectivas. Es respetar precisamente esta condición, la principal ventaja de la formulación clínica, por sobre el mero diagnóstico multiaxial (Bergner, 2003).

- Su énfasis entonces es en el **tiempo presente**
- Debe sentar las bases para un **trabajo coherente**
- **Coherencia** significa que:
 - Las acciones a realizar con el paciente persiguen ciertos objetivos
 - Estos objetivos están basados en la hipótesis

Desafíos para el practicante:

- Desarrollar un trabajo que haga coherentes las acciones, objetivos e hipótesis de trabajo



*Explicaciones falsas
Confusión teórica o
desconocimiento*

El paciente tiene un “rasgo” límite o el paciente tiene una personalidad límite
 El paciente tiene “rasgos” depresivos
 Las memorias del paciente son una fuente fidedigna de lo que le ocurrió (Lenz, Ek, & Mills, 2009).
 El relato de las emociones son una fuente fidedigna de los sentimientos que experimentó el paciente en esa situación (Lenz, Ek, & Mills, 2009).
 Lo más probable es que haya disociado o reprimido experiencias traumáticas
 Los opuestos tienden a atraerse en las relaciones interpersonales (McCutcheon, 1991).
 La mayoría de personas de la tercera edad son solitarias y aisladas (Panek, 1982).
 Expresar la rabia acumulada reduce la agresión y mejora el bienestar (Brown, 1983).
 Para cambiar la persona debe enfrentar las “raíces” de su problema

*Pseudo explicaciones
psicológicas,
genéricas e imprecisas,
no sustentadas por la
evidencia en la
explicación clínica*

El paciente presenta problemas de asertividad, requiere desarrollar habilidades sociales
 El paciente no cuenta con modelos para el aprendizaje de habilidades sociales
 El paciente tiene un super yo demasiado castrador
 El paciente pone su rabia en los otros, por tanto los ve como amenazantes y se inhibe
 El paciente presenta dificultades de regulación emocional
 El paciente “tiene” baja autoestima
 El paciente muestra baja tolerancia a la frustración
 El paciente “tiene” “bajo control de impulsos”

- Mind Myths: Exploring Popular Assumptions about the Mind and Brain. Edited by Sergio Della Salla. Wiley, 1999.
- Psychomythics: Sources of Artifacts and Misconceptions in Scientific Psychology. William R. Uttal. Lawrence Erlbaum, 2003.
- The Effect of Refuting Misconceptions in the Introductory Psychology Class. Patricia Kowalski and Annette J. Taylor in Teaching of Psychology, Vol. 36, pages 153–159; July 2009.
- 50 Great Myths of Popular Psychology: Shattering Widespread Misconceptions about Human Behavior (2008). Scott O. Lilienfeld, Steven Jay Lynn, John Ruscio, Barry L. Beyerstein

9	Sad, Mad, and Bad Myths about Mental Illness	181
#37	Psychiatric Labels Cause Harm by Stigmatizing People	181
#38	Only Deeply Depressed People Commit Suicide	186
#39	People with Schizophrenia Have Multiple Personalities	189
#40	Adult Children of Alcoholics Display a Distinct Profile of Symptoms	192
#41	There's Recently Been a Massive Epidemic of Infantile Autism	195
#42	Psychiatric Hospital Admissions and Crimes Increase during Full Moons	201
10	Disorder in the Court Myths about Psychology and the Law	209
#43	Most Mentally Ill People Are Violent	209
#44	Criminal Profiling Is Helpful in Solving Cases	212
#45	A Large Proportion Of Criminals Successfully Use the Insanity Defense	216
#46	Virtually All People Who Confess to a Crime Are Guilty of It	220
11	Skills and Pills Myths about Psychological Treatment	227
#47	Expert Judgment and Intuition Are the Best Means of Making Clinical Decisions	227
#48	Abstinence Is the Only Realistic Treatment Goal for Alcoholics	232
#49	All Effective Psychotherapies Force People to Confront the "Root" Causes of Their Problems in Childhood	236
#50	Electroconvulsive ("Shock") Therapy Is a Physically Dangerous and Brutal Treatment	239

Checklist

Mi hipótesis:

- ¿Explica por qué el problema ocurre en ese contexto específico y no en otros?
- ¿Considera el papel del cuerpo y el contexto?
- ¿Considera el papel de la interpretación y significado subjetivo de la persona?
- ¿Considera la manera en que la persona actualiza su historia personal?
- ¿Considera la interacción interpersonal (simbólica o efectiva) en la que el problema terapéutico ocurre?
- ¿Es exclusiva para el caso de la persona con la que trabajo?
- ¿Incluye afirmaciones que se pueden sustentar en evidencia científica?
- ¿Podría ser reformulada y comprendida por el paciente?
- ¿Es contrastable a través de observaciones o acciones?, ¿se puede testear?

Respecto a la coherencia...

En el contexto de la psicología clínica, lo ideal es generar formulaciones clínicas o explicaciones que permitan implementar planes de tratamiento ajustados al paciente.

La hipótesis clínica *"proporciona un análisis que transforma la evaluación, de un conjunto de códigos a una pieza más rica de información descriptiva acerca de la historia personal del cliente. Esta información descriptiva ayuda al clínico a diseñar un plan de tratamiento que atienda los síntomas del cliente, las experiencias únicas pasadas y el potencial futuro de crecimiento"*
(Halgin & Krauss, 2003).



Cada persona es un individuo único. Por lo tanto, la psicoterapia debiera ser formulada para acoger la singularidad de las necesidades del los individuos, en lugar de acomodar a la persona al lecho de Procusto de una teoría hipotética del comportamiento humano.

(Milton Erikson)

- Significativos, centrados en el cambio individual y no de otros
- Basados en la hipótesis explicativa
- Positivos. No se redactan de modo “supresivo” (p.e. el paciente dejará de sentir crisis de angustia, el paciente dejará de tomar alcohol, etc.). Se redactan en términos de los cambios que se **instalarán**, cómo el paciente crecerá, aprenderá, se desarrollará.
- Precisos. Observables. Comprobables.
- Posibles. Asigna responsabilidades a los pacientes
- Graduales. Objetivos “de inicio” por sobre los “de término”

“Si la terapia hubiera probado que es realmente valiosa para usted, ¿qué estaría sucediendo que no está ocurriendo en este momento? ¿Qué habría dejado de ocurrir?”

“¿Cuáles serán las primeras señales que le indicarán que no necesita continuar la terapia?”

“Si nos viéramos dentro de tres/seis meses y usted estuviera contándome que las cosas están mucho mejor, no perfectas pero mejor que ahora, qué me contaría acerca de usted, o de alguien más, que fue de ayuda?”

Si el cliente no es capaz de responder a preguntas como las anteriores, o sus respuestas son muy vagas, podría hacerse la “pregunta milagro”:

Le haré una pregunta extraña, que es útil para muchas personas. Imagine que cuando va a dormir una noche, ocurre un milagro y el problema del cual estamos hablando ha desaparecido. Como usted está durmiendo, no sabe que ha ocurrido el milagro. Cuando usted se despertara, ¿cuáles serían las primeras señales que el milagro ha ocurrido?

- Relación recursos y tiempo
- Se establecen como un programa estimado. Junto con el paciente:
 - “¿Le parece que esto lo abordemos en estos plazos?”
 - “En la próxima sesión lo que esperamos es que usted ya haya ensayado esto al menos unas tres veces, le parece bien?”
- Implica, como diseño, la utilización de estrategias prácticas o “técnicas” (creativas, efectivas, mínimo esfuerzo - máximo resultado, basadas en recursos existentes o en la construcción de recursos faltantes, se anticipan al fracaso, etc.)
- Pregunta importante: **¿existe evidencia que respalde la utilización de X estrategia en problemáticas similares?**

- La evaluación del problema terapéutico y del encuadre, ocurre sesión a sesión. En este apartado se registra tanto el proceso como la evaluación final de la intervención.
- Se utiliza el reporte del paciente (en adultos), pero se sugiere agregar el de familiares y profesores en el caso de niños, dado que no correlacionan (ver el trabajo de Thomas Achenbach)
- Se sugiere usar medidas sensibles al cambio y válidas (p.e. OQ 45.2 de Lambert, 1996)
- Registrar observación clínica del terapeuta y reporte de otros profesionales (declaraciones, ficha clínica, etc.)

Sugerencias

- Estudie respecto a **formulaciones de caso**. Además de los libros y artículos sugeridos al inicio de esta presentación, puede revisar los apuntes del profesor Rodrigo Díaz y el de la profesora Valeria Acuña
- Ensaye ejercicios de formulación de caso. Puede ejercitar el diseño con casos ficticios o videos de entrevista públicos (pídale sugerencias a su docente)
- Solicite a su profesor ver videos de presentaciones de buenas formulaciones de caso realizadas por estudiantes
- Respecto a esta presentación, revise qué conceptos debe corregir, haga una lista de ellos, dese tiempo para contrastarlos con investigación
- Reflexione respecto a la alta validez de un enfoque de “caso único” y de la imprecisión de la incorrecta utilización de categorías diagnósticas y conceptos pseudo psicológicos imprecisos

I. Introducción

Breve presentación y marco teórico (máximo dos páginas), con bibliografía actualizada

II. Formulación de caso clínico

1. Antecedentes generales

2. Motivo de consulta

3. Descripción del problema terapéutico

- Constructos que co - varían en los casos particulares del problema terapéutico.
- Cambios de demarcación
- Concreción - abstracción de los constructos involucrados
- Centralidad - periferia de los constructos
- Interrelación - compartimentalización de los constructos
- Expresión directa - indirecta de los constructos componentes
- Cambios en la direccionalidad o valoración
- Cambios en la asignación de control
- Integración entre instancias Alteridad, Corporalidad - Mundo y Autoimagen

4. Relación terapéutica

5. Hipótesis de la dificultad de integración

- Gnoseológicas
- Ontológicas

6. Objetivos de intervención

7. Elección de estrategias y planificación

8. Evaluación general

III. Referencias y anexos