

Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico*

Analysis of a Clinical Case Formulation Protocol from Psychological Well-Being Categories

Recibido: septiembre 25 de 2007 | Revisado: enero 15 de 2008 | Aceptado: febrero 3 de 2008

CLAUDIA CONSUELO CAYCEDO ESPINEL
BLANCA PATRICIA BALLESTEROS
DE VALDERRAMA
MÓNICA MARÍA NOVOA GÓMEZ**

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ABSTRACT

We describe the validation process of a case formulation protocol, based on the theoretical perspective of Behavior Analysis, in order to contribute to the development of a case formulation model aimed to organize the information coming from evaluation, to reduce clinical judgment bias, and to orient the clinical intervention towards a coherent and consistent way with the analysis categories belonging to the field of Psychological Well-being. Validity was defined as a function of the use of a single case design with a time series methodology and the internal validity of the formulations, based on criteria of consistency among the categories and the descriptive and explicative hypotheses, and among these and the intervention plan. The clinical formulation process was finished with six cases, taking the intervention efficacy as the validity criterion. Results point to the high level of inference and hypotheses based on clinical judgment rather than on empirical evidences.

Key words authors:

Case Formulation, Psychological Well-Being, Functional Analysis, Internal Validity.

Key words plus:

Clinical Protocols, Quality of Life, Psychotherapy, Behavioral Research.

RESUMEN

Para contribuir al desarrollo de un modelo de formulación de caso que permita organizar la información proveniente de la evaluación, disminuir los sesgos en el juicio clínico y orientar la intervención de forma coherente y consistente, de acuerdo con unas categorías de análisis del campo del bienestar psicológico, se realizó un proceso de validación de un protocolo de formulación de caso con base en la perspectiva teórica del análisis del comportamiento. La validez se definió en función del uso de diseño de caso único con metodología de series de tiempo; la validez interna de las formulaciones se realizó con base en criterios de consistencia entre las categorías y las hipótesis descriptivas y explicativas, y entre éstas y el plan de intervención. Se finalizó el proceso de formulación clínica con seis casos, con la eficacia de la intervención como criterio de validez. Los resultados señalan el alto nivel de inferencias y de hipótesis basadas en juicios clínicos, más que en evidencias empíricas. Se discute la aplicación de los resultados en tres niveles.

Palabras clave autores:

Formulación de caso, bienestar psicológico, análisis funcional, validez interna.

Palabras clave descriptores:

Protocolos clínicos, calidad de vida, psicoterapia, investigación conductual.

* Artículo teórico derivado del trabajo del Grupo de Investigación en Psicología Clínica y Salud. Facultad de Psicología, Cr. 5 # 39-00 Piso 2.

** Correos electrónicos: ccaycedo@yahoo.com, blanca.ballesteros@javeriana.edu.co, mmnovoaa@javeriana.edu.co

La formulación de caso ha recibido una atención importante en la psicología clínica y la psicoterapia en las últimas décadas, como lo hace notar Eells (2001). Sin embargo, en la clínica comportamental ha sido central desde los comienzos de la terapia de la conducta a mediados del siglo XX, aunque, como lo describen Ballesteros y Rey (1999), la diversidad de enfoques conceptuales presentes actualmente en las llamadas terapias “cognitivo-conductuales” ha generado problemas conceptuales con implicaciones prácticas importantes (ver también Dougher & Hayes, 2000; Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Ribes, 1990).

A pesar de su importancia, vale la pena tener en cuenta que el término *formulación de caso clínico* no es frecuente en las publicaciones de psicología clínica, y, según Virués-Ortega y Haynes (2005), tampoco en las de evaluación psicológica, salvo algunas excepciones.

El papel central de la formulación de caso está relacionado con la importancia que tienen para la psicología clínica el análisis y la organización de la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención. Como lo señalan Virués-Ortega y Haynes (2005), la formulación de caso tiene implicaciones para el desarrollo de planes de intervención que respondan a las variables causales identificadas, para el logro de objetivos terapéuticos y para el desarrollo de modelos que permitan presentar una visión organizada de la información del consultante, la identificación de variables causales relevantes y modificables, y adicionalmente, la disminución de sesgos en el juicio clínico. Por esta razón, en la formación del psicólogo se considera indispensable el desarrollo de habilidades de formulación de caso, ya que son necesarias para la prestación de un servicio que responda a los requerimientos del consultante, que haga más eficiente la labor del clínico y que permita concebir el caso clínico, ya sea individual o grupal, como un objeto de investigación científica (Dougher & Hayes, 2000).

La *formulación de caso* es definida por Castro y Ángel (1998) como una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables, sobre relaciones funcionales y/o causales entre aconteci-

mientos observados. Esto facilita identificar formas de modificación de los fenómenos de interés clínico; la formulación de hipótesis está basada en la información obtenida en el proceso de evaluación y se apoya en un cuerpo de conocimientos derivados de la investigación empírica, básica o aplicada, en diferentes disciplinas científicas relacionadas con los fenómenos bajo estudio. Por su parte, Haynes y O'Brien (2000) la definen como el resumen e integración de la información derivada de la evaluación pre-tratamiento y post tratamiento, que incluye la toma de decisiones e integra múltiples fuentes de información, obtenida mediante el uso de diferentes métodos durante la evaluación (ver también Virués-Ortega & Haynes, 2005). Según Westmeyer (2003), se refiere, tanto al proceso de organizar la información del caso clínico, como al resultado de la integración de dicha información. De esta manera, la formulación de caso es un proceso considerado de manera prescriptiva, así como normativa, y se constituye desde una perspectiva empírica. Autores como Luborsky (1984) habían señalado que, a nivel macro, la formulación de caso representa la conceptualización del caso clínico.

Dada la relevancia de la formulación de caso para la intervención, los análisis de algunos de los modelos existentes se han centrado en el análisis de la coherencia conceptual, y también en la validez y confiabilidad de éstos. Este interés se ha visto reflejado en publicaciones recientes de diversas revistas como la *European Journal of Psychological Assessment*, *Professional Psychology: Research and Practice*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, y libros como los de Eells (1997) y Tarrier (2006). En dichos textos se encuentran propuestas que intentan acercamientos entre diversos enfoques teóricos y metodológicos, con el afán de romper las dicotomías tradicionales entre ciencia, y profesión y otras “guerras culturales”, según las llama Messer (1991, 2004). Este autor opina que el método pragmático de estudio de caso (PCSM, por sus siglas en inglés) apunta, por su enfoque, a los resultados prácticos y a la validez ecológica. Ya Butler (1998) había reconocido la utilidad de las guías y los protocolos de formulación, aunque acepta la imposibilidad de afirmar que una formulación es

totalmente correcta o que ofrece completa certeza, debido al trabajo sobre hipótesis y el difícil acceso a la evidencia.

En relación con la coherencia conceptual de los modelos de formulación, desde los modelos comportamentales se ha discutido sobre la consistencia en el uso de términos, entre ellos, los de análisis funcional, análisis secuencial, formulación y evaluación. Mientras la mayoría de autores intenta mantener términos unificados, como el de *análisis funcional*, la forma de definirlo hace evidentes las diferencias conceptuales. Algunos autores como Follette, Naugle y Linneroth (2000) utilizan de forma indistinta los términos evaluación funcional, o conceptualización, o formulación funcional de caso, pero, independientemente de la denominación, se refieren al proceso de establecer relaciones entre los datos de evaluación con un plan específico de tratamiento. Por su parte, para Muñoz López (2000) la evaluación conductual consiste en la conceptualización o formulación del caso, pues incluye en el proceso el análisis secuencial y funcional del caso. Para Rangé y Ferreira Mattos (2001), quienes trabajan desde la tradición de modelos mediacionales, el análisis funcional se presenta básicamente como un análisis secuencial, sin incluir términos técnicos del análisis conductual, como el de contingencias de refuerzo, o el de funciones de estímulo o funciones conductuales. Para Hayes et al. (1999), el enfoque de formulación de caso a la selección del tratamiento es una cuarta estrategia de evaluación en el campo clínico y es un tipo de análisis funcional.

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

El interés general en el tema se evidencia en Europa, donde la Asociación Europea de Evaluación Psicológica nombró una comisión para la definición

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

Como señalan Haynes y Williams (2003), la formulación de caso clínico es de particular importancia para los analistas y los terapeutas del comportamiento, debido a la visión idiográfica y a la proliferación de protocolos de intervención que podrían ser aplicados de manera indiscriminada a consultantes con el mismo diagnóstico, pero que varían en su pertinencia de acuerdo con las características del consultante y su entorno. La elección del tratamiento más eficaz para el consultante dependerá, entonces, de las variables relevantes identificadas en la formulación de caso, y no del rótulo diagnóstico que mejor describa su problemática. La formulación de caso se constituye en un puente entre la práctica, la teoría y la investigación, y su propósito es proveer un conjunto coherente de inferencias explicativas basadas en un marco conceptual específico, las cuales describan y expliquen la conducta problemática de la persona que asiste a consulta psicológica, y la manera adecuada de informarlo y hacerla comprensible para ella (Kuyken, 2006; Tarrrier & Calam, 2002).

Los modelos de formulación de caso de tradición comportamental sobre los cuales existen publicaciones varían en las categorías contempladas, los métodos que recomiendan para derivar hipótesis y el énfasis en los diferentes procedimientos y elementos de la formulación. Sin embargo, comparten el énfasis en el papel de la formulación en el diseño y elección de la intervención y en la importancia otorgada a la coherencia conceptual

y al nivel predictivo (Ballesteros & Rey, 1999; Castro & Angel, 1998). En las propuestas existentes, hay una brecha determinada por la adopción o no de modelos mediacionales y por la forma de conceptualizar y entender el comportamiento como objeto de estudio por derecho propio, en especial los llamados eventos privados (cogniciones y emociones). El análisis del comportamiento explícitamente incluye estos eventos como parte integral de su objeto de estudio (Skinner, 1974), mientras que los modelos mediacionales son concebidos como variables intervinientes o mediadoras entre la conducta y el ambiente. En los modelos no mediacionales, el estatus ontológico de los eventos privados no es diferente al del comportamiento observable por terceros, por cuanto se define como una interacción compleja, situada histórica y contextualmente, que evoluciona o se modifica en el tiempo. Como interacción, el comportamiento es interdependiente con su contexto, de manera que comprenderlo implica entender esas relaciones de interdependencia, definidas como relaciones funcionales o de contingencia entre las variables, en función de las cuales se analiza el comportamiento como interacción organismo-ambiente, de forma tal que los objetivos de predicción y control se logran cuando se conocen dichas variables interrelacionadas funcionalmente.

En su revisión, Castro y Angel (1998) proponen como primera aproximación a la formulación de caso la propuesta de Skinner (1974), quien, pese a no pretender construir un modelo de formulación clínica, sentó las bases para hacerlo a través del análisis de los acontecimientos conductuales, estableciendo relaciones causales mediante una aproximación molecular. Su modelo, la triple relación de contingencia, permite identificar regularidades entre sucesos conductuales y ambientales que facilitan la identificación de las variables relevantes para la modificación de la conducta y permite hacer predicciones acerca de ésta. Otro tipo de modelos considerados son aquellos basados en los múltiples sistemas de respuesta, que incorporan elementos del análisis funcional al identificar relaciones ente elementos de estímulo, respuesta, consecuencia. A su análisis se suma la dimensión

de los sistemas de respuesta propuestos por Lang, a mediados de la década 1970: nivel fisiológico autónomo, cognitivo-verbal y motor conductual (Castro & Angel, 1998). En este modelo se busca, no sólo describir la topografía de la respuesta y su análisis contingencial, sino, además, identificar la manera diferencial en que los diversos sistemas de respuesta dependen de la influencia de distintos sistemas de relaciones. Las críticas al planteamiento de Lang por las dificultades categoriales y los problemas para establecer la concordancia, y, en general, la relación entre los canales de respuesta, dejan en evidencia las limitaciones de incluir esta visión en el análisis funcional de la conducta (Pérez Álvarez, 1998).

Posteriormente, estos autores mencionan la formulación analítica conductual de los grupos de Wolpe, en Sudáfrica, y de V. Meyer, en Inglaterra. La primera tenía como objetivo encontrar una comprensión más amplia de las variables de tipo causal que facilitan la presencia de disfunciones específicas por medio del establecimiento de las relaciones entre diversos problemas o entidades, con el fin de llevar a cabo una intervención dirigida a las características individuales de cada consultante. En el segundo caso la formulación conductual es considerada como un conjunto de hipótesis que busca relacionar entre sí los motivos de consulta y explicar por qué se desarrollan estas dificultades, e intenta ofrecer predicciones acerca de la conducta bajo ciertas condiciones de estímulos. Una de las ventajas de esta propuesta se encuentra en que permite relacionar las distintas quejas o motivos de consulta del consultante; sin embargo, se plantea como limitación el uso de rótulos diagnósticos y entidades clínicas que dificultan hacer análisis de las clases funcionales de conducta.

Por su parte, Haynes y O'Brien (2000) realizan una revisión en la cual incluyen el modelo de Persons (1991a), que hace énfasis en la toma de decisiones del clínico sobre la mejor intervención para cada consultante. Este modelo incluye la evaluación de las creencias básicas del consultante, la identificación del origen de las creencias y las creencias acerca del plan de intervención. En la misma línea de toma de decisiones, estos autores

también incluyen la propuesta de Nezu y Nezu (1993) y Nezu, Nezu, Friedman y Haynes (1997), basada en la solución de problemas. También revisan la formulación de caso dialéctica de Linehan, de 1993, centrada en el desarrollo de un modelo que permita trabajar el desorden de personalidad limítrofe desde la perspectiva conductual. Este modelo, que inicialmente se aplicó de manera exclusiva al desorden de personalidad múltiple, se ha trabajado en los últimos años en conflictos maritales (Kirby & Baucom, 2007), problemas de alimentación (Safer, Couturier & Lock, 2007), desorden oposicional desafiante (Nelson-Gray et al., 2006), desregulación emocional (McMain, Korman & Dimeff, 2001), PTSD (Wagner, Rizvi & Harned, 2007), entre otras.

Castro y Ángel (1998) proponen un modelo que, según su perspectiva, soluciona la visión unitaria de los procesos causales, planteando un enfoque de procesos que permite identificar relaciones o conjuntos de leyes que tienden a covariar y a interactuar entre sí. Este modelo, aunque provee una guía en relación con el tipo de información que resulta relevante identificar durante la evaluación, es poco parsimonioso.

El modelo FACCM (Functional Analysis and Functional Analytic Clinical Case Model) de Haynes y O'Brien (2000), basado en trabajos anteriores sobre el análisis funcional (Haynes & O'Brien, 1990), propone un diagrama de vectores que presenta las distintas clases de relaciones funcionales resumidas, con el fin de organizar y mostrar claramente los juicios del clínico con respecto a la conducta del consultante.

En la misma dirección, Haynes y Williams (2003) llaman la atención sobre la importancia del análisis funcional como herramienta para integrar juicios clínicos acerca de la conducta problema del consultante, variables causales importantes y relaciones funcionales entre variables. Igualmente, afirman que el análisis funcional debe permitir estimar la magnitud del efecto relativo de cada variable causal, con el fin de hacer una selección cuidadosa del tratamiento que permita modificar las variables que tienen mayor influencia en la conducta problema, teniendo en cuenta la fuerza

y dirección de las relaciones causales y no causales con otras variables. Para Virués-Ortega y Haynes (2005), el análisis funcional es un tipo de formulación de caso que corresponde al enfoque conductual, coherente con la perspectiva de las autoras de este trabajo, por la importancia de conceptualizar la formulación de caso en términos del análisis funcional. Como afirman Ballesteros y Rey (1999), el análisis funcional define la metodología conductual de formulación de caso.

Westmeyer (2003) y Eells, Kendjelic y Lucas (1998) llevan a cabo una revisión de modelos de formulación de caso que tienen como base marcos conceptuales diferentes al conductual, pero que, desde la definición de su objetivo, cumplen con la misma función en lo relacionado con la comprensión del caso y la búsqueda del mejor tratamiento posible. Entre los modelos revisados, se encuentran algunos sistémicos y constructivistas (Neimeyer & Levitt, 2003; Schiepek, 2003a, 2003b) dirigidos a analizar de manera extensiva el caso individual, sea un grupo de personas, un consultante, una familia o una pareja, haciendo énfasis en la naturaleza relacional del problema.

Por otra parte, se presentan algunas formulaciones desde el enfoque psicoanalítico, las cuales están centradas en una narración que, de manera sucinta, describa la naturaleza y etiología de los problemas psicológicos del consultante, identificando una serie de asuntos relacionados que permiten focalizar las intervenciones y proveen guías implícitas para la relación terapéutica. Esta formulación también incluye una manera de juzgar la probabilidad en que diferentes intervenciones pueden afectar el problema del consultante. (Horowitz, Rosenberg, Ureño, Kalehzan & O'Halloran, 1989; Perry, Cooper & Michels, 1987; Strupp & Binder, 1984). Posterior al análisis de las formulaciones provenientes de diferentes marcos conceptuales, Eells et al. (1998) concluyen que la mayoría comparten al menos tres características: enfatizan en niveles de inferencia apoyados por el estado del consultante en terapia; la información que contienen está basada en un juicio clínico cuidadoso, más que en el mero reporte del consultante; y, finalmente, la formulación está dividida

en una serie de componentes analizados de manera individual en el proceso de formulación, con el objetivo de generar una visión más comprehensiva e integrada de caso.

Los mismos autores (Eells & Kendjelic, 2007; Eells et al., 1998;), insisten en la necesidad de un acuerdo entre enfoques terapéuticos, al menos en cuanto a los componentes mínimos de una formulación de caso, para lo cual diseñaron el Método de Codificación de Contenido de la Formulación de Caso. Proponen cuatro categorías básicas de información que debe contener toda formulación: los síntomas o problemas, los eventos o estresores precipitantes, los eventos de vida o estresores predisponentes, y un mecanismo causal que conecte las anteriores categorías (mecanismos biológicos, psicológicos y/o socioculturales), y ofrezca explicaciones coherentes con respecto a los precipitantes y variables de mantenimiento que influyen en los problemas individuales. Con el fin de permitir la mayor claridad en la formulación y potencializar su alcance, enfatizan la importancia de considerar categorías de análisis e integración de información que consideren la complejidad, el grado de inferencia y la precisión del lenguaje utilizado.

Sobre el tema de confiabilidad, validez y uso de protocolos como guías de formulación, Mumma y Smith (2001) hacen énfasis en que, a pesar del creciente interés por las aproximaciones comportamentales y conductuales-cognoscitivas sobre formulación de caso, existen pocos estudios empíricos relacionados con su fiabilidad o validez. Esto contrasta con los estudios de fiabilidad interevaluador y la utilidad del tratamiento en algunas formulaciones de caso psicodinámicas (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986; Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986, como se citan en Mumma & Smith, 2001). Sin embargo, existen excepciones en los estudios de Persons y colaboradores (Persons & Bertagnolli, 1999, como se cita en Mumma & Smith, 2001; Persons, Mooney & Padesky, 1995;), en los cuales encontraron que, al evaluar un conjunto de consultantes, los psicólogos clínicos participantes identificaron entre el 60 y 70% de los problemas relevantes para éstos

(previamente especificados por clínicos expertos). Sin embargo, se evidenció baja confiabilidad en el reconocimiento de creencias y actitudes, tema sobre el cual no fueron consultados los expertos.

Para validar la formulación de caso se han utilizado diferentes estrategias: la codificación del contenido de las formulaciones de caso (CFCCM) de Eells et al. (1998), el desarrollo de escenarios/guiones clínicos (Mumma & Smith, 2001; Muran, Samstag, Segal & Winston, 1998; Muran, Segal & Samstag, 1994), y se han desarrollado guías prácticas como las propuestas por Butler (1998) y Kuyken (2006), quienes enfatizan la importancia de hacer formulaciones basadas en la evidencia. En general, se puede afirmar que la atención a la confiabilidad mediante guías resulta coherente con lo expuesto por Mattarazzo (1983), y se relaciona con lo anotado por Mumma y Smith (2001) sobre la validez discriminante (un mismo terapeuta formula varios casos) y la convergente (cada caso es formulado por varios terapeutas).

Según Kuyken, Fothergill, Musa y Chadwick (2005), la limitada investigación sobre la fiabilidad de la formulación de caso cognitiva sugiere que, aunque los terapeutas cognitivos pueden llegar a un consenso con respecto a las problemáticas que presentan sus consultantes, existe un pobre nivel de acuerdo sobre los aspectos inferenciales de la formulación. Los resultados mostraron que, sobre aspectos descriptivos, las formulaciones elaboradas tuvieron elementos de acuerdo, tanto con la formulación de referencia, como con las de los demás participantes. Sin embargo, los niveles de acuerdo disminuyeron para aspectos que requieren un alto grado de inferencias guiadas por la teoría. Finalmente, los niveles de fiabilidad así como los de calidad de la formulación de caso resultaron asociados positivamente con los niveles de experiencia clínica.

A conclusiones similares llegaron Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas (2005), quienes consideraban que terapeutas expertos realizarían formulaciones de mejor calidad que las llevadas a cabo por terapeutas con menores niveles de experiencia o novatos. En su trabajo con un grupo de 65 terapeutas con diferente nivel de experiencia

y orientación (comportamental-cognoscitivos y psicodinámicos), mostraron que las formulaciones de los expertos fueron más comprensivas, elaboradas, complejas y sistemáticas. Además, los planes de tratamiento propuestos fueron mejor elaborados y estaban más relacionados con la formulación.

En lo que se refiere al tema de la sustentación empírica de la formulación, Haynes y Williams (2003) enfatizan el resultado de la intervención como uno de los criterios de validez de la formulación de caso, así como la relación entre el análisis funcional y el plan de intervención. Se refieren a la validez de contenido y la precisión del análisis funcional, entendidas como el grado en el cual se identifican de forma adecuada los problemas del consultante, las variables causales relevantes y las relaciones funcionales importantes. Por su parte, Kuyken (2006) plantea dos categorías de criterios: la primera (*top-down*) obedece al interrogante sobre la fundamentación en investigación empírica de la teoría en la cual se basa la formulación; la segunda (*bottom-up*) tiene que ver con el proceso mismo, así como con el impacto y la utilidad de la formulación de caso. Esta categoría incluye cuatro interrogantes en relación con la confiabilidad de la formulación y de las inferencias que incluye, así como la confiabilidad interformulador. Por otra parte, se establecen criterios en términos de la validez, esto es, se pregunta acerca de la triangulación con la experiencia reportada por el cliente, las medidas estandarizadas, las impresiones clínicas del terapeuta y las impresiones clínicas del supervisor. Por último, se evalúa el efecto de la intervención y los resultados de la terapia.

El modelo de formulación de caso analizado en este estudio fue desarrollado con base en las categorías de bienestar psicológico desde el análisis de comportamiento (Ballesteros, Caycedo & Novoa, en prensa), que considera el bienestar como parte integral de un proceso conductual, un evento espacio-temporal cuyo mantenimiento estaría en función de todas las variables contextuales. Desde esta perspectiva se entiende al individuo como coextensivo con el contexto y como hacedor/constructor de gran parte de sus contingencias de refuerzo (Follette, Bach & Follette, 1993; Pérez

Álvarez, 1998). Dichas categorías fueron derivadas de los componentes mismos del análisis contingencial/funcional en el contexto histórico y actual, a la luz de los procesos conductuales fundamentales, definidos como predicción y control.

La aproximación al contexto histórico permite analizar la forma como la historia se expresa o manifiesta, funcionalmente hablando, en el presente, e identificar el tipo de relaciones de contingencia a las que el individuo ha estado expuesto. Con base en esto, se determina posteriormente las relaciones con los repertorios actuales del individuo. El análisis del contexto actual permite conocer las contingencias que mantienen la conducta meta y guía el planteamiento de la intervención. Cada categoría incluye dos subcategorías que son las condiciones antecedentes, con las diversas funciones de estímulo, y el control consecuencial, que incluye las contingencias de refuerzo que mantienen la conducta.

La categoría de condiciones antecedentes hace referencia a las condiciones estímulares que facilitan o interfieren en la ocurrencia de la conducta, del medio físico o social, e incluye las condiciones de control discriminativo. El control consecuencial considera todas las contingencias de refuerzo y las consecuencias inmediatas o mediatas del comportamiento.

La categoría de repertorios conductuales tiene que ver con todas las conductas implicadas en la unidad de análisis seleccionada como objeto de interés, en aquellos dominios relevantes y pertinentes. Se incluyen las conductas que interfieren, en tanto favorecen el potencial de la persona para comportarse en forma coherente con sus metas (ver Meazzini & Ricci, 1986, sobre el concepto de unidad de análisis).

La investigación a partir de la cual se deriva este artículo tiene en cuenta las sugerencias de autores como Dougher y Hayes (2000), Haynes y O'Brien (2000) y Virués-Ortega y Haynes (2005), sobre la necesidad de literatura científica en el análisis del comportamiento que sea aplicable a problemas clínicos tradicionales, así como una metodología de formulación que facilite el desarrollo de planes de intervención en los distintos contextos de trabajo

de la psicología clínica, en un marco epistemológico y teórico coherente con una visión idiográfica, funcionalista y contextualista.

Método

Diseño

Se siguió un diseño mixto que combinó el análisis de caso único y la revisión documental para la evaluación de validez del protocolo. Se utilizaron dos tipos de análisis para evaluar la validez del protocolo de formulación: el índice de cumplimiento de categorías del protocolo y la consistencia entre los jueces en el formato de evaluación de la formulación; además, el análisis de la congruencia entre la intervención y la formulación de las hipótesis explicativas. El índice de cumplimiento de ajuste a las categorías en el diligenciamiento del protocolo corresponde a la validación clínica mencionada en la justificación inicial del presente artículo. El segundo tipo sobre el análisis de consistencia o acuerdo entre jueces se calculó a partir del concepto emitido en cada una de las categorías de evaluación del protocolo de formulación.

Participantes

Los participantes fueron tres evaluadores-formuladores (psicoterapeutas en entrenamiento), tres supervisores-formuladores (psicoterapeutas con experiencia y supervisores de cada caso), un psicólogo que asistió a los seminarios de caso en los que se discutían las formulaciones, y cinco psicólogos clínicos (psicoterapeutas con experiencia clínica y formación de postgrado) que cumplieron el papel de jueces externos.

Se realizó el análisis de validez del protocolo con seis casos formulados a partir del modelo descrito, tres de ellos con proceso psicoterapéutico completo hasta el fin del mismo, y tres más formulados hasta la hipótesis explicativa, pero sin inicio de la intervención clínica. Todos los casos fueron asignados a los jueces externos de forma aleatoria. En total, se incluyeron nueve juicios de expertos:

dos para cada uno de los casos terminados y uno para cada uno de los tres restantes.

Instrumentos

Para la formulación de caso se construyó un “Protocolo de formulación con base en las categorías de bienestar psicológico desde la perspectiva del análisis del comportamiento” (Ballesteros, Caycedo & Novoa, en prensa) (Anexo 1).

Para la evaluación de la formulación se diseñó una “Guía de evaluación de la formulación”, en la que cada interevaluador/interformulador externo consignaba, para cada una de las categorías del caso a su cargo, si se había cumplido o no con lo establecido y las observaciones respectivas.

Procedimiento

En la primera fase se construyó el “Protocolo de formulación de caso” que fue sometido a una validación de contenido por cuatro expertos, en sesiones de discusión sobre las categorías de bienestar psicológico. Posteriormente, en la segunda fase, se realizó la capacitación de seis auxiliares de investigación en habilidades clínicas básicas de entrevista, establecimiento de empatía, evaluación psicológica, diseño de formatos de registro, formulación de hipótesis y clasificación de la información. Todos los auxiliares de investigación fueron psicólogos en último año de formación o recién graduados. En la tercera fase se llevó a cabo el proceso de evaluación y formulación de seis casos clínicos seleccionados intencionalmente según el cumplimiento de criterios de evaluación. Durante esta fase cada uno de los auxiliares de investigación fue supervisado por uno de los investigadores del proyecto, con base en los criterios establecidos de aplicación del protocolo. Cada formulación se presentó en el contexto de un seminario de análisis de casos, con participación de cuatro psicólogos clínicos con experticia en el modelo comportamental, quienes las analizaron de manera conjunta. Una vez presentado cada caso y realizadas las correcciones pertinentes, se solicitó el juicio de un psicólogo clínico externo al equipo de investigadores, quien analizó la información

consignada en el “Protocolo de formulación”, y diligenció la “Guía de evaluación de la formulación”.

Resultados

Los resultados se presentan en dos apartados. Inicialmente se muestran los índices de consistencia entre jueces para los tres casos evaluados que finalizaron la intervención y el nivel de cumplimiento de estas formulaciones con el protocolo.

Se utilizaron dos tipos de análisis para evaluar la validez del protocolo de formulación: el índice de cumplimiento de categorías del protocolo y la consistencia entre los jueces en el formato de evaluación de la formulación, además del análisis de la congruencia entre la intervención y la formulación de las hipótesis explicativas. Esta última se realizó solamente con los tres casos finalizados. El índice de cumplimiento de ajuste a las categorías en el diligenciamiento del protocolo corresponde a la validación clínica.

El segundo tipo sobre el análisis de consistencia o acuerdo entre jueces se calculó a partir del concepto emitido en cada una de las categorías de evaluación del protocolo de formulación. Aparte de los tres casos concluidos, se incluyeron tres formulados

hasta la definición de la hipótesis explicativa. En total, se tuvieron en cuenta nueve juicios de expertos: dos para cada uno de los casos terminados, y uno para cada uno de los tres restantes. Este índice de consistencia entre jueces corresponde al porcentaje derivado del número de acuerdos sobre el número total de categorías.

En relación con la consistencia de los juicios de expertos, se observó una convergencia del 74% en los tres casos evaluados. Las diferencias principales entre los expertos se presentaron en la categoría de validación de hipótesis y en la de los objetivos de intervención.

En la Tabla 1 se presentan los niveles de cumplimiento del protocolo, en términos de porcentaje, calculado sobre las respuestas afirmativas de los jueces sobre la presencia del indicador de cumplimiento del protocolo en la formulación de cada caso. Esta medición permite concluir la utilidad del protocolo para guiar el proceso de formulación.

Como se observa, el mayor nivel de cumplimiento se da en la definición de la unidad de análisis, objeto de explicación y, por tanto, de la propuesta de intervención. El protocolo parece facilitar la definición de clases funcionales y éstas se relacionan con las hipótesis iniciales con base en la evaluación diacrónica y sincrónica. Es decir, la for-

TABLA 1
Nivel de cumplimiento del protocolo en la formulación de caso

Categoría A Evaluar	Nivel De Cumplimiento
Claridad, pertinencia y relevancia de la información	66.6 %
Formulación de hipótesis	72.2%
Validación de hipótesis	46.6 %
Unidad de análisis	83.3 %
Repertorios de predicción y control	61.1%
Hipótesis explicativa	44.4 %
Plan de intervención	66.6%
Objetivos	50%
Actividades	58.3%

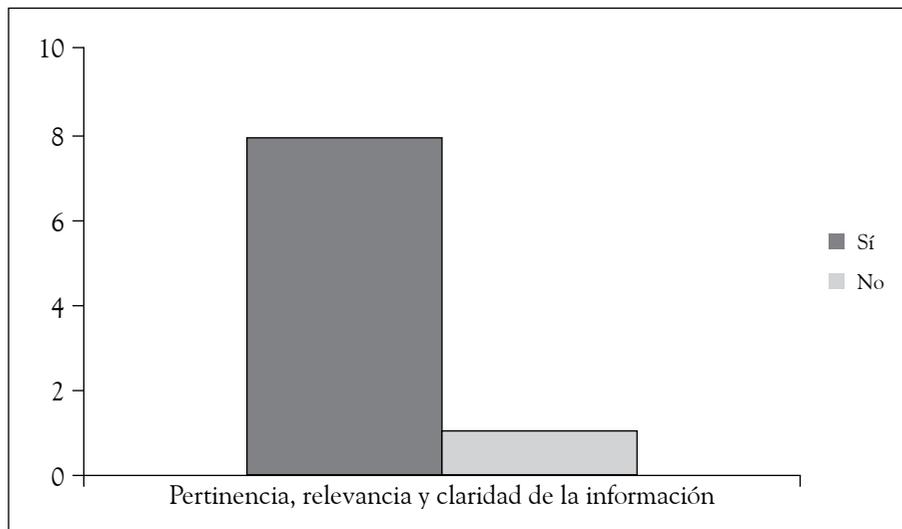


FIGURA 1
Frecuencia de respuestas sobre la calidad de la información consignada en la formulación de caso

mulación de hipótesis (también con un porcentaje superior a 70%) permite definir clases funcionales de conducta. Se presentó un cumplimiento moderado en las categorías de claridad, pertinencia y relevancia de la información, así como en el plan de intervención.

Los puntajes bajos en validación de hipótesis, en la formulación de hipótesis explicativa y en la definición de objetivos de intervención, indican la necesidad de redefinir estas categorías en términos más específicos.

En cuanto a los resultados de los juicios de los formuladores expertos, se presentan los datos incluyendo, tanto los aspectos cuantitativos con base en las frecuencias de respuesta en términos de presentación o no de cada una de las características evaluadas en cada una de las categorías de la formulación de caso, como los cualitativos derivados de las observaciones realizadas por los jueces.

Las evaluaciones de expertos permiten concluir que la mayor parte de información que se incluye es clara, no siempre suficiente, y en la mayoría de los casos pertinente y relevante. Parece existir una confusión con respecto al tipo de información que corresponde a la evaluación sincrónica y diacrónica, así como a los dominios de funcio-

namiento, pues lo encontrado en algunos casos es información no correspondiente con la categoría e incompleta. Por otra parte, en algunos casos parece que las categorías de información no son excluyentes. Uno de los jueces llama la atención sobre la necesidad de establecer las conexiones lógicas y conceptuales entre las categorías, con el fin de hacer evidente su relevancia para la formulación en general.

En relación con la formulación de hipótesis, los resultados muestran que esta tarea se ve dificultada por el marco conceptual y los sesgos de juicio clínico de quien formula las hipótesis. La Figura 2 presenta la distribución de frecuencias para las características evaluadas en esta categoría.

Como se observa en la Figura 2, se evaluó la existencia de una base conceptual identificable en la formulación, la inclusión de la información relacionada con la evaluación sincrónica y diacrónica, y los dominios de funcionamiento del individuo, así como la inclusión de hipótesis de adquisición, predisposición y mantenimiento. En general, se observa que las hipótesis están derivadas de categorías conceptuales identificables y que incluyen la información descriptiva del caso, aunque no siempre integrada de manera clara y completa. Por último, la mayoría de las hipótesis son descriptivas,

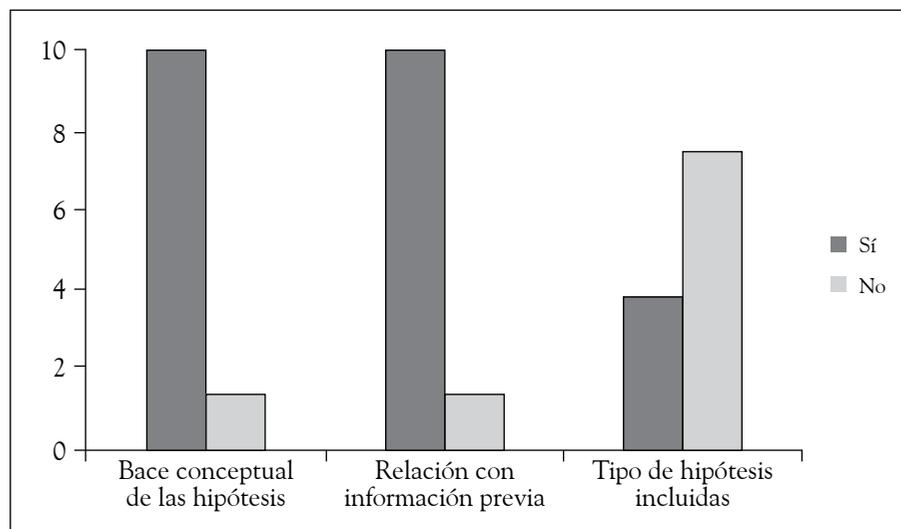


FIGURA 2

Frecuencia de respuestas sobre las características de las hipótesis planteadas en la formulación de caso

y contemplan aspectos relacionados con predisposición y adquisición, pero no siempre son claros los factores de mantenimiento; en ocasiones se limitan a hacer descripciones del comportamiento y al uso de categorías diagnósticas.

En lo que se refiere a la validación de hipótesis, se evidencia una falencia en cuanto a la especificidad de la información incluida; no siempre se aclara si se valida o no la hipótesis, ni el procedimiento de validación. En las formulaciones se nombran las técnicas y estrategias utilizadas, pero no la información específica que aporta a la validación o no de la hipótesis. El análisis de frecuencias para esta categoría se presenta en la Figura 3.

Los aspectos evaluados fueron: incluye conductas clínicamente relevantes, menciona las estrategias para validar las hipótesis, pertinencia de las técnicas usadas en la validación, claridad de la convergencia de información y explicación sobre las hipótesis no validadas. Según se observa en la Figura 3, en algunos casos se plantea como validación la observación de conductas clínicamente relevantes, pero no se definen, ni se clasifican de acuerdo con las categorías existentes. Por otra parte, solo cuatro de los nueve jueces mencionan la existencia de las estrategias de validación, y, cuando se explicitan, no se describen

los mecanismos por los cuales las hipótesis fueron validadas o no.

En general, no se explica cómo se da la convergencia de información. Sólo en algunos casos se permite ver la convergencia y el análisis que hace el formulador y, por tanto, no se identifica el proceso de derivación del juicio del clínico ni la forma en que la información de investigaciones sobre el tema aporta a la validación. Lo anterior se sustenta en que sólo en uno de los nueve juicios afirman que se presenta una explicación de los métodos por los que se evaluó un mismo acontecimiento, y se reporta si se encontró o no coincidencia. Los ocho restantes no lo realizan.

Las técnicas reportadas son, en general, pertinentes. Sin embargo, no se explicita qué es lo que aportan o qué información se derivó de ellas. Los análisis de frecuencias en la Figura 3, muestran que en seis de los nueve juicios se identificó el uso de técnicas pertinentes en función de las hipótesis planteadas.

Por último, no se reporta el resultado del proceso de validación de hipótesis, sino se asume de manera implícita que las hipótesis validadas aparecerán en la unidad de análisis. No se da información sobre las hipótesis no validadas. Las frecuencias en la Figura 3 muestran que ocho de

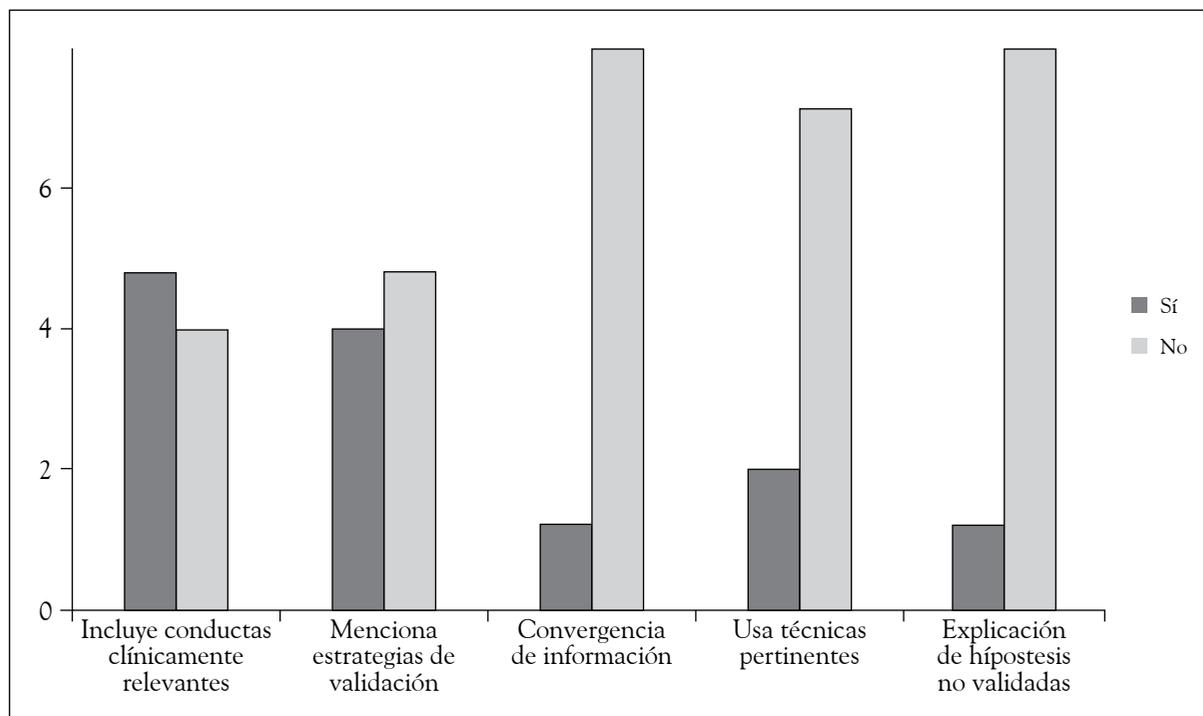


FIGURA 3

Frecuencia de respuestas sobre la validación de hipótesis en la formulación de caso

los juicios no identificaron en el caso evaluado las razones por las cuales algunas de las hipótesis no fueron validadas.

Con respecto a la unidad de análisis, se consideraron dos criterios: si hace referencia a clases funcionales de conducta y si se identifica una relación coherente con las hipótesis y con la información descriptiva del caso. Como se puede observar en la Figura 4, cinco de los juicios conceptúan que la unidad de análisis se define como una clase funcional. En los cuatro restantes se reporta un énfasis en categorías puramente descriptivas. Adicionalmente, como se observa en la Figura 4, los juicios afirman que existe relación entre las hipótesis y la información consignada en la evaluación del caso.

En relación con los repertorios de predicción y control, en la Figura 5 se presentan los resultados de los juicios en esta categoría que fue evaluada mediante tres criterios: la correspondencia de lo propuesto con la categoría, la identificación de contingencias y la identificación de repertorios específicos de predicción y control.

Como se observa en la Figura 5, las hipótesis corresponden a la categoría de predicción y control (contexto histórico/actual). En algunos casos se presentan sólo hipótesis a nivel actual, y en otros las hipótesis se reducen al nivel descriptivo y parecen más hipótesis diagnósticas. Por otra parte, el tipo de hipótesis planteada permitió identificar contingencias; sin embargo, algunas no la especifican de forma completa y no establecen claramente las relaciones. En seis de los nueve juicios se afirma que es posible identificar las contingencias diacrónicas y sincrónicas existentes. En referencia al último criterio, aunque se alude a los repertorios de predicción y control, se evidencia una descripción incompleta de las contingencias que mantienen los repertorios identificados.

Con respecto a las hipótesis explicativas, se consideraron como criterios de calidad: la inclusión de las contingencias identificadas en el análisis de los repertorios de predicción y control, la coherencia con las hipótesis establecidas durante el proceso de formulación y la presentación en tér-

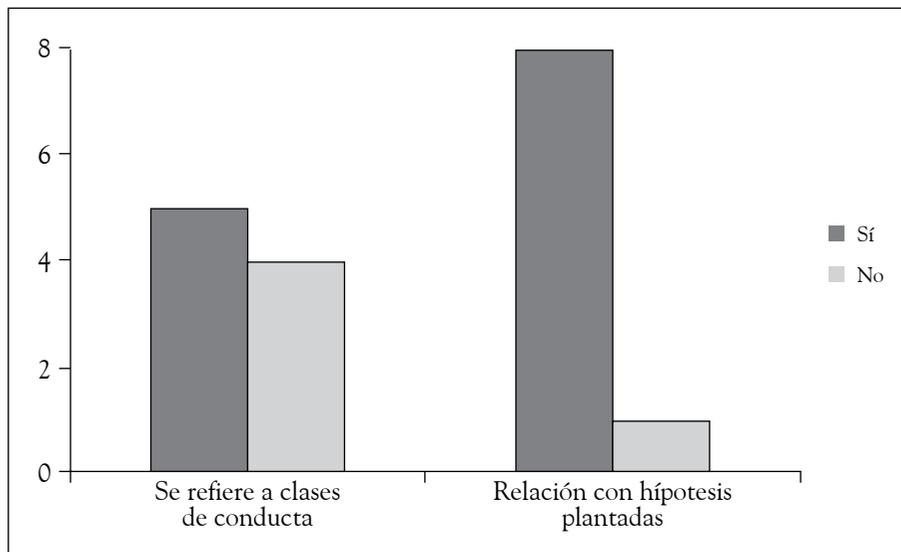


FIGURA 4
Frecuencia de respuestas sobre la definición de la unidad de análisis en la formulación de caso

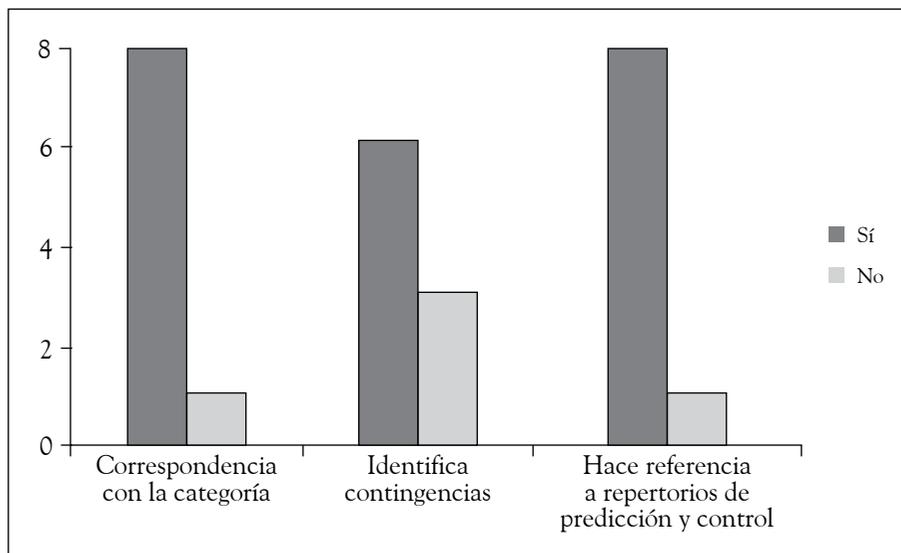


FIGURA 5
Frecuencia de respuestas en la categoría de repertorios de predicción y control en la formulación de caso

minos de clases funcionales. La Figura 6 presenta los resultados de esta categoría.

Como se observa, existen deficiencias en la formulación de la hipótesis explicativa, al dejar por fuera aspectos relevantes nombrados en el análisis de los repertorios de predicción y control. Aunque se incluyen la mayoría de los factores

considerados, hace falta mayor integración con las hipótesis iniciales.

Seis de los nueve juicios conceptúan que las hipótesis explicativas son coherentes con las hipótesis iniciales. Por último, se plantean las hipótesis en términos de clases funcionales. No obstante, los jueces consideran que debe definirse mejor la

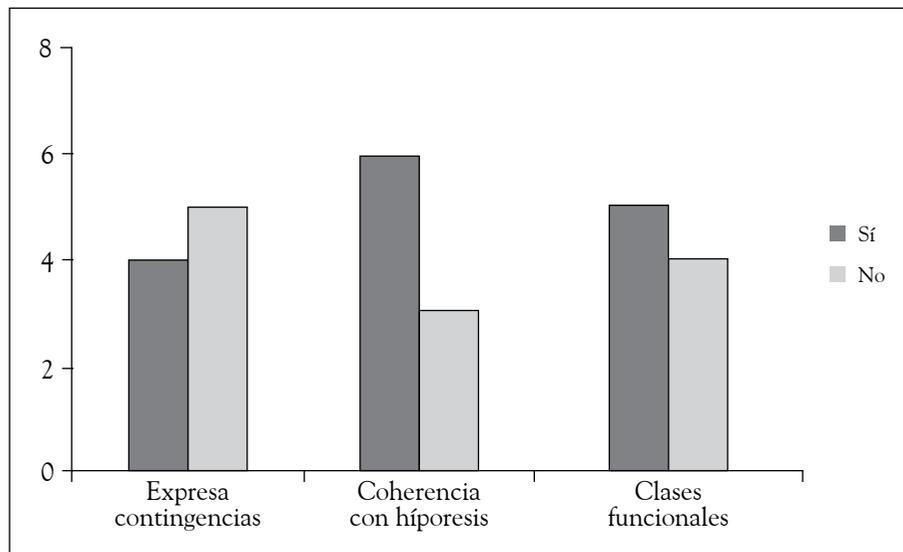


FIGURA 6
Frecuencia de respuestas en la categoría de hipótesis explicativa en la formulación de caso

clase e integrar todos los aspectos planteados en la hipótesis en la clase, o establecer si existen dos clases funcionales diferentes. Solamente cinco de los juicios afirman que la hipótesis explicativa se formula en términos de clases funcionales, mientras que los cuatro restantes lo hacen en términos de topografía de la conducta.

En cuanto al plan de intervención, se consideraron como aspectos relevantes si el orden de la intervención corresponde a las prioridades identificadas en la formulación, si hay coherencia entre hipótesis e intervención, y se evaluaron de forma separada los objetivos y las actividades clínicas propuestas. En general, los jueces consideran que no se plantea un plan de intervención organizado que responda a las prioridades identificadas en la formulación. En seis de los nueve casos no se presenta un plan de intervención de manera específica, y en los tres casos en los cuales se presenta, la relación con las hipótesis no es clara.

Los objetivos están formulados en términos de conducta del consultante en seis de los nueve casos, pero no se explicitan los criterios de logro.

Sólo en tres casos las actividades propuestas son pertinentes, relevantes y coherentes con los objetivos planteados y se presentan de manera muy

general, lo que impide emitir un juicio en relación con su pertinencia para el nivel evolutivo y características del consultante.

Discusión

La investigación pretendió contribuir al desarrollo de un modelo de formulación de caso que permitiera organizar la información proveniente de la evaluación, disminuir los sesgos en el juicio clínico y orientar la intervención de forma coherente y consistente con las categorías de análisis del bienestar psicológico desde la perspectiva del análisis del comportamiento (Ballesteros, Caycedo & Novoa, en prensa).

La introducción del concepto de bienestar psicológico en el análisis del comportamiento constituye un reto importante en el tema de los errores de categoría ampliamente discutidos en el área (por ejemplo, Ribes, 1990). Es necesario hacer evidentes los riesgos existentes para la coherencia conceptual, especialmente a fin de evitar reduccionismos o caer en explicaciones dualistas o internalistas que identifican lo psicológico con un agente subjetivo interno. En este punto se con-

sidera importante tener en cuenta los criterios de utilidad en la práctica clínica del concepto y de las categorías de análisis derivadas del mismo. En este sentido, los resultados muestran que las categorías de bienestar psicológico, en términos de predicción y control, principales dominios evaluados, fueron congruentes con la formulación de la hipótesis explicativa para la mayoría de los casos. En aquellos en los cuales no se encontró esta congruencia, queda por establecerse si se debió a la experticia clínica del evaluador-formulador o a dificultades propias del protocolo. En el primer caso, los resultados serían consistentes con los reportes de la literatura en los cuales se señala que cualquier análisis de caso involucra el criterio clínico de quien lo evalúa (Eells et al., 2005; Mumma & Smith, 2001).

En relación con la coherencia conceptual, los resultados hacen evidente la dificultad en los procesos de formulación clínica para integrar de manera congruente la epistemología, la teoría y la práctica clínica, lo cual frecuentemente resulta en formulaciones que mezclan conceptos provenientes de diferentes marcos conceptuales y reflejan una comprensión incompleta y ecléctica del caso clínico. Como resultado de esta situación, se realiza una intervención que no en todos los casos responde a las necesidades reales del consultante y refuerza el afán por la técnica. En este sentido, el protocolo analizado contribuye a unificar el lenguaje analítico conductual y mantener la coherencia conceptual. Permite, también, aclarar algunas de las confusiones conceptuales con respecto al análisis funcional de la conducta, ya que obvia el problema de la confusión entre análisis secuencial y funcional, y obliga al formulador a elegir técnicas de intervención derivadas de manera clara y directa de la comprensión del caso. No obstante, se evidencia la necesidad de un mayor análisis de las categorías y del desarrollo de competencias clínicas para su uso.

En esta dirección, como lo mencionan Eells & Kendjelic (2007), Eells et al. (1998) y Butler (1998), las guías de formulación son realmente útiles en el entrenamiento clínico. Este protocolo de formulación hace evidente su fortaleza para guiar y sistematizar el proceso de evaluación y de

organización que sigue el clínico en torno a las categorías relevantes, lo que es coherente con uno de los criterios usados por los autores.

Se concluye también que las categorías utilizadas permitieron avanzar en la identificación de relaciones funcionales y la formulación, en términos de clases de conducta, en vez de hacerlo en términos de rótulos diagnósticos propios del modelo médico, discusión señalada por los analistas del comportamiento en torno al abordaje de los problemas clínicos (Dougher & Hayes, 2000; Hayes et al., 1999; Ribes, 1990).

Adicional a esto, el modelo rompe con la concepción tradicional de la evaluación como una actividad separada de la formulación y la intervención, y hace énfasis en su importancia como un continuo durante todo el proceso de formulación e intervención. Es decir, apoya la equivalencia entre evaluación conductual y formulación o conceptualización del caso, señalada por autores como Muñoz López (2000) y el Comité Europeo sobre los lineamientos de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Esta perspectiva del proceso clínico como un continuo resulta relevante, especialmente en términos de investigación, como se planteó en la justificación de este trabajo.

En cuanto al tipo de hipótesis, Westmeyer (2003) afirma que no siempre se combinan las hipótesis sobre los problemas con las hipótesis explicativas de los mismos, lo que coincide con lo encontrado en este estudio sobre las hipótesis descriptivas y las dificultades para plantear hipótesis explicativas. Dentro del marco del análisis del comportamiento, se privilegian las hipótesis explicativas en términos de relaciones funcionales, en vez de las hipótesis de tipo descriptivo o correlacional. Por otra parte, propuestas como las de Haynes y O'Brien (2000) llaman la atención acerca de la importancia de considerar en las hipótesis funcionales la magnitud de la relación funcional y la modificabilidad de las variables, con el fin de hacer la hipótesis tan específica como sea posible.

Finalmente, vale señalar que los resultados tienen aplicación en dos campos. A nivel profesional, en cuanto aportan un protocolo de formulación

parsimonioso, con importantes ventajas para el planteamiento de planes de intervención individualizados y coherentes conceptualmente. Por otra parte, para el proceso de formación de psicólogos clínicos, el producto técnico derivado de este proceso (Modelo de formulación, Anexo 1) facilitará el desarrollo de competencias clínicas, por ejemplo, habilidades de evaluación, formulación de juicios clínicos, formulación y validación de hipótesis, análisis funcional, identificación de prioridades de intervención, planteamiento de objetivos y desarrollo de currículos de tratamiento que respondan a las necesidades reales del caso.

Referencias

- Ballesteros, B. P., Caycedo, C. & Novoa, M. M. (en prensa). *El bienestar psicológico en el marco del análisis del comportamiento*.
- Ballesteros, B. P. & Rey, A. (1999). *Protocolo de formulación de casos clínicos*. Documento de trabajo no publicado.
- Butler, G. (1998). Clinical Formulation. En A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 1-24). New York: Pergamon Press.
- Castro, L. & Angel, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2; pp. 3-69). Madrid: Siglo XXI.
- Dougher, M. J. & Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11 - 25). Reno, NV: Context Press.
- Eells, T. D. (1997). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T. (2001). Update on Psychotherapy Case Formulation Research. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10 (4), 277-278.
- Eells, T. & Kendjelic, E. (2007). Generic Psychotherapy Case Formulation Training Improves Formulation Quality. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 44 (1), 66-77.
- Eells, T., Kendjelic, E. & Lucas, C. (1998). What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content Coding Manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7 (2), 144-153.
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E., Turner, C. & Lucas, C. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 579-589.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., TerLaak, J., Vizcarro, C. et al. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A Proposal for Discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (3), 187-200.
- Follette, W., Bach, P. & Follette, V. (1993). A Behavior-analytic View of Psychological Health. *The Behavior Analyst*, 16 (1), 303-316.
- Follette W., Naugle A. & Linnerroth, P. J. (2000). Functional Alternatives to Traditional Assessment and Diagnosis. En M. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 99-125). Reno NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H. & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The Scientist Practitioner: Research and Accountability in the Age of Managed Care* (2a Ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional Analyses in Behavior Therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and Practice of Behavioral Assessment*. New York: Kluwer/Plenum.
- Haynes, S. & Williams, A. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs: Matching Treatment Mechanism to Causal Variables for Behavior Problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (3), 164-174.
- Horowitz, L., Rosemberg, S., Ureño, G., Kalehzan, M & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamic Formulation, Consensual Response Method, and Interpersonal Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 599-606.
- Kirby, J. & Baucom, D. (2007). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy: A Couples Skills Group for Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 394-405.
- Kuyken, W. (2006). Evidence Based Case Formulation: Is the Emperor Clothed? En N. Tarrrier (Ed.), *Case*

- Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases. London: Routledge.
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M. & Chadwick, P. (2005). The Reliability and Quality of Cognitive Case Formulation. *Behavior Research and Therapy*, 43 (9), 1187-1201.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderLine personality disorder*. New York: Guilford.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive – Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington: American Psychological Association.
- Mattarazzo, J. (1983). The Reliability of Psychiatric and Psychological Diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 3, 103-145.
- McMain, S., Korman, L. M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- Meazzini, P. & Ricci, C. (1986). Molar vs. Molecular Units of Behavior. En T. Thompson & M. Zeiler (Eds.), *Analysis and Integration of Behavioral Units* (pp. 19-43). NJ and London: LEA.
- Messer, S. (1991). The Case Formulation Approach: Issues of Reliability and Validity. *American Psychologist*, 46 (12), 1348-1350.
- Messer, S. B. (2004). Evidence-based Practice: Beyond Empirically Supported Treatments. *Professional Psychology: Research and practice*, 35 (6), 580-588.
- Mumma, G. & Smith, J. (2001). Cognitive-Behavioral-Interpersonal Scenarios: Interformulator Reliability and Convergent Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), 203-221.
- Muñoz López, M. (2000). Formas de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 284-318). Madrid: Pirámide.
- Muran, J., Samstag, L., Segal, Z. & Winston, A. (1998). Interpersonal Scenarios: An Idiographic Measure of Self-schemas. *Psychotherapy Research*, 8, 321-333.
- Muran, J., Segal, Z. & Samstag, L. (1994). Self-scenarios as a Repeated Measures Outcome Measurement of Self-schemas in Short-term Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 25, 255-274.
- Neimeyer, R. & Levitt, H. (2003). Theoretical Perspective: Constructivism. En R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol. 2; pp. 1008-1011). Londres: Sage.
- Nelson-Gray, R., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J.B., Chok, J.T. et al. (2006). A Modified DBT Skills Training Program for Oppositional Defiant Adolescents: Promising Preliminary Findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), 1811-1820.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (1993). Identifying and Selecting Target Problems for Clinical Intervention: A Problem Solving Model. *Psychological Assessment*, 5, 254-263.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S. & Haynes, S. (1997). Case Formulation in Behavior Therapy: Problem-Solving and Functional Analytics Strategies. T. D. Eells (Ed), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford Press.
- Pérez Álvarez, M. (1998). El sujeto en la modificación de conducta: un análisis conductista. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 69 - 90). Madrid: Siglo XXI.
- Perry, S. Cooper, A. & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543-550.
- Persons, J. (1991a). *Cognitive Therapy in Practice: The Case Formulation Approach*. New York: Norton.
- Persons, J. (1991b). Psychotherapy Outcome Studies do not Accurately Represent Current Models of Psychotherapy: A Proposed Remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.
- Persons, J. B., Mooney, A. K. & Padesky C. A. (1995). Interrater Reliability of Cognitive-Behavioral Case

- Formulations. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (1), 21-34.
- Rangé, B. & Ferreira Mattos, E. (2001). Avaliação de casos clínicos adultos e infantis. En B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 79 - 100). Sao Paulo: Artmed Editora.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Safer, D. L., Couturier, J. L. & Lock, J. (2007). Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (2), 157-167.
- Schiepek, G. (2003a). A Dynamic Systems Approach to Clinical Case Formulation. *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (3), 175-184.
- Schiepek, G. (2003b). Theoretical Perspective: Systemic. En: R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol. 2; pp. 1023-1027). Londres: Sage.
- Silberschatz, G., Fretter, P. & Curtis, J. (1986). How do Interpretations Influence the Process of Psychotherapy? *Journal of Consulting and Psychology*, 54, 646-652.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre el conductismo*. Buenos Aires: Fontanella.
- Strupp, H. & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a New Key*. New York: Basic Books.
- Tarrier, N. (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. London: Routledge.
- Tarrier, N. & Calam, R. (2002). New Developments in Cognitive-behavioural Case Formulation. *Epidemiological, Systemic and Social Context: An Integrative Approach. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30 (3), 311-328.
- Virués-Ortega & Haynes, (2005) Functional Analysis in Behavior Therapy: Behavioral Foundations and Clinical Application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 567-587.
- Waddington, L. & Morley, S. (2000). Availability Bias in Clinical Formulation: The First Idea that Comes to Mind. *British Journal of Medical Psychological Society*, 73, 161-163.
- Wagner, A., Rizvi, S. & Harned, M. (2007). Applications of Dialectical Behavior Therapy to the Treatment of Complex Trauma-Related Problems: When One Case Formulation Does Not Fit All. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 391-400.
- Westmeyer, H. (2003). On the Structure of Case Formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (3), 210-216.

Protocolo general de formulación de caso desde las categorías de bienestar psicológico

1. Datos demográficos	Nombre, edad, escolaridad y ocupación	
2. Tipo de análisis	Elementos generales	Características fundamentales
2.1 Análisis descriptivo	Descripción del motivo de consulta	Motivo de consulta (referido por el consultante, textual) Operacionalización de la queja del consultante Identificación de contextos y variables implicadas Efecto y severidad de la queja en el funcionamiento del consultante Metas de cambio establecidas por el consultante
	Evaluación Sincrónica- estado actual	Descripción de la conducta objeto de estudio y las condiciones ambientales presentes (variables actuales) Incluye: Descripción del funcionamiento integral del individuo en el momento actual (contextos y condiciones biológicas actuales que puedan influir en la conducta bajo estudio). Intentos actuales por manejar la conducta problema y efectos para sí mismo y para otras personas. Consecuencias de comportamientos relacionados con el problema, tanto para el consultante como para el grupo social de referencia, estableciendo la relación entre las conductas. Considera: Dominios: Emocional/ afectivo, cognoscitivo, interacción social, repertorios relacionados con la salud- enfermedad Contextos: Académico/ laboral, familiar, pareja/sexual, condiciones ambientales (Características de los recursos ambientales propios del contexto de la persona. Ambiente físico construido. Fortalezas, dificultades y nivel de satisfacción reportada. Incluir elementos que puedan dar información sobre fuentes de tensión ambiental y de déficit o exceso de estimulación del ambiente).
	Evaluación Diacrónica historia	Análisis de los factores de predisposición y adquisición de la conducta objeto de estudio, así como del proceso de evolución desde su aparición hasta el momento actual. Además, se debe considerar la historia de otros problemas que puedan estar relacionados con la conducta blanco así como los posibles factores protectores.
	Formulación de hipótesis	Para cada uno de los problemas operacionalizados a partir del motivo de consulta. Validadas por convergencia de información y adecuación a la teoría y evidencia empírica.

Continúa

Continuación	
Unidad de análisis	Clases funcionales de conducta (pueden ser tan molares o moleculares como corresponda a cada caso en particular), especificando sus parámetros topográficos, los cuales se constituyen en los indicadores de cambio. Es el objeto de la formulación.
2.2 <i>Análisis explicativo</i> (El objetivo es analizar la(s) unidad(es) de análisis en términos de las categorías de predicción y control, y con base en este análisis plantear la hipótesis explicativa)	<p>Análisis funcional de los repertorios de predicción y control</p> <p>Hipótesis Explicativa</p> <p>Resume y organiza toda la información relevante para entender el caso y orientar la intervención. Integra todas las hipótesis anteriores que han sido validadas y aclara el papel de las distintas variables conductuales y contextuales. Debe asegurarse de tener suficiente evidencia empírica para los procesos psicológicos y las variables explicativas que formula.</p>
3. Plan de intervención	Responder a las prioridades identificadas y a lo planteado en la hipótesis explicativa, considerando las características del consultante.