

# LA FORMULACIÓN DE CASOS PARA PSICOTERAPIA



*“A cierto nivel, todo tiene sentido”.*

*G Butler, 1998*

# EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN

El proceso terapéutico debe comenzar con una **evaluación específica**.

Todo terapeuta debe guiarse por un set de ideas acerca de las **causas y perpetuantes** del problema (interpersonal, intrapsíquico o conductuales) del paciente y de qué es lo que éste **necesita para sentirse mejor**.

**La formulación como acontecimiento/proceso**

# FORMULACIÓN COMO:

**Acontecimiento.** Adopta una forma concreta: un trabajo escrito, un diagrama

*Una explicación provisional o hipótesis acerca de cómo alguien llega a presentarse con cierto desorden o cierta dificultad en un determinado punto temporal. Weerasekera, 1996*

*Hipótesis sobre las causas, precipitantes y mantenedores de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales. Eells, 2006*

**Proceso.** Proceso recurrente de sugerencia, debate, reflexión, retroalimentación y revisión que forma parte del momento a momento de la terapia

*Un proceso en marcha de producción de sentido colaborativo. Harper y Moss, 2003*

*La co-construcción de una narrativa que suministra un enfoque específico para un viaje de aprendizaje. Corrie y Lane, 2010*

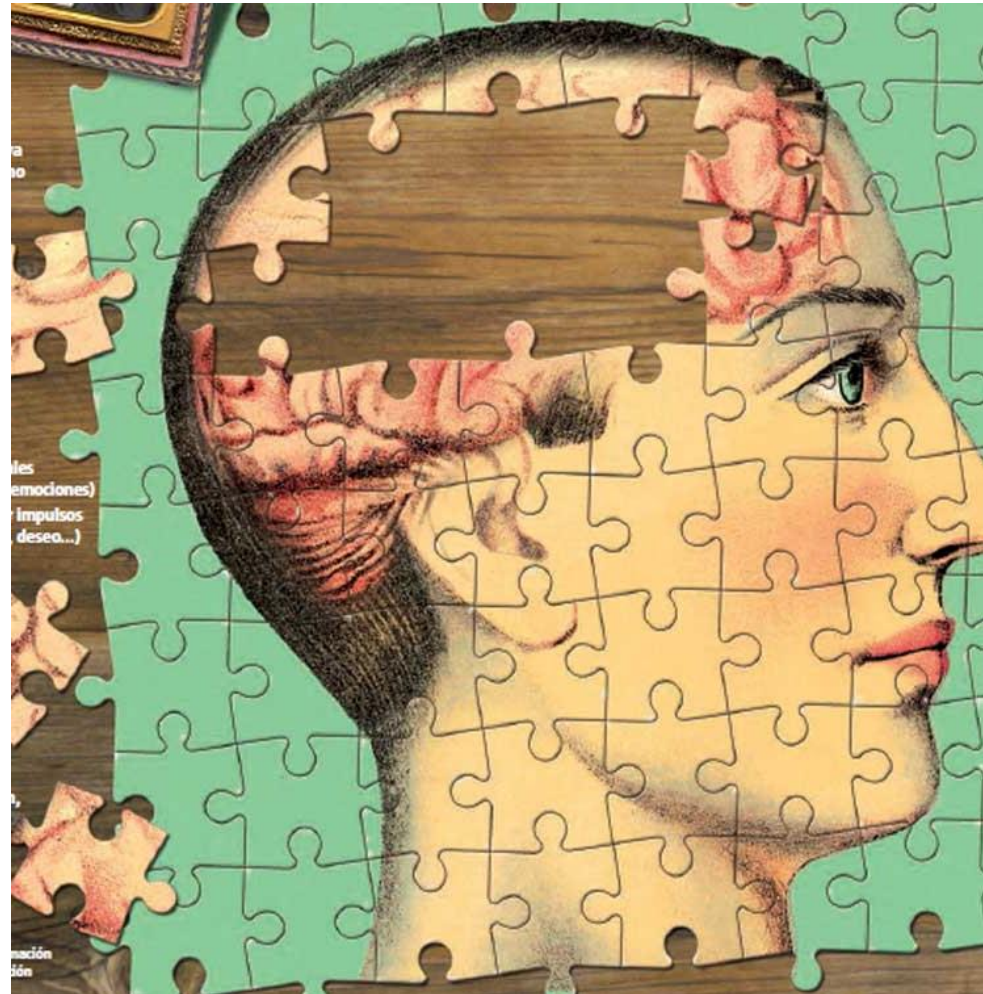
- Desde nuestro punto de vista la formulación debe ser una
  - **narrativa compartida**
  - una historia que debe ser **construida más que descubierta**
- Estas historias únicas e individuales se basan en los **significados personales** que los individuos dan a los acontecimientos y experiencias de sus vidas y no el pronunciamiento de un experto







- Es una competencia básica en el trabajo clínico a todos los niveles
- Una formulación debe tener en consideración e integrar una amplia gama de factores **interpersonales, biológicos, sociales y culturales**



# A debate

- El uso de la integración frente a modelos singulares
- El uso de los diagnósticos psiquiátricos en paralelo la formulación psicológica
- El papel que ocupa la formulación de casos dentro del contexto organizacional. La formulación en equipo.



*“Fui entrenado para emplear diagnósticos al uso... y todavía me impacta que los casos que escribí se podrían leer como cuentos cortos y que, tal como uno debería reconocer, **les falta la seria impronta de la ciencia...** Este tipo de historias de casos ... Tienen, no obstante, una ventaja... **que resaltan la íntima conexión entre la historia del sufrimiento del paciente y los síntomas de la enfermedad**”*

Estudios sobre la histeria  
Freud, Breuer 1895



# Tienen en común..

- Resumen los problemas más importantes del paciente.
- Indican cómo se pueden relacionar las dificultades entre sí basándose en teorías y principios psicológicos.
- Sugieren el motivo por el que el paciente ha desarrollado estas dificultades en tal momento y en tales situaciones.
- Permiten crear un plan de intervención basados en principios y procesos psicológicos.
- Están abiertos a revisión y reformulación.

# Difieren en ...

- Los factores que consideran relevantes (pensamientos, conductas, sentimientos, circunstancias sociales...)
- Los conceptos en los que se basan
- Postura de experto o colaborativa
- Postura respecto a verdad o utilidad
- Su uso de forma compartida en el proceso psicoterapéutico

# FORMULACIÓN: puntos importantes

La colaboración (se realiza a o con los pacientes)

La práctica reflexiva (ser consciente de las reacciones del terapeuta)

La relación terapéutica. Poder y control en la terapia

La práctica ética

La integración. Tantos enfoques como terapias

El diagnóstico psiquiátrico. Sustituto o añadido

El contexto y la cultura

La “verdad” o la utilidad

# FORMULACIÓN

Es el proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de **hipótesis** sobre las que es posible entender la **queja** del paciente como un (conjunto de) **problema(s)** cuya solución supondría el logro de una serie de **objetivos**, y proponer una **estrategia de tratamiento**, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los **problemas** que más probablemente encontraremos durante su desarrollo.

# FORMULACIÓN

Una manera de resumir los significados y de negociar unas maneras compartidas de comprenderlos y de comunicarse con ellos. *Butler, 1998*

Un proceso constante y colaborativo de prestar sentido. *Harper y Moss 2003*

# **Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People's Problems**

Johnston y Dallos, 2014

- Resume los problemas principales de quien consulta (paciente, familia)
- Hace hipótesis acerca de cómo se relacionan las dificultades entre si
- Pretende proporcionar información acerca del cómo aparecieron y se mantienen las dificultades en la actualidad
- Indican un plan de intervención, basado en procesos y principios psicológicos previamente identificados
- Se mantiene abierto para revisión y reformulación

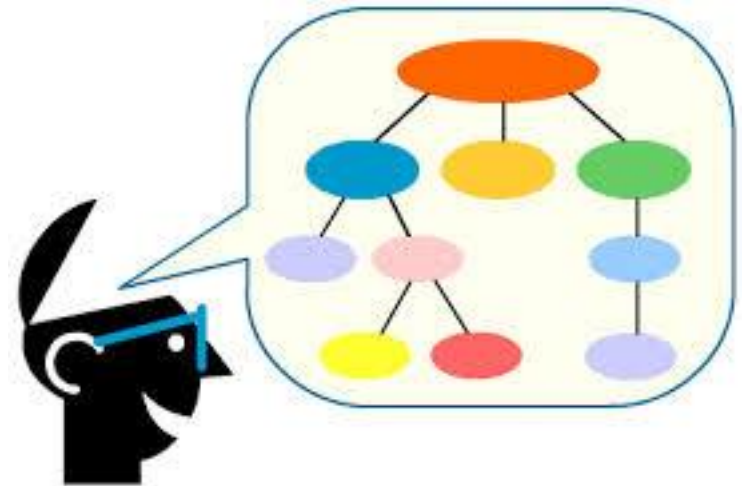


# Un proceso colaborativo y activo de búsqueda de sentido



# objetivos

- Guiar la intervención



# objetivos

- **Clarificar** hipótesis y las preguntas. Abren la mente de los terapeutas.
- **Comprender**. Construir un mapa
- **Priorizar** temas y problemas
- Seleccionar y **planificar** intervenciones
- **Predecir** la respuesta a las intervenciones
- Poder **anticipar** problemas y su solución
- Ayudar al paciente a sentirse comprendido y contenido
- Ayudar al terapeuta a sentirse contenido
- Fortalecer **la alianza terapéutica**
- Fomentar **el trabajo colaborativo** con el paciente
- Enfatizar las fortalezas tanto como las necesidades
- Normalizar los problemas previniendo la autoinculpación
- Mejorar la sensación de autonomía del paciente

# Efectos “secundarios” sobre el equipo terapéutico

- Lograr una aproximación consistente por parte del equipo
  - Lograr la coparticipación del paciente con el equipo
  - Generar nuevas formas de pensar
  - Captar los estilos de afrontamiento en la relación con el servicio
  - Conocer y poner en valor la experiencia de todos los miembros del equipo
  - Desafiar prejuicios sobre el paciente
- negativa del paciente por parte del equipo
  - Procesar la contratransferencia
  - Manejar riesgos
  - Incrementar en el equipo la comprensión, reflexividad y empatía
  - Elevar la moral del equipo
  - Promover cambios culturales en los equipos

# Principios de la formulación

- Arraiga en la teoría psicológica y en la evidencia
- Se construye en colaboración y utiliza un lenguaje accesible
- Actividad reflexiva del terapeuta
- Se centra en significados individuales
- Se entiende mejor en términos de útil vs real

- Es específica para la persona no para el problema
- Surge de diferentes modelos y factores causales.
- No es un listado de problemas sino que **integra los posibles factores causales** a través de la comprensión de los significados personales.
- No se basa en los diagnósticos sino que **las experiencias que llevan a esos diagnósticos son en si formuladas.**
- Incluyen la **perspectiva cultural.**
- Parte de un reconocimiento crítico del contexto social donde se realiza la formulación.





# Temas que se suelen eludir

- La transferencia y contratransferencia
- El impacto de las intervenciones médicas (diagnóstico, medicación, ingresos)
- El potencial efecto traumático de éstas.
- La influencia del estigma y discriminación
- El papel del trauma y el abuso en la psicosis
- Factores sociales como la pobreza, falta de empleo y relaciones de poder
- Aspectos étnicos y culturales



Formular

**EN LA PRÁCTICA**

# guía para la presentación de casos

## 1) Divide la información que tengas del paciente en apartados

(MC: Motivo de consulta; EA: enfermedad actual; PP: personalidad previa; BG: biografía; AP y AF: antecedentes personales y familiares; EC: exploración clínica; D: diagnóstico; T: tratamiento; EV: evolución hasta el momento actual)



## 2) Adjunta un árbol familiar.

3) Añade algo acerca del proceso de obtención de datos, del clima emocional de las entrevistas, de tus sentimientos y reacciones y de las dificultades.

4) Plantea el motivo por el que llevas este paciente a supervisión

# GUÍA PARA LA FORMULACIÓN

- 1.- ¿Cuál es la queja? **motivo de consulta**
- 2.- ¿Cómo se ha producido la consulta? **análisis de la demanda**
- 3.- ¿Cuál es el problema (o problemas)? **listado de problemas, fenómenos**
- 4.- ¿Cómo, cuando y con quién se pone(n) de manifiesto? **precipitantes**
- 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? **estados mentales, defensas, modelos de relación**
- 6.- ¿Por qué se perpetúa(n)? **perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias**
- 7.- ¿Cómo se originó históricamente? **desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional**
- 8.- ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? **vulnerabilidad, déficit**
- 9.- ¿Qué puede facilitar el cambio? **recursos, fortalezas, oportunidades**
- 10.- ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? **realismo, límites**
- 11.- ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? **definición operativa**
- 12.- ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? **factores terapéuticos, estrategias, técnicas**
- 13.- ¿Qué curso de la terapia prevemos? **pronóstico**
- 14.- ¿Qué dificultades prevemos?
- 15.- ¿Qué contrato proponemos? **Contrato**

# 1.- ¿Cuál es la queja? MOTIVO DE CONSULTA

- Lo que el paciente presenta como problema a tratar que puede no coincidir con el problema que va a ser considerado central para el tratamiento.

Explicaciones muy generales

Problemas importantes que no se mencionan como tal

- Cierta trabajo conjunto de construcción debe llevarse a cabo durante la evaluación.
- Refleja la óptica del paciente. Para la formulación debemos considerar tanto la primera expresión como la obtenida en el proceso de evaluación en la discusión de la misma.



## 2.- ¿Cómo se ha producido la consulta? ANALISIS DE LA DEMANDA

Modo de contemplar los problemas. Procedimientos de afrontamiento.  
Red de apoyos. Expectativas respecto al tratamiento.

- **Por qué ahora**

- Quién es el **sujeto** y quién es el **objeto** de la demanda

  - reparto de responsabilidades

  - la autonomía relativa

  - medios elegidos para resolverlo

- **Cadena de acontecimientos**

  - Procedimientos utilizados para la detección y resolución de problemas

  - Lugar que ocupa en su mundo la solicitud de ayuda de que estamos siendo objeto.

- **Expectativas** del paciente respecto al tratamiento. "¿Cómo espera usted que nuestro trabajo pueda ayudarle?"



### 3.- ¿Cuál es el problema (as)? LISTADO DE PROBLEMAS, FENÓMENOS

•**Queja = desgracia.**

•Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una **solución**

•Convertir las desgracias en problemas.

Horowitz (1997)

- síntomas
- signos
- problemas de la vida
- temas de preocupación

Sperry et al 1992, Horowitz 1997

- biológicos,
- psicológicos
- sociales

## 4.- ¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto? PRECIPITANTES

Situar los problemas en un contexto

Puede pasar desapercibida para el paciente

Determinados acontecimientos, fechas significativas, momento vital, cambios, tipo de relación, personas)

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN

- Patrones de emociones ideas y comportamientos que es posible cambiar y que si se modifican darán lugar a un resultado beneficioso para el paciente (*Beitman y Yue, 2004*)
- *Las pautas disfuncionales se inducen a partir de pequeños fragmentos de información que el paciente aporta de forma verbal o no verbal durante los encuentros.*
- **Se generaliza** a otros aspectos de la existencia del paciente ya que por definición las pautas persisten en diferentes situaciones y relaciones (patrón y repetición).

## **5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN**

- Los diferentes modelos teóricos ofrecen esquemas, constelaciones de elementos con que construir estos patrones
  - Deseos inconscientes y defensas frente a la angustia que estos despiertan
  - Esquemas cognitivos y creencias; suposiciones y normas condicionales y ciclos de mantenimiento
  - Reforzadores de comportamientos
  - Los problemas residen en los procesos relacionales en la familia

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

### Beitman y Yue:

I Pautas de primer orden. Pueden ser aplicados a la mayoría de los trastornos mentales. Proporcionan una idea general del paciente pero NO DAN NINGUNA PISTA DE CÓMO PUEDE PRODUIRSE EL CAMBIO

Sumiso, Perfeccionista , Dependiente, Autodestructivo, Baja autoestima, Narcisista, Poco asertivo

Dependiente: de quién, para qué, para que no y de quienes no, como se originó ese patrón, para qué le fue y le es útil, porque no ha podido ser más independiente.

Sumiso: con quién, qué le impide ser más asertivo, para que le sirve la sumisión, con qué personas del pasado era sumiso, quienes ejercieron sobre él un poder arbitrario o excesivo, por qué no pudo dejar de serlo, qué hubiera pasado si se revelaba.

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

**Beitman y Yue**

### II Pautas de segundo orden SEGÚN LAS ESCUELAS PSICOTERAPEUTICAS

- Familia disfuncional, Triangulaciones Homeostasis familiar
- Pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, pensamiento dicotómico
- Concepto negativo de sí mismo
- Tema nuclear de los conflictos relacionales. Duelo, Disputas
- Condicionamiento operante, control estimular
- Miedo a la libertad Miedo a la muerte Falta de sentido
- Superyo frente el ello; Mecanismos de defensa desadaptativos



## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

### Beitman y Yue

III Pautas bien construidas o pautas de tercer orden (SECUENCIAS DE SENSACIONES, EMOCIONES, COMPORTAMIENTOS E IDEAS).

Características:

- Encaja bien con el paciente concreto;
- ambos, terapeuta y paciente consideran que es importante y necesario cambiarla;
- incluye suficientes detalles como para saber qué es lo que hay que cambiar;
- una vez cambia se producen los resultados deseados por el paciente en términos de reducción de síntomas y mejoría del funcionamiento psicosocial.

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

*La señora S se sentía con frecuencia enfadada por que pensaba que los demás negaban sus necesidades. Al explorar conjuntamente cómo se relacionaba con los demás (marido, hija, jefe) se dieron cuenta de que a menudo asumía que los demás sabrían siempre sus necesidades y sentimientos sin necesidad de que ella lo dijera claramente.*

Pauta III nivel: asume incorrectamente que ya ha comunicado sus necesidades

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

*Pedro, de 56 años, comenta disgustado que le han dado un toque en la empresa por no tener el trabajo al día. Reconoce que desde hace un tiempo se le acumula el trabajo no sabe muy bien por qué pero sí que no es por apatía ni falta de destreza. Cuenta que desde hace tiempo considera que se le asigna mucha más tarea de la que puede asumir razonablemente pero no ha dicho nada. Trabaja en una empresa familiar donde era muy bien considerado por el padre del actual jefe, ya jubilado, con el que tenía una buena relación de mutua confianza. La forma de trabajar ha cambiado mucho desde que ha llegado este nuevo jefe y Pedro no está de acuerdo con ello. Se ha planteado cambiar de trabajo pero se ve mayor para lograrlo. El caso es que su mujer a la que describe como dominante, también se ha quejado de que no colabora en la casa.*

Ante personas a las que teme o de las que depende inhibe la rabia y sus deseos por temor a la crítica y al abandono. Asume compromisos que le desbordan y que incumple.

## 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? ESTADOS MENTALES, DEFENSAS, MODELOS DE RELACIÓN II

Interpretación en los tres niveles:

### III Nivel

Un marido nunca se enfrenta a su mujer cuando ésta le echa la culpa

### II Nivel:

- lo cual se puede deber a una distorsión cognitiva (si yo me enfrento a ella la perderé) o
- a un mito familiar “ las mujeres en mi familia son las que mandan y no se las puede contradecir” o
- a un patrón interpersonal “ cuando ella siente amenazada su posición en la pareja se enfada y cesa la comunicación” o
- a una repetición de pautas del pasado en el presente “nunca se oponía a la conducta controladora de su madre porque temía que ella le abandonara” o
- a un refuerzo negativo “ su padre abandonó a la madre cansado de las continuas quejas de su mujer”.

### I Nivel

Podemos decir que es una persona sumisa, pasiva y dependiente.



# Pautas disfuncionales

- La pauta es más una METÁFORA que una descripción exacta y completa de la realidad. La selección de una pauta puede ser menos importante que el ponerse de acuerdo en que esa pauta debe cambiar.
- El hecho es que el trabajo terapéutico parte del “descubrimiento” compartido de estas pautas a cambiar. No la comunicación de una verdad que el terapeuta ha descubierto acerca de él.
- Las palabras que describen esa pauta proporcionan un pivote sobre el que puede producirse el cambio.

Una farmacéutica de 33 años decía que no quería volver al trabajo porque no confiaba en sus jefes. Temía que le denegaran su petición de contratar a unos técnicos que le hacían falta. Todavía no los había pedido. Reconocía que su miedo era infundado pero esto no la ayudaba a dejar de sentirse tan ansiosa. Estaba dispuesta a buscar otro trabajo.

Estos sentimientos hacia sus jefes se habían puesto de manifiesto al regresar a su casa de origen por navidad.

Su madre había sido diagnosticada de esquizofrenia cuando ella tenía 6 años. Su padre tuvo que apoyarse en ella para cuidar a los hermanos menores. Ella sintió cómo, drásticamente, dejaba de recibir los cuidados paternos.

Un hombre de 36 años se quejaba de que su mujer era demasiado independiente y no le necesitaba para nada porque con mucha frecuencia le ignoraba cuando él le hacía una sugerencia, como el color del coche que ella debía comprar, cuándo debía llamarle, a qué restaurante debían de ir o a quien debían de invitar cuando ella celebraba su cumpleaños.

¿Cual es su pauta disfuncional con su mujer?



## Luborsky – Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

- Deseos
- Respuestas de los otros
- Respuestas del yo (emocional/conductual)

- Desearía** poder pedirle a mi esposa que me muestre afecto y me cuide,
- pero **temo** que si lo hago temo que me desprecie (por mi falta de hombría)
- así que me **hago** el fuerte (no pido, me aislo) y me **siento** solo y triste.

## 6.- ¿Por qué se perpetúa(n)? REFUERZOS, GANANCIAS, RESISTENCIAS

- Freud: Beneficio primario o secundario
  - *BP- Ganancia neurótica*- búsqueda de gratificación, satisfacción o alivio a través de síntoma, huida del conflicto a través de la enfermedad, modificación favorable de las relaciones. Evita un conflicto que sería más penoso que el síntoma
  - *BS- Ganancia secundaria*- ganancia suplementaria por la enfermedad o utilización de la enfermedad ya constituida. Extrínseco e independiente del sentido de los síntomas.
  - Ganancia consciente
- Déficit o dificultad previos a la crisis
- Estresores mantenidos

## 7.- ¿Cómo se originó históricamente? DESARROLLO, BIOGRAFIA, PERSPECTIVA TRANSGENERACIONAL

La **biografía** debe ser explorada sistemáticamente. Fechas, relaciones y acontecimientos importantes y que permitan hacer conexiones significativas.

Perspectiva **transgeneracional**.

**Marco social** y cultural

## Marco social y cultural



- Los usuarios de servicios de salud mental habitualmente son supervivientes de circunstancias personales y sociales muy difíciles.
- Las formulaciones individualizadoras aumentan el riesgo de **mistificar** los verdaderos orígenes del malestar y suponen una aceptación del *status quo político*. (Desigualdades sociales y de género, Violencia, etc)
- Patologizan y aumentan la desesperanza.
- “Partir de una consciencia crítica del contexto social dentro del cual tiene lugar el formular aun cuando esta dimensión no esté explícitamente incluida en la formulación”. (DCP, 2011)

*Jeffrey Mansson. “ Todas las terapias que he examinado muestran una conspicua falta de interés por la justicia social”*

### **¿SE SIENTE USTED TRISTE Y DEPRIMIDO?**

¿Tiene ansiedad?  
¿Le preocupa su futuro?  
¿Se siente aislado y solo?



usted podría  
estar sufriendo  
un caso típico de

**CAPITALISMO.**

Los síntomas pueden incluir:  
desahucio, paro, pobreza, hambre,  
sentimientos de impotencia, miedo, apatía,  
aburrimiento, frustración, decadencia  
cultural, pérdida de identidad, individualismo  
extremo, pérdida de libertad de expresión,  
encarcelamiento, pensamientos suicidas  
o revolucionarios, muerte.

## **8.- ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? VULNERABILIDAD, DÉFICIT**

¿Qué es lo que hizo que este sujeto en particular afrontara esa experiencia concreta de ésta manera determinada, cuando otro hubiera podido reaccionar de otro modo?

## **9.- ¿Qué puede facilitar el cambio? RECURSOS, FORTALEZAS, OPORTUNIDADES**

Exploración de los recursos en base a los cuales puede organizarse la capacidad de desenvolvimiento en la nueva situación

Componentes del funcionamiento previo que pueden incorporarse a la nueva etapa.

*¿Qué es lo que, hasta este momento ha hecho usted para hacer frente al problema?*

## **10.- ¿Cuál es la actitud respecto al cambio del paciente? REALISMO, LÍMITES**

- Grado de implicación en el cambio.
- Motivación como parte del proceso.- Prochaska y Diclemente (1984)-

## **11- ¿Cuáles son las expectativas con respecto a la consulta?**

- Deben ser exploradas activamente
- Originadas en información previa sobre la psicoterapia o los tratamientos
- O en las propias pautas disfuncionales

## 12- ¿Cuales son los objetivos planteables para la terapia? OPERATIVIZADOS

Limitados

Realistas

Paciente: *Quiero saber realmente quien soy yo*

Terapeuta: *No se si entiendo lo que quiere decir... ¿No está usted muy seguro de sus deseos o de sus decisiones?*

Paciente: *Si. Es como si siempre hubieran decidido por mí*

Terapeuta: *¿Me pide usted que le ayude a ir descubriendo lo que usted quiere y a decidir en base a ello?*

# 13.- ¿Cuales son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? FACTORES TERAPÉUTICOS, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Qué y cuándo hacer, con quién, de qué manera y para qué problema

Cada técnica psicoterapéutica propone un mecanismo de cambio diferente : Modelo transteorético- Prochaska y Diclemente (1984)

- Aumentar la conciencia
- Autoliberación
- Liberación social
- Contracondicionamiento
- Control estimular
- Reflexión
- Reflexión acerca del entorno
- Manejo de contingencias
- Contención
- Relaciones de ayuda



### 13.- ¿Cuales son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? FACTORES TERAPÉUTICOS, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Qué y cuándo hacer, con quién, de qué manera y para qué problema

PROBLEMA	OBJETIVO	FACTORES TERAPEUTICOS
Crisis de ansiedad de repetición	Disminuir la ansiedad	entrenamiento en relajación y/o antidepresivos
Agorafobia	Conseguir salir sola	afrontamiento progresivo de situaciones temidas según una pauta acordada con la paciente <b>(DS)</b>
Dependencia de figuras de apoyo	Fomentar la autonomía y el funcionamiento interpersonal	examinar las expectativas roles en las relaciones actuales y pasadas <b>(TIP)</b>

**14.- ¿Que curso de la terapia prevemos? PRONÓSTICO**

## 15.- ¿Que dificultades prevemos?

- FORMA DE DEFINIR EL PROBLEMA.

  - Categorías diagnósticas

  - Ausencia de relaciones interpersonales actuales

- RASGOS DEL PACIENTE QUE DIFICULTAN LAS TAREAS

  - Dificultades graves para identificar y nombrar sus propias emociones

  - Inteligencia o un nivel cultural

  - Dificultades para respetar el encuadre

- LA RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

  - Fenómenos transferenciales.

- PERSONA DEL TERAPEUTA.

  - Reacciones contratransferenciales

# 16.- ¿Que contrato proponemos?

## 1.- FOCO

Devolución

**hipótesis** del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

## 2.- ENCUADRE

- . individual/pareja/familiar/grupo
- . lugar/posición
- . frecuencia/duración de las visitas
- . manejo de incidencias
  - retrasos
  - citas perdidas/canceladas
  - prolongación derivación
  - urgencias/citas extra

Ilimitado (¿hasta cuando? ¿hasta conseguir que?). Por tiempo predeterminado (nº de sesiones determinado, nº de horas determinado)

Normas del paciente (asociación, tareas para casa...)

Normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

## 3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

(Fernández Liria y Rodríguez Vega 2001)

# 10 pruebas que debe superar una buena formulación (Butler, 1998)

1. ¿Tiene sentido desde el punto de vista teórico?
2. ¿Se ajusta a la evidencia?
3. ¿Considera factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes?
4. ¿Les parece que cuadra a los demás? (Paciente, equipo, supervisor)
5. ¿Permite hacer predicciones? (Sobre dificultades, relación terapéutica...)
6. ¿Se puede anticipar como poner a prueba estas predicciones?
7. ¿Cuadra la historia? (Tanto con las fortalezas como con las debilidades)
8. ¿Progresará el tratamiento basado en la formulación como podría esperarse teóricamente?
9. ¿Puede usarse para detectar futuras fuentes de riesgo o dificultad?
10. ¿Hay aspectos importantes que han quedado sin explicación?

# GUÍA PARA LA FORMULACIÓN

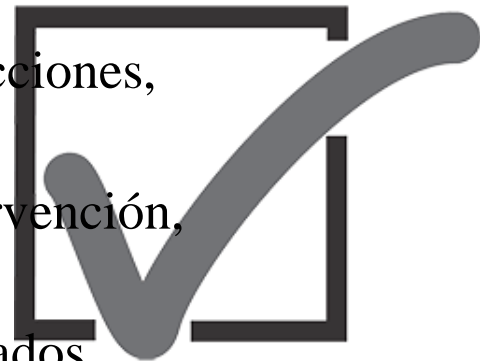
- 1.- ¿Cuál es la queja? **motivo de consulta**
- 2.- ¿Cómo se ha producido la consulta? **análisis de la demanda**
- 3.- ¿Cuál es el problema (o problemas)? **listado de problemas, fenómenos**
- 4.- ¿Cómo, cuando y con quién se pone(n) de manifiesto? **precipitantes**
- 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? **estados mentales, defensas, modelos de relación**
- 6.- ¿Por qué se perpetúa(n)? **perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias**
- 7.- ¿Cómo se originó históricamente? **desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional**
- 8.- ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? **vulnerabilidad, déficit**
- 9.- ¿Qué puede facilitar el cambio? **recursos, fortalezas, oportunidades**
- 10.- ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? **realismo, límites**
- 11.- ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? **definición operativa**
- 12.- ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? **factores terapéuticos, estrategias, técnicas**
- 13.- ¿Qué curso de la terapia prevemos? **pronóstico**
- 14.- ¿Qué dificultades prevemos?
- 15.- ¿Qué contrato proponemos? **Contrato**

# Checklist para la formulación

(Division of Clinical Psychology, 2011)



1. Basada en un nivel y amplitud de evaluación apropiado
2. Basada en teoría, pruebas empíricas y principios psicológicos
3. Informada por un abanico de modelos y/ factores causales
4. Integra, no solamente enumera, los modelos y factores causales
5. Tiene sentido teórico
6. Incluye los puntos fuertes y los logros del usuario
7. Da cuenta de aspectos importantes del relato y los problemas
8. Indica cómo las principales dificultades pueden relacionarse entre ellas
9. Sugiere explicaciones para el desarrollo de las principales dificultades, en este momento y en las situaciones
10. El significado personal para el usuario del servicio es un factor integrador
11. Proporciona una base para tomar decisiones acerca de como intervenir/avanzar
12. Sugiere cómo priorizar intervenciones, si estuvieran indicadas



13. Pueden ser utilizadas para hacer y poner a prueba predicciones, incluyendo riesgos
14. Pueden ser utilizadas para anticipar respuestas a la intervención, incluyendo reveses o contratiempos
15. Pueden ser utilizadas para fijar metas y resultados deseados
16. No se argumenta sobre un diagnostico funcional psiquiátrico (p. ej. Esquizofrenia, trastorno de personalidad)
17. Es individuo-específico, no problema específico
18. Es culturalmente sensible
19. Es expresada en un lenguaje accesible
20. Toma una postura de no-culpabilización hacia el usuario del servicio y los otros
21. Considera el posible papel del trauma y a el abuso
22. Incluye el impacto y el significado personal de las intervenciones médicas y de atención sanitaria
23. Considera el posible papel de los servicios en el agravamiento de las dificultades
24. Consciente de los factores del servicio/organización





25. Es consciente de los factores sociales
26. Tiene claros vínculos hacia atrás con la evaluación y claros vínculos con la futura intervención
27. Es clara acerca de para quién es la formulación (individuo, familia, equipo, etc...)
28. Es clara acerca de quién tiene el ‘problema’
29. Es clara acerca de quiénes son los afectados y sus intereses
30. Es respetuosa con el punto de vista del equipo y usuario acerca de lo que es acertado o útil
31. Construye la formulación de forma colaborativa con el usuario/equipo del servicio
32. Marca el ritmo para el desarrollo y el reparto de la formulación apropiadamente
33. Puede proporcionar un racional teórico para la elección de opciones dentro de la formulación (integradora, de modelo único o parcial)
34. Es reflexiva acerca de los propios valores y suposiciones