

# FORMULACIÓN CLÍNICA DE CASOS PARA EL DISEÑO DE INTERVENCIONES CLÍNICAS.

ACUÑA,V., DÍAZ, P., FLORES, C.,  
HINRICHS, F. DEPPE, HUAMANGA, L.,  
LANDAETA, R. , MEDINA, P., NEUMANN, M.,  
ORIAS, J., SANDOVAL, M. Y SPAUDO, P.  
(2020).

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.



**En caso de citar esta obra:**

Serie Creación documento de trabajo n°82. Acuña,V, Díaz, P., Flores, C., Hinrichs, F. Deppe, Huamanga, L., Landaeta, R. , Medina, P., Neumann, M., Orias, J., Sandoval, M. y Spauldo, P. (2020). Formulación Clínica de Casos Para el Diseño de Intervenciones Clínicas. Facultad de Psicología. Concepción. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.

## SERIE CREACIÓN

---

### DOCUMENTO DE TRABAJO N°82

#### Formulación Clínica de Casos Para el Diseño de Intervenciones Clínicas.

Acuña, V., Díaz, P., Flores, C., Hinrichs, F. Deppe, Huamanga, L., Landaeta, R. , Medina, P., Neumann, M., Orias, J., Sandoval, M. y Spauldo, P. (2020).

## **Material Docente**

### **Formulación Clínica de Casos**

#### **Para el Diseño de Intervenciones Clínicas**

Comunidad Académica Área Clínica Facultad de Psicología, Sede Concepción

Valeria Acuña Leiva, Paula Díaz Meléndez,  
Claudia Flores Bengoechea, Francisca Hinrichs Deppe,  
Luis Huamanga Alarcón,  
Ricardo Landaeta Le-Fort, Paula Medina Lema,  
María Elisa Neumann Vásquez, Juan Orias Salazar,  
Margarita Sandoval Gutiérrez, Paulina Spauldo Valenzuela.

Concepción

## Índice

	Página
Resumen	3
Introducción	4
I. Formulación clínica de casos	6
1.1 Esquema integrador formulación clínica de casos	8
1.2 Preguntas para la formulación clínica	9
II. Caso adulto	
2.1 Descripción del caso	11
2.2 Formulación clínica del caso desde las distintas perspectivas teóricas	
2.2.1 Humanista	15
2.2.2 Cognitiva	23
2.2.3 Psicoanalítica	32
2.2.4 Sistémica	39
III. Psicodiagnóstico	45
IV. Estrategias	68
V. Glosario	70
Referencias Bibliográficas	73

## **Resumen**

El presente material fue desarrollado por docentes del área clínica de la Facultad de Psicología, que conforman la Comunidad Académica del área en la sede Concepción, para ser utilizado en la asignatura de Diseño e intervención clínica Adulto.

El material pretende aportar al proceso de enseñanza y aprendizaje de la asignatura en los siguientes recursos conceptuales y procedimentales: como apoyo para que los estudiantes puedan elaborar una hipótesis preliminar para el diseño de estrategias clínicas (unidad 1), selección de instrumentos psicológicos de acuerdo a la etapa del desarrollo, motivo de consulta e hipótesis inicial, integración de resultados y planteamiento de hipótesis integrativa/explicativa, planificación de un proceso de psicodiagnóstico en base a una hipótesis preliminar y en consideración con el motivo de consulta (unidad 2) y diseño de un proceso de intervención clínica completo en adultos, considerando estrategias pertinentes, que respondan al motivo de consulta y a la co-construcción de objetivos terapéuticos con el consultante adulto, desde un enfoque adecuado a las características del caso (unidad 3).

## **Introducción**

En la conformación de la Comunidad Académica del área clínica, participan docentes de la Facultad de Psicología, sede Concepción y que realizan docencia en asignaturas en distintos niveles de la carrera. Uno de los desafíos que nos planteamos, fue desarrollar un material docente que pudiera apoyar el proceso de construcción de hipótesis explicativas, aspecto que era evaluado como una debilidad de los estudiantes, en la etapa de supervisión de práctica profesional.

Los objetivos que nos propusimos para la elaboración del material son:

- Que los estudiantes integren contenidos de las asignaturas del área clínica, previas a la asignatura de Diseño e intervención clínica adulto.
- Que los estudiantes logren realizar una planificación de intervención clínica, luego de un acabado análisis de caso.

Se escogió incorporar el modelo de formulación de casos clínicos, por aportar una metodología para llegar a integrar y construir una hipótesis explicativa sobre los mecanismos que causan y mantienen los problemas de los pacientes, posibilitando que los estudiantes, luego de trabajar en ella, puedan planificar un tratamiento basado en ésta.

El material consiste en un caso clínico adulto, que ha sido formulado desde las cuatro perspectivas teóricas, con una pauta de preguntas para que el estudiante pueda desarrollar la formulación clínica del caso. La pauta de preguntas desarrolladas para la formulación clínica del caso, contemplan preguntas genéricas, que son comunes a los 4 enfoques teóricos y preguntas específicas por enfoque.

El documento se ordena en diferentes apartados. El capítulo 1 da cuenta de cómo se entiende la formulación de casos, los conceptos asociados y un esquema de la formulación clínica de casos, para visualizar las etapas de la intervención clínica, con las preguntas que orientan cada etapa del proceso. Luego, en el capítulo 2, se encuentra la descripción del caso clínico a analizar y el desarrollo de

la formulación del caso por enfoque. Para apoyar el proceso de planificación del proceso de psicodiagnóstico, en el capítulo 3 del material docente, se encuentra un listado de instrumentos de evaluación psicológica, en las distintas áreas a evaluar. En relación al proceso de diseñar una intervención clínica, se describen, en el capítulo 4, las distintas estrategias clínicas, para apoyar al estudiante en la toma de decisiones respecto a esta fase de la intervención. Además, se incluye la descripción de un glosario genérico, con las definiciones consensuadas de lo que como comunidad académica se acordó como común a todas las perspectivas teóricas.

Los criterios utilizados para la selección del caso clínico, se basaron en la prevalencia del trastorno y la disponibilidad del consentimiento informado.



## **I. Formulación Clínica**

La formulación clínica, también llamada formulación de casos, es una herramienta de trabajo clínico, la cual facilita 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). Asimismo, permite organizar toda la información recolectada en el proceso de intervención clínica, que ha resultado ser eficaz para poder identificar de manera ideográfica aquellos aspectos particulares a tener en consideración en el proceso terapéutico (Quant, 2013).

Durante el proceso de formación de psicólogos y terapeutas, la formulación de casos se vuelve una excelente estrategia pedagógica en al menos dos momentos. En primer lugar, permite ejemplificar la aplicación de teorías de la personalidad y la comprensión del comportamiento del individuo y, en un segundo momento, nos ayuda como parte de la formación clínica de los aprendices. (González, 2009). De esta manera, entrega a los terapeutas en formación, la posibilidad de contar con un modelo para explicar los mecanismos que causan y mantienen los problemas psicológicos de un paciente particular (González, 2009). En este sentido, la formulación del caso es muy relevante, pues permite, diseñar un tratamiento adecuado y ajustado a aquellos factores que explican la problemática del paciente, basando la planificación del tratamiento en este modelo explicativo.

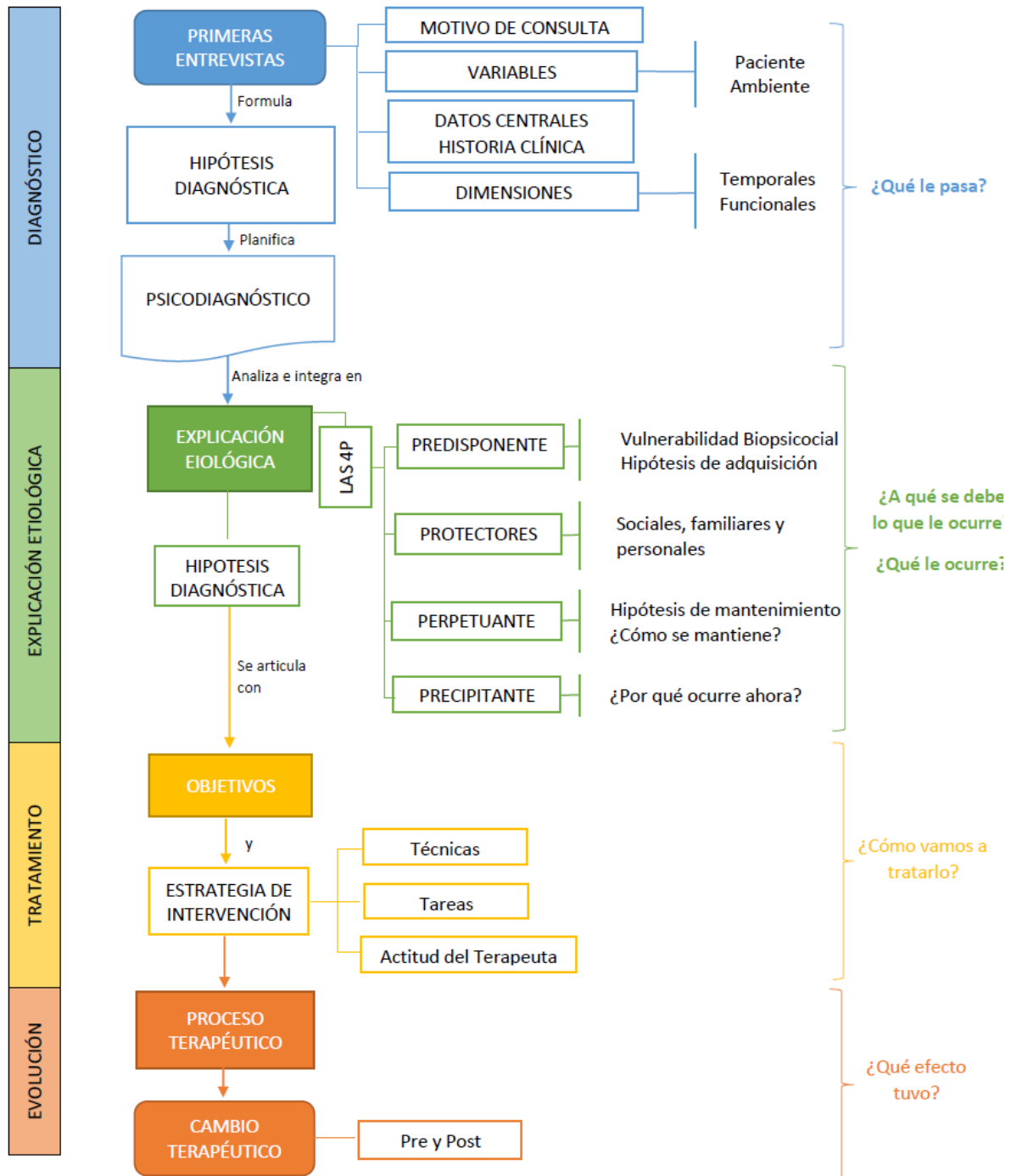
Una definición de la formulación clínica planteada por Perry, Cooper y Michels (1987) señala que es una explicación o conceptualización, fundamentada teóricamente, de la información que surge de la evaluación clínica. En la práctica clínica, las formulaciones son usadas para comunicar una hipótesis y brindar el marco de trabajo para desarrollar el enfoque terapéutico más adecuado al paciente (En Bernardi, 2014).

En relación a la estructura de la formulación clínica, se consideran como elementos fundamentales los siguientes criterios: la descripción de la problemática, el establecimiento de hipótesis explicativa, criterios para el diseño del plan de intervención y la elección de las medidas para evaluar el impacto (Quant, 2013).

A partir de los criterios mencionados, se considera pertinente incorporar las 4 preguntas propuestas por Bernardi (2014), las cuales son: ¿Qué le pasa al paciente?, ¿A qué se debe lo que le ocurre?, ¿Cómo tratarlo? y ¿Qué efecto tuvo?

A partir de los conceptos mencionados anteriormente, se creó un esquema integrador que resume la propuesta de formulación clínica bajo la cual consideramos se debe trabajar.

## **1.1. Esquema integrador formulación clínica de casos**



## 1.2. Preguntas para la formulación clínica

Un desafío que tuvimos que abordar en la construcción del material docente, fue la tensión que se plantea en la intervención clínica, por las diferencias de conceptualizaciones que provienen desde los 4 enfoques teóricos que se trabajan en la malla curricular de Psicología (perspectivas psicoanalítica, humanista, cognitiva y sistémica) y la necesidad de trabajar con la formulación clínica de casos que contuviera los aspectos comunes de una intervención clínica. Para poder diferenciar ambos niveles, es decir, lo que es común en una formulación clínica de casos, de lo específico que se desarrolla una vez seleccionado el enfoque teórico más pertinente para trabajar con ese paciente, propusimos una pauta de formulación donde se diferencian ambos aspectos, a los que llamamos preguntas genéricas y preguntas específicas.

En coherencia con el esquema integrador de la formulación clínica de casos, donde se diferencian las fases del proceso terapéutico, se construyó la pauta de preguntas. En primer lugar, se encuentran las preguntas genéricas, que abordan aspectos comunes de los cuatro modelos teóricos y se orientan a apoyar la fase de diagnóstico, dando respuesta a la pregunta ¿Qué le pasa al consultante?. Otro aspecto que es abordado por las preguntas genéricas, es la explicación, dando cuenta de cómo el estudiante explica a qué se debe lo que le ocurre a la paciente, usando el modelo de las 4P, identificando factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes y protectores (Selzer y Steven, 2014).

En el apartado de preguntas específicas por enfoque, se orienta al estudiante para que pueda identificar conceptos teóricos para desarrollar una hipótesis preliminar del caso, abordando el recurso conceptual de la Unidad 1 de la asignatura. A continuación, se propone al estudiante desarrollar la planificación del proceso de psicodiagnóstico en base a la hipótesis preliminar, recurso procedimental de la unidad 2, identificando: áreas a indagar, técnicas y procedimientos pertinentes. El apartado siguiente contiene la explicación según el modelo teórico, que apunta a que el estudiante desarrolle la integración de resultados y plantee la hipótesis explicativa, recurso conceptual de la unidad 2. En el punto del tratamiento se pide al estudiante que diseñe un proceso de

intervención pertinente al caso, abordando el resultado de aprendizaje de la unidad 3.

A continuación, se presenta la pauta de preguntas a trabajar con los estudiantes.

### ***Preguntas genéricas***

<b>DIAGNÓSTICO</b> ¿Qué le pasa?
¿Cuál es el motivo de consulta?
¿Qué variables personales identifica como claves para comprender el problema?
¿Qué variables del ambiente identifica como claves para comprender la problemática?
<b>EXPLICACIÓN</b> ¿Cómo explica a qué se debe lo que le ocurre a la paciente, usando el modelo de las 4P (predisponente, precipitante, perpetuante, protectores)
Predisponente: ¿Qué elementos previos de la historia de la paciente nos ayudan a entender lo que le ocurre ahora?
Precipitante: ¿Por qué ahora?, ¿por qué surge la necesidad de consultar en este momento?
Perpetuante: ¿Cómo podemos entender que la dificultad en la paciente se mantiene en el tiempo?
Protector: ¿Qué elementos evaluamos como puntos de apoyo que le permitirán a la paciente desarrollar o fortalecer recursos para afrontar este período?

### ***Preguntas específicas por enfoque***

<b>DIAGNÓSTICO</b> ¿Qué le pasa?
Desde la perspectiva XXX, identifique qué conceptos teóricos le son útiles para formular una Hipótesis preliminar.
En base a sus ideas de la hipótesis preliminar, ¿qué áreas debe indagar para profundizar la comprensión y explicar el problema de la paciente?
Recolección de información: ¿Mediante qué técnicas, o instrumentos puede recabar esta información?
Personas claves: ¿A quiénes consideraría pertinente incluir en el proceso evaluativo?
<b>EXPLICACIÓN</b> ¿A qué se debe lo que le ocurre?
Hipótesis diagnóstica: Con el análisis e integración de resultados del proceso evaluativo ¿Cómo explica, desde la perspectiva XX, lo que le ocurre a la paciente?

<b>TRATAMIENTO</b> ¿Cómo tratarlo?
De acuerdo a todo lo anterior, y considerando los recursos disponibles, ¿qué modelo dentro de la perspectiva xx es factible para intervenir con esta paciente?
Definir los objetivos: ¿Qué objetivos plantearía para intervenir?
Priorizar los objetivos: ¿Cómo priorizaría los objetivos?
Evaluar la factibilidad de trabajar estos objetivos: ¿Cuán factible es trabajar con los objetivos planteados?
Definir la estrategia de intervención: ¿Qué estrategia terapéutica le va a permitir intervenir?
<b>EVOLUCIÓN</b>
¿Cómo evaluaría el logro de cada uno de los objetivos?
¿Cómo va a saber usted que lo logró?

## II. Caso adulto

### 2.1. Descripción del caso

La paciente es María, 21 años, estudiante de último año de Técnico Universitario de una carrera del área de la salud (vespertino) y que trabaja en labores administrativas en una institución privada. Consulta de manera espontánea a sugerencia de un médico general de un CESFAM. Como motivo de consulta señala que viene *“porque no me he sentido bien, hace poco tuve una parálisis en el lado izquierdo de la cara y el médico me dijo que era el sistema nervioso, ese lado se me pone rojo. Además, me siento como sin energía”,* agregando que *“hace dos semanas que no duermo bien, no tengo ánimo, tengo nostalgia. Si no trabajo, no tengo dinero para pagar mis cuentas”*. Dicha parálisis facial ocurrió tres semanas antes de la consulta y de acuerdo con lo señalado por María, estaría relacionado, junto a sus otros síntomas, con su cambio de casa ocurrido en ese tiempo *“hace un mes me tuve que traer a mi mamá, arrendamos una casa, porque ella tuvo un problema con su pareja y ahora vivimos mi pareja, mi sobrina, mi mamá y yo”*. Dicha mudanza fue vivida por la paciente como altamente estresante, agregando que *“no hay tiempo ni para cambiarse de casa (...) en mi antigua casa era feliz”,* y que este cambio significó una pérdida en su autonomía, espacio personal y vida de pareja.

Respecto a sus antecedentes vitales, María es la primera hija de la relación conyugal entre sus progenitores: Juan, de 72 años, fallecido hace dos años y Alejandra, de 44 años; quienes iniciaron una relación como una familia reconstituida, aportando tres hijos cada uno. Por parte del padre están Cristian de 46 años, Andrea de 43 y Leslie de 41; en tanto, por el lado de la madre están Juan Carlos de 28, Felipe de 26 y Fabio de 24 años; siendo María la menor entre todos los hermanos. Es importante señalar que uno de estos hermanos presenta antecedentes de bipolaridad y esquizofrenia.

Al nacer, la madre de María no podía hacerse cargo de ella, por lo que fue trasladada a un hogar de menores, pensando en la posibilidad de que se iniciaran los trámites para darle la tuición a su tía materna. Sin embargo, dichos trámites no culminaron, pues el padre la retiró del centro entre los 3 y 5 meses de edad. A pesar de ello, señala que nunca tuvo un hogar estable para vivir y que “*era como una gitana, vivía en varios lados*”, situación que se mantuvo hasta cumplir los 18 años, cuando se independizó y se fue a vivir con Pedro, de 28 años y que es su actual pareja.

Durante su adolescencia, vivió un tiempo con su hermana mayor, con quien presenta una estrecha relación y de quien señala que “*es más mamá mía que mi propia mamá*”, siendo el primer pilar fundamental en su vida. Posterior a ella, la paciente señala que su pilar fue su padre, que -recordemos- falleció dos años antes. En la actualidad, el apoyo sería entregado por Pedro, su pareja.

Actualmente, la paciente se está haciendo cargo de su madre y de su sobrina, conformándose una familia de tipo biparental sin hijos. Respecto de su sobrina, ésta tiene 5 años y es hija de su hermano Juan Carlos (28 años, por parte de madre), quien no se hace cargo de la niña y sólo ocasionalmente coopera con productos alimenticios; sin embargo, es “*sólo cuando él quiere*”. María ha comenzado un proceso judicial para obtener el cuidado personal de su sobrina, cuestión a la cual el hermano se niega.



En cuanto a su madre, señala que *“he sido yo quien tiene que sostener a mi mamá”* hasta el día de hoy, además de tratar de no decirle ciertas cosas para *“evitar conflictos y no hacerme mala sangre, prefiero guardarme las cosas”*.

Su madre tiende a imponer su autoridad a pesar de que el escenario ha cambiado y ahora vive en la casa de María. Esto ha activado una actitud ambivalente en la paciente que en ocasiones se somete a las exigencias de su madre y en otras, tiende a reaccionar en contra de la autoridad. Todo esto aumenta su inseguridad y sus temores.

Con respecto a su vida laboral, la paciente refiere que *“he trabajado toda mi vida, desde primero básico que vendía chupetes en el colegio; para mí, eso es trabajar”*. En su ocupación actual como administrativa *“muchas veces no me doy el tiempo para comer, o no me doy cuenta cuando quiero ir al baño”* debido a su excesiva carga laboral. Además, ha tomado turnos extras llegando a trabajar hasta 14 horas diarias. Agrega que *“no me siento de 21 años, por todas las responsabilidades que he tenido hasta ahora, no me hubiera gustado vivir así, me hubiera gustado una vida más fácil”*.

En cuanto a sus estudios, se encuentra en el proceso de prepararse para rendir su práctica profesional durante el segundo semestre.

En el transcurso de la primera entrevista, si bien la paciente luce cansada y con energía disminuida, presenta una actitud colaboradora que favorece el desarrollo de la misma y del relato, observándose lúcida y vigilante, con euprosia voluntaria (atención normal), en ocasiones alterada por la fatiga. Respecto a su orientación, se encuentra correctamente orientada en tiempo, espacio y persona. Se aprecia una adecuada memoria inmediata y remota, ya que es capaz de recordar hechos del pasado y frases referidas minutos atrás. En lo relativo a su afectividad, se aprecia presencia de humor y ánimo plano, fluctúa entre las emociones de rabia y tristeza congruente con su relato. Su pensamiento posee una organización concreta y su lenguaje es fluido, con un tono y ritmo

adecuado y a ratos veloz, sin alteraciones. Su juicio de realidad está conservado, con un adecuado control de los impulsos y mediana conciencia de enfermedad.

María es una mujer delgada, con musculatura aparentemente frágil y que impresiona con un estado general de debilidad. Sus ojos se perciben como tristes y suplicantes. La cabeza, sostenida por un cuello delgado, está estirada hacia delante y la barbilla un poco hacia arriba. La pelvis es pequeña, los brazos y piernas delgados. Los pies parecen pequeños y delgados, y el peso descansa sobre los talones. Los hombros están echados hacia delante. Su respiración es superficial y torácica, sin que la región abdominal intervenga.

Otros aspectos observados, aluden a la tendencia de María por evitar el contacto emocional, pues a pesar de que manifiesta sentirse constantemente con pena, *“trato de no llorar para no sentirme deprimida, tengo que ser fuerte, no puedo caer ahora, siempre he salido adelante”*, sin dar posibilidad a la expresión de sus emociones. A lo anterior, se suman otros temores y preocupaciones; por ejemplo, sus problemas para conciliar el sueño le generan el temor de quedarse dormida y no poder ir a trabajar al día siguiente. Se agrega a ello, la mencionada privación de sus necesidades básicas, tales como no ir al baño o no alimentarse, a fin de evitar molestar a su empleador y ser más constante en su trabajo; conductas que no muestra en su hogar.

Acercas de ella, la paciente presenta creencias distorsionadas de sí misma, con una marcada desvalorización y una autoimagen disminuida y profundos sentimientos de inferioridad, pues afirma sentirse insegura en exceso, que tiende a volverse dependiente, además de sentirse cobarde e incompetente. En tanto, percibe el mundo y a los otros como algo amenazador, difícil y abrumador. Añadiendo que concibe al futuro como algo que la atemoriza, lo mismo que la vida en general.

Como parte de estrategias para liberarse de la angustia, el abandono y las consecuencias de sus actos; tiende a rebajarse y humillarse frente a figuras de autoridad, de modo que siente que evita ser dañada por otros.

Respecto a la terapia, señala que necesita sentirse mejor y volver a tener energía para enfrentar lo que viene, señala “*hace tiempo que no hablaba de mí, gracias por escucharme*”.

## **2.2. Formulación clínica del caso desde las distintas perspectivas teóricas**

### **2.2.1. Humanista**

#### **2.2.1.1. Preguntas genéricas**

¿Qué variables personales identifica como claves para comprender el problema?

*Físicas:*

Mujer delgada, con musculatura aparentemente frágil y que impresiona con un estado general de debilidad. Sus ojos se perciben como tristes y suplicantes. La cabeza, sostenida por un cuello delgado, está estirada hacia delante y la barbilla un poco hacia arriba. La pelvis es pequeña, los brazos y piernas delgados. Los pies parecen pequeños y delgados y el peso descansa sobre los talones. Los hombros están echados hacia delante. Su respiración es superficial y torácica, sin que la región abdominal intervenga.

*Emocionales:*

- Energía disminuida.
- Ánimo plano.
- Fluctúa entre las emociones de rabia y pena.
- Evitación del contacto emocional
- Temores y preocupaciones limitan la posibilidad de conciliar sueño.
- Ansiedad anticipatoria
- Sentimientos de inferioridad
- Desvalorización y autoestima disminuida

*Mentales:*

- Exigente en lo laboral
- Responsable

*Relacionales:*

- Evitativa de conflictos
- Tendencia a la dependencia
- Miedo al abandono
- Necesidad de autonomía y espacio personal
- Mundo es percibido como amenazante
- Se rebaja ante las figuras de autoridad

¿Qué variables del ambiente identifica como claves para comprender la problemática?

*Historia:*

- Familia reconstituida y traslado al hogar de menores luego de nacer.
- Madre no podía hacer cargo de ella en la infancia y ahora vuelve a vivir con ella.

*Actuales:*

- Se “hace cargo” de su madre y de su sobrina.
- Trabajo más estudios. Terminando estudios (práctica profesional)
- Cambio de casa hace un mes
- Regresa a vivir con la madre.
- Carga laboral.

### **2.2.1.2. Preguntas específicas**

#### **Diagnóstico**

Desde la perspectiva Humanista, identifique qué conceptos teóricos le son útiles para formular una Hipótesis preliminar.

#### *Bioenergética:*

Desde este enfoque se realiza la hipótesis diagnóstica a partir de los tipos corporales o carácter (Lowen, 2010; Lowen, 2011).

1. Esquizoide
2. *Oral*
3. Masoquista
4. Psicópata
5. Rígido

#### *Eneagrama:*

Desde este enfoque se utilizan los Tipos de personalidad, Carácter o Eneatipos para construir la hipótesis diagnóstica (Richard, 1994).

1. Reformador
2. Ayudador
3. Triunfador
4. Individualista
5. Investigador
6. Leal
7. Entusiasta
8. Líder
9. *Pacificador*

En base a sus ideas de la hipótesis preliminar, ¿qué áreas debe indagar para profundizar la comprensión y explicar el problema de la paciente?

- Recursos personales
- Cómo vive la relación de pareja
- Contacto corporal, necesidades y energía
- Relación con otros y capacidad de contacto consigo mismo
- Resolución de conflictos

¿Mediante qué técnicas, o instrumentos puede recabar esta información?

A través de la entrevista clínica se obtiene el relato y formas de actuar del paciente.

La observación que el psicólogo realiza de las características físicas del paciente

Asimismo, podemos utilizar los dos tipos de test utilizados para ver los tipos de eneagrama.

### **Explicación**

Con el análisis e integración de resultados del proceso evaluativo ¿cómo explica, desde la perspectiva Humanista, lo que le ocurre a la paciente?

Puede considerar la explicación desde los tipos corporales (Bioenergética de Lowen) y los Eneatipos (Eneagrama de Riso-Hudson o Naranjo).

*Bioenergética:*

La paciente presenta un carácter Oral que es posible deducirlo de la observación de la corporalidad.

*Rasgos físicos:* mujer delgada, con musculatura aparentemente frágil y que impresiona con un estado general de debilidad. Sus ojos se perciben como tristes y suplicantes. La cabeza, sostenida por un cuello delgado, está estirada hacia delante y la barbilla un poco hacia arriba. La pelvis es pequeña, los brazos y piernas delgados. Los pies parecen pequeños y delgados y el peso descansa

sobre los talones. Los hombros están echados hacia delante. Su respiración es superficial y torácica, sin que la región abdominal intervenga.

*Estilo de personalidad:* con la esperanza de obtener ayuda de otros, está dispuesto a sacrificar su propia independencia. Tiende a estar dependiendo de otros, apoyándose en ellos y temiendo que lo abandonen.

Es un tipo desconfiado de sus propios sentimientos, tienden a ser personas amables y agradables.

*Etiología:* las tendencias físicas y restricciones somáticas se deben a la falta de satisfacción de sus necesidades en la infancia. Crece en un estado de privación de amor y afecto, muchas veces por descuido u ocupaciones excesivas de la madre dentro o fuera de la casa.

Anhela constantemente atención, ayuda y cariño de los demás debido a la privación de una madre cariñosa, pero no pide ni busca lo que necesita por temor a ser rechazado. Ha sido privado de amor y afecto por el descuido u ocupaciones excesivas de la madre dentro o fuera de casa, por enfermedad o muerte de la misma.

*Eneagrama:*

*Estilo de personalidad:* María posee un tipo de personalidad Nueve (Pacificador). Los Nueves son un tipo de personalidad que trabaja por mantener su paz mental, así como intentar mantener en calma y armonía el mundo que los rodea. Para ello, tiende a evitar conflictos y se desconecta de sus propias necesidades. De esta manera, muchas veces los cambios en la rutina hacen que se sienten abrumados y vea como difícil y amenazante su medio.

A pesar de que podrían ser buscadores espirituales, suelen tratar de obtener los beneficios emocionales y psíquicos del trabajo interior haciendo lo contrario a estar presentes. Generalmente se duermen, se insensibilizan a sus sentimientos y se desconectan de la realidad, esperando al mismo tiempo funcionar en ella sin esfuerzos.

Pueden vivir temiendo que les exijan reacciones o respuestas que podrían causarles ansiedad y destruir su paz interior, por lo cual restan importancia a los problemas o tratan de evitarlos. Viven la vida de forma estoica, aferrándose a ilusiones y reprimiendo la rabia.

Es posible observar que María tiene dificultades de hacer su voluntad y tiende a estar enfocada en complacer a los demás, lo cual se ve reflejado en su ambiente laboral y en la situación familiar actual.

De esta manera, a nivel laboral, María se ha “dormido” dejando de escuchar sus necesidades y manteniéndose activos en las actividades laborales. Así, trabajan y se ocupan de diversas cosas, pero no enfrentan los problemas más importantes.

A nivel familiar, puede tener mucha rabia reprimida y resentimiento que no desean ver ni enfrentar. Muchas veces temen que si dejan aflorar la furia perderán las dos cosas más importantes de su vida: su paz mental y su conexión con otras personas, en este caso su pareja y familia.

Asimismo, se observan algunas señales de alerta propias de este tipo:

- Dependencia emocional de otros (pareja).
- Evitar la aceptación de problemas de salud.
- Resistencia prolongada a recibir ayuda (se acercan cuando colapsan).

*Pauta infantil/ etiología:* En su infancia, los tipos nueve aprendieron a arreglárselas dissociándose de las situaciones o incidentes amenazadores y traumáticos. Asimismo, aprendieron que la mejor manera de mantener la armonía en la familia era «desaparecer» y no causar problemas a nadie; que, si no eran exigentes y tenían pocas expectativas, en resumen, si eran niños de manutención barata, serían capaces de protegerse y al mismo tiempo tranquilizar a sus padres.

Los niños Nueve crecieron con la idea de que no estaba permitido tener necesidades, hacerse valer, enfadarse ni crear dificultades a sus padres.



## Tratamiento

De acuerdo a todo lo anterior, y considerando los recursos disponibles, ¿qué modelo dentro de la perspectiva humanista es factible para intervenir con esta paciente?

Es posible utilizar cualquiera de los dos modelos anteriormente descritos.

¿Qué objetivos plantearía para intervenir?

- Ampliar la capacidad de generar contacto con su cuerpo y sus necesidades básicas.
- Empoderar la creencia de que tiene derecho a tener necesidades.
- Desensibilizar el miedo al abandono.
- Legitimar la expresión de la rabia y sus propias necesidades

¿Qué estrategia terapéutica le va a permitir intervenir?

Ambos enfoques trabajar desde la estrategia de psicoterapia individual. A continuación, se especifican algunos puntos desde cada perspectiva.

### *Bioenergética:*

El terapeuta bioenergético debe oír empáticamente las quejas de la otra persona por el abandono, rechazo e desilusiones que ha sufrido durante toda su vida. El primer paso es hacer más profunda la respiración, aumentando la capacidad torácica y prolongando su exhalación para que aparezcan o estallen los sentimientos reprimidos de miedo, ansiedad, desconfianza, resentimiento y rabia.

De manera general, es importante que el terapeuta:

- Escuche empáticamente las quejas de María en relación a abandonos, rechazos y desilusiones, sin hacer ninguna evaluación interior ni exterior de la objetividad del problema.
- Ejercicios corporales para aumentar el flujo de energía corporal. En cuanto a la respiración es importante dar realce a la exhalación (respiración AO),

ejercicios de enraizamiento (aumentar la energía en la parte inferior del cuerpo) o arco chino (abrir la zona torácica y permitir la expresión de sentimientos y emociones).

Se debe profundizar y potenciar en María:

- El contacto con sus necesidades y su expresión.
- Desensibilizar el miedo al abandono.
- Legitimar la expresión de rabia.

*Eneagrama:*

La estrategia de intervención utilizada desde este enfoque centra su atención en la toma de conciencia y en el propio trabajo personal. El terapeuta facilita los temas de conversación, pero es el paciente quien debe ser protagonista en su búsqueda.

En sesión y a través de “tareas” se debe explorar sobre:

- Conciencia corporal.
- Conciencia de sus miedos básicos.
- Confrontar y a decir que no.
- Percepción de necesidades y deseos.
- Expresión de la rabia.
- Desarrollo de talentos
- Observar la forma de relacionarse con su medio.

Algunas sugerencias entregadas para este Eneatipo son:

- Aprender a decir no.
- Aprender a reconocer lo que desean de una situación.
- Invertir tiempo y energía en tus talentos y deseos.
- Aprender a reconocer y procesar la rabia.

## **Evolución**

### ¿Cómo evaluaría el logro de cada uno de los objetivos?

Posee una actitud activa e independiente. Es una persona conectada con sus necesidades y que actúa en relación a las mismas. Siendo capaz de manejar los conflictos y plantear sus ideas y sentimientos.

### ¿Cómo va a saber usted que lo logró?

- Paciente es capaz de contactar con sus necesidades, expresarlas y actuar en concordancia con ellas.
- Aumento de la vitalidad corporal.
- Reconoce, procesa y expresa sus sentimientos de rabia.
- Es capaz de enfrentar sus conflictos personales.

## **2.2.2 Cognitiva**

### **2.2.2.1. Preguntas genéricas**

#### **Diagnóstico**

### ¿Qué variables personales identifica como claves para comprender el problema?

Desde el modelo cognitivo se considera relevante, en primer lugar, establecer un tema que represente el eje de la problemática del consultante, el cual guiará la exploración y posterior intervención. Las variables claves que permitirán comprender el problema se refieren a distintos dominios de la persona.

Tema: Pérdida de la auto valía/autonomía, espacio personal y vida de pareja.

#### *Dominios:*

- *Sentido de Sí mismo:* asociado a desvalorización, “no ser querible”, su autoestima está ligada al logro y a la capacidad de lucha, se siente valiosa cuando “logra algo”, “sentido de control/fuerza”.
- *Conductual:* postergación de sus necesidades, inactividad.

- *Cognitivo*: esquemas de rechazo/abandono, auto esquemas relativos a infravaloración.
- *Debos absolutistas*: “tengo que ser fuerte” “debo sostener a mi mamá” “debo evitar los conflictos” “no debo estar triste”
- *Afectivo*: tristeza, rabia, miedo, tendencia a la inhibición de sus afectos.
- *Sensaciones*: falta de energía, fatiga, cansancio
- *Interpersonal*: cuidadora compulsiva.
- *Biológico/médico*: parálisis facial, insomnio, estrés. Antecedentes familiares de bipolaridad, esquizofrenia.
- *Autocuidado y salud*: bajo nivel de autocuidado, posterga sus necesidades.
- *Apego*: inseguro. Tipo evitante

¿Qué variables del ambiente identifica como claves para comprender la problemática?

Se observa en la paciente como variables contextuales claves la historia de negligencia, abandono y pérdidas: Infancia en hogar de menores, ambiente inestable, múltiples cuidadores. Experiencias de Separaciones y pérdidas.

En el contexto actual: Cambio de casa hace un mes, regresa a vivir con la madre. Sobrecarga laboral. Proceso judicial para solicitar el cuidado personal de su sobrina.

## **Explicación**

Predisponente: ¿Qué elementos previos de la historia de la paciente nos ayudan a entender lo que le ocurre ahora?

- Historia infantil de abandono y pérdidas.
- Parentalización
- Tipo de apego inseguro: Evitante
- Ambiente familiar inestable/múltiples cuidadores
- Antecedentes mórbidos familiares

Precipitante: ¿Por qué ahora?, ¿por qué surge la necesidad de consultar en este momento?

Eventos actuales relacionados con sobre exigencia, estrés (exigencias académicas, carga laboral, responsabilidades familiares, proyecto de vida en pareja)

Perpetuante: ¿Cómo podemos entender que la dificultad en la paciente se mantiene en el tiempo?

- Por la presencia de esquemas desadaptativos.
- Por las reglas o manera en que la paciente organiza su experiencia de modo coherente con su sentido de sí misma.

Protector: ¿Qué elementos evaluamos como puntos de apoyo que le permitirán a la paciente desarrollar o fortalecer recursos para afrontar este período?

- Relación de pareja
- Estudios

#### **2.2.2.2. Preguntas específicas**

##### **Diagnóstico**

Desde la perspectiva cognitiva, identifique qué conceptos teóricos le son útiles para formular una Hipótesis preliminar.

La hipótesis preliminar se puede formular considerando dos perspectivas: racionalista o constructivista, cada una con modelos de terapia que comparten elementos en común, pero que pueden diferenciarse en forma y técnicas.

##### *Perspectiva Cognitiva Racionalista:*

Desde la perspectiva cognitiva se entiende que no son los eventos los que causan el malestar psicológico (síntomas, patología) sino la interpretación o los significados que se le otorga a estos eventos, lo cual es idiosincrásico de cada sujeto.

*Concepto de Esquemas de Beck:* esquemas o creencias nucleares del tipo “no soy capaz” “no soy querible” “yo soy la única responsable” “soy un problema para los demás”, que se activan frente a situaciones de mayor demanda y que generan consecuencias emocionales y conductuales, dichas creencias van acompañadas de un procesamiento de información distorsionado que mantiene activo el sistema de creencias y mantiene la coherencia entre el sistema de creencias y la percepción de la paciente respecto de sí misma, el mundo y el futuro.

*Distorsiones cognitivas:* se observan distorsiones cognitivas como personalización, sobre generalización, minimización, pensamiento dicotómico.

*Modelo ABC:* desde el modelo ABC de Ellis, se puede identificar:

(A) un evento activador externo el cambio de casa y la llegada de la madre, y como evento activador interno la pérdida de la autonomía/competencia, dado que la paciente asume que debe hacerse cargo de esta situación; esto activa el sistema de creencias (B) “no soy capaz” “no soy querible” “yo soy la única responsable” “soy un problema para los demás”.

A la base habrían ideas irracionales del tipo “debo tener éxito y valorarme como persona en función de mis logros y competencias”, “es catastrófico que las cosas no marchen como uno desea”, “mi historia pasada determina mi presente”, “pensar que el futuro es preocupante y debo sentir inquietud por el mismo”. Generan exigencias irracionales del tipo “tremendismo”, condena global de la valía personal, “no soportantitis” (baja tolerancia a la frustración).

*Debos absolutistas:* Hacia sí misma: “tengo que ser fuerte (capaz)” “debo sostener a mi mamá” “debo evitar los conflictos” “no debo estar triste”.

Hacia la vida: “la vida es una lucha” “mi historia pasada determina mi presente”.

Las creencias irracionales presentadas por la paciente generan demandas absolutistas de sí misma lo que podría generar Ansiedad del Yo (supone un auto desprecio por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma) asociada a sentido de pérdida e incapacidad. Estas creencias generarían (relación bidireccional) emocionalmente tristeza y rabia, y a nivel conductual inactividad.

### *Perspectiva Constructivista:*

*Organización de Significado Personal Depresiva:* la paciente se organiza en torno a la experiencia de pérdida afectiva.

*Tipo de Apego:* Evitante (Tipo A3: cuidador compulsivo), donde predominan esquemas emotivos de pérdida.

*Continuidad-discontinuidad* del sentido de sí mismo, discrepancia entre el fluir de la experiencia inmediata y la imagen consciente de sí misma.

Actitud hacia la realidad.

En base a sus ideas de la hipótesis preliminar, ¿qué áreas debe indagar para profundizar la comprensión y explicar el problema de la paciente?

### *Perspectiva Cognitiva Racionalista*

Se debe indagar:

- Esquemas (cognitivos-conceptuales, emotivos, conductuales, fisiológicos, motivaciones, etc.)
- Eventos activadores, sistema de creencias, consecuencias emocionales y conductuales.
- Ideas irracionales y debos absolutistas.
- Distorsiones cognitivas.

### *Perspectiva constructivista/evolutivos*

Se debe explorar:

- Organización de significado personal.
- Narrativas descriptivas y reflexivas
- Dominios del self que se articulan para generar la descompensación de la dinámica del self (YO-Mí): cognitivo, afectivo, conductual, sensorial, imaginativo, biológico, interpersonal.

- Procesos de mentalización, temporalidad.
- Relaciones primarias, tipo de apego.

¿Mediante qué técnicas, o instrumentos puede recabar esta información?

### *Perspectiva Cognitiva racionalista*

Algunos de los instrumentos importantes para recabar información son:

- Entrevista Clínica y Observación (como fuente primaria de información).
- Cuestionarios de Síntomas (OQ-45, SCL-90, BDI-II, etc.).
- Cuestionario Multimodal de Historia de Vida (Lazarus).
- Modelos de Formulación de Caso RMPS (Quiñones).
- BASIC ID de Lazarus.
- Modelo ABC de Ellis.
- Reconstrucción de eventos.
- Evaluación de esquemas.
- Autorregistros del paciente.

Con el análisis e integración de resultados del proceso evaluativo ¿cómo explica, desde la perspectiva cognitiva, lo que le ocurre a la paciente?

### *Perspectiva Cognitiva Racionalista:*

Desde la perspectiva cognitiva se entiende que no son los eventos los que causan el malestar psicológico (síntomas, patología) sino la interpretación o los significados que se le otorga a estos eventos, lo cual es idiosincrásico de cada sujeto.

Según Beck, los esquemas o creencias nucleares del tipo “no soy capaz” “no soy querible” “yo soy la única responsable” “soy un problema para los demás”, se activan frente a las situaciones de mayor demanda y generan consecuencias emocionales y conductuales, dichas creencias van acompañadas de un procesamiento de información distorsionado que mantiene activo el sistema de creencias y mantiene la coherencia entre el sistema de creencias y la percepción de la paciente respecto de sí misma, el mundo y el futuro. Se observan



distorsiones cognitivas como personalización, sobregeneralización, minimización, pensamiento dicotómico.

Desde el modelo ABC de Ellis, se podría explicar cómo:

(A) un evento activador externo el cambio de casa y la llegada de la madre, y como evento activador interno la pérdida de la autonomía/competencia, dado que la paciente asume que debe hacerse cargo de esta situación; esto activa el sistema de creencias (B) “no soy capaz” “no soy querible” “yo soy la única responsable” “soy un problema para los demás”.

A la base habría ideas irracionales del tipo “debo tener éxito y valorarme como persona en función de mis logros y competencias”, “es catastrófico que las cosas no marchen como uno desea”, “mi historia pasada determina mi presente”, “pensar que el futuro es preocupante y debo sentir inquietud por el mismo”. Generan exigencias irracionales del tipo “tremendismo”, “no soportantitis”.

Debos absolutistas:

- Hacia sí misma: “tengo que ser fuerte (capaz)” “debo sostener a mi mamá” “debo evitar los conflictos” “no debo estar triste”.
- Hacia la vida: “la vida es una lucha” “mi historia pasada determina mi presente”.

Las creencias irracionales presentadas por la paciente generan demandas absolutistas de sí misma lo que podría generar Ansiedad del Yo (supone un auto desprecio por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma) asociada a sentido de pérdida e incapacidad. Estas creencias generarían (relación bidireccional) emocionalmente tristeza y rabia, y a nivel conductual inactividad.

*Perspectiva Constructivista:*

Desde la perspectiva constructivista, modelo Postracionalista de V. Guidano se podría hipotetizar una Organización de Significado Personal Depresiva, la paciente se organiza en torno a la experiencia de pérdida afectiva. Experiencias tempranas ligadas a la dimensión de separación y rechazo de parte de sus cuidadores

primarios, habrían configurado un apego de tipo Evitante (Tipo A3: cuidador compulsivo), donde predominan esquemas emotivos de pérdida. El sentido de sí misma se ha construido en base a la experiencia de pérdida y al sentido de soledad, expresado en un significado de “hay malo en mí” y “tengo que luchar con mi destino”. Con oscilaciones emocionales desamparo/desesperación-ira.

El malestar psicológico puede ser entendido como una discontinuidad del sentido de sí mismo, discrepancia entre el fluir de la experiencia inmediata y la imagen consciente de sí misma. Puesto que en las OSP depresivas, la persona ha construido su autoestima en base a sus logros, derivados de la extenuante lucha por evitar el sentido de soledad y abandono, se sentirá valorada si logra ser “capaz y tener el control de sí misma” (autovalerse compulsivo), ya que el entorno no es algo que ella perciba como “algo controlable”, el estado de estrés, y la percepción de menor autonomía generan una descompensación puesto que desestabilizan la autoestima, generando un sentido de fracaso y menor valía personal. El autovalerse compulsivo le permite la adaptación, situación que se ha revertido debido a la dificultad para hacer frente a las demandas actuales, generando en ella un sentido de indefensión y falta de control.

## **Tratamiento**

De acuerdo a todo lo anterior, y considerando los recursos disponibles, ¿qué modelo dentro de la perspectiva cognitiva es factible para intervenir con esta paciente?

- Terapia Cognitiva de Beck
- Terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis
- Terapia de Esquemas de Young
- Psicoterapia cognitiva Postracionalista de V. Guidano

¿Qué objetivos plantearía para intervenir?

- Disminuir los síntomas depresivo-ansiosos
- Favorecer estrategias de afrontamiento adaptativas frente a situaciones de estrés.

- Mejorar el autocuidado

#### Priorice los objetivos

1. Disminuir los síntomas depresivo-ansiosos:
  - Favorecer la activación conductual (retomar actividades placenteras)
  - Modificar esquemas o creencias subyacentes relativas a la pérdida y la autosuficiencia (sentido de sí misma como valiosa, atribución adecuada de responsabilidades, disminución de “debos” y distorsiones cognitivas)
2. Mejorar el autocuidado (sueño, satisfacción de necesidades básicas).
3. Favorecer estrategias de afrontamiento adaptativas (solución de problemas no evitar, pedir ayuda, ser asertiva).

#### Evalúe la factibilidad de trabajar estos objetivos

Es factible trabajar estos objetivos, pero implicaría que la paciente logre reconocer la importancia de hacerse cargo de ella misma, esto por la tendencia a postergarse.

#### ¿Qué estrategia terapéutica le va a permitir intervenir?

- Psicoterapia individual.
- Delimitación clara del motivo de consulta y problemas de la paciente.
- Abordaje adecuado de la alianza terapéutica, con especial énfasis en el vínculo terapéutico: actitud contenedora, reparadora y no abandonadora de parte del terapeuta. Favorecer que la paciente sea “vista como valiosa e importante”. Posibilitar la “rabia”.
- Técnicas pertinentes a la problemática, utilizadas de manera oportuna.
- Respetar los tiempos de la paciente, no hacerla sentir exigida, ayudarla a atribuirse los logros.
- Cuidar los aspectos éticos relativos a establecer un espacio seguro y de confianza.

### ¿Cómo evaluaría el logro de cada uno de los objetivos?

Definiendo de antemano, en forma clara, concreta y precisa los indicadores de logro para cada objetivo.

Evaluando a lo largo del proceso el cumplimiento de los objetivos a través del reporte de la paciente, de los cambios observados en la relación paciente-terapeuta, y de las medidas objetivas.

Evaluando la alianza terapéutica: acuerdo en tareas, objetivos y calidad del vínculo.

### ¿Cómo va a saber usted que lo logró?

Cuando exista concordancia entre los indicadores de logro definidos y lo observado: observados por el terapeuta, autorreportados por la paciente, Indicadores de cambio Test- Re-test: OQ-45, BDI-II, SCL-90, etc.

Cuando la paciente recupere su autonomía y funcionalidad.

## **2.2.3 Psicoanalítica**

### **2.2.3.1. Preguntas genéricas**

#### **Diagnóstico**

### ¿Qué variables personales identifica como claves para comprender el problema?

Dentro de los aspectos personales que son claves para entender lo que le sucede a la paciente, se debe mencionar:

- Existencia de un falso self patológico, junto a un superyó sádico.
- Self frágil
- Autoestima dependiente de lo externo
- Fallas en la integración y personalización, que le hacen más difícil contactarse con sus emociones y necesidades corporales.

¿Qué variables del ambiente identifica como claves para comprender la problemática?

En el contexto inmediato se observa el ambiente laboral sobre exigente, junto a las demandas de la madre y el hecho de haber vuelto a vivir con ella. Además del proceso jurídico para tener el cuidado personal de una sobrina.

En términos de su historia vital, es clave para comprender el problema la historia de abandono, inestabilidad y negligencia por parte de sus cuidadores primarios.

### **Explicación**

Predisponente: ¿Qué elementos previos de la historia de la paciente nos ayudan a entender lo que le ocurre ahora?

Dentro de los elementos que generan una predisposición de la paciente a la patología se encuentra en primer lugar la falla temprana o déficit del ambiente - cuidadores primarios- en proveer a la paciente la necesaria satisfacción de sus necesidades emocionales. Esto se observa en eventos como abandonos, inestabilidad de las figuras de apego, así como inestabilidad del ambiente en general.

Se agrega la patología mental de su entorno cercano.

Precipitante: ¿Por qué ahora?, ¿por qué surge la necesidad de consultar en este momento?

La patología se actualiza debido a que los eventos actuales conectan a la paciente con angustias infantiles como el abandono, el reconocimiento del otro y el amor estable. Esto a raíz del cambio de casa y el tener que hacerse cargo de la madre; perder la autonomía conseguida. Se agrega el proceso de tuición de la sobrina, así como la alta exigencia en el plano laboral.

Perpetuante: ¿Cómo podemos entender que la dificultad en la paciente se mantiene en el tiempo?

Falso self patológico, considerando a Winnicott; y un Self inestable y autoestima dependiente de lo externo, considerando a Kohut. La paciente busca a través del reconocimiento externo, obtener amor, aprobación y validación de su estima personal.

Protector: ¿Qué elementos evaluamos como puntos de apoyo que le permitirán a la paciente desarrollar o fortalecer recursos para afrontar este período?

Capacidad de establecer algunos vínculos profundos, por ejemplo, con su hermana mayor o su pareja.

Funciones cognitivas conservadas, que le permiten trabajar y estudiar.

### **2.2.3.2. Preguntas específicas**

#### **Diagnóstico**

Desde la perspectiva psicoanalítica, identifique qué conceptos teóricos le son útiles para formular una hipótesis preliminar.

Se abordarán los conceptos relativos a los diagnósticos estructural y dinámico.

Diagnóstico estructural. Se utilizará el concepto de estructura de personalidad, realizando una hipótesis diagnóstica considerando las estructuras propuestas por Kernberg:

- Normal
- Neurótica
- Limítrofe
- Psicótica

Hipótesis dinámica. En este ítem y para esta paciente serán útiles los conceptos que nos permitan explicar el origen del problema, que en este caso es por falla temprana o déficit; por lo que es pertinente usar conceptos de Winnicott y/o Kohut.

Winnicott: Se debe revisar si la madre o cuidador primario cumplió con sus funciones adecuadamente, siendo éstas:

- Holding o sostenimiento emocional.
- Handling o sostenimiento físico

A la vez, en la evaluación de la madre en tanto que cumple o no sus funciones, debemos considerar los conceptos de:

- Preocupación materno primaria
- Madre ambiente
- Madre suficientemente buena
- Presentación de objeto.

A la vez, se debe observar si la paciente logró satisfacer sus necesidades, para lo cual utilizaremos los conceptos de:

- Integración
- Personalización
- Intimidad

Finalmente, en términos de estado de desarrollo, consideraremos el concepto de verdadero y/o falso self normal.

En Kohut, también se debe observar si los cuidadores primarios han satisfecho las necesidades del bebé, que, en el caso de este autor, se denominan “necesidades narcisísticas normales”. Considerando los conceptos de:

- Objeto del self reflejante
- Objeto del self imago parental idealizado
- Objeto del self gemelar o alter ego.

Otros conceptos de este autor a abordar serían: internalización transmutadora.

Finalmente, en este autor la salud mental se observa en términos de self fuerte y estable, abordando logros como:

- Autoestima
- Calma
- Pertenencia

En base a sus ideas de la hipótesis preliminar, ¿qué áreas debe indagar para profundizar la comprensión y explicar el problema de la paciente?

Aspectos externos:

Observando las funciones yoicas de la paciente, entre ellas:

- Relaciones interpersonales
- Control de impulsos
- Funciones cognitivas
- Relación con la realidad

Aspectos internos:

- Angustias predominantes.
- Mecanismos de defensa utilizados.
- Tipo de relación objetal.
- Deseos y fantasías inconscientes.

¿Mediante qué técnicas o instrumentos puede recabar la información?

A través de una entrevista clínica, obteniendo datos acerca de su historia vital, modos de funcionar y relacionarse de la paciente.

Test de psicodiagnóstico de Rorschach.

Test de Relaciones Objetales.

¿A quiénes consideraría pertinente incluir en el proceso evaluativo?

Siendo una paciente adulta y autónoma en términos físicos e intelectuales, no se requiere de fuentes adicionales de información.

## **Explicación**

Con el análisis e integración de resultados del proceso evaluativo ¿cómo explica, desde la perspectiva psicoanalítica, lo que le ocurre a la paciente?

Considerando a Winnicott (1981), se puede señalar que existe una falla temprana o déficit en la provisión del ambiente, pues la paciente no tuvo los cuidados adecuados en su primera infancia, dado que fue dejada inmediatamente en un hogar de menores, alejada de su madre, quien no era capaz de cuidar de ella, lugar en el que permanece hasta cerca de los 5 meses. Dado lo anterior, es



evidente que María no tuvo una madre suficientemente buena, que le diera un adecuado sostenimiento físico (handling) y emocional (holding), ni tampoco presentación del mundo y sus objetos.

Las fallas en el sostenimiento emocional se observan en la forma poco adecuada que tiene de enfrentar sus dificultades actuales, desarrollando una depresión y sin capacidad de contenerse a sí misma. En tanto el handling se puede apreciar en la poca capacidad de contactarse con sus necesidades corporales básicas o bien, de ignorarlas para adecuarse al otro. Al estar en un hogar, se presume que los cuidadores no fueron figuras estables, por lo que tampoco recibió dichos cuidados por parte de ellos. Eventualmente, su única figura de apego la tuvo en su adolescencia y sólo por un tiempo breve (Winnicott, 1981; Nemirovsky, 2007).

Lo anterior desencadenó que María debiera procurarse sus propios cuidados, desarrollando un falso self patológico de suficiencia laboral y esfuerzo, así como de obediencia y sumisión, que pudieron ser adaptativas al entorno en su infancia (Winnicott, 1981; Nemirovsky, 2007).

Considerando Kohut (1966, 1978; Mitchell, 2004), también se podría considerar que el problema de María ocurre por una falla temprana de la madre y/o déficit, quien la abandonó al momento de nacer, siendo dejada en un hogar. A lo largo de su infancia y como resultado de no tener un hogar estable, es probable que María no haya tenido satisfacción de sus necesidades narcisísticas normales, esto es, no existe un objeto del self reflejante que le mostrara y validara sus aspectos buenos y grandiosos, lo que se observa claramente cuando agradece al psicólogo por haberla escuchado; es decir, sentir que alguien se dedica sólo a ella; también se observa en sus déficits de autoestima. Tampoco se observa un objeto del self para poder idealizar y sentirse a resguardo. De este modo, María se orienta a través de una estructura compensatoria, hacia el polo de los ideales, intentando ser una buena empleada, llegando a la sumisión; así como una cuidadora de otros, como su sobrina y su madre.

## **Tratamiento**

De acuerdo a todo lo anterior, y considerando los recursos disponibles, ¿qué modelo dentro de la perspectiva psicoanalítica es factible para intervenir con esta paciente?

Desde el psicoanálisis, y dado que se observan fallas tempranas, se sugiere una psicoterapia breve orientada hacia el apoyo.

¿Qué objetivos plantearía para intervenir?

- Superar síntomas depresivos.
- Regulación interna de la autoestima.
- Generar conductas asertivas.
- Fomentar el desarrollo y expresión de su verdadero self, para lo cual previamente debieran desarrollarse en el paciente capacidades de contención y confianza en sí misma, así como contacto con su corporalidad.
- Fomentar el desarrollo de la autoestima y estabilidad emocional, generando la capacidad de desarrollar sus talentos y tolerar las frustraciones.

¿Qué estrategia terapéutica le va a permitir intervenir?

Psicoterapia individual.

La paciente requiere alta contención emocional, por lo que se propone un encuadre estable y regular (siempre mismo día a la misma hora), que debe ser cumplido estrictamente por el terapeuta.

Estrategias terapéuticas correspondientes a psicoterapia orientada al apoyo:

- Confrontaciones
- Señalamientos
- Validación empática.
- Clarificaciones
- Afirmaciones

- Elogios

## **Evolución**

### ¿Cómo evaluaría el logro de los objetivos planteados?

A través de la observación clínica, analizando el relato de la paciente en torno a la problemática inicial y los objetivos planteados.

### ¿Cómo va a saber usted que lo logró?

Siempre de acuerdo al relato de la paciente, se debieran observar:

- Su ánimo se encuentra normal, superando la sintomatología depresiva.
- Su imagen de sí misma está más regulada desde lo interno que de lo externo, pudiendo decir que no a ciertas peticiones.
- Es asertiva al plantear sus puntos.
- La paciente es más espontánea, mostrando su verdadero self.
- La paciente es capaz de elaborar pensamientos por sí misma, reflexionando acerca de sus angustias y optando por la vía más adaptativa de forma autónoma.

## **2.2.4 Sistémica**

### **2.2.4.1. Preguntas genéricas**

#### **Diagnóstico**

### ¿Qué variables personales identifica como claves para comprender el problema?

Desde el enfoque sistémico, se identifica como variable personal, el impacto que significa el cambio que tuvo que realizar, al traer a su madre a vivir con ella, el que es vivenciado por la paciente con un alto monto de estrés, lo que ha implicado perder un grado de autonomía previamente logrado, en relación a percibir una modificación a su espacio personal, lo que ha afectado el sistema, en particular el subsistema de pareja.

¿Qué variables del ambiente identifica como claves para comprender la problemática?

Desde el enfoque sistémico, se identifican tres variables del ambiente como relevantes para comprender la problemática actual: el cambio de casa que ocurre hace un mes, donde vuelve a vivir con la madre; el nivel actual de carga laboral y el proceso judicial que lleva adelante para solicitar el cuidado personal de su sobrina. Estas variables ambientales constituyen estresores situacionales que están afectando la adaptabilidad de este sistema familiar (Olson, 1983).

### **Explicación**

Predisponente: ¿Qué elementos previos de la historia de la paciente nos ayudan a entender lo que le ocurre ahora?

A través de la descripción del caso se puede hipotetizar que en la historia de la paciente existen indicadores de negligencia transgeneracional, desde la familia por línea materna, que genera la experiencia de ser poco cuidada en el transcurso de su historia de vida. Esta experiencia de haber sido poco cuidada, se traduce en la actualidad en una baja visibilidad de sus propias necesidades, lo que se unido al bajo nivel de diferenciación de la paciente, se traduce en que la paciente establezca un patrón relacional caracterizado por hacerse cargo de las necesidades de la madre y la sobrina, que, en estos momentos, expresan necesidad de ser cuidadas y protegidas.

Precipitante: ¿Por qué ahora?, ¿por qué surge la necesidad de consultar en este momento?

El cambio de casa hace un mes, significa para la paciente la vivencia de la pérdida de autonomía lograda, lo que repercute en cambios a nivel de su espacio personal y vida de pareja, generando una situación de estrés que está sobrepasando las capacidades de adaptación del sistema familiar en la actualidad.

Perpetuante: ¿Cómo podemos entender que la dificultad en la paciente se mantiene en el tiempo?

El bajo nivel de diferenciación de la paciente respecto de su familia de origen, obstaculiza su proceso de diferenciación, al mantener un grado de fusión emocional que la lleva a hacerse cargo de las dificultades de la madre. En este sentido se aprecia que, en el continuo de la masa indiferenciada del yo familiar, la paciente presenta un predominio de indiferenciación y fusión del yo con intensidad media-alta (Bowen, 1998).

Protector: ¿Qué elementos evaluamos como puntos de apoyo que le permitirán a la paciente desarrollar o fortalecer recursos para afrontar este período?

La paciente refiere al menos dos relaciones en las cuales es posible visualizar recursos de apoyo: la relación afectiva de pareja y la relación con su hermana Susana. Ambas relaciones son vivenciadas por la paciente como referentes de apoyo y contención, percibiendo disponibilidad de parte de éstas.

Un segundo recurso se refiere a la petición de ayuda por parte de la paciente, lo que implica que por primera vez busca apoyo para cuidarse a sí misma.

#### **2.2.4.2. Preguntas específicas**

Desde la perspectiva sistémica, identifique qué conceptos teóricos le son útiles para formular una Hipótesis preliminar

##### *Perspectiva Estructural*

María es una paciente de 21 años que se encuentra enfrentando un período de ajuste en su *estructura familiar*, por una *crisis no normativa*, que implicó el tener que volver a vivir con su madre, junto a su pareja y una sobrina. Este período de ajuste ha significado una demanda que ha excedido sus recursos, lo que ha generado sintomatología ansiosa y depresiva (Minuchin, 2009).

##### *Perspectiva Transgeneracional*

La paciente con un bajo nivel de *diferenciación* respecto a su familia de origen, particularmente con su madre, que tiende a funcionar desde la parentalización, haciéndose cargo de las necesidades de su madre, en desmedro de sus propias necesidades. Este estilo de funcionamiento genera la sintomatología ansiosa y depresiva (Bowen, 1998).

### *Perspectiva Narrativa*

En la construcción de la *identidad* de la paciente se encuentran elementos asociados al *significado* de “ser fuerte”. Este relato tiene efecto en la vida de la paciente, al funcionar desde la postergación de sus necesidades, y de esta forma, estar disponible y poder sostener a quienes ella percibe dentro de su entorno como más “débiles”, haciéndose cargo de cuidarlos y protegerlos (White, 2002).

En base a sus ideas de la hipótesis preliminar, ¿qué áreas debe indagar para profundizar la comprensión y explicar el problema de la paciente?

Planificación del proceso evaluativo:

- Evaluar el grado de diferenciación de la paciente y su familia de origen, en tres generaciones.
- Evaluar el ciclo vital familiar. En este caso considerar que la paciente inicia su vida de pareja hace tres años, y ahora regresa a vivir con su madre: evaluar el impacto de este cambio en su ciclo vital, ya que implica retornar a una etapa anterior. Evaluar qué tareas del desarrollo está enfrentando, cuales ha logrado resolver y cuáles aún no ha conseguido: entrevista clínica.
- Evaluar la estructura de la familia actual (fronteras, límites, distancia, roles y funciones, jerarquía, alianzas y coaliciones, contexto).
- Evaluar el funcionamiento familiar y adaptación, según el modelo de Olson (Olson, 1983).

¿Mediante qué técnicas, o instrumentos puede recabar esta información?

- Genograma en tres generaciones.
- Entrevista circular (Fleuridos, Nelson, y Rosehnthal 1986).

- Entrevista estructural (Peñalva, 2001).

¿A quiénes consideraría pertinente incluir en el proceso evaluativo?

- La pareja y la madre.

### **Explicación**

Con el análisis e integración de resultados del proceso evaluativo ¿cómo explica, desde la perspectiva sistémica, lo que le ocurre a la paciente?

Desde la perspectiva del ciclo vital familiar, se pueden comprender las dificultades de la paciente con el inicio temprano de vida en pareja, que en su caso se inicia a los 18 años. El inicio de la vida en pareja al parecer en la paciente se relaciona con la búsqueda de estabilidad y pertenencia, ya que señala haber vivido en varias familias. En este sentido, la elección y convivencia prematura con la pareja puede entenderse como una forma de encontrar la estabilidad que no tiene en su familia de origen y la necesidad de buscar la pertenencia, iniciando su propio sistema familiar. Se visualiza que la etapa del ciclo vital en relación a la consolidación de la pareja se encuentra interferida por la inclusión de la madre en el sistema familiar, no pudiendo concretar un reordenamiento al exterior, en relación a la regulación de las relaciones con la familia de origen. Se visualiza una crisis no normativa, en este caso una crisis asociada a evento del incremento, es decir la incorporación de la madre al sistema familiar, que desencadena la crisis, explicando la sintomatología ansiosa y depresiva de la paciente. Esta inclusión de la madre tiene un impacto en la vivencia de la paciente de la pérdida de autonomía y en su subsistema de pareja (Sarquis, 1993)

En relación a la perspectiva estructural, se aprecian límites difusos entre subsistema parental y filial, encontrando que la paciente se encuentra parentalizada, es decir, tiende a asumir funciones de cuidado y protección respecto de su figura parental, en este caso de la madre, y además asume el cuidado de su sobrina, lo que explica la sobrecarga que origina el síntoma en la paciente. Se observa que el sistema familiar tiene un funcionamiento centrado en

la dinámica de aglutinamiento, donde existe poca diferenciación entre sus miembros (Minuchin, 2009).

Desde la perspectiva transgeneracional podemos entender la sintomatología ansiosa de la paciente, desde su nivel de diferenciación. Con un bajo nivel de diferenciación, la paciente se encuentra un con alto grado de fusión relacional con su familia de origen. En este nivel, la identidad emocional de la paciente aparece como aglutinada. Al permanecer con un alto grado de fusión, en este caso con la madre, surge la sintomatología ansiosa. Los síntomas clínicos se desarrollan en períodos en que la tensión familiar es elevada y prolongada. Al no lograr su proceso de diferenciación, se desarrollan síntomas. Sumado al alto grado de fusión relacional de la paciente con su madre, encontramos en esta relación un proceso de proyección familiar, donde la madre transmite a su hija sus problemas emocionales (Bowen, 1998).

## **Tratamiento**

De acuerdo a todo lo anterior, y considerando los recursos disponibles, ¿qué modelo dentro de la perspectiva sistémica es factible para intervenir con esta paciente?

Se podría realizar intervención considerando:

- Perspectiva estructural
- Perspectiva transgeneracional

¿Qué objetivos plantearía para intervenir?

### *Perspectiva estructural*

- Que la familia y la paciente pueda adaptar su funcionamiento a la crisis no normativa.
- Que la paciente logre establecer límites entre los subsistemas, en particular entre el subsistema de pareja y el parento filial.
- Que la paciente pueda clarificar su rol en la familia, realizando los ajustes necesarios para priorizar sus necesidades.



### *Perspectiva transgeneracional*

- Que la paciente logre un mayor grado de diferenciación respecto de su familia de origen.

### **Evolución**

#### ¿Cómo evaluaría el logro de los objetivos planteados?

A través de aplicación de preguntas de escala, con la paciente, evaluando la evolución y el logro de los objetivos que se han co construido.

A través de observación clínica, evaluando la evolución de la sintomatología de la paciente.

### **III. Psicodiagnóstico**

A continuación, se describen los principales instrumentos utilizados en el Psicodiagnóstico infantil y adulto.

<b>INSTRUMENTOS DE PERSONALIDAD, ÁREA EMOCIONAL Y RELACIONES INTERPERSONALES</b>					
<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Edad de aplicación</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Perspectiva Teórica</b>
<b>Test de Dibujo de la Figura Humana</b>	Karen Machover (1947)	3 a 15 años	Entrega datos acerca del mundo emocional del paciente, revela el retrato interno del niño y muestra la actitud hacia sí mismo.	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica
<b>Test de dibujo Libre</b>	W. Wolff (1947); Elkisch, (1970)	No existe de límite edad.	Revela aspectos de la personalidad del sujeto. Es una excelente herramienta	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar, lápices de	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica

			exploratoria proyectiva que ofrece una visión global de la situación vital del sujeto en relación con el ambiente. Igualmente permite generar el vínculo con el evaluado y disminuir sus niveles de ansiedad.	colores.	
<b>Test de dibujo de la familia</b>	Maurice Porot (1952); Louis Corman (1961); Korbman (1984).	Desde los 5 años	Evalúa clínicamente como el sujeto percibe las relaciones entre los miembros de la familia, y como se incluye a sí mismo en dicho sistema, tomando en cuenta tanto aspectos emocionales como intelectuales.	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar, lápices de colores.	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica/ Perspectiva Sistémica
<b>Test de dibujo de la familia Kinética</b>	Burns y Kaufman (1972); Frank de Verthely (1982)	Desde los 5 años	Aporta una información muy rica de las dinámicas familiares en lo que hace a comunicación	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica

			entre los miembros, roles asumidos y adjudicados, fantasías vinculares, alianzas o conflictivas. Al sumar la Kinesia (movimiento) movilizar información acerca de los afectos y ampliar el rango de decisiones, planificando las actividades que realiza cada miembro familiar.		
<b>Test de la persona bajo la lluvia</b>	Revisión de Silvia Querol y María Inés Chaves	Desde los 5 años	El procedimiento del dibujo de una persona bajo la lluvia intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia.	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica
<b>Test de HTP (Árbol-casa-persona)</b>	Buck (1948)	Desde los 5 años	Permite obtener información acerca de la forma particular en que un individuo se percibe a sí	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar, lápices de colores (8 colores)	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica

			mismo en la relación con los demás y con su ambiente familiar, por lo que puede proyectar elementos de su personalidad y sus áreas de conflicto.		
<b>Técnica del dibujo e historia de un animal de Levy</b>	Levy (1958)	Infancia y adolescencia	El animal como símbolo se liga a aspectos más inconscientes y por ende más primarios del psiquismo y de la personalidad por ende el tipo de animal, su tamaño sus cualidades pueden entenderse como aspectos idealizados, actuales o potenciales del evaluado. Estos aspectos podrán ser de valencia positiva o negativa.	Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar	Test proyectivo gráfico  Perspectiva psicodinámica
<b>Hora de juego diagnóstica</b>	Siquier Ocampo (entrega algunos indicadores)	3 a 10 años	Es posible observar el repertorio de conductas del niño o niña dentro de una hora de juego, percibir sus preocupaciones	El material utilizado tiene relación con juguetes de distinto tipo, que movilizan al niño a	Perspectiva psicodinámica

			s, temores, intereses y deseos. Es un instrumento que adquiere mucha validez por ser utilizado incluso con niños sin la adquisición del lenguaje. Debe ser acompañado de otros instrumentos de evaluación.	representar diversos tipos de juego y actividades, se cuenta con muñequitos (articulados) a modo de familia, 2 o 3 títeres (hada, bruja y figura masculina), animales salvajes, domésticos, cercos, autitos, avioncitos, elementos relacionados con la alimentación.	
<b>Test de apercepción temática para niños CAT-A</b>	Bellak y Bellak (1949)	3 a 10 años	Investiga dificultades en la alimentación (orales), complejo de Edipo, rivalidad, escena primaria, masturbación, agresión, culpa y castigo, la respuesta de los padres frente a las distintas conductas, miedos, hábitos, analiza la interacción familiar.	10 láminas del test y Manual	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica

<b>Test de apercepción temática para niños CAT-H</b>	Bellak	10 a 13 años (dependiente de la maduración del niño)	Investiga dificultades en la alimentación (orales), complejo de Edipo, rivalidad, escena primaria, masturbación, agresión, culpa y castigo, la respuesta de los padres frente a las distintas conductas, miedos, hábitos, analiza la, interacción familiar.	10 láminas del test y Manual	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica
<b>Test de apercepción temática para niños CAT-S</b>	Bellak (1952)	3 a 10 años	Se aplica a continuación del CAT y se diseñó para suplir las láminas que podrían ilustrar situaciones que no siempre se dan en todos los niños y que se presentan con frecuencia (incapacidad física, fantasías de embarazo o problemas en actividades escolares, situaciones de rivalidad fraterna, abuso	Seleccionar 3 a 4 láminas de las 10 láminas que contiene el test y Manual	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica

			sexual y abuso físico).		
<b>Test de Roberto y Rosita</b>	Hernán Montenegro y María Teresa Lira	4 a 8 años	Evaluar la percepción del niño hacia sí mismo, su contexto escolar, sus relaciones sociales e intrafamiliares y su enfrentamiento a diversas situaciones.	Listado de afirmaciones y preguntas (la revisión de este cuestionario es principalmente cualitativa, pese a esto se han realizado intentos de una revisión cuantitativa)	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica
<b>Cuestionario Desiderativo</b>	Pigem y Cordoba (1946) Aportes de Van Kavelin	Todas las edades (considerando consignas adecuadas para cada una de ellas)	Esta técnica a través de la consigna le propone al sujeto que se aniquile imaginativamente como persona, para poder hacer una elección no humana. Esto significa que estudia el proceso de identificación y desidentificación. Como se somete reiteradamente al sujeto cuando contesta varios micro-duelos,	Manual de aplicación	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica

			nos permite investigar: Fantasías, angustias y defensas en torno a la aniquilación del yo. Así como la elaboración de duelos y la estructura yoica.		
<b>Test de Rorschach</b>	Hermann Rorschach (1921) Revisiones: -Klopfer y Rapaport -John Exner	Desde los 5 años	Analiza el modo como la persona organiza las manchas de tinta y posibilita conocer las principales características intelectuales, emocionales y del funcionamiento del yo.	Set de 10 láminas y manual de administración y corrección	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica
<b>Test de apercepción Temática</b>	Morgan y Murray en 1935	Desde la adolescencia	Explora las posibles áreas de un conflicto o de importancia motivacional. Además, la reacción perceptiva del sujeto hacia una lámina	Sets de 31 láminas Hay láminas para hombres (adultos y niños), para mujeres (adultas y niñas) y para ambos	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica



			proporciona una fuente de información adicional respecto de su visión del mundo que lo rodea. Permite obtener una serie de datos del sí mismo del paciente.	sexos. Manual de Corrección	
<b>Test de relaciones objetales</b>	Phillipson (1962)	Desde la adolescencia	El test logra entregar información como las "Relaciones de objeto inconscientemente deseadas" (producto de frustraciones recientes y aún tempranas); "Consecuencias temidas" (principales temores y ansiedades fantaseadas como consecuencia de los deseos; objetivo de lograr el control de los deseos y evitar sus consecuencias)	Set de 13 láminas y manual de corrección.	Test Proyectivo  Perspectiva psicodinámica

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR					
<b>Genograma Familiar</b>	Mc Goldrick y Gerson (1985)	Familiar	Identificar posibles pautas relevantes en el funcionamiento familiar. Se detecta presencia de síntomas, pautas de relación o funcionamiento que se repiten en las diferentes generaciones. Se consideran fechas, de muerte, cambios de adaptación y aparición de síntomas.	Papel, lápiz, puede ser a través de la utilización de láminas, o figuras de animales u otras consideradas.	Perspectiva Sistémica
<b>Acuario Familiar</b>	Gil y Sobol	Familiar con niños hasta los 12 años.	Se observa la percepción del medio, de sí mismo, la dinámica relacional y posibles expectativas respecto a la situación familiar	Cartulina, lápices, plumones, pegamento, tijera y papel lustre.	Perspectiva Sistémica
<b>Bandeja de Arena Familiar</b>	Dora M. kalff	Familiar con niños	Las características sensoriales de la arena y el contexto poco amenazante de las miniaturas permiten a los niños/as exteriorizar sus inquietudes,	Bandeja de arena y miniaturas de diversos personajes	Perspectiva Sistémica

			preocupaciones y emociones en un medio seguro, favoreciendo la reorganización de sus narrativas hacia historias coherentes mediante el juego. A nivel familiar, el uso de la bandeja de arena permite rescatar las vivencias colectivas y la observación de dinámicas e historias dominantes, siendo una poderosa estrategia para el cambio.		
<b>TEST COGNITIVOS INFANTO JUVENILES Y ADULTOS</b>					
<b>INTELIGENCIA</b>					
<b>WPPSI</b>	WESCHLER, NORMAS ESPAÑOLAS	Desde los 2 años a los 6 años	Inteligencia general (CIT) CI Verbal CI Ejecución Índices evaluados: 1. Lenguaje general 2. Velocidad de procesamiento	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	
<b>WISC V, DE INTELIGENCIA PARA ESCOLARES</b>	WESCHLER, NORMAS CHILENAS,	Desde los 6 hasta los 16 años	Índices evaluados: 1. Coeficiente Intelectual	Papel, lápiz grafito, lápiz color rojo, cuadernillo,	

	validado por CEDETI, PUC		Total (CIT) 2. Índice Comprensión Verbal (ICV) 3. Índice Viso espacial (IVE) 4. Índice Razonamiento Fluido (IRF) 5. Índice Memoria de Trabajo (IMT) 6. Índice Velocidad de Procesamiento (IVP) 7. Índice Razonamiento Cuantitativo (IRC) 8. Índice Memoria de Trabajo Auditivo (IMTA) 9. Índice No Verbal (INV) 10. Índice de Habilidad General (IHG) 11. Índice Competencia Cognitiva (ICC)	batería, manual	
<b>WAIS IV: PRUEBA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS</b>	WESCHLER, NORMAS CHILENAS	Desde los 16 años	Inteligencia general Índices evaluados: 1. Comprensión	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	

			n verbal 2. Razonamiento perceptual 3. Velocidad de procesamiento 4. Memoria de trabajo		
<b>OTIS SENCILLO</b>	OTIS, NORMAS ESPAÑOLAS	Desde 11 años	Inteligencia general	Papel, lápiz, cuadernillo,	
<b>IG 2</b>	TEA EDICTORES, NORMAS ESPAÑOLAS	Niños, adolescentes, adultos	Inteligencia general	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>HMP</b>	THURSTONE, NORMAS ESPAÑOLAS, NORMAS CHILENAS	Desde los 10 años	Aspectos evaluados: Comprensión verbal Comprensión espacial Razonamiento Manipulación de números Fluidez verbal	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>MATRICES PROGRESIVAS</b>	RAVEN, NORMAS ESPAÑOLAS	Desde 6 años	Inteligencia general	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	
<b>EVALUACION NEUROPSICOLOGICA</b>					
<b>CUMANIN, CUESTIONARIO DE MADUREZ NEUROPSICOLOGICA INFANTIL</b>	PORTELLANO, NORMAS ESPAÑOLAS	De 3 a 6 años	Aspectos evaluados: 1. Psicomotricidad 2. Lenguaje articulatorio, 3. Lenguaje comprensivo	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	

			<p>o</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lenguaje expresivo</li> <li>5. Estructuración espacial</li> <li>6. Viso percepción</li> <li>7. Memoria icónica</li> <li>8. Ritmo</li> </ol>		
<b>NEUROPSI: EVALUACION NEUROPSICOLO GICA BREVE EN ESPAÑOL</b>	OSTROSKY – SOLIS, ARDILLA Y ROSELLI, NORMAS HISPANAS	Desde los 16 años	Evaluación de 9 áreas: orientación, atención/ concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, procesamiento viso-espacial, lectura, escritura y cálculo.	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	
<b>MMSE, MINIMENTAL</b>	FOLSTEIN, NORMAS PARA CHILE	Adulto	Screening demencia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación espacio temporal</li> <li>2. Capacidad de atención, concentración y memoria</li> <li>3. Capacidad de abstracción (cálculo)</li> <li>4. Capacidad de lenguaje</li> </ol>	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	

			y percepción visoespacial 5. Capacidad para seguir instrucciones básicas		
<b>HABILIDADES VISOESPACIALES Y VISOCONSTRUCTIVAS</b>					
<b>BENDER KOPITZ</b>	BENDER	Desde los 5 a 11 años	Madurez de la percepción visomotriz	Papel, lápiz, manual	
<b>TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA DE REY</b>	REY, NORMAS ARGENTINAS Y ESPAÑOLAS	Desde los 4 años	Evaluación de praxias y memoria episódica visual, nivel del desarrollo perceptivo-motor, atención	Papel, lápiz, cuadernillo, batería	
<b>EVALUACION PSICOMOTORA Y DEL DESARROLLO PREESCOLAR</b>					
<b>TEPSI, TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR</b>	HAEUSSLER Y MARCHANT, NORMAS CHILENAS	De 2 a 5 años	Áreas que evalúa: Coordinación visomotora Lenguaje Motricidad	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	
<b>EEDP, ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR</b>	RODRIGUEZ, ARANCIBIA Y UNDURRAGA, NORMAS CHILENAS	Desde 0 a 24 meses	Áreas evaluadas: Lenguaje Motricidad Social Coordinación	Papel, lápiz, cuadernillo, batería, manual	
<b>TADI: TEST DE</b>	Marta	Desde los 3	Cognición	Papel, lápiz,	

<b>APRENDIZAJE Y DESARROLLO INFANTIL</b>	Edwards Marta Pardo	meses hasta 6 años	Motricidad Lenguaje Socioemocional	cuadernillo, manual	
<b>ATENCION</b>					
<b>CARAS R, Test de Percepción de Diferencias – Revisado</b>	L. Thurstone y M. Yela. Validación Española y Argentina	6 años a 18 años	Evaluación de la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones parcialmente ordenados. Además: Índice de control de la impulsividad	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>d2, Test de Atención</b>	Rolf Brickenkamp, 1962 Validación y Adaptación: española (2002, 2004, 2009 y 2012)	Niños, adolescentes y adultos (8 a 88 años)	Atención Selectiva Atención Sostenida	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>FUNCIONES EJECUTIVAS</b>					
<b>ENFEN</b>	J. A. Portellano, R. Martínez-Arias y L. Zumárraga	6 a 12 años	Evaluación del nivel de madurez y del rendimiento cognitivo en actividades relacionadas con las funciones ejecutivas en niños.	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>WISCONSIN</b>	Autor: R. K. Heaton, G. J. Chelune,	6 años y medio a 89 años.	Evaluación neuropsicológica de varios	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	



	J. L. Talley, G. G. Kay y G. Curtiss.  Adaptadores: M. <sup>a</sup> Victoria de la Cruz (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).		componentes de las funciones ejecutivas, como el razonamiento abstracto, la formación de categorías, la solución de problemas y la perseveración.		
<b>MEMORIA</b>					
<b>TAVECI</b>	M. <sup>a</sup> J. Benedet, M. <sup>a</sup> A. Alejandro y A. Pamos	3 a 16 Años	Evalúa el funcionamiento del sistema de aprendizaje y de memoria en niños y permite determinar la posible presencia de trastornos en el mismo e identificar los procesos alterados.	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>TOMAL</b>	C. R. Reynolds y E. D. Bigler	5 a 19 años	Evaluación en profundidad de la memoria y el aprendizaje mediante 10 tests principales, 4 tests complementarios y 5 índices: Memoria verbal, Memoria no verbal, Memoria	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	

			compuesta, Recuerdo demorado y Aprendizaje.		
<b>LENGUAJE</b>					
<b>TOKEN TEST</b>	De Renzi y Vignolo	Niños entre 6 a 12 años	Procesos Cognitivos, Lenguaje, Comprensivo  Objetivo: Evaluar la comprensión y percepción del lenguaje oral a través de órdenes verbales de complejidad creciente	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>TEPROSIF- R</b>	María Mercedes Pavez G	6 años 11 meses.	Test para evaluar procesos de simplificación fonológicos. Es una herramienta para evaluar el nivel fonológico del lenguaje expresivo en	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	

			niños entre 3 y El objetivo es determinar si la cantidad de procesos que presentan corresponden a lo esperable para la edad		
<b>HABILIDADES ADAPTATIVAS</b>					
<b>ICAP: Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual</b>	Robert Bruininks, Bradley Hill, Richard Woodcock y Richard Weatherma n.  Adaptación española por el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la Universidad de Deusto, Bilbao en 1993. Presenta versión chilena.	Todas las edades.	Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria. El objetivo es realizar evaluaciones normativas de la conducta adaptativa y de los problemas de conducta.	Papel, lápiz, cuadernillo, manual	
<b>ESCALAS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS EN SALUD MENTAL</b>					
<b>Cuestionario Detección Depresión Infantil</b>	Guía de Práctica Clínica No	10 a 14 años	Tamizaje de depresión en niños y	Escala/ Guía de Corrección	Perspectiva Cognitiva

<b>de Birleson</b>	GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años (2013)		adolescentes		
<b>Escala de Suicidalidad de Okasha</b>	Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años (2013)	13 a 19 años	Tamizaje de suicidalidad en adolescentes	Escala/ Guía de Corrección	Perspectiva Cognitiva
<b>ADOS-G (Escala de Observación Diagnostica del autismo- Genérica)</b>	Lord et al. (1994).  Guía de práctica Clínica. Detección y Diagnóstico Oportuno de TEA.	Desde los 36 meses	Escala de observación utilizada por los profesionales. Brinda una valoración de los tres aspectos esenciales del autismo. Abarca desde los niños en edad preescolar no verbales hasta adultos verbales. Da puntajes de corte para autismo y para el resto de los TEA.	Escala/ Guía de Corrección  (para la aplicación de esta escala se requiere Capacitación específica)	Perspectiva Cognitiva

			Compatible con los criterios diagnósticos del DSM-IV y la ICD10. Incluye 4 módulos que varían de contenido en relación a las competencias de expresión del lenguaje		
<b>M-CHAT Checklist Autism Toddlers</b>	for in Robins et al, 2001. Guía de práctica Clínica. Detección y Diagnóstico Oportuno de TEA.	Detección de riesgo a los 18 meses	El M-CHAT es un test altamente fiable en la detección de síntomas relacionados con el TEA. Este test puede ayudar a una primera detección y por lo tanto a encaminar a padres y profesionales hacia la búsqueda de un diagnóstico especializado.	Escala/ Guía de Corrección  (para la aplicación de esta escala se requiere Capacitación específica)	
<b>BDI-II Beck Depression Inventory (second edition)</b>	Beck. A. T. (1996)	Desde los 13 años	Instrumento utilizado para medir la severidad de una <u>depresión</u> .	Escala/ Guía de Corrección	Perspectiva Cognitiva
<b>Cuestionario de Salud de Golberg GHQ-12</b>	Guía Clínica AUGÉ Depresión en mayores de 15 años y más.	Población adulta	Instrumento utilizado para medir salud mental ansiedad y depresión.	Escala/ Guía de Corrección	Perspectiva Cognitiva
<b>Cuestionario</b>	Guía de	10 a 14 años	Tamizaje de	Escala/	Perspectiva

<b>Detección Depresión Infantil de Birlson</b>	Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años (2013)		depresión en niños y adolescentes	Guía de Corrección	Cognitiva
<b>ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)</b>	Lord et al. (1994)  Guía de práctica Clínica. Detección y Diagnóstico Oportuno de TEA.	Desde los 18 meses	Entrevista semiestructurada aplicada a los padres que sondea las esferas de alteración en la interacción social recíproca, las limitaciones comunicativas y de lenguaje, el juego, las conductas ritualizadas o perseverantes y el momento en que aparecieron.	Escala/ Guía de Corrección  (para la aplicación de esta escala se requiere Capacitación específica)	Perspectiva Cognitiva
<b>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</b>	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)	Población adulta	Evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso	Escala/ Guía de Corrección	Perspectiva Cognitiva

			<p>autónomo.</p> <p>Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.</p>		
<b>OQ-45.2</b>	Lambert y Burlingame (1994)	Población adulta	<p>Escala utilizada como indicador de psicopatología y de mejoría en salud mental luego de intervención.</p>	<p>Escala/ Guía de Corrección</p>	<p>Perspectiva Cognitiva</p>
<b>SCL-90</b>	Gempp Fuentealba, René, & Avendaño Bravo, Cecilia. (2008)	Desde los 13 años	<p>Explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.</p>	<p>Escala/ Guía de Corrección</p>	<p>Perspectiva Cognitiva</p>

#### **IV. Definición de estrategias en el proceso de intervención clínico**

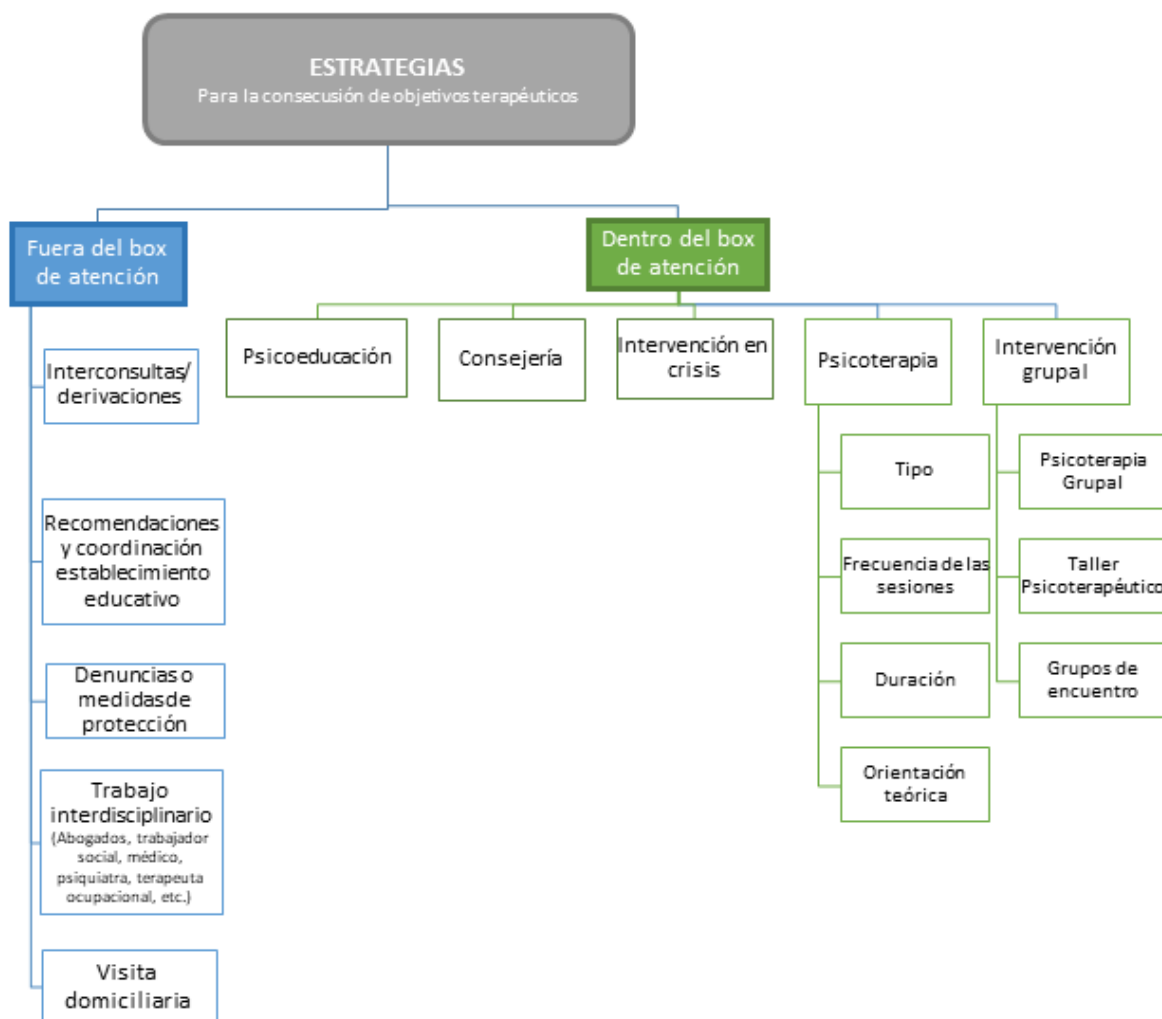
Dentro de la formulación clínica, como tercera etapa, se contempla el tratamiento. Dentro de éste, se pueden encontrar las estrategias, técnicas y actitudes con las que se enfrenta la problemática del paciente. Específicamente, y por su relevancia, se desarrollará en el siguiente apartado las estrategias clínicas que son posibles utilizar.

Si bien, cada enfoque contempla metodologías específicas, se han determinado ciertas estrategias clínicas genéricas que aportan y potencian el proceso terapéutico.

Se entienden las Estrategias clínicas como todas las acciones clínicas que se llevan a cabo para el logro de los objetivos propuestos para un caso clínico.



Con fin académico, se han ordenado las estrategias clínicas en dos categorías, las cuales se desarrollan en el siguiente esquema:



## V. Glosario Genérico

<b>Anamnesis</b>	Proceso de recopilación de información, cuyo objetivo es indagar en la historia vital y desarrollo evolutivo del paciente. Abarca desde el inicio de la gestación hasta el periodo de desarrollo concordante con la fecha de consulta. Se realiza a través de una o más entrevistas y abarca aspectos relativos al desarrollo físico, social, cognitivo y afectivo del consultante.
<b>Alianza terapéutica</b>	Relación cercana que se establece entre el paciente y el terapeuta.
<b>Antecedentes mórbidos</b>	Todos aquellos hechos relativos al ámbito biológico que anteceden al motivo de consulta.
<b>Antecedentes relevantes</b>	Sucesos relevantes y previos al motivo de consulta, y que pudieran aportar datos previos al caso en estudio.
<b>Consultante</b>	Persona que solicita atención psicológica.
<b>Contrato terapéutico</b>	Relación que se establece en forma verbal o escrita entre el paciente y el terapeuta. Mediante este contrato se concretan las expectativas a trabajar durante la intervención, estableciendo responsabilidades de ambas partes.
<b>Contrastación de hipótesis</b>	Se refiere al proceso que implica comparar y evaluar a fin de aceptar o rechazar las hipótesis preliminares.
<b>Derivación</b>	Acción que refiere a cerrar la atención iniciada con el consultante por considerar que requiere atención de otro profesional con competencias específicas vinculadas a su motivo de consulta.
<b>Diagnóstico descriptivo</b>	Aquel que se extrae en razón de cumplir o no con ciertos criterios clínicos especificados para ciertos diagnósticos y presentes en el manual de estadística de los trastornos mentales reconocido a nivel mundial, denominado DSM.
<b>Devolución</b>	Se entiende como la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres y a su grupo familiar, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico.

<b>Encuadre</b>	Acción del psicólogo de explicitar al paciente las variables que deben mantenerse constantes durante la terapia. Estas serían: aclaración de roles respectivos, lugares donde se realizarán las entrevistas, honorarios, horario y duración del proceso.
<b>Entrevista clínica</b>	Encuentro entre el terapeuta y paciente cuya finalidad es conocer la problemática del sujeto, observar y entender su funcionamiento, conocer su personalidad con el fin de poder explicar lo que le sucede y así orientarlo respecto de su salud mental y el mejor tratamiento para él (Etchegoyen, 2002)
<b>Evaluación psicológica</b>	Procedimientos de recogida de información acerca de fenómenos psicológicos de una persona o grupo de personas. Este proceso se puede realizar mediante entrevistas, pruebas psicométricas, pruebas proyectivas, entre otras.
<b>Estrategia de intervención</b>	Aquellas acciones que permiten el cumplimiento del objetivo terapéutico.
<b>Examen mental</b>	Instrumento que ayuda a identificar los signos y síntomas psicopatológicos para un adecuado diagnóstico. Considera las áreas: sensopercepción, pensamiento, afectividad, psicomotricidad, conciencia, atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, funciones viso constructivas, funciones Práxicas e Ideo motoras, gnosia.
<b>Fases del proceso de intervención clínica</b>	Momentos destinados a cumplir los objetivos co-construidos con el paciente orientados a potenciar debilidades pesquisadas y lograr así dar cumplimiento al motivo de consulta co-construido.
<b>Hipótesis preliminar</b>	Aquella que surge en la primera entrevista clínica en razón del motivo de consulta y de los antecedentes relevantes.
<b>Interconsulta</b>	Momento en que el profesional a cargo del caso clínico, requiere la opinión de otro profesional especialista en el área donde él no podría aplicar un criterio clínico.
<b>Informe psicológico</b>	Resumen organizado de las conclusiones diagnósticas y pronósticas del caso estudiado, incluyendo recomendaciones.
<b>Motivo de</b>	“Materia prima” del consultante: su malestar expresado

<b>consulta, demanda o queja.</b>	en adjudicaciones de significado y conductas que sostienen esos significados. Registrar en lo posible en las palabras del cliente.
<b>Motivo de consulta co construido</b>	Proceso de transformar la queja o demanda que trae el paciente, en un motivo de consulta que pueda ser abordado en una intervención psicológica clínica. Se establece en conjunto con el paciente durante la primera entrevista.
<b>Pronóstico</b>	Predicción clínica: a base de la descripción de un individuo se formulan hipótesis o conjeturas sobre la conducta futura.
<b>Pruebas cognitivas</b>	Instrumentos estandarizados cuyo objetivo es medir las distintas funciones cognitivas.
<b>Pruebas neuropsicológicas</b>	Instrumentos estandarizados cuyo objetivo es medir el funcionamiento cerebral y apoyan el diagnóstico de trastornos demencias o enfermedades neurodegenerativas.
<b>Pruebas psicométricas</b>	Instrumentos estandarizados que exploran distintos aspectos o atributos de un sujeto. Tales atributos son cuantificados lo que permite la comparación con una norma. Medición de rasgos a través de test convenientemente estandarizados.
<b>Rapport</b>	Armonía o sintonía psicológica, vinculación entre paciente y terapeuta.
<b>Técnicas de intervención</b>	Métodos o herramientas específicas con las que el psicólogo clínico cuenta al momento de hacer la terapia. Su aplicación obedece a un objetivo de tratamiento y un enfoque teórico,

## Referencias Bibliográficas

- Beck, A., y Dozois, D. (2011) Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. Annual Review of medicin, 62:397-409.
- Bernardi, R. (2014). La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 78 N° 2: 157-172
- Bowen, M. (1998). De la Familia al individuo. La diferencia del sí mismo en el Sistema Familiar. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2011). Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. España: Paidós. Pág. 208-251.
- Fleuridos, C., Nelson, Th.,y Rosehnthal, D. (1986). The evolution of Circular Questions: Training Family Therapist. Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 12, N° 2, 113-127
- González, L. (2009). Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. Revista Terapia Psicológica. Vol. 27, N° 1, 93-102.
- Guidano, V. y Quiñones, A. (2017). El Modelo Cognitivo Postracionalista: Hacia una reconceptualización teórica y crítica.
- Guidano, V. (1993). La terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista. Revista de Psicoterapia, 4 (14-15), 89-112.
- Kohut, H.; Wolf, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. International Journal of Psycho-Analysis, 59:413-425.
- Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. J. Amer. Psychoanal. Assn., 14:243-272.
- Lowen, A. (2011). La Bioenergética: una terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente. Málaga, España: Sirio.

- Lowen, A., Lowen, L. (2010). Ejercicios de Bioenergética (10a Ed.). Málaga, España: Sirio.
- Meichenbaum, D. (1988). Teorías cognitivas-conductuales. En Jay Linn, S., y Grske, J. (comps.). Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos (pp.331-362). España: Desclée de Brouwer.
- Minuchin, S. (2009). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Mitchell, S., Black, M. (2004). Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno. Ed. Herder.
- Nemirovsky, C. (2007). Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. Ed. Grama.
- Olson, D. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems. Family Process. Vol 2 N° 1. marzo 1983
- Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México, vol 24 (2), 32-42.
- Quant, D. (2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. Revista Vanguardia Psicológica. Vol 3, N° 2.
- Richard, D. (1994). Comprendiendo el Eneagrama: Guía práctica para los tipos de personalidad. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Sarquis, C. (1993). Introducción al estudio de la pareja humana. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Selzer, R. and Steven, E. (2014) Formulation for beginners. Australasian Psychiatry, Vol. 22, N° 4, 397-401.
- Semerari, A. (2002) Historia, teoría y técnicas de psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). Reescribir la vida. Entrevistas y Ensayos. Barcelona: GEDISA.

Winnicott, D. (1981). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Laia.