

REVISIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE CASOS

AUTOR: MARIO ARIAS BARRANTES

MARZO: 2021



San Marcos

Introducción

La capacidad para conceptualizar y redactar formulaciones de caso es un aspecto fundamental para el ejercicio de la Psicología Clínica. La formulación de un caso clínico se refiere a la hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos y conductuales y las interpretaciones del paciente de su situación actual.

Dicha formulación es necesaria para:

- a) Comprender el problema al que nos enfrentamos
- b) Determinar las causas de su origen y mantenimiento.
- c) Establecer los objetivos de intervención y diseñar el programa de tratamiento más idóneo.
- d) Precisar las conductas y factores que pueden interferir en el cambio.
- e) Evaluar la eficacia del tratamiento.

En la actualidad se disponen de guías adecuadas para orientar el proceso.

La propuesta terapéutica, estará determinada, por la corriente psicológica desde la cual se hace la formulación del caso, lo que habrá que vigilar es que se haga desde la investigación científica, la cual le otorga la cualidad de la confiabilidad y la validez.



Tabla de contenido

Introducción	1
Revisión para la Formulación de casos	3
Propuestas de Intervención	8
El Enfoque Sistémico.....	14
La Terapia Familiar estructural.	14
Referencias bibliográficas	19

Revisión para la Formulación de casos



Figura 1. Tomada de google.

El papel central de la formulación de caso está relacionado con la importancia que tienen para la psicología clínica el análisis y la organización de la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención. Como lo señalan Virués-Ortega y Haynes (2005), la formulación de caso tiene implicaciones para el desarrollo de planes de intervención que respondan a las variables causales identificadas, para el logro de objetivos terapéuticos y para el desarrollo de modelos que permitan presentar una visión organizada de la información del consultante, la identificación de variables causales relevantes y modificables, y adicionalmente, la disminución de sesgos en el juicio clínico.

Por esta razón, en la formación del psicólogo se considera indispensable el desarrollo de habilidades de formulación de caso, ya que son necesarias para la prestación de un servicio que responda a los requerimientos del consultante, que haga más eficiente la labor del clínico y que permita concebir el caso clínico, ya sea individual o grupal, como un objeto de investigación científica (Dougher & Hayes, 2000).

Otra definición de formulación de caso es definida por Castro y Ángel (1998) como una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables, sobre relaciones funcionales y/o causales entre acontecimientos observados. Esto facilita identificar formas de modificación de los fenómenos de interés clínico; la formulación de hipótesis está basada en la información obtenida en el proceso de evaluación y se apoya en un cuerpo de

conocimientos derivados de la investigación empírica, básica o aplicada, en diferentes disciplinas científicas relacionadas con los fenómenos bajo estudio.

Por su parte, Haynes y O'Brien (2000) la definen como el resumen e integración de la información derivada de la evaluación pre-tratamiento y post tratamiento, que incluye la toma de decisiones e integra múltiples fuentes de información, obtenida mediante el uso de diferentes métodos durante la evaluación (Virués-Ortega & Haynes, 2005).

Según Westmeyer (2003), se refiere, tanto al proceso de organizar la información del caso clínico, como al resultado de la integración de dicha información. De esta manera, la formulación de caso es un proceso considerado de manera prescriptiva, así como normativa, y se constituye desde una perspectiva empírica. Autores como Luborsky (1984) habían señalado que, a nivel macro, la formulación de caso representa la conceptualización del caso clínico.

En resumen, actualmente es innegable la relevancia de atender a la formulación de caso clínico, pues, como anotan Waddington y Morley (2000), es usada desde diferentes modelos teóricos y es entendida y estructurada según la orientación de cada profesional. Sin embargo, convergen en ella ciertos elementos que permiten dilucidar un proceso común, que implica observación, inferencias, planteamiento y prueba de hipótesis, alrededor de una situación clínica.

En función de lo dicho hasta aquí podríamos considerar una primera aproximación a la Formulación Clínica como “una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona” (Eells, 2007) que orientan al clínico a la hora de plantear o guiar el tratamiento. Esta perspectiva implica un proceso de recogida de información e inferencia, cuyo propósito es explicar los síntomas y problemas de la persona, a fin de:

a) aportar una estructura y organizar la información

- b) aportar una plantilla o soporte que funcione como guía para el tratamiento
- c) servir como referencia para evaluar cambios, y
- d) ayudar al terapeuta a entender al cliente y a mostrar la empatía necesaria para que la relación terapéutica resulte exitosa (Eells, 2007). Existen sin embargo otras formas de conceptualizar la Formulación del caso.

Más recientemente, Johnstone y Dallos (2014) la han definido como “un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, retroalimentación y revisión que es parte del proceso de terapia momento a momento”, por el cual el terapeuta aplica una teoría general a un cliente individual y a sus dificultades, e implica a la persona (paciente) en el desarrollo de la formulación. La formulación pasa de ser una hipótesis técnica, a convertirse en una producción compartida y co-construida, focalizada en los significados personales del individuo.

Dada la pluralidad de modelos existentes de psicoterapia, es inevitable que el contenido de

Formulación clínica.

Es la metodología en que la información obtenida tanto antes como después del tratamiento se va a integrar para poder identificar las situaciones anómalas y tomar decisiones.

cada formulación varíe en función de la orientación teórica del terapeuta. En efecto, cada modelo establece qué factores deben ser considerados como más relevantes (intrapsíquicos, relacionales, pasados, presentes, pensamientos, sentimientos, conductas, circunstancias sociales, etc.), y qué conceptos explicativos sirven de base para la intervención (esquemas, distorsiones cognitivas, constructos personales, conflictos inconscientes, narrativas,

triangulaciones, etc.).

Aun sí, pueden identificarse una serie de factores comunes en los distintos modelos de formulación.

A este respecto, Johnstone y Dallos, mencionados por Bados, señalan que las formulación



clínica tiene similitudes de todos los modelos:

1. Resumen los problemas centrales del cliente.
2. Indican cómo se relacionan entre sí las dificultades del cliente sobre la base de principios y teorías psicológicas.
3. Sugieren, a partir de la teoría, por qué la persona desarrolló la dificultad en ese momento y en esa situación.
4. Dan lugar a un plan de intervención basado en los procesos y principios identificados anteriormente.
5. Se encuentran, en cierta medida, abiertas a la revisión y a la re-formulación.

La Asociación Europea de Evaluación Psicológica nombró una comisión para la definición de guías para la evaluación. Su trabajo permite ver la forma de conceptualizar la evaluación psicológica como equivalente a la formulación de caso, al definirla como un proceso de toma de decisiones que incluye actividades y operaciones ordenadas para responder a demandas del cliente/consultante. Asimismo, implica generar y confirmar hipótesis y requiere conocimientos psicológicos básicos y habilidades profesionales (Fernández-Ballesteros et al., 2001). La comisión propone 96 lineamientos a consideración y resulta llamativo que, en términos generales, incluya, aunque de forma más global, casi la mayoría de ítems contemplados en la propuesta de protocolo de formulación conductual presentada por Ballesteros y Rey (1999).

Como señalan Haynes y Williams (2003), la formulación de caso clínico es de particular importancia para los analistas y los terapeutas del comportamiento, debido a la visión idiográfica y a la proliferación de protocolos de intervención que podrían ser aplicados de manera indiscriminada a consultantes con el mismo diagnóstico, pero que varían en su pertinencia de acuerdo con las características del consultante y su entorno. La elección del tratamiento más eficaz para el consultante dependerá, entonces, de las variables relevantes identificadas en la formulación de caso, y no del rótulo diagnóstico que mejor describa su problemática. La formulación de caso se constituye en un puente entre la práctica, la teoría y la investigación, y su propósito es proveer un conjunto coherente de inferencias explicativas

basadas en un marco conceptual específico, las cuales describan y expliquen la conducta problemática de la persona que asiste a consulta psicológica, y la manera adecuada de informarlo y hacerla comprensible para ella (Kuyken, 2006; Tarrier & Calam, 2002).

Los modelos de formulación de caso de tradición comportamental, los métodos que recomiendan para derivar hipótesis y el énfasis en los diferentes procedimientos y elementos de la formulación. Sin embargo, comparten el énfasis en el papel de la formulación en el diseño y elección de la intervención y en la importancia otorgada a la coherencia conceptual y al nivel predictivo (Ballesteros & Rey, 1999; Castro & Angel, 1998).

En las propuestas existentes, hay una brecha determinada por la adopción o no de modelos mediacionales y por la forma de conceptualizar y entender el comportamiento como objeto de estudio por derecho propio, en especial los llamados eventos privados (cogniciones y emociones).

El análisis del **comportamiento** explícitamente incluye estos eventos como parte integral de

Comportamiento.

Es el conjunto de actos realizados y exhibidos por las personas y que son influidos por el entorno del sujeto.

su objeto de estudio (Skinner, 1974), mientras que los modelos mediacionales son concebidos como variables intervinientes o mediadoras entre la conducta y el ambiente. En los modelos no mediacionales, el estatus ontológico de los eventos privados no es diferente al del comportamiento observable por terceros, por cuanto se define como una interacción compleja, situada histórica y contextualmente, que evoluciona o se modifica en el tiempo. Como

interacción, el comportamiento es interdependiente con su contexto, de manera que comprenderlo implica entender esas relaciones de interdependencia, definidas como relaciones funcionales o de contingencia entre las variables, en función de las cuales se analiza el comportamiento como interacción organismo-ambiente, de forma tal que los objetivos de predicción y control se logran cuando se conocen dichas variables interrelacionadas funcionalmente.

Propuestas de Intervención



Figura 2. Tomada de google.

Existen diferentes modelos teóricos que varían en diversos aspectos importantes tales como: forma de concebir la conducta normal y anormal y los trastornos psicológicos, variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos, relaciones existentes entre dichas variables, modos de recoger los datos pertinentes, objetivos a conseguir con la intervención y modo de llevar a cabo esta.

En 1993, Feixas y Miró decían que había más de cuatrocientas escuelas de psicoterapia diferentes. Probablemente la mayor parte de ellas puedan encuadrarse en alguno de los cuatro grandes grupos que se describen a continuación; o estar entre dos de ellos; o usar técnicas provenientes de cualquiera de ellos; o inclinarse más hacia los presupuestos y metas de uno u otro en función de los casos y las circunstancias en las que se tenga que aplicar.

Transferencia y contratransferencia.

Son los términos utilizados para referirse por un lado a los depósitos inconscientes que hace el paciente al terapeuta, y por el otro a la respuesta que hace el terapeuta al paciente.

El Enfoque Psicoanalítico:

Su pensamiento básico es que el comportamiento de las personas está influido por conflictos de naturaleza inconsciente a los que el propio paciente no tiene acceso sin la ayuda del psicoterapeuta, indica este enfoque que esos problemas es necesario resolverlos como forma de liberarse de la tiranía de los

síntomas.

Para Bernler y Johnsson, mencionados por Duque A. (2013) “Hace hincapié en las oposiciones entre pulsiones y defensas de la psiquis de la persona y ve el desarrollo de la personalidad como una serie de soluciones, de compromisos, de conflictos psíquicos internos. Estos conflictos tienen lugar, por un lado, entre las pulsiones y, por el otro, las funciones de control de yo y el super-yo” (1997, 78).

La conceptualización de Psicoanálisis se refiere a los procedimientos de psicoterapia, basados en los principios freudianos, que pretenden reducir los efectos de los conflictos inconscientes haciéndolos más conscientes, esto se logra identificando su origen, reconociendo la expresión inadecuada de las emociones, y comprendiendo el significado de los comportamientos actuales. Desde la perspectiva de algunos teóricos es el referente de cualquier otra escuela de psicoterapia. Cuando se habla de Psicoanálisis a secas suele referirse al Psicoanálisis Freudiano ortodoxo, con distintas escuelas dentro de ésta, pero frecuentemente el Psicoanálisis necesita de algún apellido para identificar la escuela a la que se refiere. En todos ellos hay un fondo teórico y epistemológico común y suelen diferir en la centralidad que dan a un concepto como “explicador” casi universal del comportamiento de las personas. Entre las Escuelas de Psicoanálisis más conocidas, además de la ortodoxia freudiana, pueden citarse las clásicas: Psicoanálisis Individual o Adleriano, Psicoanálisis Junguiano, y el Psicoanálisis Lacaniano que, tal vez sea el más extendido en la actualidad en España, Francia y otros países europeos. Las técnicas y procedimientos

psicoterapéuticos más habituales son:

- La asociación libre, esta técnica indica todo aquello que se viene a la cabeza del paciente, que es lo que se considera importante. Puede considerarse la técnica central de la escuela psicoanalítica. A través de ella, y precisamente por la libertad y falta de crítica consciente del procedimiento de asociar, el paciente revela a su psicoanalista los contenidos y vivencias inconscientes.
- Transferencia son las proyecciones que el paciente hace al psicoterapeuta, de manera inconsciente. Sensaciones y actitudes que originalmente fueron asociadas en la infancia a figuras familiares importantes son las que inconscientemente el paciente deposita en el terapeuta.
- Contratransferencia es la “devolución” consciente o inconsciente, del psicoterapeuta hacia el paciente, que puede interferir con el tratamiento psicoterapéutico. Es el concepto complementario de la “Transferencia”, aunque como se deduce de la propia definición con algunos matices: la “Contratransferencia” puede ser consciente, pero la “Transferencia” no.

Ambas conforman la bidireccionalidad propia de las relaciones y, desde esta perspectiva, pueden considerarse el equivalente a la “Relación Terapéutica”, que es un factor común a todas las escuelas de psicoterapia.

La curación desde el punto de vista del Psicoanálisis consiste en una “reacción lúcida” que se produce cuando se consigue que el paciente verbalice un conflicto inconsciente y reprimido “Catarsis.”

La Psicoterapia Dinámica Breve.

El formato breve de psicoterapia ha venido a desarrollarse principalmente por los imperativos de la práctica, generalmente institucional.

Cada vez más se ha precisado de métodos no sólo eficaces sino también eficientes y rápidos. El modelo psicodinámico ha respondido a esta demanda social con varias propuestas de formato breve que contrarrestan la larga extensión del psicoanálisis clásico, según el estudio de la Fundación Menninger (Kernberg et al., 1972).

La psicoterapia dinámica breve, supone un esfuerzo por acercar la intervención psicoanalítica a los tiempos y recursos limitados de los usuarios.

Bajo esta denominación se agrupan una serie de escuelas que se proponen producir el cambio psicoterapéutico dentro de un periodo temporal mínimo; generalmente no más de 20 sesiones. Se consideran como un sustitutivo del psicoanálisis propiamente dicho, que desde esta perspectiva sería el tratamiento apropiado e ideal.

Feixas y Miró (1993) indican que sus características generales (según las revisiones de Fiorini, 1973; Garske y Molteni, 1985; y Marmor, 1979) son las siguientes:

1. Actitud activa y flexible del terapeuta.
2. Focalización de la terapia en un problema concreto.
3. Limitación de la duración de la terapia.
4. Orientación hacia el fortalecimiento de las- áreas del Yo libres de conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
5. Énfasis en los determinantes actuales del conflicto y los proyectos futuros del sujeto.
6. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

La psicoterapia breve psicodinámica se aplica en los siguientes casos:

- a) cuando el paciente no tiene suficientes recursos -temporales o económicos- para seguir un tratamiento de larga duración.
- b) cuando se puede definir un “foco” afectado por la perturbación y éste es limitado.

Entre las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica se pueden nombrar la psicoterapia focal de Balint, la psicoterapia de tiempo limitado de Mann, la psicoterapia dinámica de corta duración de Davanloo y la terapia dinámica breve de Sifneos, como las de más tradición.

El Enfoque Conductual.

La terapia o modificación de conducta hizo su aparición en la escena de los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta como una alternativa radical a los modelos existentes en la época, especialmente al modelo psicoanalítico.



La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Así pues, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes, los terapeutas de conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. (Feixas y Miró)

La Terapia de Conducta o Modificación de la Conducta se describe la aplicación de las Teorías del Aprendizaje y Condicionamiento a la modificación del comportamiento.

Como técnicas y procedimientos psicoterapéuticos más de más extensa aplicación pueden enumerarse:

La Desensibilización Sistemática: Esta técnica consiste en asociar la relajación muscular con estímulos ansiógenos a fin de inhibir la ansiedad que producen a la persona. Esta técnica se aplica en los trastornos de ansiedad y es una valiosa ayuda para la exposición al estímulo temido en los trastornos fóbicos.

La Implosión. Esta técnica constituye una alternativa a la Desensibilización Sistemática para el tratamiento del mismo tipo de casos, fobias generalmente.

La Terapia Aversiva. Consiste en la utilización de estímulos aversivos para modificar la conducta. Se ha utilizado tanto desde el condicionamiento clásico como del operante. En el primer caso, se empareja un estímulo cuyo valor positivo se quiere reducir con un estímulo aversivo; por ejemplo, se ha utilizado en el tratamiento del alcoholismo, haciendo que la ingesta de alcohol fuera seguida de una inducción de náuseas y vómito.

Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo-Conductual.

Para Oblitas L. (2008), las terapias cognitivas existentes en la actualidad sostienen un consenso generalizado de que las más notables, por su utilidad y aplicabilidad clínica (por ejemplo, Haaga y Davison, 1991; Dobson y Beck, 1994; Mahoney, 1993), son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla.

Este enfoque cognitivo – conductual, se basa en la interpretación de las situaciones

(estructura cognitiva de las experiencias) que influyen en los sentimientos y en los comportamientos de las personas.

Asume la premisa de que la forma de aprender y las creencias son un determinante primario del estado de ánimo y del comportamiento.

El desarrollo que ha adquirido este procedimiento hace que pueda considerarse una escuela de psicoterapia independiente de la terapia de conducta, aunque está emparentada con ella y ésta puede considerarse una derivación o un desarrollo ulterior de aquélla. A menudo se hace referencia a ella con el nombre de Terapia Cognitivo-Conductual.

Para la terapia cognitiva, es indispensable conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que la persona emplea. Éstos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto. (Oblitas, L)

Las Terapias Cognitivas se proponen como meta actualizar y modificar los esquemas cognitivos que están contribuyendo a provocar distorsiones en la manera de percibir a los demás y al ambiente en el que se vive en general. Son terapias breves, de aproximadamente veinte sesiones de periodicidad semanal.

Dentro de esta escuela cabe nombrar como más conocidas a la Terapia Cognitiva de Beck, que se diseñó inicialmente para el abordaje de los pacientes deprimidos y a la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (Psychotherapy, Rational-Emotive). Se trata de sustituir las ideas irracionales por otras más realistas como resultado de la confrontación directa por parte del terapeuta.

El Enfoque Sistémico.

Se caracteriza por aplicar la teoría general de sistemas, considera que los problemas de

La teoría general de sistemas.

Es el estudio realizado por varias disciplinas, que busca las propiedades comunes de los sistemas.

salud mental son el resultado de la perturbación de un sistema, y las estrategias terapéuticas se aplican y diseñan con el fin de restablecer el equilibrio del sistema. La teoría de la comunicación humana unifica comportamiento con comunicación es decir, toda conducta tiene un valor de mensaje y todo mensaje es un comportamiento susceptible de ser modificado.



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-SA-NC](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

La Terapia Familiar estructural.

El exponente principal de la corriente estructural es Minuchin (1974, 1993), aunque también cabe mencionar a Aponte (1974) y a Montalvo (1973). Dentro de esta orientación, uno de los

presupuestos básicos es que un sinnúmero de psicopatologías y problemas familiares se deben a la manifestación disfuncional y desadaptativa del sistema familiar. En lugar de centrar el problema de un niño en un nivel individual y con énfasis en los procesos internos del mismo, el clínico sistémico parte de la premisa de que el problema de ese niño no es otra cosa sino la manifestación de un sistema familiar desadaptado. ¿Y qué es un sistema familiar disfuncional?

Básicamente uno que se caracteriza por su inhabilidad de poder negociar los cambios de ciclo de vida familiar y otros estresores internos. Por ello, aludimos a los cambios que son necesarios; por ejemplo, cuando un niño entra a la adolescencia, o cuando una esposa tiene su primer bebé. (p.184)

Terapia de familia estratégica

Esta modalidad se identifica sobre todo con autores como Jay Haley (1976) y Cloe Madanes (1981). La premisa básica en la cual se engrana esta terapia familiar de corte sistémico consiste en conceptualizar un síntoma como un acto de comunicación familiar o como una secuencia de conductas que implican mantener la homeostasis del sistema. Lo que todo terapeuta estratégico desea hacer es interrumpir y desbalancear la homeostasis patológica anterior, lo que le permitiría a la familia desarrollar y practicar nuevos estilos de comunicación.

En esta modalidad sistémica, no se intenta que los miembros desarrollen intromisión de los patrones desadaptativos anteriores; lo que se pretende es usar el síntoma del paciente para generar un nuevo sistema o una nueva estructura. Sin embargo, y contrario a la escuela estructuralista, no se le da preeminencia ni estudio a la estructura familiar; las familias son libres de reorganizarse como lo prefieran. Asimismo, el terapeuta asume un papel muy activo, iniciando o dirigiendo intervenciones estratégicas para cada problema. Para lograr esto, el terapeuta establece metas claras, en donde siempre queda explícita la necesidad de resolver el problema o síntoma actual. Por lo tanto, éste es altamente pragmático y concede mayor importancia a los detalles de los síntomas que al crecimiento o reestructuración sistemática de la familia.

Una de las características de los clínicos estratégicos es el énfasis en combatir la resistencia



proveniente de la homeostasis familiar patológica.

Por otra parte, con un desarrollo desde planteamientos psicoanalíticos puede hablarse de las Terapias Familiares Analíticas, que parten de psicoanalistas particularmente innovadores, como lo fueron Bowen, Whitaker o Ackerman, este último pasa por ser el primer terapeuta familiar, y que, dentro de Europa, ha sido en Francia donde han tenido mayor desarrollo.

De la misma manera puede hablarse de Terapias Familiares Conductuales, cuyo exponente más conocido es Liberman.

La Terapia Marital y de Pareja.

Es una forma de psicoterapia que implica al esposo y la esposa y tiene como objetivo mejorar la relación de pareja. Hay quien considera que la Terapia de Parejas es un caso particular de la Terapia Familiar: cuando se interviene preferentemente sobre la relación entre la pareja de progenitores.

Parece que la única diferencia entre “Marital Therapy” y “Copules Therapy” es que la pareja esté unida por un vínculo matrimonial o no. Los procesos psicológicos de pareja no se diferencian, en principio, ni por el estatuto legal que tenga la pareja, ni por el sexo de sus componentes. Al margen de consideraciones ideológicas, se propone unificar ambos términos.

Por otra parte, tal y como se ha comentado para las terapias familiares, hay múltiples terapias de pareja con orientaciones diferentes: desde las terapias de pareja de orientación psicodinámica, hasta las terapias de pareja de orientación conductual, pasando por las de orientación sistémica.

El Enfoque Humanista.

Se caracteriza por promover el crecimiento personal. Todas las escuelas que se agrupan bajo este epígrafe sostienen una concepción de “existencia ideal” hacia la que todas las personas deben tender. No pretenden curar patologías, su objetivo es desarrollar capacidades.

La Terapia Gestáltica.

Esta escuela de psicoterapia enfatiza la interacción entre el organismo y el ambiente. Se propone como meta fundamental el desarrollo personal, del conocimiento, de la madurez y de la confianza en sí mismo, más que resolver un conflicto o corregir un déficit.

Terapia No-directiva

Se trata de un procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice como procedimiento para evitar dirigir al “cliente”. Es una escuela de psicoterapia que ha tenido una amplia influencia en los presupuestos de otras escuelas de psicoterapia, que asumen posiciones cercanas a la no-directividad, dando protagonismo al rol que juegan los clientes sobre el de los psicoterapeutas. Así, por ejemplo, las Terapias Narrativas o Colaborativas de Anderson y Golishian, que podrían enmarcarse mejor entre los modelos familiares sistémicos, proponen que el psicoterapeuta asuma posiciones sumisivas para dar mayor protagonismo a los clientes.

Hablar de “cliente” en lugar de “paciente” es un cambio que deriva de la influencia de la Terapia No-directiva para significar que no lo consideran como un enfermo que “padece” un malestar, sino una persona competente y dueña de su propia vida, que hace una demanda.

Consejo u Orientación (Counseling)

Son tratamientos que tienen un objetivo pedagógico y de apoyo para lo cual ofrecen información e intercambio de experiencias. Es discutible y discutido si el Consejo u Orientación es o no una intervención psicoterapéutica. Quienes piensan que no subrayan que su fin último no es “curar”, sino orientar, apoyar e informar y argumentan que los tiempos y el formato están muy lejos de las psicoterapias regladas de larga duración en la que un terapeuta cura o ayuda a curar a un paciente enfermo y que, por tanto, no sabe curarse a sí mismo.

En el polo opuesto están los que no encuentran diferencias entre las formas y los fines del “Consejo” con los de algunas escuelas de psicoterapia breve; entre éstas y el Consejo no hay diferencias de tiempos. No directivas, éstas consideran que los que demandan ayuda



psicológica, no son personas enfermas que necesiten cura, y sí personas con problemas y con los recursos suficientes para resolverlos ellos mismos. El psicoterapeuta sólo facilita el cambio.

De la misma manera que pasaba con la Terapia Familiar y con el Psicoanálisis, también pueden distinguirse diferentes formas de Consejo: desde el método Gordon de carácter no directivo e inspirado en la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers.

Referencias bibliográficas

Caro C, Montesano A; 2016. Una mirada a la formulación de casos en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. Revista de Psicoterapia 27, 15-22.

Martín-Romo Mejías, J. (Coord.). (2012). Actualización en modelos y técnicas de intervención psicoterapéutica (2a. ed.). Editorial ICB. <https://elibro.net/es/lc/usanmarcos/titulos/111405>

Oblitas, L. (2008). Psicoterapias contemporáneas. Cengage Learning. <https://elibro.net/es/lc/usanmarcos/titulos/39943>

Bados López Arturo; 2008. La Intervención Psicológica: características y modelos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Castro Correa, A. D. González Ternera, R. y González Ternera, R. (2017). Psicología clínica: fundamentos existenciales (3a. ed.). Universidad del Norte. <https://elibro.net/es/lc/usanmarcos/titulos/70024>

Berenguer, E. (2018). ¿Cómo se construye un caso?: seminario teórico y clínico. Ned ediciones. <https://elibro.net/es/lc/usanmarcos/titulos/121513>

Duque Ana Victoria (2013) Metodologías de intervención social palimpsestos de los modelos en trabajo social. Editorial: Epi-Logos recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000036.pdf>

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica