

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER SCIENTIAE EN INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA
SALUD

**Las inferencias de las formulaciones clínicas del caso de un paciente
multiproblemático desde dos modelos: cognitivo-conductual y
psicoanalítico.**

Autor: Lic. Cristopher Jonathan López Sánchez

Tutora: Dra. Olga Kulakova
Profesora Titular
Departamento de Psicología
UNAN-León

León, mayo, 2022

AGRADECIMIENTOS

Al Dios de mi corazón, por su eterna compañía tanto en el camino espiritual, como en los asuntos terrenos, como esta tesis, un paso más hacia mayores posibilidades de servicio para con mi prójimo.

A mi apreciada tutora, Dra. Olga Kulakova, persona de amplios conocimientos, pero también de amplio corazón, sin su guía esta meta académica no habría sido posible.

A mi familia y amigos, por su incondicional apoyo en todas las etapas y labores de mi vida.

RESUMEN

La formulación clínica de caso ha sido considerada una estrategia que facilita la organización de la información recolectada en un proceso terapéutico y constituye un puente entre la práctica, la teoría y la investigación, cuyo propósito es proveer un conjunto coherente de inferencias explicativas basadas en un marco conceptual específico. El objetivo de la presente tesis fue analizar inferencias implicadas en la formación del caso de un paciente multiproblemático desde dos metodologías: cognitivo-conductual y psicoanalítica, con el propósito de contrastar las formulaciones desde enfoques antagónicos y así visibilizar la adquisición y mantenimiento del problema del consultante y la optimización de acciones terapéuticas. El método que se utilizó fue estudio de caso único de tipo *instrumental*, donde el caso juega un papel de apoyo, facilitando la comprensión del tema objeto de estudio. Para la recolección de datos se utilizaron pruebas psicométricas, entrevistas conductuales y psicoanalíticas. La organización de información y delimitación del problema clínico se fundamentó en análisis funcional y diagrama analítico secuencial. Los resultados mostraron que la formulación cognitiva-conductual ha permitido delimitar el problema mediante las variables medibles, constatables y manipulables de las conductas de evitación y somatización del consultante y, a su vez, la formulación psicodinámica ha permitido explicar la conducta problema desde los rasgos de personalidad. Se concluyó que cada metodología en la formulación de caso ha facilitado el análisis de la información desde sus propios paradigmas, convergiendo en la reestructuración cognitiva del consultante como principal objetivo terapéutico.

Palabras clave. Formulación de caso. Análisis funcional. Análisis psicodinámico, Diagrama de análisis secuencial

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.	9
VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	12
VIII. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	28
IX. FORMULACIÓN DEL CASO DESDE EL ANÁLISIS FUNCIONAL.	29
X. FORMULACIÓN PSICODINÁMICA DEL CASO	41
XII. CONCLUSIONES.....	57
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

I. INTRODUCCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 destaca con claridad que el diagnóstico debe plantearse en el marco de una formulación de caso (conceptualización de caso o formulación explicativa). Un diagnóstico sin formulación del caso nos puede decir algo sobre el trastorno, pero dice muy poco sobre el paciente y menos aún sobre la relación terapéutica y sobre cuánto y cómo las hipótesis del terapeuta ayudan realmente al paciente.

La formulación de caso constituye 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. (Kuyken, 2006; Tarrrier & Calam, 2002). Las formulaciones de casos, como una herramienta científica, ayuda a aumentar la congruencia entre la hipótesis explicativa, métodos e intervenciones, en el entendido que una incongruencia en este sentido pueden provocar efectos negativos importantes en la psicoterapia (Eells, 1997).

El contenido y estructura de la formulación de caso está indisolublemente unida, en forma implícita o explícita, a las visiones de mundo del terapeuta acerca de la etiología de los problemas emocionales, al debate acerca de las enfermedades mentales y a las asunciones acerca de lo que es normal y anormal en el funcionamiento psicológico de alguien (Eells, 1997).

Cada corriente psicológica orienta y explica de manera específica los contenidos, procesos y condiciones de las alteraciones psicológicas y plantea tratamientos desde sus propios paradigmas. El desarrollo del modelo psicoanalítico, así como del cognitivo-conductual, han representado un avance importante para la ciencia clínica, también han limitado el uso de la formulación al manejo exclusivo de sus propios enfoques, lo que implica que no se rescatan la importancia de la formulación como un proceso de organización de información que debe dar respuesta a preguntas sobre la explicación y el mantenimiento del problema, y no a la verificación de postulados teóricos.

Así mismo, es importante aclarar que no se sugiere ignorar los aportes teóricos existentes, lo que se pretende es reconocer el proceso de formulación como una estrategia útil que debe

facilitar la indagación y estructuración de la información de forma que pueda explicar el problema y se ofrezcan los lineamientos necesarios para el establecimiento de metas clínicas y la elección acertada de las estrategias de intervención (Garb, 2009).

Por otro lado, la ciencia no presenta suficiente evidencias que las terapias de la corriente psicoanalítica o algunas técnicas conductuales han logrado conseguir efectos esperados en los consultantes, porque las terapias psicológicas se enfrentan, como fruto de su propio desarrollo, a retos de cada vez mayor complejidad (por ejemplo, al tratamiento de los trastornos de personalidad, de los casos multiproblemáticos o de las nuevas adicciones). El progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas.

Por lo consiguiente, los abordajes de casos clínicos requieren de los aspectos metodológicos más efectivos y con un alto nivel de rigurosidad, de manera que puedan alcanzar satisfactoriamente las metas terapéuticas planteadas. Teniendo como base lo anterior, es importante analizar e identificar los elementos integrativos de los modelos de formulación mediante sus elementos fundamentales: descripción de la problemática, establecimiento de hipótesis explicativas, criterios claros para el diseño de un plan de intervención, y elección de medidas para evaluar el impacto del tratamiento (Curtis & Silberschatz, 2007).

II. ANTECEDENTES

Dentro de las pocas investigaciones sobre el tema de formulación clínica de caso, se ha encontrado que al evaluar las formulaciones de diferentes clínicos, éstas se inclinan a ser más descriptivas que explicativas de la teoría. Se ha encontrado que las formulaciones de distintos clínicos tienden a resumir la información descriptiva más que a integrarla en hipótesis sobre las causas, precipitantes o mantenedores de las dificultades del paciente (Eells, Kendjelic & Lucas, 1998; Bieling & Kuyken, 2003; Haynes & Williams, 2003).

Kuyken, Fothergill, Musa & Chadwick (2005), citados por Ballesteros de Valderrama et al., (2006) explican las limitaciones de la investigación sobre la fiabilidad de la formulación de caso debido a un pobre nivel de acuerdo sobre los aspectos inferenciales de ésta. Estos autores evaluaron las formulaciones del mismo caso hechas por 115 profesionales con diferentes niveles de experiencia usando un método sistemático: el Diagrama de Conceptualización de Caso de J. Beck. Se midió el acuerdo interevaluador y el acuerdo con una formulación de referencia entregada por J. Beck. Los resultados mostraron que sobre aspectos descriptivos, las formulaciones tuvieron elementos de acuerdo, tanto con la formulación de referencia como con las de los demás participantes; sin embargo, los niveles de acuerdo disminuyeron para aspectos que requieren un alto grado de inferencias guiadas por la teoría. Finalmente, tanto los niveles de fiabilidad como los de calidad de la formulación de caso resultaron asociados positivamente con los niveles de experiencia clínica. A conclusiones similares llegaron Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas (2005) con un grupo de 65 terapeutas con diferente nivel de experiencia y orientación (comportamental-cognoscitiva y psicodinámica). Aunque hubo diferencias por la orientación de la terapia, éstas no fueron significativas; la diferencia más fuerte se encontró en el entrenamiento del terapeuta.

En la misma medida, Eells (2001) revisó investigaciones publicadas sobre formulación clínica en los últimos años, encontrando seis artículos que incluyen diferentes aproximaciones a la formulación (Okey, McWhirter & Delaney, 2000; Chance, Bakeman, Kaslow, Farber & Burge-Callaway, 2000; Wilcze, Weinryb, Barber, Gustavsson & Asberg, 2000; Caspar, Pessier, Stuart, Safran, Samstag & Guirguis, 2000; Zuber, 2000; Persons &

Bertagnolli, 1999 citados por Eells, 2001) y concluye que la mayoría de estos estudios muestran alta fiabilidad cuando la formulación es aplicada por quienes han trabajado en ese tema, pero disminuye considerablemente cuando está basada en los juicios de profesionales que la aplican como parte de la práctica cotidiana.

III. JUSTIFICACIÓN

La formulación clínica de caso ha sido considerada una estrategia que facilita la organización de la información recolectada en un proceso terapéutico, con el fin de delimitar los problemas de relevancia clínica que presenta el consultante; establecer las variables relacionadas con la adquisición y mantenimiento del problema; y estructurar un plan de intervención que favorezca el cumplimiento de objetivos terapéuticos y metas clínicas (Godoy & Haynes, 2011).

La formulación de caso clínico es de particular importancia para los psicoanalistas 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 (Haynes y Williams, 2003). 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.

En la formulación del caso se combinan aspectos de ciencia y arte, de teoría y práctica (Eells, T.D., 2007), que reflejan la perspectiva teórica y el estilo terapéutico de cada clínico. El mismo material clínico, en psicoterapeutas distintos, puede generar formulaciones clínicas completamente diferentes. Esto se debe al reconocimiento de que los distintos enfoques en psicología (con los correspondientes marcos epistemológicos) destacan elementos muy diferentes, generando explicaciones distintas para los mismos fenómenos.

En este sentido, el papel de la formulación en el diseño y elección de la intervención y en la coherencia conceptual y al nivel predictivo descansa sobre los modelos de formulación de caso, sea este de tradición conductual o psicoanalítica, dando cabida a distintas formulaciones del caso.

Teniendo como base lo anterior, es importante evidenciar los aportes y limitaciones que puedan tener los abordajes clínicos del mismo caso desde diferentes modelos teóricos. Por lo consiguiente, el propósito de esta tesis es vislumbrar dos vías metodológicas de organizar la

información de un caso multiproblemáticos desde el modelo psicoanalítico y el modelo cognitivo-conductual para ilustrar las variables explicativas del caso, que aportan ambos modelos y que permiten optimizar acciones terapéuticas, llevando a cabo un ejercicio clínico exitoso.

De esta manera se pretende contribuir al entendimiento de las formulaciones clínicas de casos multiproblemáticos cuya organización de la información explica mejor el caso haciendo de esta forma que la práctica clínica sea mucho más eficaz.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto psicoterapéutico, una formulación clínica aporta un valioso conocimiento de lo que está causando o manteniendo los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona y permite llenar el vacío que existe entre diagnóstico y tratamiento.

La investigación actual en psicología clínica ha permitido evidenciar que la sola identificación de una categoría diagnóstica, seguida por la implementación de un protocolo de intervención específico, no siempre permite el abordaje efectivo de un caso clínico, de manera que se puedan alcanzar satisfactoriamente las metas planteadas; debido por una parte, a que no siempre los consultantes cumplen a cabalidad con los criterios para la asignación de una etiqueta diagnóstica, y por otro lado, al hecho que el diagnóstico facilita más una descripción que una explicación del problema del consultante (Castro, 2011), razón por la cual en ocasiones se puede describir ampliamente un problema, pero al no tener claras las variables explicativas, la intervención puede carecer de la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, cada método sistemático en la construcción de la formulación de un caso se basa en los conceptos y principios de un modelo teórico para la elaboración de las formulaciones a partir de la información clínica, sea este el enfoque psicodinámico o cognitivo - conductual. Entonces, ¿cuál de los modelos aporta más los beneficios integrativos en la formulación de caso, y puede explicar mejor el problema, ofreciendo la elección acertada de las estrategias de intervención?

A partir de esta interrogante se plantea la tesis que analiza la delimitación de la conducta problema y aspectos relevantes de un caso multiproblemático, que mejor explican la problemática clínica, desde las metodologías del paradigma cognitivo-conductual y el paradigma psicoanalítico.

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar las inferencias implicadas en la formación del caso de un paciente multiproblemático desde dos metodologías: cognitivo-conductual y psicoanalítica.

Objetivos específicos

1. Formular el caso clínico de un paciente remitido por varias alteraciones psicológicas, como resultados de la pandemia COVID-19, desde el análisis funcional de la conducta.
2. Formular el caso clínico del mismo paciente desde la perspectiva psicodinámica.
3. Contrastar dos formulaciones del caso desde las categorías funcionales y psicodinámicas con relación a los problemas de relevancia clínica y optimización de metas y objetivos terapéuticos.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

Método. *Estudio de caso único.* En la presente tesis, en lo específico, se trata de un estudio de caso *instrumental* (Stake, 1994), en el cual se examinan, se profundizan y se explican aspectos de la formulación de un caso clínico de forma precisa y detallada desde dos corrientes psicológicas (cognitivo-conductual y psicoanalítica), basada en la evidencia. En este tipo de estudio el caso es secundario, juega un papel de apoyo, facilitando la comprensión del tema objeto de estudio.

Criterios de selección del caso.

Los criterios de selección del caso se basaron en elementos básicos concernientes a dicha metodología, éstos fueron los siguientes:

- la accesibilidad de las fuentes primarias, o sea, se contó con los testimonios provenientes por el sujeto-objeto de la investigación, con evidencias que contenían los elementos subjetivos suficientes para realizar su análisis.
- el cuidado sobre las modificaciones a los testimonios que podrían alterar cualitativamente su condición original;
- el caso ofrece suficiente registros para establecer ciertas lógicas subjetivas en la vida del sujeto;

Unidad de análisis.

Son dos las principales unidades de análisis del presente estudio:

- (1) las categorías identificadas del caso desde el análisis funcional de la conducta problema (variables relacionadas con la adquisición y mantenimiento del problema);
- (2) las categorías identificadas desde la formulación psicodinámica del caso sobre la situación del paciente en tres dimensiones: diagnóstica, etiopatogénica y terapéutica.

Técnicas e instrumentos.

- Entrevistas: conductual y profundidad.
- Observación.
- Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado: está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad (la llamada ansiedad – rasgo y la denominada ansiedad – estado), consta de 20 afirmaciones en las que se le pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente.
- Cuestionario Big Five: Evalúa las 5 dimensiones del modelo de los “Cinco Grandes” (energía, amigabilidad, estabilidad emocional y apertura) en la estructura de la personalidad, mide además 10 subdimensiones y tiene una escala de distorsión. Consta de 132 elementos de respuesta múltiple.
- Cuestionario de salud SF – 36: Es una escala que proporciona un perfil del estado de salud, está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.
- Escala de depresión geriátrica: Es la única escala de depresión específicamente construida para personas de la tercera edad, consta de 30 ítems como preguntas y con respuestas dicotómicas sí o no.
- Mini examen cognoscitivo: Instrumento diseñado para la detección de casos de deterioro cognitivo. En total el paciente ha de contestar 30 cuestiones, que exploran la orientación espacio – temporal, memoria inmediata, concentración y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxis,

Estrategia de recolección de datos

Para la recolección de los datos primeramente se contactó al paciente, se le explicó el objetivo del estudio y la importancia de su participación, además se solicitó su consentimiento informado verbal, posteriormente se desarrollaron 4 entrevistas en su hogar (debido a la naturaleza de su problema no fue posible realizar entrevistas en consultorio), durante las sesiones se recopiló información acerca de la historia de vida de la persona además del historial de su padecimiento. Para evitar la toma de notas y la posible distorsión de la información, además de facilitar el proceso de observación, esta fue grabada en audio (con previa autorización del participante), para luego ser transcrita y analizada. Para la aplicación de los instrumentos se entregó al entrevistado un cuestionario al finalizar cada sesión, para ser llenado por el mismo en el momento que le pareciera oportuno. Cada prueba fue interpretada según siguiendo las orientaciones de su manual.

Consideraciones éticas.

- El entrevistado fue informado acerca del uso de los datos para motivos investigativos, además se solicitó su consentimiento expreso de manera verbal y voluntaria. Además, se le explicó que posee la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desea.
- Para proteger la privacidad del paciente se ha omitido su nombre, el de su familia y algunas partes del relato que pudieran identificarle, además las grabaciones de audio han sido eliminadas.
- La investigación ha sido llevada a cabo por motivos científicos, debidamente justificados en el protocolo, por un profesional de la salud debidamente capacitado y autorizado por la legislación nicaragüense.
- Se explicó además los riesgos y beneficios del estudio, entre ellos la posibilidad de incomodidad por parte del entrevistado debido a los temas a tratar y el beneficio de continuar con el proceso terapéutico gratuito una vez finalizada la evaluación.

VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A. Corriente psicoanalítica

El término psicodinámico se suele identificar con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna. Abarca una teoría de la estructura de la estructura y desarrollo de la personalidad, así como de la psicopatología, la relación terapéutica y el proceso terapéutico. En el psicoanálisis el ser humano no sólo es un ser racional, sino que a duras penas resulta razonable, el hombre es como un animal gobernado por fuerzas instintivas que desconoce. Feixas, G (1993).

a. Definición de la evaluación psicoanalítica

En su libro “Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica” Mckinnon, R (2008) nos explica que una formulación psicodinámica ofrece una descripción de la experiencia mental, de los procesos psicológicos subyacentes, sus orígenes hipotéticos y su importancia clínica. Proporciona una base racional para el paciente. Mientras la entrevista sea la herramienta central de la psicología, la psicodinámica seguirá siendo una ciencia básica esencial. En la actualidad también proporciona la comprensión más exhaustiva y clínicamente útil de la motivación humana, la patogenia y el tratamiento de muchos trastornos.

Por su parte en el libro de “Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos” Feixas, G (1993) cita a Greeson (1967) quien divide los procedimientos técnicos de la evaluación psicodinámica como:

1. Para la producción de material: asociación libre, reacciones transferenciales y resistencias.
2. Para el análisis de material: confrontación, aclaración, interpretación y construcción.
3. Procedimientos no analíticos: catarsis, sugestión y manipulación.

b. Investigaciones psicoanalíticas

Sanchez, D (2016) en su artículo “*Estudio de caso: una manera de investigar en psicoanálisis*” Explica que el psicoanálisis no está ceñido bajo las condiciones propias de la ciencia positiva, pero tampoco se encuentra en los terrenos del dogmatismo teórico-práctico. En este contexto la investigación psicoanalítica está basada fundamentalmente en las elaboraciones subjetivas y singulares de un sujeto y metodológicamente orientado por aquello que Freud denominó asociaciones libres. Esta operación consiste básicamente en invitar al paciente a decir todo lo que se le ocurra sin censurar nada, dichas producciones son interpretadas en el contexto del análisis bajo la lógica de la transferencia. En lo concerniente al analista estas interpretaciones no están desvinculadas de la experiencia propia de su análisis, al contrario, es necesario encarar la práctica con la asimilación misma de nuestro análisis.

Freud en sus elaboraciones de 1915 y 1918 será enfático al señalarnos que más lejos se llega en la investigación de los fenómenos psíquicos si uno se hace analizar por un analista experto, si se vivencian en el yo propio los efectos del análisis y se aprovecha esa oportunidad para atisbar en el analista la técnica más fina del método. En otras palabras, la experiencia del análisis permite sostener una posición ética frente a las producciones de los pacientes, al mismo tiempo que posibilita subjetivar los elementos de la técnica. Para ser más precisos, se trata concluyentemente de que la intervención analítica no se vea mediatizada por las construcciones sintomáticas del propio analista, tenemos: “Durante el análisis a veces el psicoanalista está en peligro de ser convencido por el paciente; convencido y a veces fascinado, casi por una hipnosis por parte del paciente... Miller, J (2009).

Dicho esto, el análisis propio hace posible interrogarnos sobre las dificultades que se presentan en la práctica clínica-investigativa, no es suficiente con intervenir, es preciso saber sobre los efectos de estas intervenciones. Es así como lo señalado coloca a la investigación psicoanalítica en una singular posición frente al saber que produce, a diferencia de otras disciplinas donde el saber sobre el objeto y la posición del investigador se congelan en función de un viejo dogma de la investigación social denominada neutralidad valorativa” (Sánchez, D. 2013).

c. Establecimiento de Pierre Rivière por Michel Foucault.

La elaboración de un caso permite investigar la subjetividad humana y los contextos discursivos en los que acontece, independientemente del tiempo entre lo ocurrido y su abordaje (Grinsvall & Lora, 2012). Es el resultado sintético de aquellos modos en que una época y una sociedad determinada racionalizan y establecen las formas de incidir en los fenómenos que le son propios. Gracias a estos abordajes se puede explicar el funcionamiento de ciertos dispositivos que obligan a callar lo “infame” (Foucault, 1992). Entendiendo que en cada sociedad la producción de un discurso está controlado, seleccionado y redistribuido por una serie de procedimientos que tienen como función conjeturar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad (Foucault, 2009, 14).

El caso que nos ocupa, a saber “Pierre Rivière, un parricida del siglo XIX” nos enfrenta a una serie de entramados de discurso que se sostienen en un común denominador: el eclipsamiento de las cualidades subjetivas implícitas en un acto criminal (Sanchez, 2014). Se trata de inicio, del expediente judicial de un acontecimiento que por más de un siglo permaneció en las sombras del olvido. Foucault en 1971 con el propósito de estudiar la historia de las relaciones entre la psiquiatría y la justicia penal se tropieza con Pierre Rivière, su interés por los archivos históricos y la fascinación de cómo estos permiten evidenciar aquello que no fue leído en su época por que la misma contemporaneidad de los discursos lo impedía (Capurro, 2004), condujeron al autor a emprender en el Collège de France un seminario que culminaría con la publicación de un libro referente al caso en 1973. El volumen final reúne todo lo que se escribió durante y después al crimen; su orden cronológico, expedientes judiciales, entrevistas, archivos médicos, etc. con la finalidad de describir el camino que siguió el caso (Foucault, 2009). La intención de exponer públicamente el hecho se enmarca en la posibilidad de abrir el suceso a nuevas lecturas y otras racionalidades, interrogando siempre la articulación realizada por la maquina jurídica de aquella época que traduciendo el acto y hablando por el sujeto hacen ver “una serie de estereotipos mentales, que ésta no puede eludir” (Foucault, 2009).

En este sentido, la labor de Foucault y sus colaboradores cobra importancia, la articulación final del expediente condensa al menos tres principios propios del quehacer investigativo por

la vía del caso: Se trata de un encuentro singular y sorprendente con el suceso favoreciendo una lectura sin sesgo valorativo por parte de éstos; Hacen de este hecho relegado a las sombras del olvido un suceso abierto a futuras interpretaciones, en tanto que las memorias de Pierre Rivière conservaran su contenido tal y como fueron escritas por el propio autor; Se cuida a detalle y se evita cualquier intento de hablar por el sujeto, procurando conservar incluso los aspectos más nimios. Sanchez, D (2016)

d. Formulación psicodinámica del caso (FPC).

En la FPC se combinan aspectos de ciencia y arte, de teoría y práctica, que reflejan la perspectiva teórica y el estilo terapéutico de cada clínico (Eells, 2007).

La FPC se caracteriza por apoyarse en la teoría psicoanalítica, lo que determina una particular actitud del psicoterapeuta. Como señala N. McWilliams, (2003) «Formular un caso [psicoanalíticamente] es un proceso subjetivo, especulativo, individualizado, y comprensivo. Requiere alcanzar el sentido de la vida interior [...] del mundo privado [...] poniéndose en la piel de la persona [...] permitiendo que la psicología del paciente tenga un impacto en la nuestra». También la guía clínica para la Formulación de Casos Clínicos de la Sociedad Británica de Psicología (2011) recomienda prestar atención a los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Como señala R. Leiper, (2014) «La formulación [...] es la lucha continua del psicoterapeuta para hacer significativo —mentalizar o simbolizar— lo que aparece confuso y sin forma en la experiencia».

La FPC, por estar basada en el enfoque psicoanalítico, destaca en especial ciertos aspectos del paciente, del tratamiento y de la evolución. El terapeuta de orientación psicoanalítica tiene en mente colocar los problemas específicos del paciente dentro de una comprensión amplia de su subjetividad y de su historia y también del modo como se vincula al terapeuta.

Las terapias psicodinámicas son más útiles cuando el paciente está en disposición de trabajar sus problemas actuales (que constituyen el foco inicial del tratamiento) dentro de una comprensión más general de los conflictos y dramas de su vida, comenzando por los que acepta conscientemente, pero estando abierto a revisar los que inconscientemente busca desconocer. El trabajo terapéutico psicoanalítico es más productivo en las personas que

logran relacionar estos conflictos actuales con la forma en la que vivieron su historia pasada y con sus sueños, fantasías y deseos más íntimos. Esta comprensión de uno mismo y de su historia se vuelve más efectiva en la medida en que se une con el darse cuenta de cómo sus problemas se repiten en sus vínculos actuales y especialmente con el terapeuta (relación transferencial-contratransferencial). Esto último permite ver, como en un microscopio, los factores que llevan a la repetición de los problemas y también los caminos que hacen posible modificarlos. La alianza terapéutica resulta fundamental para el progreso del trabajo terapéutico. Esta alianza implica algo más que una disposición favorable o amable hacia el paciente; por el contrario, debe generar un espacio donde sean posibles encuentros y desencuentros, rupturas y reparaciones, que le ofrezcan al paciente nuevas experiencias relacionales. Esto requiere tener en cuenta la singularidad tanto del paciente como del terapeuta.

Disponer de una FPC ayuda a que el terapeuta tenga una visión más clara, reflexiva y compartible sobre las hipótesis que lo guían y el grado en que esto se confirma en la marcha del tratamiento. Pero también es un documento al que el paciente puede tener acceso, y que en el caso de que reinicie otro tratamiento permite que esa información llegue al nuevo terapeuta. Para las instituciones de salud la FPC, al igual que toda formación de casos clínicos, y la historia clínica misma son documentos imprescindibles para planear, monitorear y evaluar la asistencia brindada, y ofrecen mayores garantías para la seguridad del paciente. La FPC puede también adaptarse para fines docentes, brindando una perspectiva global sobre el paciente, el tratamiento y la evolución; aporta elementos que pueden enriquecer los encares docentes o los informes psicológicos. Permite además comparar tratamientos realizados con diferentes enfoques psicoterapéuticos, y examinar en qué punto distintas corrientes ponen el acento y qué respuesta obtienen del paciente. La FPC, al igual que toda formulación de casos clínicos, es una herramienta útil para la investigación clínica y para complementar ésta con otras formas de investigación. Hace posible investigar el grado de confiabilidad o de acuerdo entre distintos terapeutas, comparar sus similitudes y diferencias y estudiar la validez predictiva de las hipótesis que formula el terapeuta, así como su validez concurrente con las evaluaciones que pueden realizarse con otros instrumentos de investigación de valor comprobado.

A. Corriente cognitivo-conductual

En el libro de “Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos” Feixas, G (1993) menciona que 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 psicodinámico. La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta 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. Para ello desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Además, los terapeutas de conducta conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica.

a. Definición de la evaluación conductual

La evaluación conductual no se considera un conjunto único de instrumentos y tácticas de evaluación sino un paradigma de evaluación psicológica. Un paradigma de evaluación es una forma de concebir y llevar a cabo el proceso de evaluación que influye en el foco, contexto, individuos, forma y herramientas de evaluación, así como en la estrategia de integración de los datos obtenidos, la elaboración de los juicios clínicos y las decisiones que se tomen a partir de ellos. Como tal, el paradigma de evaluación conductual enfatiza la utilización de numerosos y diversos métodos, así como fuentes de evaluación, fundamentados empíricamente, que serán utilizados para la evaluación tanto de conductas específicas, observables y actuales, como de variables causales del contexto natural. Desde este paradigma se subraya la importancia del uso de instrumentos sometidos a un proceso de validación adecuado, y se asume que las variables socio-ambientales, cognitivas y fisiológicas frecuentemente explican un porcentaje importante de la varianza conductual (Haynes y O'Brien, 2000).

De forma más específica se puede definir la evaluación conductual como un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente inferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas a un proceso previo de validación, la identificación de relaciones funcionales, y el establecimiento de conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones, con distintos procedimientos y a lo largo de diferentes momentos temporales. Esta forma de evaluación permite un análisis preciso y objetivo, que promueve la adaptación de las técnicas de intervención al trastorno concreto y a las características del caso. El principio cardinal que guía la evaluación conductual es que la evaluación psicológica debe estar fundamentada en principios científicos de indagación e inferencia. La evaluación conductual presume que una orientación científica hacia la evaluación psicológica conducirá necesariamente a conseguir un conjunto de métodos de evaluación de alta efectividad y a la generación de modelos de trastornos válidos y útiles. De esta forma, los métodos y la aplicabilidad de la evaluación conductual evolucionarán necesariamente en la medida en que se amplíe el conocimiento sobre los fenómenos objeto de medida y sus métodos vayan depurándose. Los tres principales elementos de interés de la evaluación conductual son: a) la medida del cambio, b) la identificación y medida de las relaciones funcionales, y c) la medida de estos dos aspectos en individuos y grupos concretos. De esta forma, la evaluación conductual puede utilizar medidas de series temporales (medidas recogidas secuencialmente en el tiempo) para identificar los patrones de cambio de un comportamiento y su relación con ciertas variables. La identificación de relaciones funcionales es esencial para conocer las variables que controlan la conducta de un individuo (antecedentes o consecuencias de dicha conducta) y desarrollar intervenciones adaptadas a los objetivos, teniendo además en cuenta que las personas suelen presentar no sólo uno, sino múltiples problemas conductuales funcionalmente relacionados. Por último, los problemas cambian a través del tiempo y de los contextos, presentando diversas facetas y dimensiones que pueden diferir sustancialmente a través de las personas.

La evaluación conductual focaliza el énfasis de la evaluación en la conducta, dicho de otra forma, en lo que el individuo hace. Desde sus inicios la evaluación conductual estaba asociada al uso de la observación conductual sobre la conducta manifiesta o abierta y a la manipulación de variables contextuales que se suponía controlaban el comportamiento en el

medio natural o análogo. Posteriormente en la medida en que las variables cognitivas y relacionales cobraron mayor relevancia en la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en general y en la evaluación conductual en particular, la observación conductual se ha ido complementando con otros procedimientos de evaluación como entrevistas, auto-observación, cuestionarios, evaluación psicofisiológica, evaluación *online*, etc.

b. Evaluación cognitiva conductual

Los modelos cognitivos de conducta anormal han alcanzado especial relevancia en los últimos 25 años en la TCC. Este hecho ha influido necesariamente en la evaluación conductual que ha debido generar instrumentos que permitiesen la evaluación de las variables encubiertas implicadas. Entre las variables cognitivas relevantes de evaluación se encuentran las auto-verbalizaciones asociadas con diferentes problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. La naturaleza encubierta de estas variables ha influido necesariamente en la naturaleza de la evaluación conductual, que ha pasado a incorporar conductas no observables directamente y ha propiciado el desarrollo de técnicas específicas para la evaluación de dichos contenidos y procesos cognitivos. Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de los contenidos cognitivos son los auto-registros y los inventarios cognitivos auto-informados. A lo largo del Curso el alumno encontrará los instrumentos de este tipo más utilizados en cada una de las áreas revisadas.

c. Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual

La diversidad de métodos e instrumentos de evaluación es una de las fortalezas del paradigma de evaluación conductual; sin embargo, cada método e instrumento es diferencialmente aplicable y útil en función del problema, objetivo, población y contexto en que se plantee su uso. Personas diferentes, diferentes contextos o culturas y diferentes objetivos y problemas, requieren diferentes métodos de evaluación.

La elección de un método u otro de evaluación dependerá, por tanto, de las características de la conducta, del individuo evaluado, de los objetivos de la evaluación, del contexto de

evaluación y de los recursos disponibles. Además la aplicabilidad y utilidad de los distintos métodos de evaluación individual estará también afectada por las siguientes variables:

- ***Nivel de desarrollo intelectual del cliente.*** Es obvio que la capacidad cognitiva será un factor determinante en la decisión del método de evaluación. La comprensión de la metodología y los objetivos de evaluación son elementos básicos en muchas estrategias de evaluación.
- ***Grado de afectación del funcionamiento cognitivo.*** Los datos procedentes de algunos métodos de evaluación pueden verse muy afectados por la afectación cognitiva que el sujeto evaluado pueda tener (e.g. entrevista, auto-registro, auto-informes). Posibles problemas neurológicos, medicaciones, deterioro cognitivo por adicciones, traumatismos, etc. son elementos relevantes a la hora de decidir qué método utilizar, o de establecer el grado de fiabilidad de la información obtenida.
- ***Reactividad al método de evaluación.*** Algunas formas de evaluación afectan a las variables medidas cuando son utilizadas en algunos contextos, circunstancias, o personas, modificando su ocurrencia. Por ejemplo, es de sobra conocido el efecto regulatorio de la auto-observación sobre la conducta que se observa, generalmente reduciendo su frecuencia.
- ***Posibilidad de cooperación de las personas del entorno.*** Muchos métodos de evaluación implican la participación de personas allegadas: familia, profesores, miembros de la plantilla de la institución, etc.
- ***Coste de los métodos de evaluación.*** Es obvio que la utilización de algunos métodos de evaluación como la observación en vivo o la evaluación psicofisiológica requieren una cantidad y tipo de recursos que pueden hacerlos prohibitivos para algunos evaluadores, tanto en términos económicos, como teniendo en cuenta el tiempo de administración y corrección. Los métodos de evaluación más costosos suelen ser frecuentes en instituciones de investigación como las universidades que reciben soportes para sus trabajos. Su uso en el contexto clínico habitual, donde el terapeuta tiene un tiempo limitado, está mucho más limitado.
- ***Restricciones y contingencias del propio evaluador.*** Algunas veces las estrategias de evaluación son dictadas por las posibilidades del propio evaluador. Por ejemplo, es poco

viable en una consulta privada llevar a cabo la formulación completa de un caso de auto-lesiones en un niño autista, utilizando la manipulación sistemática de posibles variables relacionadas (e.g. para determinar si la conducta auto-lesiva está mantenida por reforzamiento social, por reforzamiento negativo al acabar con las demandas, si es una conducta auto-estimuladora, etc.). La inversión de tiempo y el coste de la evaluación lo hacen prácticamente inviable.

d. El análisis funcional en la evaluación conductual

La integración de los datos de la evaluación conductual es importante en cualquier juicio clínico, y especialmente en la formulación del caso. Esta formulación del caso integra en un modelo las medidas pre-intervención, los juicios clínicos derivados de ellas y el diseño de un programa de intervención a partir de ambos. El análisis funcional proporciona una guía de formulación de casos clínicos que puede definirse, de forma muy general, como modelo exploratorio de los problemas del paciente y de las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas.

Se puede afirmar que el análisis funcional es el elemento cardinal de la evaluación conductual, pues este proceso tiene implicaciones sobre cualquier elemento de la EC. El término *análisis funcional* proviene del concepto *skinneriano* de *análisis experimental* de la conducta, y fue acuñado por el propio Skinner para referirse a las demostraciones empíricas de las relaciones causa-efecto, identificadas entre el contexto y la conducta.

El término *funcional* puede ser usado de dos formas. Una de ellas se refiere al efecto que una conducta tiene sobre el medio; dicho de otra forma, al propósito o función del comportamiento de un individuo sobre su entorno (e.g. la función de los gritos de un niño de tres años puede ser el atraer la atención de sus padres). El segundo uso tiene que ver con la relación de contingencia que se establece entre dos variables, donde una cambia en función de la presencia o ausencia de la otra (e.g. las conductas agresivas de una niña hacia su hermana aumentan cuando la madre está ausente, y disminuyen cuando está presente).

El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establezcan las variables que determinan la conducta

problema y que se pueden controlar para el cambio. Podemos, por tanto, definir el análisis funcional como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, las conductas problema y sus consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta.

Las hipótesis funcionales que se generen durante esta fase de la evaluación conductual deben cumplir tres criterios (Kern y Dunlap, 1999):

- Estar basadas en la información que se ha obtenido previamente en la fase de recogida de datos de la evaluación conductual.
- Especificar variables que sean medibles, contrastables y manipulables.
- Que el paciente y las personas implicadas (e.g. el mismo paciente adulto o el adolescente y sus padres, o los padres en el caso de niños pequeños) estén de acuerdo en que el modelo que configuran dichas hipótesis represente una síntesis razonable y verosímil de la información obtenida en la evaluación previa.

La verificación del modelo de mantenimiento de conducta articulado en hipótesis concretas, se puede realizar previamente a la intervención o a lo largo de la intervención (la forma más habitual), pues el éxito del tratamiento (diseñado a partir del modelo establecido por el análisis funcional) es un índice del grado de adecuación de las hipótesis.

e. Elementos del análisis funcional

Los tres elementos fundamentales del análisis funcional son la conducta (o conductas) problema que presenta la persona que acude a consulta (a la que con frecuencia se denomina como conducta objetivo o Respuesta problema) y sus determinantes funcionales, que son las situaciones o circunstancias que preceden dicha conducta (Estímulos antecedentes) y aquellas que la siguen (Consecuencias). Junto a estos tres elementos básicos, muchos autores consideran un cuarto elemento adicional, las variables del Organismo, por su posible influencia en la aparición de la respuesta problema. La relación funcional entre estos cuatro elementos suele describirse con las iniciales de sus nombres, es decir con las siglas E-O-R-C. Por su relevancia en la aparición y mantenimiento del problema, y por tanto, en el análisis

y formulación del caso, comentaremos estos elementos, haciendo especial referencia en este tema dedicado a la evaluación, al tipo de información a la que se debe atender y recoger en cada caso. En el próximo tema (dedicado al estudio de los procedimientos terapéuticos) se volverán abordar estos elementos, por su relación con muchas de las técnicas de intervención que en él se tratan.

- *Respuesta problema.*

Es la conducta objetivo de evaluación. Nos permite conocer las características del problema por el que nos consultan (qué es lo que le pasa a la persona). A nivel de recogida de información, supone recopilar los datos descriptivos del problema que posibilitarán su análisis en términos topográficos, pudiéndose delimitar (cuando proceda) los parámetros temporales relevantes, (frecuencia de aparición y duración de la conducta problema) o su intensidad.

Al describir la conducta objetivo hay que procurar atender a todas las posibles manifestaciones de dicho problema, especificando siempre que sea posible, los tres niveles en los que esa respuesta se manifiesta (el triple sistema de respuesta): nivel conductual (lo que el paciente hace o deja de hacer), nivel cognitivo (lo que piensa) y nivel fisiológico (lo que siente). Ejemplos de lo dicho, a nivel conductual, son conductas como: interrumpir o dejar de hacer alguna actividad necesaria (en adultos), gritar, pegar al hermano, llorar, no obedecer una orden, (en niños), etc. A nivel cognitivo: pensamientos, imágenes, recuerdos; y a nivel fisiológico: sentir taquicardia, sudoración, temblores, nerviosismo, etc.

Hay que tener presente que, a veces, una misma conducta puede ser considerada desde perspectivas diferentes. Por ejemplo, (en niños) cuando los padres se quejan de que su hijo deja la ropa tirada en el baño en vez de llevarla al cesto de la ropa sucia, podríamos considerar como conducta problema tanto lo que el niño hace (dejar tirada la ropa sucia en el baño) como lo que no hace (llevarla al cesto de la ropa sucia); o lo que es lo mismo: lo que el niño hace (desobedecer, no cumplir las normas) y lo que no hace (obedecer, cumplir las normas).

Asimismo, en las intervenciones es frecuente tener que considerar, de forma simultánea, como posibles conductas objeto de evaluación tanto el comportamiento del paciente como la

conducta de los agentes implicados en el problema, normalmente los padres (en casos infantiles) o familiares que interactúan con el paciente.

Como se verá en un próximo apartado, todas estas posibles manifestaciones del problema en sus tres niveles de respuesta, son las que deberemos atender para delimitar y definir operativamente la conducta (o conductas) objeto de análisis.

- *Antecedentes.*

Son las situaciones o circunstancias que preceden a la emisión de la conducta problema (qué pasa antes de aparecer el problema). En este caso, se trata de recoger información sobre las situaciones y condiciones en las que se produce la conducta problema y que se comprueba estén funcionalmente relacionadas con su ocurrencia. En términos de aprendizaje estaríamos hablando de estímulos discriminativos o condicionados que determinan la aparición de la conducta objeto de estudio (e.g. la presencia de la abuela como estímulo antecedente y determinante de la aparición de la conducta de llanto del niño).

A veces es necesario considerar estímulos antecedentes que aunque puedan estar alejados del momento de aparición de la conducta problema (estímulos lejanos, remotos o históricos) han quedado fuertemente vinculados (condicionados) con dicha respuesta y siguen pudiendo influir en su aparición. Por ejemplo, una experiencia atemorizante vivir experiencias del fracaso, de ser ridiculizado en público, separaciones traumáticas, ser agredido por un perro, todas estas situaciones pueden determinar que el paciente emita una conducta problema en cuanto nos acercamos a una situación vivida, persona o lugar que nos evoca el recuerdo. Cuanto más separado está temporalmente el antecedente de la respuesta problema, más difícil va a resultar identificar con precisión su vinculación funcional con el problema actual. Además, y en sentido estricto, hay que considerar que en el momento actual, lo más normal es ya no sea el propio antecedente remoto el que determine la aparición de la respuesta, sino el recuerdo (actual) de dicha situación.

Al identificar y analizar los antecedentes, además de las situaciones o acontecimientos observables (estímulos externos) hay que considerar los posibles estímulos antecedentes

internos. Como puede verse en el ejemplo anterior, un pensamiento o recuerdo (variable cognitiva) puede ser el antecedente o determinante situacional de una respuesta problema.

- *Consecuencias.*

Ahora se trata de identificar las situaciones o circunstancias que siguen a la emisión de la conducta problema (qué pasa después) así como de la función que está cumpliendo dicha conducta objetivo (qué se consigue con la emisión de la respuesta problema). Retomando un ejemplo previo, las consecuencias de la conducta de llanto del niño que llora cuando ve a la abuela, serían que la abuela tome al nieto en brazos y, evidentemente, que éste deje de llorar.

En términos de aprendizaje vemos que tanto la conducta del niño (llorar) como la de la abuela (coger en brazos al menor) quedarían reforzadas y tenderían a repetirse en futuras ocasiones (consecuencias positivas). Así, la conducta de llanto del menor queda reforzada positivamente (ya que éste consigue algo apetecible, que le tomen en brazos), y de forma simultánea la conducta de la abuela al tomarle en brazos quedaría reforzada negativamente (ya que con ella evita algo aversivo para ella, como es ver llorar a su nieto). En otros casos, por el contrario, a la conducta problema pueden seguirle consecuencias negativas (e.g. castigo, o extinción) produciendo la disminución o eliminación de dicha conducta. En el ejemplo citado, si la abuela no presta atención al llanto del niño y no le toma en brazos, el llanto acabaría por extinguirse. Al igual que veíamos al estudiar los dos elementos previos, en el caso de las consecuencias es necesario saber identificar no sólo las consecuencias externas, fácilmente observables (e.g. que el niño deja de llorar), sino también las consecuencias internas (e.g. la satisfacción de la abuela). Este hecho va siendo más importante cuanto mayor es la edad del niño y pasa a ser vital en la adolescencia; de hecho, muchos de las consecuencias que influyen en el comportamiento de niños mayores y adolescentes son internas, bien en forma de auto-refuerzos (e.g. auto-alabanzas, orgullo, satisfacción, etc.) que incrementan la posibilidad de ocurrencia de la conducta a la que siguen, o en forma de de auto-castigos (e.g. auto-reproches, vergüenza, frustración, etc.) que disminuyen o incluso eliminan la conducta previa.

Finalmente, cabe considerar no sólo las consecuencias que siguen de forma inmediata a una determinada conducta (consecuencias a corto plazo), sino que a veces es conveniente tener

en cuenta también las consecuencias a medio y/o largo plazo. En algunos problemas (e.g. en los problemas de obesidad, fumar, beber alcohol, etc.) las consecuencias a largo plazo de las conductas problema son especialmente relevantes y conviene saber identificadas para su consideración en el análisis y formulación del caso. A este respecto, es necesario hacer alguna precisión, de forma similar a cómo se hizo en el caso de los antecedentes. Cuanto más alejadas están las consecuencias de la ocurrencia de la respuesta problema, más difícil es establecer su relación funcional con la conducta a la que, supuestamente, están vinculadas. En sentido estricto, más que hablar de consecuencias a largo plazo deberíamos estar hablando de posibles repercusiones a largo plazo (concepto que deja abierta la puerta a la influencia de otros posibles factores). Por ejemplo, si estamos analizando la conducta de fumar de un adolescente, podremos considerar como una consecuencia a medio o largo plazo la posible ocurrencia de problemas respiratorios futuros (algo que el adolescente, evidentemente, no se plantea). Pero si queremos hacer el análisis funcional, es más lógico que lo consideremos como posibles repercusiones de la conducta de fumar, a largo plazo, que como consecuencias (en sentido estricto). Realmente, si en un momento futuro se dieran esos problemas respiratorios, la posible influencia del tabaquismo debería ser considerada junto a otros posibles factores (e.g. virus, enfriamiento, etc.).

- *Variables orgánicas.*

Junto a los tres elementos básicos que se acaban de señalar, es conveniente identificar y recoger información de ciertas variables del organismo (e.g. sueño, enfermedad, cansancio, etc.) que pueden influir en la ocurrencia (o ausencia) de la respuesta problema, incrementando o disminuyendo (modulando) su frecuencia de aparición. Son variables que no determinan directamente la ocurrencia de la conducta problema, pero que sí pueden influir en la fuerza de la respuesta. Volviendo con el ejemplo previo, que el niño esté enfermo o sano, cansado o descansado, va a influir en que lllore más o menos en presencia de la abuela. Ni la enfermedad ni el cansancio son los determinantes de la aparición del llanto (el determinante es la aparición de la abuela), pero sin duda son variables que van a modular la respuesta problema de este niño.

En un sentido similar podrían considerarse ciertas características psicológicas relativamente estables en un individuo, como los rasgos de personalidad (e.g. rasgo de ansiedad).

VIII. PRESENTACIÓN DEL CASO

a. Identificación del paciente;

José es un contador retirado de 63 años, casado.

b. Motivo de consulta

Acude a consulta debido a recomendación de su médico, al que ha consultado debido a dolores de espalda.

c. Padecimiento actual

Actualmente los dolores han llegado a afectar sus actividades del día a día tales como sus labores del hogar. Como síntomas agregados, tiene temor a enfermarse, por lo que durante todo el período de la pandemia ha evitado salir de casa. Menciona también tener problemas de memoria e insomnio.

d. Datos familiares.

José es el segundo de 13 hijos, sus padres aún viven. Actualmente vive solo con su esposa, sus dos hijos dentro del matrimonio les visitan de vez en cuando. Tiene además 2 hijos por fuera con los que tiene poca relación.

e. Historia del problema

Los dolores empezaron en 2018, luego de largos períodos de estrés provocados por percepciones de peligro para él y su familia, han aparecido en diferentes partes del cuerpo, al comienzo fue en los pies, no son permanentes, pero cuando aparecen llegan a ser incapacitantes, por lo cual José evita actividades físicas que sabe le causarían la crisis. Cabe señalar que el dolor ha empeorado con el tiempo, el período de pandemia no ha hecho sino empeorar sus los síntomas. Su doctor ha mencionado que el dolor podría estar relacionado con neuropatía diabética, sin embargo, él no padece diabetes, en todo caso no han logrado llegar a un tratamiento efectivo para tratarlo, únicamente menciona que los síntomas mejoran cuando va a terapia con masajes, esta es primera vez que acude a consulta psicológica.

IX. FORMULACIÓN DEL CASO DESDE EL ANÁLISIS FUNCIONAL.

1. Problemas de comportamiento auto-informados (la definición de la conducta problema)

Conducta evitativa

- Nivel conductual: Rehusarse a salir de casa, mantener la casa cerrada todo el tiempo, evita estar cerca de sus familiares y todo contacto físico, rituales de limpieza, paga seguro de vida y de muerte, usar mascarillas dentro de casa.
- Nivel cognitivo: Rumiación (temor a enfermarse y a la muerte).
- Nivel fisiológico: Insomnio, síntomas de ansiedad al salir de casa y estar en contacto con otras personas.

Dolor

- Nivel conductual: Evita hacer esfuerzos físicos y labores del hogar, Visita constantemente al médico, realiza ejercicios de estiramiento.
- Nivel cognitivo: Temor a tener una enfermedad grave.
- Nivel fisiológico: Dolor de espalda, acidez y reflujo, insomnio.

2. La identificación de los antecedentes de la conducta objetivo.

Conductas de evitación

- **Vivencia del padecimiento de coronavirus.**

“No me gustaría volver a vivir la experiencia, no por lo que sentí sino por los síntomas que siento ahora, me siento bien y volver a enfermarme... no me gustaría vivirlo nuevamente, lo importante es enfrentar la enfermedad. Nada positivo se podría sacar de esa enfermedad, todo es malo, desde la misma vida que llevas ahora de evitar el contagio es terrible, a tus hijos no los debes abrazar, mis hijas vienen y estamos con mascarilla, mi esposa y yo somos los precursores de las medidas drásticas, ella también se enfermó bien mal con oxígeno y todo, yo estuve como 10 o 12 días con oxígeno cuando la tos era

incesante, el estar tosiendo te agota y debilita, con el oxígeno dejas de toser, los dos vivimos momentos difíciles y nos pusimos de acuerdo. Ella como se vio tan mal se quedó en un cuarto distinto, así hemos quedado, ella a veces sale a ver a su familia y ellos no se cuidan, ella va con ese riesgo y si le pasa algo no quiero que me pase a mí también, no es cuestión que porque ella se muere yo también me voy a morir”.

- **Consumo excesivo de noticias.**

“Desde que el teléfono vino, casi no veo tv, soy arrecho a estar en el teléfono, paso al menos 6 horas al día en el teléfono, a mí me gusta el billar y hay sistemas que memorizar, me gusta ver jugar a profesionales, a veces lo veo en el tv”.

- **Percepción de vulnerabilidad económica derivada de su infancia llena de carencias económicas.**

“Tuve una infancia difícil por la pobreza”.

- **Consulta únicamente médicos privados y clínicas costosas.**

“Cuando me enfermo me aflijo, recuerdo cuando me dio apendicitis tenía dinero, 1500 dólares en la clínica se gastó, si te agarra sin dinero es grave, el virus me agarró sin dinero”.

“Cuando me enfermo me aflijo, si siento algo inmediato voy al médico, soy catastrofista, siento que algo malo puede suceder”.

“Durante mi padecimiento de coronavirus caí en manos de médicos inescrupulosos, todos privados, me recomendaron varios y el que me sacó un poco fue uno con el que me llevó el diablo porque tiene laboratorio y farmacia, diario me hacía examen a cada rato, mis hijas se fijaron y me dijeron que ese doctor lo que estaba haciendo era sacar todo el

dinero que pudiera, les decía que eran locas, pero me di cuenta que me mandaba hasta 3 exámenes diarios y no me daba resultados escritos, solo por teléfono y sino venía con medicamento de 400 pesos, 800 pesos, 2, 3 veces al día, consultas de 20 minutos 500 pesos, diario se llevaba mínimo 2000 pesos”.

- **Crecer en lugares violentos donde ha sido testigo de muertes por ajustes de cuenta.**

“Que yo los vea que le dispararon solamente a dos muchachos el mismo día, resulta que esos muchachos eran de otra comunidad y ese día habían llegado a una fiesta a mi pueblo, yo había llegado de león un sábado, ahí me encuentro a una sobrina, la saludé y nos sentamos, de repente llegó uno a sacar a la muchacha y se sentaron dos muchachos en medio de mí, llega ella y me agarra sacándome a bailar, cuando vamos a abrazarnos escucho los disparos, un balazo a cada muchacho en el corazón, ví quien los mató, lo conocía, a los 5 años en un billar lo miré me dijo, “no joda, me estaba atrasando aquel día, no les disparaba porque estabas en medio”; esa muerte la vi, otras cosas he visto pero solo los cadáveres. A veces se escuchaba en la casa los balazos de pasadas de cuenta, en ese tiempo se imponía el revólver, si le caías mal a alguien te ibas, no habían discusiones porque terminaban en muerte”.

- **Haber vivido en momentos de guerra.**

“No podías salir a la calle porque te detenían y muchas veces te desaparecían”.

“Cuando andaba en el monte se escuchaban disparos, los mataban a los muchachos”

- **Ha vivido ocasiones donde su vida ha estado en peligro.**

“He tenido caídas, una vez de un árbol de 4 metros, venía de cabeza, un tronco me agarró, al pegar me dio vuelta, caí de pie pero perdí la razón”.

“En una ocasión estaba en el pueblo, tenía una mi novia, había alguien mayor que yo que le gustaba la misma mujer, un día andaba picado y quiso reclamarme, un primo me dijo que tuviera cuidado con él, un día me lo encontré y le veo un machete, se me acercó a la mesa, me seguía, me dijo que quería hablar conmigo, le dije que si daba un paso más “te morís”, le iba a lanzar las bolas de billar de marfil, no pasó a más, mi papá le reclamó y le dijo que era porque andaba bolo, mi papá me dijo mejor que evitara estar en ese lugar”.

“Cuando anduve taxiando Tenía un cliente que viajaba hasta 3 veces a managua, a veces andaba en piloto automático, ni cuenta me daba cuando ya me había pasado la curva, me cacheteaba, me hechaba agua, a la 1, 2, 3 de la mañana estaba en las carreteras, una vez un cabezal me sacó de la carretera, iba un bolo manejando, yo iba como a 100 kph”

“Otro día a los 6 meses de andar trabajando con ese cliente, a la 1 am cuando vamos pasando por mateare había bastante piedras, unos pandilleros me tiraron un ladrillo, frené y le hizo un gran agujero a la carrocería, si no hubiera frenado me habría matado”.

- **El modelo de resolución de conflictos de su padre era evitativo.**

“Cuando tenía 20 años estuve en león, pero no me metía en nada y mi papá me decía “no te andes metiendo en nada, que eso no deja nada” porque inclusive a mi papá le habían ofrecido ser líder comunitario y él les dijo a mi háblame de trabajo y ya”.

“Tenía una mi novia, había alguien mayor que yo que le gustaba la misma mujer, un día me lo encontré y le veo un machete, se me acercó a la mesa, me seguía, me dijo que quería hablar conmigo, le dije que si daba un paso más “te morís”, le iba a lanzar las bolas de billar de marfil, no pasó a más, mi papá le reclamó y el hombre le dijo que era porque andaba bolo, mi papá me dijo mejor que evitara estar en ese lugar”.

Dolor:

- Rencor no expresado hacia su padre:

“Tenía un padre demasiado grosero, ese hombre nunca nos pasó la mano por la cabeza, mucho menos decir te quiero, solo nos decía hay que hacer esto, cuando le reclamamos nos dijo que el que es hombre es hombre y debe demostrar que es hombre, que aunque no se esté enojado debe mostrar que lo es para que la gente lo respete”.

“Te silvaba para llamarte, si en 20 segundos no estabas, te golpeaba con lo que agarrara”.

“Mi pobre madre se casó con un hombre cruel, desde que llegó ella a la casa la trató como patrón, no como esposo”.

“Cuando terminé mi 6to grado me dijo ¿Cómo saliste?, le dije que bien, me dijo que me tenía un regalo, que mirara detrás de la puerta, encontré un machete pesado y me dijo que había que sacar la encajonada lo que implicaba chapodar 2 km”.

“Yo me le perdía a mi papá cuando tenía 18 años, me daba permiso pero quería tenerme de vuelta a las 10 y la fiesta empezaba a las 10, ya cuando uno tiene 17, 18 años ya le gustan las muchachas, yo llegaba a las 4am, una vez me pegó una verguiada que tuve que meterle la mano y decirle que era la última vez que me pegaba, no lo volvió a hacer”.

- Los conflictos de 2018 crearon la idea de que él y su familia estaban en peligro, dando paso a la aparición del dolor.

“Pienso que todo lo que tenés te debe costar, que se debe respetar, todas las cosas que pasaron en 2018, los saqueos, las muertes, a mí me puso fatal, me daba ansiedad, miedo de que algo le pasara a mi familia”.

“A mí me comenzó el dolor a partir de 2018, en 2021 fue peor, el dolor apareció poquito a poco, me comenzó en un pie que se me adormecía, ahora en cuanto hago alguna cosa aparece el malestar de la cadera para abajo”.

- **Consumo excesivo de noticias y redes sociales.**

“Paso al menos 6 horas al día en el teléfono”.

- **Historial de somatización en su juventud derivada de períodos de estrés donde sintió su vida en peligro.**

“En el 86 estaba trabajando en Managua, me tocó ir a Matagalpa, lugar peligroso en esa época, rifaron los sectores, me tocó el peor, pensé que nos iban a secuestrar o matar, estuve pensando en eso todo el día, me fui a acostar, a la 1 am me agarraron los dolores, no podía dormir por el terrible dolor”.

- **Pasar la mayor parte del día “de la cama a la hamaca”.**

“A mí me gusta el billar y hay sistemas que memorizar, me gusta ver jugar a profesionales, a veces lo veo en el tv, pero normalmente estoy sentado (aguanto 1 hora estar sentado, cambio a la cama o a la hamaca), paso aburrido, terrible es para mí estar en la casa”.

- **Trabajó como taxista, atribuye sus dolores de columna a la permanencia durante años en la misma posición al conducir.**

“he perdido fuerza porque solo el hecho de andar metido en un vehículo todo el día sin moverte mucho te pones rígido”.

- **Cuando le operaron de apendicitis le pusieron anestesia inyectada en la columna, dice que eso pudo influir en sus dolores.**

“Cuando me operaron lloré cuando me iban a poner la anestesia, pienso que luego de ese pinchazo es que quedé jodido de la columna. A mi papá lo operaron también de hernia y dice que a partir de ahí tiene problemas de columna”.

3. La identificación de variables orgánicas o moduladoras.

- Hipertensión.
- Prediabético.
- Ansiedad como rasgo.
- Depresión leve.
- Insomnio.
- Problemas de memoria.

4. La identificación de las consecuencias y función de la conducta objetivo.

Conductas evitativas

- Su familia y la familia de su esposa dejan de visitarle.
- Evita conducir para visitar a su familia y la familia de su esposa o para hacer “mandados”.
- Se pierde la obligación de hacer favores.
“Yo a mis hermanos les hacía favores antes, ahora ya no”.
- Ahorra dinero en consultas al evitar enfermarse.
“Cuando me enfermo me aflijo, si te agarra sin dinero es grave”.

Dolor:

- Recibe atención y cuidados de parte de su familia.
- Sus hijas regresan a casa para cuidarle cuando se siente enfermo.
- Evita realizar tareas del hogar.

5. Esquema del análisis funcional

Problema	Estímulo Antecedente	Variable del organismo	Respuesta problema	Consecuencias
Conductas de evitación	<ul style="list-style-type: none"> - Vivencia del padecimiento de coronavirus. - Consumo excesivo de noticias. - Percepción de vulnerabilidad económica derivada de su infancia llena de carencias económicas. - Consulta únicamente médicos privados y clínicas costosas. - Crecer en lugares violentos donde ha sido testigo de muertes por ajustes de cuenta. - Haber vivido en momentos de guerra. - Ha vivido accidentes donde su vida ha estado en peligro. - El modelo de resolución de conflictos de su padre era evitativo. 	<p>Factores biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión. - Prediabético. - Insomnio. - Problemas de memoria. <p>Factores psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad como rasgo. - Depresión leve. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel conductual: Rehusarse a salir de casa, mantener la casa cerrada todo el tiempo, evita estar cerca de sus familiares y todo contacto físico, rituales de limpieza, paga seguro de vida y de muerte, usar mascarillas dentro de casa. - Nivel cognitivo: Rumiación (temor a enfermarse y a la muerte). - Nivel fisiológico: Insomnio, síntomas de ansiedad al salir de casa y estar en contacto con otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Su familia y la familia de su esposa dejan de visitarle. - Evita conducir para hacer mandados o favores, o para visitar familiares. - Sensación de seguridad ante gastos imprevistos de enfermedad.
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Los conflictos de 2018 crearon la idea de que él y su familia estaban en peligro, dando paso a la aparición del dolor. - Consumo excesivo de noticias y redes sociales. - Historial de somatización en su juventud derivada de períodos de estrés donde sintió su vida en peligro. - Pasar la mayor parte del día “de la cama a la hamaca”. - Trabajó como taxista, atribuye sus dolores de columna a la permanencia durante años en la misma posición al conducir. - Cuando le operaron de apendicitis le pusieron anestesia inyectada en la columna, dice que eso pudo influir en sus dolores. 	<p>Factores biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión. - Prediabético. - Insomnio. - Problemas de memoria. <p>Factores psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad como rasgo. - Depresión leve. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel conductual: Evita hacer esfuerzos físicos y labores del hogar, Visita constantemente al médico, realiza ejercicios de estiramiento. - Nivel cognitivo: Temor a tener una enfermedad grave, - Nivel fisiológico: Dolor de espalda, acidez y reflujo, insomnio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe atención de su familia cuando visita al médico. - Sus hijas regresan a casa para cuidarle cuando se siente enfermo. - Evita realizar tareas del hogar. - Estilo de vida sedentario (de la hamaca a la cama)

6. Datos de registros de cuestionarios auto-aplicados

Inventario de Ansiedad – Rasgo.

Inventario de Ansiedad: Puntuación de 28, Nivel de ansiedad bajo.

Inventario de Ansiedad como rasgo: Puntuación de 31, Nivel de ansiedad medio.

Escala de Depresión Geriátrica.

Puntuación de 16, Depresión leve.

Cuestionario SF – 36 sobre el estado de salud.

Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Funcionamiento físico: 40%

Limitaciones de rol por salud física: 25%

Limitaciones de rol por problemas emocionales: 100%

Fatiga / Cansancio: 45%

Bienestar emocional: 56%

Funcionamiento social: 75%

Dolor: 32.5%

Salud General: 30%

Cambios en la salud: 25%

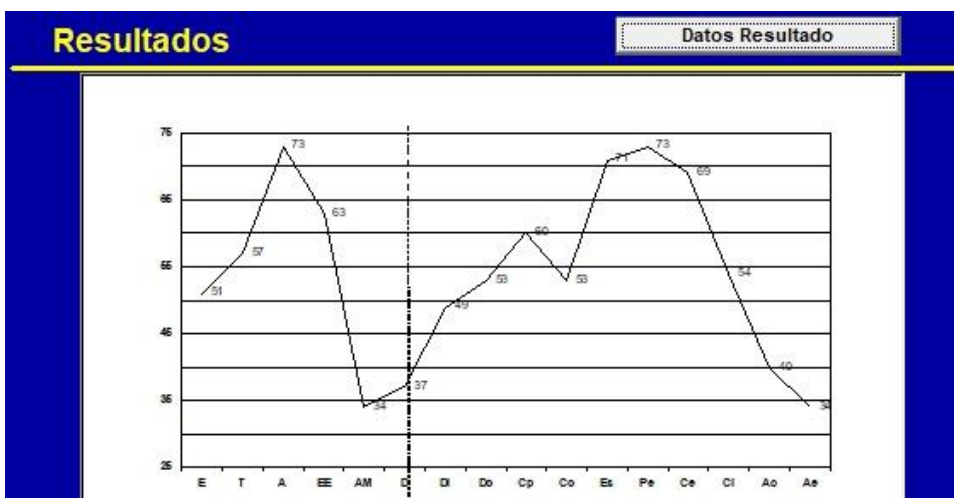
Mini Mental

Puntuación de 14 puntos, no hay déficit cognitivo.

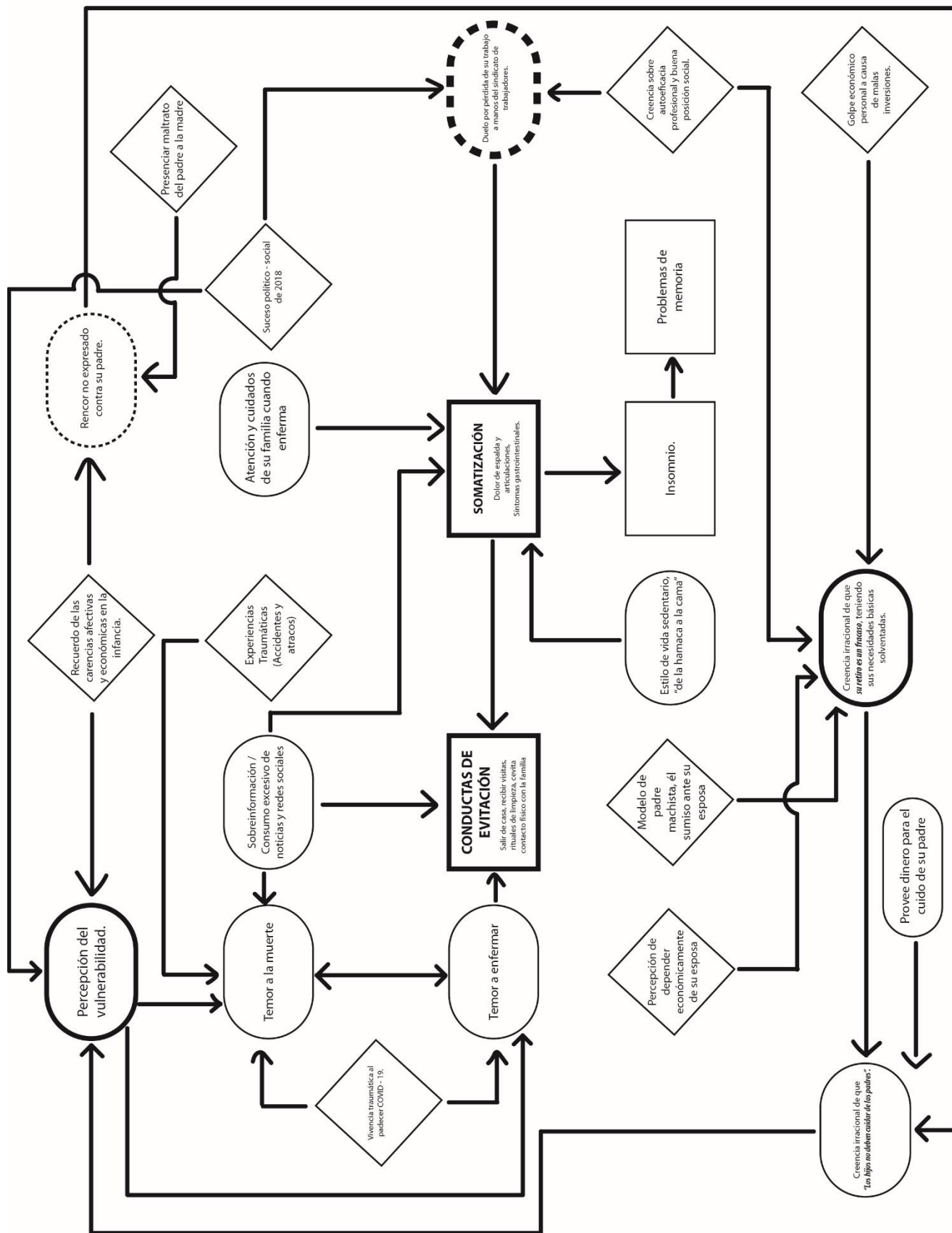
Big Five - Test de personalidad de 5 factores de McRae y Costa

La dimensión con mayor puntuación en el sujeto fue la afabilidad, niveles altos en este factor lo tienen personas amigables, que confían en los demás, generosas, buscan complacer y son condescendientes. En cuanto a las subdimensiones, encontramos como mayor puntuadas las de perseverancia (persistencia, tenacidad) y escrupulosidad (fiabilidad, meticulosidad y amor por el orden).

Resultados		Grafico			
Dimensiones	PD	PC	Sub-dimensiones	PD	PC
			Di Dinamismo	39	49
E Energía	77	51	Do Dominancia	38	53
T Tesón	87	57	Cp Cooperación	47	60
A Afabilidad	**	73	Co Cordialidad	40	53
EE Estabilidad Emocional	84	63	Es Escrupulosidad	50	71
AM Apertura Mental	68	34	Pe Perseverancia	57	73
			Ce Control de Emociones	48	69
			Ci Control de Impulsos	36	54
D Distorsión	20	37	Ac Apertura a la Cultura	34	40
			Ae Apertura a la Experiencia	34	34



7. El diagrama analítico-funcional



8. Establecimiento de metas terapéuticas de las conductas clave y variables relevantes

Reestructuración cognitiva:

- Para los pensamientos irracionales en relación con a que “los hijos no deben cuidar de los padres”.
- Para disminuir la idealización en cuanto a su retiro, trabajando la aceptación de que un retiro exitoso no implica tener grandes cantidades de dinero.
- Trabajar la creencia nuclear de vulnerabilidad.

Psicoeducación: Debido a que la única forma de informarse de José es a través de canales de noticias amarillistas y redes sociales, se plantea el uso de la psicoeducación para mostrar cifras reales y datos científicos acerca del peligro real actual del coronavirus para disminuir el temor a enfermarse y el temor a la muerte.

Higiene del sueño: Para el insomnio.

Técnicas de exposición: Para disminuir las conductas de evitación se recurrirá primero a una exposición simbólica y posteriormente a realizarla en vi

X. FORMULACIÓN PSICODINÁMICA DEL CASO

A. Aspectos diagnósticos

1. Datos filiatorios

José de 63 años, un contador en retiro, casado, con 2 hijos dentro del matrimonio y 2 hijos de sus 2 antiguas relaciones. Nivel socioeconómico medio – alto. Sin creencias religiosas.

2. Motivo de consulta

Consulta por su temor a enfermarse de coronavirus, manifiesta también preocupaciones en relación con problemas de memoria, insomnio y dolores musculares.

3. Experiencia subjetiva de la enfermedad

No acepta una causa emocional a sus problemas, menciona que su temor a contraer la enfermedad y las conductas de precaución son racionales, aunque le causan molestia y sus dolores son atribuidos a “neuropatía diabética” debido a que su doctor le mencionó que era prediabético.

4. Diagnóstico de trastorno y de nivel de funcionamiento

José es paciente hipertenso, con historial de úlceras gástricas en su juventud y su principal queja actual corresponde a ansiedad ante la idea de contagiarse de coronavirus (manifiesta en rituales de limpieza excesivos, visitas constantes al médico y aislamiento), además de dolores somáticos e insomnio para los que no toma medicamento, únicamente ha probado masajes y acupuntura, tratamientos que le han resultado efectivos, pero por su elevado costo no puede realizarlos todo el tiempo. No consume drogas.

Su funcionamiento general se encuentra a nivel de una neurosis, con rasgos de personalidad destacados de escrupulosidad, perseverancia y afabilidad según el test de

personalidad de 5 factores de McRae y Costa; se añade también a sus rasgos de personalidad la ansiedad tal como lo confirma el inventario de ansiedad – rasgo.

Su nivel de funcionamiento se ve afectado especialmente ante situaciones que requieran esfuerzo físico o exponerse ante situaciones sociales, las que son interpretadas como potencialmente peligrosas. Cabe señalar que los síntomas han empeorado con el tiempo y son muy claros dos momentos de crisis, uno de ellos en 2018 producto de la crisis sociopolítica en Nicaragua (cuando empezaron los síntomas) y en 2019 al inicio de la pandemia y posteriormente al infectarse con coronavirus. Luego de la experiencia donde su vida estuvo en peligro manifiesta sentirse peor en cuanto al dolor y un aumento en las medidas de protección.

5. Diagnóstico de relaciones interpersonales.

En cuanto a los aspectos sociales, José ha decidido aislarse de familia debido a la posibilidad de contraer nuevamente el virus, “quisiera abrazar a mis hijas, estar con mi mujer, pero no se puede, si me logro contagiar probablemente muera, ahora cada uno se mudó a un cuarto diferente, lejos del otro”, “me siento un poco solo, mi idea es sobrevivir para mientras encuentran una cura, mi mujer siempre está en su trabajo, solo sale a comer y mis hijas siempre en su cuarto”.

Con sus amistades, menciona no les invita a su casa, pero que “el billar es lo que me sirve para olvidar mis problemas, me tomo mis cervezas, ahí se te va el tiempo, me encanta, antes apostaba bastante, ahora casi no”. Como es algo a lo que no está dispuesto a renunciar, ha ideado una estrategia para salir de casa disminuyendo el riesgo: es amigo del dueño del bar, por lo que pide que se le abra durante el día (tiempo en que normalmente permanece cerrado) para invitar a puerta cerrada únicamente a algunos de sus amigos de su confianza, los que sabe que guardan las precauciones, para poder practicar su deporte con menos riesgo.

A nivel general José aparenta ser una persona bastante complaciente y siempre dispuesta a ayudar, lo que corresponde a la alta puntuación en el rasgo de “afabilidad” de la prueba de personalidad, una de sus filosofías de vida es *“yo siempre me pongo en los zapatos del que está mal, pasé una infancia dura donde quieres hacer cosas y no puedes”*. A pesar de su aparente empatía, presenta deseos de aprobación y sentimientos de inferioridad, menciona que *“nunca fui jactancioso porque no tenía mucho de que hablar”*, además en otra entrevista refuerza el punto al relatar que es una persona que muy difícilmente pierde el control, que le gustan las bromas pesadas y que la única vez que recuerda que alguien le sacó de sus casillas fue cuando uno de sus amigos en broma le dijo *“Si vos sos un acabado, un palmado, mira... la ropa que vos andas... ¿qué vale? ¿\$20?, mira como ando yo vestido”*, a lo que José reaccionó muy violentamente hasta casi llegar a los golpes y que luego de eso pasó años sin hablarle a esa persona hasta que este se disculpó con él.

6. Diagnóstico de conflictos y fantasías inconscientes y defensas.

- **Conflictos**

Necesidades de protección y afecto: Sus primeros años de vida fueron marcados por la falta de afectos, pues su madre cuidaba de sus hermanos y cocinaba incluso para los trabajadores de la finca, se levantaba a las 4:30 am y se acostaba a las 11 pm, *“mi madre era la empleada, mi padre la trataba como si él fuera el patrón, no como su esposo”*. En el caso del padre *“era un hombre cruel, demasiado grosero, nunca nos pasó la mano por la cabeza, mucho menos decir te quiero, solo nos mandaba a hacer cosas, era un guardia”*. Esa necesidad por el afecto que no obtuvo de sus padres se ha transferido a un deseo por aceptación social, primeramente, expresado en buenas calificaciones, luego en un buen desempeño laboral donde sus compañeros de trabajo le mencionaban que *“es trabajo, no esclavitud”*, esa actitud de perfeccionismo le ganó cartas de felicitaciones y ascensos. Actualmente se manifiesta en su actitud afable y aparentemente empática, incapaz de decir que “no”, eso explicaría por qué a pesar de aceptar que su familia es conflictiva, él los tolera a todos *“me llevo bien con mis hermanos, siempre hay diferencias que incluso ahora algunos tienen problemas,*

hay algunos que no se han llevado bien entre ellos, pero yo si me llevo bien con todos ellos y todos acuden a mí”.

Dicha afabilidad y empatía también le han llevado a prestar grandes cantidades de dinero de su retiro a personas que luego le han quedado mal, provocándole su actual estado de percibida incertidumbre financiera. Las necesidades de afecto explicarían igualmente la afición por su deporte “el billar” donde momentáneamente recibe la admiración de sus amigos cuando gana y dolor muscular cuando pierde la partida, a este respecto cabe señalar el parecido de sus amistades con la única figura paterna que tuvo, la de su abuelo, lo describe como una persona “vulgar, mal hablada” pero muy buena de carácter e intenciones, características que él introyectó y que además comparten sus amigos.

Sumisión – Control: Durante su infancia tuvo que ser sumiso a su violento padre, quien a su vez le enseñó que es el hombre el dominante en una relación, de joven al ascender en su posición laboral siendo un buen empleado, merecedor incluso de reconocimientos por su desempeño (corresponde con su rasgo de personalidad de escrupulosidad), tuvo la oportunidad de ejercer control sobre sus empleados, llegando a dejar en evidencia su incompetencia y deshaciéndose de los más ineficientes, lo que le ganó enemistades que terminaron en su despido. Hay que añadir también que dos de sus parejas fueron primero sus empleadas. Al perder su posición y fracasar en sus trabajos posteriores ahora se encuentra en posición de desventaja, donde debe depender y ser sumiso a su esposa lo que despierta esos sentimientos de vulnerabilidad y dependencia, eso además de que en su caso el hombre no es el dominante de la relación (al contrario de lo que decía su padre), lo que representa para él un conflicto agregado.

- **Defensas**

Humor: Cuando sus amigos se refieren a sus conductas obsesivas y evitativas, él responde con humor, en este caso esa defensa es adecuada.

Aislamiento: duerme separado de su esposa, se niega al contacto físico con sus hijas, no recibe visitas y no muestra afecto a su familia con la excusa de la posibilidad de contagio, dificultad para mostrar afecto es un reflejo del conflicto con su padre, donde la expresión emocional es mal vista, según él, no es una característica deseable de un hombre. Esta defensa es disfuncional y causa sufrimiento en el paciente.

Proyección del impulso: la culpa de la pérdida de su empleo como contador es proyectada hacia los demás, ante la imposibilidad de aceptar que su falta de habilidades sociales le generó conflictos que terminaron haciéndole perder su trabajo. Es una defensa disfuncional que solo provoca rencor.

Hipocondría: Las quejas somáticas y constantes visitas al médico cumplen un papel importante en evitar labores del hogar, para hacer la limpieza tiene que agacharse para barrer bajo los muebles, además tendría que recoger cosas del piso, todo ello le incrementa el dolor de espalda, más allá del movimiento, el hacer labores del hogar mientras su esposa está en la oficina trabajando le es causa inconsciente de humillación, por lo que si presenta quejas somáticas el dolor le salva de realizar tales acciones, además, el cariño que necesita de su familia reaparece cuando él tiene sus crisis de sus enfermedades, a como él menciona “*mis hijas y mi mujer son bien sobreprotectoras*”, en otras palabras hablamos de una ganancia secundaria del padecimiento, recibe afecto por sus enfermedades, por necesidad, no por complacencia, porque recibir afecto por la simple complacencia no sería algo propio de un hombre según su padre. Esta defensa es disfuncional y ha distorsionado la dinámica familiar.

7. Funcionamiento mental (estructura).

José presenta como rasgo sobresaliente de su personalidad la afabilidad, es decir que es amable, agradable, cooperador, cálido, confiado y tiene una tendencia a ceder ante los demás, esta característica le exige ser una persona consciente de sus necesidades y las necesidades de los demás para tomar decisiones acertadas en pro del bien social, sin embargo, esa actitud es opuesta al modelo autoritario y violento de su padre, modelo en el que ha sido condicionado, por lo que se presenta un conflicto interno, al intentar llenar la carencia de afecto de sus progenitores con admiración externa obtenida por sus buenos actos o por medio de apuestas, al final se genera rencor no expresado al no realizar sus propios deseos y expresar sus propias emociones, ese rencor reprimido se manifiesta posteriormente en el dolor psicossomático.

Si nos remitiéramos al diagnóstico psicodinámico operacionalizado José presentaría una estructura con un nivel medio de integración, donde sus mecanismos de defensa son rígidos, poco adaptables y bastante presentes (lo que coincide con el resultado de Perseverancia, como rasgo de su personalidad según el test de los 5 factores de McRae y Costa); Dicho rasgo se traduce en impulsividad ocasional, donde las defensas altas tienden a fallar o a dejar de estar disponibles.

B. Aspectos etiopatogénicos:

El haber empezado a trabajar en su infancia ha creado en el sujeto la idea de que la persona tiene valor siempre que pueda trabajar “*si no servís te botan*”, por lo que su situación actual de “desempleado” donde considera que no genera lo suficiente para su hogar le coloca en desventaja. Esta idea es irracional, debido a que José genera más de \$1000 mensuales, el conflicto no es el dinero, sino la idea de que su esposa gane más que él.

Confirma su desprecio por las personas que no trabajan cuando menciona que su padre dejó de laborar a la edad de 60 años, le culpabiliza diciendo que él tiene actualmente 64 años y aún siente que podría continuar, si el puede su papá también pudo, supone además que su padre dejó la finca para deshacerse de las responsabilidades, pasándoselas a él en algún

momento de su vida, José debía trabajar y gestionar la finca, incluso llegando a prestar dinero para ese fin, a pesar de que él era quien tomaba los riesgos, su padre no le daba control total sobre los bienes, por lo que abandonó el proyecto y se dedicó a otra cosa.

En su adolescencia su idea de inferioridad fue alimentada por su tía, al salir de su pueblo para estudiar en la ciudad, debió quedarse con otros familiares, donde a pesar de que no le maltrataban, sí notaba diferencias, por ejemplo *“a sus sobrinos nos ponía a comer aparte, aunque solo estuvieran dos de ellos y hubiera lugar en la mesa, era notorio que la mejor comida era para ellos, incluso actualmente ellos son una familia bastante cómoda”*.

Todo cambió cuando consiguió su primer trabajo como contador, su perseverancia le ganó aumentos y asensos, *“me gustaba mucho mi trabajo, ganábamos más del doble de lo que ganaba un médico o un trabajador del estado”*, ese trabajo estaba lleno de responsabilidades, una de sus posiciones le llevó a realizar trabajos en todo el país, en tiempos de guerra (año 1986) habían zonas muy peligrosas, recuerda una vez en que se dividieron sectores entre varios compañeros del trabajo, al azar, a él le tocó ir a Río Blanco *“todo el mundo decía que ahí te atacaba la contra, pensé que nos iban a secuestrar o a matar, estuve pensando todo el día en ese viaje, a la 1 am me agarraron unos dolores horribles en el estómago, tuve que llamar al jefe a decirle que no podría ir a trabajar, nunca había tenido un dolor así”*. En ese relato se encuentra la primera vez que aparece un síntoma somático en la vida de José, al asistir al médico este le dijo que eran úlceras gástricas provocadas por el estrés. Al evitar enfrentarse a la situación temida, la somatización probó ser una estrategia efectiva y fue adoptada como una defensa más en su repertorio de conductas. Dice haber tenido ese problema gástrico durante 30 años, que se curó cuando descubrió en un artículo de periódico que el limón era bueno para ese problema, en el artículo se recomendaba usar media cucharada, pues cuando él tenía sus crisis de dolor llegaba a exprimir hasta 5 limones en un vaso y se bebía todo el jugo en una toma *“el doctor me decía que el limón era malo, pero eso es lo que me aliviaba”*. Actualmente *“cuando vengo noche o me da hambre de noche y como es algo grave, me da acidez y reflujos”*.

13 años duró la estabilidad que le proporcionó su trabajo, luego de conflictos con compañeros de trabajo tuvo que renunciar, él culpabiliza al sindicato de trabajadores de su pérdida, pues no pudo trabajar más en el rubro y se dedicó a otros negocios que no tuvieron igual ganancia,

podríamos hablar entonces de un duelo por la labor que tanto amaba hacer, donde tenía reconocimiento, poder y estabilidad económica. Este duelo fue revivido en 2018, a raíz de los conflictos socio-políticos, manifestándose en dolores psicósomáticos.

Uno de los trabajos que intentó luego de ser contador fue el de prestamista, donde llegó a prestar una gran cantidad de dinero a un conocido en 2 ocasiones seguidas, aun en contra de la opinión de su esposa, el préstamo salió mal y perdió dinero, eso le quitó el sueño por 3 años, pues sus ahorros para retiro habían desaparecido, *“mi esposa me lo saca, me dijo que no pusiera todos los huevos a una sola gallina, eso fue muy duro para mí, una abuela mía se enfermó para toda la vida luego que le robara un familiar y a los 5 o 6 años le dio Alzheimer”*. En ese relato se manifiesta el origen de su preocupación por problemas de memoria, cabe señalar que se realizó un examen mental donde no se encontró indicios de problemas de memoria. También aparece el origen del insomnio.

En otra historia relata que una de las enfermedades que padeció fue apendicitis, *“cuando me enfermo me aflijo, recuerdo que cuando me dio apendicitis tenía dinero, \$1500 se gastó en la clínica, cuando me operaron lloré específicamente cuando me iban a poner la anestesia, pienso que de ese pinchazo me dañaron la columna, a mi papá lo operaron también, pero de hernia y dice que a partir de ahí tiene problemas de columna”*. Aquí aparece nuevamente la causa de un padecimiento, en este caso el dolor de espalda, menciona que este dolor lo ha tenido en diferentes partes del cuerpo, empezando por los pies, pero que últimamente está localizado en la espalda, al escuchar este relato se entiende por qué.

Si nos remontamos a fechas más recientes, al explorar el temor a infectarse de coronavirus podemos analizar que para José el temor a enfermarse es terrible *“si te agarra la enfermedad sin dinero es grave”*, más aún lo es el temor a la muerte *“tengo pagado el seguro de vida, pero en un momento me van a dejar de aceptar por la edad; tengo miedo de que la muerte llegue y no tener dinero, por eso tengo un seguro funerario para toda la familia.”* En estas frases se hace evidente que su temor no es a la enfermedad o la muerte en sí, la que él mira como *“el final de un ciclo, es lo único que tenemos seguro”* sino a la idea de depender de alguien y que al no tener trabajo o dinero sea “botado” o abandonado, toda esta idea es irracional, debido a que su familia ha demostrado en infinidad de ocasiones el cariño que le tienen y la incondicionalidad de su apoyo cuando ha tenido alguna enfermedad o acude al

médico. También el temor podría estar relacionado con la idea de no ser él quien provea a su familia (a como un hombre lo haría según las ideas de su padre) y ser más bien una carga.

En cuanto al porqué de la evitación como mecanismo de defensa predilecto, encontramos en la historia de José episodios donde el papá instruía que evitar era la mejor manera de resolver un problema *“Cuando tenía 20 años estuve en León, pero no me metía en nada y mi papá me decía “no te andes metiendo en nada, que eso no deja nada” porque inclusive a mi papá le habían ofrecido ser líder comunitario y él les dijo a mi háblame de trabajo y ya”. “Yo no soy mucho de estar involucrado en las cosas, si veo un accidente llamo a la policía y ya, no me acerco porque se que la persona necesita espacio, aire, no me gusta estorbar” “En una ocasión estaba en el pueblo, tenía una mi novia, había alguien mayor que yo que le gustaba la misma mujer, un día andaba picado y quiso reclamarme, un primo me dijo que tuviera cuidado con él, un día me lo encontré y le veo un machete, se me acercó a la mesa, me seguía, me dijo que quería hablar conmigo, le dije que si daba un paso más “te morís”, le iba a lanzar las bolas de billar de marfil, no pasó a más, mi papá le reclamó y el hombre le dijo que era porque andaba bolo, mi papá me dijo mejor que evitara estar en ese lugar”*

C. Aspectos terapéuticos

- **Qué abordaje(s) terapéutico(s) (sucesivos o combinados)**
- El abordaje terapéutico para José deberá estar orientado a sus pensamientos irracionales.
- Trabajar la resistencia de ganancia secundaria.
- Expresión de emociones reprimidas o no aceptadas, como la culpa o el rencor, podría utilizarse para ese medio el arte proyectivo o técnicas como la silla vacía.

- **Para atender qué focos (reformulación del motivo de consulta)**

- Los principales focos sobre los que se basará el tratamiento para José serán los dos motivos que mantienen sus síntomas, por la parte de los síntomas de evitación se trabajará el conflicto de necesidad de afecto, para que desista de la necesidad de recibir la atención que actualmente obtiene al mostrarse como una persona afable y empática, asumiendo también sus imperfecciones y siendo capaz de fijar límites en las relaciones interpersonales. Al trabajar dicho conflicto también dejará de requerir de las atenciones especiales que tiene su familia cuando muestra sus actitudes hipocondríacas, por lo que el temor a la enfermedad y por consiguiente la necesidad de encierro disminuirán.

El segundo foco por tratar sería su conflicto de control y sumisión, presentado a la perfección en su duelo por la pérdida de su trabajo, su empleo representaba una posición agradable, era perfecto debido al buen salario (el dinero juega un papel fundamental en su vida porque reafirma su valor como individuo) y también era perfecto porque podía ejercer control y autoridad sobre sus empleados, la pérdida de su empleo fijo le llevó a emprender otras ocupaciones, algunas de ellas bastante exitosas, pero percibidas por él como poca cosa porque no tenían esas dos características, si bien en cierta manera había aprendido a vivir con sus nuevas características, no es sino en 2018 cuando revive el rencor contra el sistema, a quien proyectivamente culpa de su renuncia, reapareciendo el dolor, pero esta vez no solo emocional sino también físico. Trabajando la aceptación relacionada con pérdida de poder y dominio, con su consecuente sumisión actual ante su esposa le haría entender que en realidad no es temor lo que siente actualmente, sino rencor, primeramente contra su padre quien alimentaba sus inseguridades y en segundo lugar contra él mismo por no poder llenar sus expectativas.

- **Con qué resultados esperables (alianza terapéutica y fortalezas y vulnerabilidades para el cambio)**

El tratamiento en el caso de José podría constituir un verdadero reto, pues tiende a transmitir el conflicto de control – sumisión en sus relaciones interpersonales, lo que sin duda representará una fuerte transferencia durante la terapia.

En el lado positivo se ve motivado para buscar ayuda profesional para acabar con su molesto dolor y desea retomar su vida luego del inicio de la pandemia, pudiendo relacionarse normalmente con su familia luego de las medidas que él mismo ha establecido, se esperaría espontánea colaboración durante las primeras sesiones terapéuticas por sus características de personalidad afable, empática y complaciente, es una persona abierta, con buena capacidad de elaboración y expresión de ideas, definitivamente buen conversador. Son pues todas estas características deseables para un paciente candidato a una terapia psicoanalítica.

Pero en etapas posteriores del tratamiento podría manifestar una resistencia mayor a manos de sus mecanismos de defensa de aislamiento emocional durante el relato y proyección de las responsabilidades hacia el medio. Podríamos sumar también sus características de personalidad perseverantes en cuanto a sus ideas, es poco abierto a nuevas experiencias y puntos de vista, lo que sumado con la diferencia de edad entre su terapeuta podría reforzar las resistencias.

Facilitaría la interacción si el terapeuta se adaptara al ritmo de trabajo de José, esperando a que se encuentre listo para dar el siguiente paso, puesto que si este se siente amenazado por técnicas como la confrontación o interpretaciones durante las primeras sesiones darían paso a transferencia al llevar nosotros a la mesa el conflicto de control recordando las imposiciones que vivió en la infancia.

XI. DISCUSIÓN DEL CASO

En los pacientes que presentan varios problemas de comportamiento compuesto por múltiples características interrelacionadas, cada problema puede implicar varios sistemas de respuesta, cuya naturaleza compleja tiene importantes implicaciones en la formulación clínica de caso.

¿Por qué en la formulación de caso de este estudio nos centramos en los problemas de comportamiento y no en trastornos? Es de conocimiento profesional común que principales fuentes para definir “trastornos del comportamiento” o “trastornos mentales” son Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CEI-10). Estos términos hacen referencia a un conjunto de comportamientos que a menudo ocurren juntos, un “síndrome clásico” que cumple criterios diagnósticos, y, en muchos casos, un diagnóstico de trastorno mental depende de criterios temporales y de exclusión.

Por lo contrario, problemas del comportamiento en la formulación de caso, hace referencia a cualquier comportamiento (pensamiento, acción, emoción, respuesta fisiológica) que se asocie a daño, malestar, deterioro o preocupación, tanto si cumple o no los criterios de un diagnóstico formal, lo que facilita sobremanera, la comprensión de los procesos centrales presentes en la experiencia del paciente y permite articular explicaciones acerca de la conducta de éste alrededor de ciertos temas centrales (González, 2009).

El análisis funcional del presente estudio de caso ha ilustrado la relación funcional entre el contexto que influye sobre los problemas del paciente de *naturaleza condicional* y una validez temporal limitada de los problemas de comportamiento de *naturaleza dinámica*, para éstos últimos, la estrategia de la formulación psicodinámica de caso desde una perspectiva psicoanalítica ha permitido ilustrar los principales focos que generan y mantienen el problema, basados en los factores precipitantes, perpetuantes y predisponentes, así como los protectores (Bernardi R, 2014).

La actual teoría psicoanalítica del trauma, enriquecida por las investigaciones sobre el apego y el desarrollo temprano, ofrece un sólido apoyo para explorar estos factores. Existen estudios

que muestran el efecto de las situaciones de privación familiar y social sobre el desarrollo afectivo-social (Miller D. 2013)

La identificación de relaciones funcionales es esencial para conocer las variables que controlan la conducta (antecedentes o consecuencias de dicha conducta) y desarrollar intervenciones adaptadas a los objetivos, teniendo en cuenta que las personas suelen presentar no solo uno, sino múltiples problemas conductuales funcionalmente relacionados.

En este caso particular se puede afirmar que el análisis funcional es un elemento cardinal de la evaluación conductual del paciente, porque provee información sobre la relación entre el estímulo y la respuesta condicionada. La ventaja que ofrece el análisis funcional permite identificar variables medibles, constatables y manipulables. Ej: Síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y funcionamiento mental, lo que permite controlar o introducir cambios; mientras que el análisis psicodinámico es más intuitivo, basado en criterios subjetivos y la experiencia del terapeuta.

Así, con el análisis funcional de la conducta, se han encontrado principales categorías que fueron las “conductas de evitación” y la “somatización”, cada una con sus propios antecedentes y condicionantes, pero sin dejar de estar asociadas.

Las conductas de evitación del consultante se explicaron por los siguientes condicionantes/ reforzadores y desencadenantes:

- Miedo a enfermarse y a morir.
- Creencias de no tener suficiente dinero para atender el deterioro de la salud.
- Miedo a estar en contacto con otras personas.
- El padecimiento traumático de COVID – 19.
- Otras experiencias traumáticas relacionadas con la muerte (accidentes, atracos y presencia de asesinatos por ajuste de cuentas.)
- Sobreinformación.

La conducta de somatización se explicó mediante los siguientes condicionantes/ reforzadores y desencadenantes:

- Se declara imposibilitado de realizar tareas del hogar.
- Recibe atención de su familia cuando visita al médico.
- Sus hijas (que viven fuera de casa) regresan para cuidarle cuando se siente enfermo.
- Pérdida de un trabajo que le generaba buena posición laboral y creencias sobre autoeficacia.
- Estilo de vida sedentario (de la hamaca a la cama)
- Suceso político social de 2018, que generó sensación de vulnerabilidad y peligro para él y su familia; es justo en ese momento cuando aparecen los síntomas de dolor.

A su vez, el análisis psicodinámico nos ofrece otra perspectiva del padecimiento de José, en ella encontramos que la explicación a sus conductas problema se encuentra partiendo de su personalidad, donde su principal rasgo es el de afabilidad y a la luz de conflictos de sumisión – control y de necesidad de protección y afecto.

Para entender las conductas evitativas bastará con explicar el problema a la luz de sus conflictos de control y sumisión, que se transfiere a la relación con su esposa, donde él es sumiso (debido a la percibida dependencia económica) pero que interiormente necesita ser el dominante tal cual su padre le ha enseñado, lo que se traduce en evitación de situaciones donde se pudiera enfermar y “molestar” de más a la familia, porque significaría ser más dependiente y vulnerable.

Como explicación psicodinámica a la somatización encontramos que José ha presenciado de violencia conyugal del padre hacia la madre, además de él mismo haber sido víctima de violencia por parte del padre, quien tampoco mostraba afecto alguno hacia sus hijos. Todo esto pudo haber desarrollado en él sentimientos de rencor hacia el padre, se conoce que hay una estrecha relación entre sentimientos de rencor reprimidos y la aparición de dolor psicósomático, la hipótesis de que José en realidad tiene resentimiento contra su padre daría una razón a su dolor.

En su libro “Curar el cuerpo, eliminar el dolor” el Dr. John Sarno nos explica la somatización partiendo de que la rabia en el inconsciente tiene tres funciones potenciales:

1. Aquello que puede haber sido generado en la infancia y que nunca se ha disipado (en el caso de José, el rencor hacia su padre producto de la violencia y privación de afectos).
2. Aquello que es producto de una presión autoimpuesta, como ocurre a la gente voluntariosa, perfeccionista o “buenista” (José puede ser clasificado como “buenista”)
3. Aquello que constituye una reacción ante las presiones concretas de la vida diaria. (el no poder incidir en la duración de la pandemia y sentir que depende económicamente de su esposa le genera incertidumbre y sentimientos de vulnerabilidad, lo que explica el aislamiento).

Para dar mayor entendimiento a este proceso cito otro comentario del autor, cuando dice *“Los depósitos de rabia no sólo se hacen durante la infancia, sino a lo largo de toda la vida de una persona. Como nunca se realizan reintegros, la rabia que hay en la cuenta se va acumulando. Así, la rabia se convierte en ira, y cuando alcanza su nivel crítico y amenaza con irrumpir en la conciencia, el cerebro crea dolor o algún otro síntoma físico como una maniobra de distracción para evitar una violenta explosión emocional”*. (Sarno, J. 2006).

Es claro para el lector que ambas explicaciones son válidas para aclarar la conducta y orientar el tratamiento adecuado a seguir en el caso de José, el análisis realizado desde ambos modelos coincide en la importancia de trabajar mediante reestructuración cognitiva que supone modificar creencias disfuncionales, los reforzadores (explicados en el psicoanálisis como resistencias de ganancia secundaria) y el papel del duelo de la pérdida de su trabajo; pero difieren en cuanto a explicaciones de las causas, mantenimiento de los síntomas y algunas técnicas específicas de cada modelo para su abordaje, siendo por supuesto el análisis psicodinámico el que ha brindado una mayor profundidad explicativa, donde el tratamiento deberá ir dirigido principalmente al abordaje de los conflictos, sus defensas y expresión de la emocionalidad reprimida. Por la parte del análisis funcional de la conducta se encuentra una mayor concreción en cuanto a los pensamientos distorsionados a abordar en el

tratamiento, a como se puede comprobar en el diagrama secuencial, además que presenta herramientas de pronta aplicación para disminuir síntomas tales como la higiene del sueño y técnicas de exposición que son técnicas propias de la terapia de conducta.

Largas han sido las discusiones entre colegas acerca de la orientación más adecuada para explicar y dar solución a tal o cual trastorno, en este caso se demuestra que no es siempre necesario establecer un diagnóstico clínico y que los análisis derivados de ambas corrientes psicológicas se encuentran igualmente válidos y orientativos, por lo que se determina que de ser posible ambos análisis podrían ser aplicados en conjunto, antes que elegir un abordaje sobre el otro.

Como comentario, adjunto a esta discusión, se hace necesario señalar la importancia de la técnica utilizada para la recopilación de la información, la historia de vida ha demostrado ser la herramienta ideal, permitiendo obtener información no solo acerca del padecimiento actual, sino también acerca de las principales vivencias del paciente a lo largo de su vida, información sin la cual no habría sido posible realizar el análisis psicodinámico, otro punto es que ha sido el paciente quien ha determinado qué información incluir en su relato, sin duda ha sido la información necesaria para entender la cosmovisión de José, además de su percepción en relación a los acontecimientos, no se ha desestimado ni un solo párrafo, al contrario, ha habido necesidad de obviar algunas situaciones particulares del relato para proteger la privacidad del paciente, una técnica de entrevista más focalizada o estructurada habría dificultado la obtención de toda esa información.

XII. CONCLUSIONES

- En suma podemos concluir que la formulación de caso es una metodología útil con importantes 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
- La formulación de casos multiproblemáticos desde los enfoques teóricos de tradición comportamental y, a su vez, psicoanalítico, acercan al problema del consultante de manera más tácita que provea un conjunto coherente de inferencias explicativas basadas en marcos conceptual de ambas tradiciones.
- Se concluye también que las categorías utilizadas permitieron avanzar en la identificación de relaciones funcionales y la formulación, en términos de clases de conducta, en vez de hacerlo en términos de rótulos diagnósticos patologizados propios del modelo médico.
- El análisis funcional permitió identificar variables medibles, constatables y manipulables de las conductas de evitación y somatización del consultante. Por su parte el análisis dinámico ha ofrecido la perspectiva de la conducta problema desde los rasgos de personalidad como afabilidad y los conflictos de sumisión – control y necesidad de protección – afecto.
- Cada formulación clínica de este caso guía hacia una intervención determinada de acuerdo con su enfoque particular, en el caso del conductual con estrategias de psicoeducación, higiene del sueño y técnicas de exposición; y los conflictos se abordan desde el psicoanálisis, a su vez ambos modelos convergen en la reestructuración cognitiva como principal objetivo terapéutico.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernardi, R. 2014. La formulación psicodinámica del caso *Revista Psiquiátrica Uruguay*; 78(2):173-195
- Capurro, R. (2004). *Del sexo y su sombra. Del “misterioso hermafrodita” de Michel Foucault*, México D.F. editorial psicoanalítica de la letra A.C.
- Division of Clinical Psychology. (2011) Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: The British Psychological Society;
- Eells, T. (1997) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.
- Eells TD, (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*, 2nd ed. New York: The Guilford Press;
- Feixas, G. & Miró, M (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós. pp 88 – 134.
- Foucault, M. (1992). *La vida de los Hombres infames*. Buenos Aires, Editorial Altamira.
- Foucault, M. (2009). *El orden del discurso*. México, Tusquets editores. (Trabajo originalmente publicado en 1970).
- González, L. (2009) Perspectivas Autorreferenciales en Ciencias Sociales. *Cinta de Moebio, Revista Electrónica de Epistemología de las Ciencias Sociales, Universidad de Chile*.
- Godoy, A. & Haynes, S. (2011). Clinical case formulation: Introduction to the special section. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 1-3.
- Grinsvall, S. & Lora Fuentes, M. E. (2012). La experiencia del exilio político y sus consecuencias en la subjetividad. *Revista de psicología Ajayu, Universidad Católica Boliviana*, 10(2), 172-185, consultado el 19 de marzo 2015 en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v10n2/v10n2a04.pdf>
- McWilliams N. (2003). *Psychoanalytic case formulation*. New York: The Guildford Press.

- Morris, S. (2003) A Metamodel of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1-18.
- Mackinnon, R. et al. (2008) *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. México: Grupo Ars. pp 73 – 98.
- Miller, J. (2009). *Conferencias porteñas, Tomo I*. buenos aires, editorial Paidós.
- Miller D. 2013 “Las Huellas del afecto. Estudio de la incidencia de la regulación afectiva en el desarrollo de la personalidad”. Edición Magro. Montevideo.
- Leiper R. (2014). Psychodynamic formulation: looking beneath the surface. In: Johnstone L, Dallos R (eds). *Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people’s problems*. New York: Routledge; pp. 45-66.
- Quant, D.M., (2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2).
- Sim, K., Gwee, K. & Bateman, A. (2005) Case formulation in Psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29, 289-292.
- Sánchez-Domínguez, J (abril, 2013). Pierre Rivière: Un caso de parricidio descrito por Michel Foucault. *Revista Sujeto, subjetividad y cultura*. Universidad de artes y ciencias sociales, 5, págs. 45-51. Consultado el 08 de enero de 2015 en: <http://psicologia.uarcis.cl/revista/index.php/RSSCN1/article/view/95>
- Sánchez, D. (marzo, 2016). *Estudio de caso: una manera de investigar en psicoanálisis*. México: Universidad Autónoma del Carmen.
- Sánchez-Domínguez, J (agosto, 2014). Locura y psicoanálisis, a propósito de Pierre Rivière, un parricida del siglo XIX. *Revista de psicología Ajayu*, Universidad Católica Boliviana, 12 (2), págs., 266-287. Consultado el 23 de Marzo de 2015 en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v12n2/v12n2.html>
- Sarno, J. (2006). *Curar el cuerpo, eliminar el dolor. Un tratamiento definitivo para las dolencias psicosomáticas*. España: Editorial Sirio, S.A.