

Historia de caso, Formulación, y Plan de tratamiento

I. Historia de caso (Número sugerido de palabras: 750)

Instrucciones generales: Debe ser breve y resumir los datos más importantes que usted ha recolectado en la evaluación diagnóstica de este paciente. Sea concreto y específico al realizarla.

A. Datos Generales.

Utilice un nombre ficticio para proteger la confidencialidad del paciente. Use este nombre ficticio a través de toda la historia de caso y su formulación. Describa la edad del paciente, sexo, etnia o raza, estado civil y ocupación.

B. Motivo de consulta.

Describa la queja principal del paciente en sus propias palabras.

C. Historia de la enfermedad actual.

Describa la enfermedad actual, incluyendo los síntomas emocionales, cognitivos y fisiológicos. Mencione los eventos disparadores de estrés. Realice una revisión breve de los tratamientos (en caso hayan sido utilizados) para la enfermedad actual.

D. Antecedentes Psiquiátricos o Psicopatológicos.

Describa brevemente cualquier trastorno psiquiátrico, incluyendo el abuso de sustancias.

E. Historia personal y social.

Describa las experiencias más importantes, tales como trauma, personas de apoyo, intereses y relaciones con los demás. Indique problemas por abuso de sustancias.

F. Historial Médico

Mencione cualquier problema médico (Enfermedades hormonales, cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas o dolor crónico) que pudiera tener una influencia en el funcionamiento psicológico o en el tratamiento.

G. Estado mental

Describa 3 ó 5 observaciones más relevantes del examen mental en el momento que se inicia el tratamiento. Incluya la descripción de la apariencia general, afecto y ánimo. No describa todo el examen mental.

H. Diagnóstico según DSM IV

Desarrolle los 5 ejes del DSM IV.

II. Formulación de caso (Número sugerido de palabras: 500)

Instrucciones generales: Describa los aspectos principales de la formulación de su caso utilizando la presente guía.

A. Agentes precipitantes:

Los agentes precipitantes son eventos de gran escala que podrían jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad. Un ejemplo característico puede ser un episodio depresivo que ha sido precipitado por diversos estresores, tales como, el fracaso en un ascenso laboral, la muerte de un amigo cercano o un fracaso matrimonial. En algunos casos (ej: Trastorno bipolar, episodios depresivos recurrentes con alto componente biológico) pueden no existir precipitantes psicosociales muy claros. Si no se identifican estresores psicosociales, puede mencionar cualquier aspecto importante de la historia personal del paciente, que pudiera estar asociada al desarrollo de la enfermedad.

El término de *situaciones activadoras*, se utiliza en la siguiente parte de la formulación de caso, para referirse a eventos de menor escala y situaciones que estimulan conductas, emociones y pensamientos maladaptativos. Por ejemplo, el paciente que está sufriendo de depresión, puede experimentar un empeoramiento de sus síntomas cuando está en el trabajo, al estar con su esposo; o al asistir a una clase donde iba con su amigo, ya fallecido.

Que precipitantes se utilicen, juega un papel muy importante en la explicación del desarrollo de los síntomas y problemas del paciente.

B. Análisis transversal de las cogniciones y conductas actuales:

Incluye observaciones de las cogniciones, conductas y emociones predominantes (así como las sensaciones fisiológicas, si fuera relevante) que el paciente muestra en el “aquí y ahora” (o demostraba previamente de tener una mejoría en la terapia). Característicamente, se enfoca más en las cogniciones superficiales (pensamientos automáticos), que en los esquemas, creencias nucleares o presunciones; que son el punto principal del análisis longitudinal descrito posteriormente.

El *análisis transversal* debiera brindarnos una conceptualización de cómo aplica el modelo cognitivo al paciente, en las etapas tempranas de tratamiento. Hay que describir hasta tres situaciones activadoras. Mencionar los pensamientos automáticos, emociones y conductas (más los síntomas fisiológicos en caso sean relevantes), en cada una de las situaciones.

C. Análisis longitudinal de las cogniciones y conductas:

Esta porción de la conceptualización de caso se enfoca en una perspectiva longitudinal del funcionamiento cognitivo y conductual. La visión longitudinal se desarrolla conforme a la terapia y al descubrir los esquemas subyacentes (Creencias nucleares, reglas y presunciones) y los patrones de conducta en respuesta a ellos (estrategias compensatorias).

¿Cuáles son los esquemas y conductas claves? Para aquellos pacientes cuya historia premórbida no sea significativa (por ej: Un paciente bipolar, sin historia de aspectos que tengan influencia en el desarrollo de creencias o esquemas maladaptativos); indique los patrones más importantes de creencias y conductas disfuncionales del presente episodio únicamente. Realice un reporte de todos los antecedentes relevantes para el origen y mantenimiento de las estrategias cognitivas y conductuales del paciente; o provea de datos objetivos que prueben la hipótesis que la historia personal del paciente no es relevante para los problemas actuales del mismo.

D. Fortalezas y apoyo.

Describa en pocas palabras todas las fortalezas del paciente (ej: salud física, inteligencia, habilidades sociales, red de apoyo, historial laboral, etc.).

E. Hipótesis de trabajo (Resumen de la conceptualización)

Resuma las características principales de la hipótesis de trabajo que manejará las intervenciones en el tratamiento. Asocie su hipótesis de trabajo con el modelo cognitivo de los trastornos del paciente.

III. Plan de tratamiento (# sugerido de palabras: 250)

Instrucciones generales: Describa las características principales del tratamiento usando la siguiente guía:

A. Lista de problemas

Todos aquellos problemas que sean significativos para el paciente. Usualmente se pueden listar los problemas en varios dominios (ej: Psicológicos/psiquiátricos, interpersonales, ocupacionales, médicos, financieros, vivienda, legales o de las áreas de ocio y descanso). La lista de problemas generalmente tiene de 2 a 6 items, y algunas veces puede llegar a 9. Describa brevemente los problemas, o si fueron descritos en la sección de la historia, sólo haga mención de ellos.

B. Metas del tratamiento

Indique los objetivos del tratamiento que han sido establecidos en forma colaborativa con el paciente.

C. Plan de tratamiento

Tomando en cuenta los objetivos, la historia del caso, y la hipótesis de trabajo, estructure brevemente el plan de tratamiento para este paciente.

IV. Curso del tratamiento (# sugerido de palabras: 500)

Instrucciones generales: Describa los aspectos principales del curso de tratamiento usando la siguiente guía:

- A. Relación terapéutica.**
Detalle la naturaleza y calidad de la alianza terapéutica, cualquier problema encontrado, cómo se conceptualizó y resolvió.
- B. Intervenciones/Procedimientos**
Describa las tres técnicas cognitivas más importantes que utilizó, junto con las bases racionales de su uso en base a los objetivos de la terapia y la hipótesis de trabajo.
- C. Obstáculos**
Presente un ejemplo de cómo resolvió un obstáculo en la terapia. Describa la conceptualización de por qué el obstáculo apareció y que se hizo acerca de ello. Si no se hubiera encontrado ningún obstáculo significativo en la terapia; describa un ejemplo de cómo fue capaz de utilizar las fortalezas del paciente dentro del proceso terapéutico.
- D. Resultado**
Reporte brevemente el resultado de la terapia. Si el tratamiento no ha sido completado; describa el progreso del paciente hasta la fecha actual.

(Traducción al español por Dr. See-King Emilio Quinto)