



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN
PSICOLOGÍA: UNA REVISIÓN AL ENFOQUE
BASADO EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RICARDO DAVID NÁJERA SOLANO



Directora: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Dictaminadores: Mtro. Isaías Vicente Lugo González
Lic. Antonio Rosales Arellano

Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla, Estado de México 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mis padres, por guiarme y apoyarme incondicionalmente y a quienes debo la oportunidad de haber concluido mis estudios. ¡Gracias!

A Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez, psicóloga y profesora ejemplar, por sus valiosas enseñanzas durante mi formación y especialmente por la orientación proporcionada en la realización de este trabajo.

A Mtro. Isaías Vicente Lugo Gonzáles y a Lic. Antonio Rosales Arellano, por el asesoramiento brindado.

A mis amigos Mitzi y José, por el apoyo que me han brindado a lo largo de la carrera.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
1. Evaluación conductual	8
1.1 Antecedentes	9
1.2 Características del paradigma	12
1.2.1 Estrategias de evaluación conductual.....	13
1.2.2. Naturaleza de los problemas de conducta.....	16
1.2.3. Conceptos de causalidad.....	18
1.2.4. Fundamentos psicométricos	20
1.3 Métodos de la Evaluación Conductual	21
1.4. El análisis funcional como un paradigma para la formulación de caso	22
2. Formulación de casos.....	23
2.1 Antecedentes	23
2.2. Modelos de formulación de casos.....	26
2.3. Dimensión funcional como elemento común de los modelos de Formulación de Casos en la TCC.....	29
2.3.1. Componentes	31
3. Formulación de casos clínicos desde el enfoque de solución de problemas	33
3.1. Principios Generales	34
3.1.1. Dimensión funcional.....	35
3.1.2. Enfoque basado en evidencia.....	35
3.1.3. Perspectiva de sistemas	36
3.1.4. Marco de causalidad múltiple	36
3.1.5. Consideraciones multiculturales	37
3.1.6. El proceso de solución de problemas	37
3.1.6.1. Orientación del problema.....	38
3.1.6.2. Resolución racional de problemas.....	38
3.1.7. Terapia como solución de problemas	39
3.2. Pasos en la formulación de casos desde el enfoque de solución de problemas	40
3.2.1. Identificación de resultados finales	40
3.2.2. Identificación de resultados instrumentales potencialmente relevantes	40

3.2.3. Construcción de un análisis funcional.....	41
3.2.4. Selección de objetivos de tratamiento	41
3.2.5. Desarrollo de un mapa de patogénesis	43
3.2.5.1. Elementos del MCP	43
3.2.6. Evaluación de la validez del mapa de patogénesis	47
3.2.7. Elaboración del plan de tratamiento.....	47
4. Ejemplo de caso clínico.....	50
5. Conclusiones.....	59
Referencias	63

RESUMEN

Dentro del ámbito de la psicología clínica uno de los factores de éxito de los tratamientos es el proceso de toma de decisiones, el cual deriva de llevar a cabo la formulación del caso. Actualmente existe una variedad de modelos de formulación de casos, que difieren entre sí debido a la variabilidad en el énfasis que le dan a sus elementos y de los cuales no hay información suficiente sobre su utilidad clínica. Con el objetivo de hacer una revisión de las características y de uno de los modelos desarrollados recientemente, en el presente escrito se exponen las características del Enfoque Basado en la Resolución de Problemas, para ello inicialmente se describe el paradigma de Evaluación Conductual que engloba técnicas específicas acordes a la manera en la que se conceptualizan los problemas de conducta y cuyos principios son retomados en distintos modelos de formulación de caso dentro de la Terapia Cognitivo Conductual. Posteriormente se exponen las características comunes entre los modelos de formulación de caso haciendo énfasis en la dimensión funcional, que es central en la generación de hipótesis explicativas. Por último, se detallan los fundamentos teóricos y pasos a seguir del modelo en cuestión caracterizado por el uso de estrategias para evitar sesgos heurísticos, basándose en las operaciones que se llevan a cabo en la terapia de solución de problemas. Además, se ilustra mediante la exposición de un caso clínico, cada uno de sus componentes y su implicación en el desarrollo de las estrategias de intervención.

Palabras clave: Formulación de caso, modelo de solución de problemas, evaluación conductual.

INTRODUCCIÓN

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una orientación terapéutica que ha demostrado ser indispensable para la obtención de pronósticos eficaces mediante sus tratamientos en distintos ámbitos, tales como el de la salud, el área educativa, la industrial o la comunitaria. Parte del desarrollo que permitió a la TCC tener su estatus actual es que las técnicas y procedimientos cuentan con una base científica o experimental, y además se considera la información producto de la experiencia clínica (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2012; Salazar, 2017).

Sin embargo, la eficacia por sí sola de los tratamientos de esta orientación terapéutica no es sinónimo de garantía del éxito de las intervenciones realizadas, ya que dependen, además, de una buena evaluación y de la selección del mejor tratamiento, porque las estrategias de intervención difieren según su grado de ajuste a los pacientes individuales. El proceso a través del cual se pueden determinar los elementos mencionados es conocido como formulación de caso.

A través de la formulación de casos es que se determina la mejor estrategia de intervención posible, lo que a menudo resulta complicado debido a:

- Los usuarios presentan múltiples problemas de conducta.
- Generalmente hay múltiples factores que los causan.
- Dadas las diferencias individuales de cada usuario, existen variaciones en la medida en que va a funcionar una determinada intervención.
- La existencia de diversas estrategias de intervención con apoyo empírico para un determinado problema.
- En ocasiones, debido a las características de la problemática, es imposible aplicar la estrategia identificada como la más efectiva.

La formulación de casos tiene como objetivo servir como apoyo al terapeuta en la toma de decisiones a partir de las evaluaciones pre-intervención y la manera en la que construye un sistema integrado de hipótesis sobre la información recabada acerca de las características del paciente y las relaciones funcionales de las variables identificadas.

La clara necesidad de llevar a cabo la formulación de casos clínicos ha traído consigo que a lo largo del desarrollo de la TCC se hayan desarrollado múltiples modelos de formulación de casos, producto de los avances y las vertientes de las investigaciones que se ha llevado a cabo. A pesar de la existencia de diferencias metodológicas entre estos modelos, no se contradicen entre sí, porque parten del mismo paradigma de evaluación.

El presente escrito pretende exponer las características más importantes de los modelos de formulación de casos en el ámbito de la TCC, abordando en primera instancia el paradigma del cual derivan, y posteriormente las características que tienen en común. Haciendo énfasis en el modelo basado en solución de problemas de Nezu, Nezu & Lombardo (2006).

Su enfoque se caracteriza por utilizar las operaciones de resolución de problemas para la toma de decisiones, las cuales consisten en la orientación del problema, la definición y formulación de los problemas y la generación de alternativas, la toma de decisiones y la implementación y verificación de la estrategia de solución. El cual, presenta una ventaja respecto a los demás por partir del supuesto de que el terapeuta puede estar sujeto a una serie de fuentes de sesgo, como llegar a conclusiones sin información suficiente o la ausencia de flexibilidad para ajustarlas o modificarlas, así como la atención selectiva a ciertos aspectos de la información recabada.

El objetivo principal que persigue esta tesina es describir las características y elementos que conforman este modelo, así como, su utilidad en el ejercicio de las actividades clínicas del psicólogo. Un objetivo secundario es ilustrar cada uno de los componentes en un caso de éxito previamente publicado.

CAPÍTULO 1

EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación psicológica es la valoración sistemática de la conducta (respuestas motoras, verbales, cognitivas y fisiológicas) de una o varias personas, y está constituida por varios componentes conceptuales y metodológicos interrelacionados (Haynes & O'Brien, 2000; Haynes, O'Brien, & Kaholokula, 2011). Al respecto, Haynes y O'Brien, (2000) consideran que la evaluación psicológica tiene como objetivo:

- Obtener información de una persona a través de diversas estrategias, como la observación y las entrevistas.
- Obtener información de cada uno de los contextos en los que se desenvuelve el usuario, tales como la escuela, el hogar, etcétera.
- Llevar a cabo mediciones de las conductas problema y de las variables causales hipotéticas.
- Recabar información de múltiples informantes, como la pareja u otros familiares.
- Resumir y analizar la información obtenida, con el fin de realizar deducciones y juicios clínicos.

Existen diversas maneras en las que se lleva a cabo un proceso de evaluación, dependiendo del marco teórico a través del cual se haya desarrollado pertenece a un determinado paradigma de evaluación, que es un acercamiento conceptual y metodológico a la evaluación psicológica (Haynes, Godoy & Gavino, 2011). Este proceso incluye ideas e hipótesis sobre la importancia relativa de los problemas de comportamiento, las variables causales que lo afectan, los mecanismos de acción causal y los mejores métodos para obtener datos y recopilar evidencia psicométrica (Haynes, Smith & Hunsley, 2011).

Además, un paradigma de evaluación influye en el objetivo, contexto, individuos, forma y herramientas de evaluación, en las estrategias de integración de

los datos obtenidos, la elaboración de juicios clínicos y las decisiones que se tomen a partir de ellos (Díaz et al., 2012). Ejemplos de paradigmas de evaluación psicológica incluyen la evaluación conductual (EC), la evaluación psicodinámica-proyectiva, la evaluación de la personalidad, la evaluación intelectual/cognitiva, los sistemas familiares y la evaluación neuropsicológica (Haynes & O'Brien, 2000).

La EC se distingue del resto de los paradigmas por partir de una serie de técnicas específicas, producto de la manera en la que se conceptualizan los problemas de conducta y cómo éstos pueden ser modificados. Uno de los supuestos básicos de esta perspectiva, como se desarrollará más adelante, es que la conducta puede ser entendida más efectivamente enfocándose en eventos precedentes y sus consecuencias (Groth-Marnat, 2009).

Mediante este paradigma se recaba información para la evaluación de pre-intervención que sirve para desarrollar un análisis funcional de los problemas de conducta, para conocer los efectos del tratamiento, y para analizar investigaciones básicas y aplicadas sobre el comportamiento (Haynes & O'Brien, 2000). Para entender mejor cómo es que se constituyó el paradigma de EC, a continuación se presenta su desarrollo histórico y posteriormente los principales aspectos conceptuales y metodológicos.

1.1 Antecedentes

La EC tiene como antecedente los desarrollos de las técnicas de modificación de la conducta durante la primera mitad del siglo XX, entre los que destacan las aportaciones de Skinner, quien estableció que la conducta puede ser explicable, predecible y controlable partiendo de las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuencias ambientales, lo que trajo consigo el establecimiento de los principios básicos del condicionamiento operante y a su vez el desarrollo del análisis experimental de la conducta. Estos avances mejoraron los tratamientos de problemas clínicos y permitió abordar más problemáticas en contextos como el escolar, organizacional etc. (Díaz et al., 2012; Groth-Marnat, 2009; Labrador, 2008).

El primer uso formal de la EC ocurrió en el escenario industrial y organizacional. La EC no se hizo popular en el contexto clínico hasta mediados de 1960 (Groth-Marnat, 2009). Díaz et al., (2012) señalan que, en la década de 1960, la evaluación tradicional presentaba limitaciones, puesto que esta se ocupaba de aspectos relativamente abstractos y fenómenos no observables, y se encontraba en concordancia con el paradigma psicodinámico que en ese entonces dominaba la psicología clínica. Esto se dio probablemente debido a la influencia de los enfoques psicodinámicos entre los clínicos.

Otro aspecto que señalan Díaz et al. (2012) es que los psicólogos conductuales pensaban que la psicología clínica estaba estancada debido al uso de intervenciones poco efectivas y a la forma de proceder en la evaluación tradicional. Quizás en parte como una reacción a este enfoque indirecto e inferencial, las anteriores formas de EC se centraban casi exclusivamente en conductas observables. A pesar de que las variables orgánicas tales como las cogniciones, sentimientos, y respuestas psicofisiológicas, fueron admitidas, no fueron consideradas influencias importantes sobre la conducta y, como resultado, no tenían relevancia en la evaluación y el tratamiento. En su lugar, la EC fue consistente con el entonces dominante paradigma del condicionamiento operante en que estaba centrado en identificar repuestas conductuales discretas, conductas objetivo y reforzadores que podrían cambiar conductas específicas. La medición de estas áreas comúnmente cuantificaba la frecuencia, razón, y duración de conductas relevantes. Los resultados fueron numerosos y se desarrollaron evaluaciones altamente innovadoras de la conducta manifiesta. Comúnmente las intervenciones involucraban casos individuales, lo cual fue consistente con enfoques idiográficos (Groth-Marnat, 2009).

Sturmev (2008) comenta que a mediados de la década de 1970, los estudios de caso dieron paso a la evaluación en múltiples contextos, tales como el escolar, laboral, familiar y en múltiples marcos socioculturales, llegando a la conclusión de que éstos tienen una influencia considerable en las personas, por lo que asumieron que el efectivo cambio individual a menudo requiere cambios en estos amplios

contextos (Groth-Marnat, 2009). Al mismo tiempo, comenzaron a centrarse en aspectos más allá del comportamiento, como los sentimientos, las sensaciones, las imágenes internas, las cogniciones, las relaciones interpersonales y el funcionamiento psicofisiológico (Groth-Marnat, 2009; Díaz et al., 2012). En aquel tiempo los psicólogos notaron que a pesar de la evaluación tradicional y conductual compartían algunos métodos comunes, tales como entrevistas, cuestionarios y observaciones, difiriendo en sus asunciones y nivel de inferencia. Para los conductistas, la información proveniente del individuo es una muestra de conducta en un contexto particular.

Estos cambios trajeron consigo un aumento en el número de publicaciones de libros y revistas, tales como *Behavioral Assessment*, *Journal of Behavioral Assessment*, y números especiales del *Journal of Applied Behavior Analysis* sobre este tópico. Asimismo, el énfasis en un enfoque multimodal y multifacético llevó a la EC a aceptar diferentes medidas indirectas como autorregistros (Groth-Marnat, 2009).

A partir de la década de 1980, hubo una ampliación de los contextos de aplicación de la EC, abordando trastornos psicofisiológicos como el dolor crónico, asma, enfermedades cardiovasculares, etcétera (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012). El constante desarrollo de la EC ha llevado a direcciones que actualmente incluyen la evaluación analógica y realidad virtual, avances en la evaluación psicofisiológica y la utilización de tecnología innovadora, como el uso de sensores ambulatorios, y evaluación de los usuarios en sus entornos naturales y mayores aplicaciones para poblaciones especiales (Groth-Marnat, 2009).

Los supuestos y perspectivas de la EC han resultado en un número extremadamente diverso de enfoques y una variedad más amplia de técnicas específicas. Estos enfoques y sus correspondientes técnicas pueden ser organizadas dentro de las áreas de entrevista conductual, la observación conductual, la evaluación cognitivo conductual, la evaluación psicofisiológica e inventarios de autoinformes. Cada una de estas áreas se desarrolló dentro de un amplio contexto histórico que se extendió por varias décadas (Groth-Marnat, 2009).

1.2 Características del paradigma

Como ya se mencionó, los paradigmas incluyen varios supuestos sobre los problemas de conducta, las probables causas de éstos y las mejores estrategias para evaluarlos, pero, la EC hace énfasis en la evaluación mediante múltiples métodos con sustento empírico y con múltiples informantes, de conductas específicas y observables, además de las variables causales presentes actualmente en el ambiente natural (Groth-Marnat, 2009; Haynes & O'Brien, 2000).

Además del énfasis en el uso de instrumentos de evaluación validados, asume que las variables ambientales, sociales y cognitivas a menudo son fuentes importantes de variación de la conducta, por lo que es un proceso coherente con los supuestos básicos de la TCC, tales como las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos y contextuales (Díaz et al., 2012).

La EC se enfoca en la conducta de un organismo individual para definir y cuantificar el problema, diseñar la intervención, monitorear el progreso y evaluar la respuesta al tratamiento en el seguimiento. Esto tiende a no enfatizar la detección y comparaciones nomotéticas, y se centran en comparar la conducta de los organismos con estos mismos en de distintos momentos temporales (Sturmey, 2008).

Cone (1997) propuso que la EC debería incluir fases descriptivas, interpretativas y de verificación. Durante la fase descriptiva, el clínico reúne información para identificar las conductas blanco, sus antecedentes y sus consecuencias. El terapeuta puede usar una amplia gama de métodos de evaluación en este punto. Durante la formulación de hipótesis o fase interpretativa, el terapeuta estima la relación entre la conducta y eventos ambientales, quizás usando probabilidades condicionales u otros métodos. Finalmente, durante la comprobación de hipótesis o fase de verificación, elabora predicciones basadas en estas hipótesis para luego comprobarlas. La predicción se refiere a la estimación de la respuesta más probable en el contexto de las intervenciones clínicas, específicamente para un tratamiento, la probabilidad de que un comportamiento se dé en el futuro y la probabilidad de que un determinado comportamiento actual siga

un cierto curso temporal (Haynes, Godoy et al., 2011; Hersen, 2006). Esto puede llevarse a cabo basándose en manipulaciones ambientales mediante el análisis formal y experimental.

Este paradigma se considera dinámico, porque sus métodos y estrategias evolucionan para incorporar los resultados de la investigación empírica existentes en cada momento. Por lo que se ve mejorada por los nuevos progresos tecnológicos (Haynes, Godoy et al., 2011). A continuación se presentan de manera más detallada, las principales características de la EC.

1.2.1 Estrategias de evaluación conductual

Para la identificación de problemas de conducta y sus parámetros en el ámbito aplicado, la EC se apoya del uso de estrategias e instrumentos de evaluación validados, múltiples informantes, una visión escéptica de los juicios clínicos, medición de series temporales, la importancia de la obtención de información cuantitativa, y la integración de información cuantitativa y cualitativa. Su uso tiene el objetivo de reducir las fuentes de error durante la evaluación, a continuación de describen cada una de ellas (Haynes & O'Brien, 2000; Díaz et al., 2012).

Contrastación de hipótesis

La EC se sirve de la contrastación empírica, que parte de la utilización de métodos científicos de evaluación al momento de determinar qué valorar y cómo hacerlo, así como su ajuste al método hipotético-deductivo (Díaz et al., 2012). Al inicio del proceso de evaluación previa a la intervención, el terapeuta formula hipótesis sobre las conductas problema del usuario. Las cuales funcionan como juicios clínicos preliminares y las posibles variables causales. A medida que se recopila la información, se forman nuevas hipótesis y las anteriores se mejoran o se descartan (Godoy, Gavino, & Anarte, 2008; McKenzie, 2004). Debido a esto es que se contempla la realización de evaluaciones a través del tiempo como parte de las estrategias de EC.

Series temporales

En relación con lo anterior, la evaluación de series temporales surge del supuesto de que la conducta es dinámica y por ello requiere múltiples mediciones a lo largo del tiempo. Se debe medir con exactitud para entender y explicar los problemas de una persona, para que de esta manera se pueda planificar una intervención efectiva, se miden las dimensiones de los problemas, las variables, las relaciones causales que los influyen y los cambios que se dan en dichas variables a través el tiempo (Borckardt, Nash, Murphy, Shaw, & O'Neil, 2008; Kaholokula, Bello, Nacapoy, & Haynes, 2009). Este proceso da seguimiento a la intervención, lo que permite su sistematización y una monitorización continua (Díaz et al., 2012).

Carácter idiográfico y nomotético de las estrategias de evaluación

Una cualidad adicional de las estrategias de evaluación es que se clasifican como idiográficas y nomotéticas. Éstas últimas se caracterizan por identificar covariación entre variables utilizando datos de un conjunto de personas, por lo que desarrollan modelos de problemas conductuales generalizables. Los instrumentos utilizados por este tipo de evaluación parten de comparaciones del usuario con otras personas, lo que genera datos como desviaciones respecto a la media, puntuaciones de escalas, clasificaciones y grado de ajuste dentro de categorías diagnósticas (Hersen, 2006). Este tipo de estrategia se selecciona para su uso con un usuario en particular a partir de investigaciones anteriores con personas con conductas similares (Haynes & O'Brien, 2000).

Por otro lado, las estrategias de evaluación idiográfica son congruentes con el paradigma de EC porque es compatible con los modelos complejos de trastornos de la conducta y de causalidad, hace énfasis en el estudio intensivo del individuo, y en un enfoque constructivo para la evaluación y el tratamiento. De este modo se evita la clasificación errónea que puede llegar a darse a través del uso de categorías diagnósticas (Cuevas & Perona, 2012).

Como las estrategias de investigación idiográfica enfatizan la medición y el análisis de variables para una sola persona, los estimados de covariación se utilizan

para desarrollar modelos que son válidos únicamente para esa persona (Kaholokula et al., 2009). Existen cuatro características importantes de las medidas e instrumentos de este tipo de evaluación (Haynes & O'Brien, 2000):

- A partir de las características del usuario se diseñan las estrategias y los elementos del instrumento, tales como, muestras de tiempo de observación, elementos en un cuestionario y escenarios en la evaluación de juegos de roles.
- Las medidas obtenidas se seleccionan individualmente para cada usuario.
- Los juicios clínicos resultado de la información recabada se basan en criterios determinados individualmente, en lugar de criterios formados a partir de datos de otras personas.
- Existen restricciones en la forma en que los datos de dos o más personas, resultado de la aplicación de instrumentos de evaluación idiográfica se pueden unir.

Estas estrategias de evaluación están fuertemente influenciadas por los objetivos y características del usuario y del momento de la evaluación. Por ejemplo, las variables evaluadas en un caso de ansiedad o problemas de ánimo podrían diferir entre usuarios, dependiendo de los problemas específicos o las variables causales hipotéticas para cada uno (Haynes, Mumma, & Pinson, 2009).

El enfoque idiográfico hace énfasis en que los trastornos de conducta son generalmente expresados en una variedad de modos. Éstos podrían incluir conductas encubiertas, cogniciones, cambios en estados psicológicos y patrones de expresiones verbales, lo que implica distintas estrategias de evaluación para cada uno de estos modelos. Una inferencia basada en un modo puede no necesariamente generalizarse a otros (Groth-Marnat, 2009) y una determinada medida puede ser válida para algunas personas, en algunos ambientes, en algunas circunstancias, cuando se utilizan determinados índices de validez y para algunos propósitos de evaluación, pero no para todos (Haynes, Godoy et al., 2011). También las medidas pueden incluir muchos modos de respuesta y métodos de evaluación

entre los que se incluyen entrevistas, observación del comportamiento, instrumentos psicofisiológicos y de autoinforme (Haynes et al., 2009).

Dadas las ventajas relativas de las estrategias idiográficas y nomotéticas, la mejor estrategia de evaluación incluirá a veces una combinación de ambas, por ejemplo, las listas de verificación de problemas de comportamiento y las entrevistas estructuradas a menudo pueden ayudar a identificar variables de especial relevancia que pueden ser el objetivo de una posterior evaluación idiográfica (Beltz, Wright, Sprague, & Molenaar, 2016).

En la evaluación del resultado del tratamiento, a veces se pueden usar instrumentos para monitorear las relaciones funcionales y los efectos del tratamiento en las variables identificadas con instrumentos nomotéticos (Haynes & O'Brien, 2000). También, los instrumentos de evaluación nomotética pueden ser utilizados idiográficamente, por ejemplo, al medir los efectos del tratamiento, mediante un instrumento de evaluación nomotética, se basarán en las respuestas a ítems específicos, en lugar de en comparaciones de las puntuaciones del usuario con la norma (Haynes & O'Brien, 2000; Haynes et al., 2009).

Finalmente, los instrumentos de evaluación idiográfica se pueden usar para recopilar datos sobre todos los elementos del análisis funcional y para medir el proceso de tratamiento y el resultado. También son útiles para identificar variables causales, variables moderadoras, variables mediadoras, cadenas causales y para estimar el tipo y la fuerza de las relaciones entre estas variables, y los problemas conductuales de los usuarios (Leibovich & Schmidt, 2008; Kanter et al., 2009).

1.2.2. Naturaleza de los problemas de conducta

Parte de lo que caracteriza a un modelo de evaluación psicológica son los supuestos sobre la naturaleza de los problemas conductuales, debido a que es a partir de éstos que se desarrollan las estrategias y métodos de evaluación. A continuación, se enlistan las principales asunciones de las que parte la EC (Haynes, Godoy et al., 2011):

- Los usuarios pueden tener múltiples problemas de conducta que pueden estar funcionalmente interrelacionados.
- Los problemas de conducta tienen múltiples modos, facetas y dimensiones, que pueden no ser muy importantes.
- Los problemas de conducta son dinámicos y condicionales; pueden variar según las situaciones y el tiempo.
- Los usuarios diagnosticados con el mismo trastorno pueden tener varios problemas de conducta.
- Las estrategias de evaluación, la formulación de caso conductual, y las decisiones de tratamiento pueden ser, en ocasiones, facilitadas cuando los problemas de conducta están correctamente especificados.
- Las estrategias de evaluación, la formulación de caso conductual, y las decisiones de tratamiento pueden ser, en ocasiones, facilitados por un enfoque en los objetivos para el usuario.
- Existen diferencias individuales entre usuarios en la importancia de las dimensiones de los problemas de conducta.
- Las estrategias de evaluación deben ser apropiadas para las dimensiones más importantes de los problemas conductuales de los usuarios.
- Las estrategias de evaluación deben ser apropiadas para la naturaleza condicional y dinámica de los problemas de conducta.

Estos supuestos no solo influyen en el desarrollo de las estrategias de evaluación, también tienen implicaciones en la manera en que éstas son seleccionadas, en la formulación de caso y en la selección de estrategias de tratamiento. Además, estos supuestos enfatizan la naturaleza multivariada e idiográfica de los problemas de los usuarios, y la importancia de las relaciones funcionales entre los problemas conductuales y eventos ambientales (Kanter et al., 2009).

1.2.3. Conceptos de causalidad

Los paradigmas de evaluación difieren en los supuestos sobre los tipos de variables y relaciones causales relevantes para los problemas conductuales y los mecanismos subyacentes de éstas (Haynes, Smith et al. 2011).

Las suposiciones acerca de las causas de los problemas de conducta son los elementos de un paradigma de evaluación psicológica que guían los métodos de evaluación, las variables que son objetivo de la evaluación y las relaciones funcionales, que son de interés primordial (Haynes & O'Brien, 2000). A partir del paradigma de EC se busca dar explicaciones de la conducta, como la identificación y especificación de los factores que desencadenan o mantienen los problemas de una persona, los factores que influyen sobre el logro de las metas de tratamiento, la acción de variables moderadoras, las variables mediadoras y los mecanismos causales que explican las relaciones entre los acontecimientos causales pasados y el problema actual de una persona y los factores contextuales asociados a sus problemas y a sus causas (Haynes, Godoy et al, 2011).

La identificación de los elementos mencionados se logra mediante un proceso denominado análisis funcional, que consiste en llevar a cabo una revisión de las conductas del usuario, en el que se reconocen las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio, basándose en los eventos antecedentes y consecuencias (Miltenberg, 2012). A su vez, es parte del proceso de EC, considerado como fundamental para enlazar la evaluación con la intervención (Bravo & Mora-Miranda, 2014) dado que en este proceso se da la identificación de las metas de tratamiento y las variables causales de los problemas (Haynes & O'Brien, 2000). En la tabla 1 se muestran los principales conceptos de causalidad del paradigma de EC.

Los modelos causales de los trastornos de conducta son juicios que involucran hipótesis sobre qué eventos pueden fungir como desencadenantes para un problema de conducta particular, su naturaleza, fuerza y límites. Los supuestos sobre las condiciones necesarias para deducir la causalidad sobre los orígenes particulares de los problemas conductuales de un usuario, influyen en la selección

de las mejores estrategias de evaluación, en el contenido de la formulación de caso conductual y la intervención (Haynes & O'Brien, 2000, Haynes, Godoy et al., 2011).

Tabla 1

Conceptos de causalidad y relaciones causales en el paradigma de evaluación conductual

Concepto	Descripción
Causalidad múltiple	La conducta es afectada por múltiples variables causales
Diferencias individuales en causalidad	Las variables y relaciones causales pueden diferir entre personas con los mismos problemas de conducta
Múltiples dimensiones	Las variables causales tienen múltiples dimensiones (por ejemplo: razón, magnitud) que pueden diferir en efectos causales
Naturaleza condicional de causalidad	Puede hacer una variación significativa en las relaciones causales para un problema de conducta entre situaciones
Causalidad aditiva e interactiva	Los problemas de conducta pueden ser una función de los efectos aditivos e interactivos de variables causales
Especificidad del modo de respuesta	Los efectos de una variable causal pueden diferir entre los modos y dimensiones de un problema de conducta
Naturaleza dinámica de las relaciones causales	Las relaciones causales cambian a través del tiempo
Relaciones causales no lineales	Las relaciones entre variables causales y problemas de conducta pueden ser no lineales
Causalidad recíproca	Las interacciones entre modos de respuesta y entre respuestas y el ambiente pueden influir en los problemas de conducta
Nivel de especificidad de las variables causales	Las variables causales altamente específicas y de nivel molecular son más útiles que variables causales menos específicas
Cadenas de variables causales	Las variables causales para un problema de conducta pueden formar cadenas

Nota: Adaptado de "Principles and practice of behavioral assessment" por S. N. Haynes & W. H. O'Brien 2000, New York: Kluwer Academic/Plenum.

El paradigma de EC incluye muchas clases de variables causales, relaciones funcionales entre conducta y contingencias de las respuestas, los efectos del emparejamiento y entre eventos ambientales, tales como el rol de los estímulos discriminativos y factores contextuales. También se consideran factores cognitivos,

psicofisiológicos y neurofisiológicos, variables genéticas y del desarrollo (Haynes, O'Brien et al. 2011). Además, estas variables involucran múltiples elementos, tales como la contigüidad temporal y el potencial intrínseco o adquirido de un reforzador para una persona. Las personas difieren en el grado en el que una variable particular es reforzante o aversiva (Haynes & O'Brien, 2000).

1.2.4. Fundamentos psicométricos

Otro componente del paradigma de EC y de la evaluación psicológica en general es la medición, también considerado como central puesto que le proporciona un carácter científico, la cual se entiende como el proceso de asignación de un valor a un atributo o dimensión de una persona o variable (Hersen, 2006). Se dice que le da un carácter científico a este paradigma porque los avances de cualquier campo científico dependen de la tecnología de medición disponible en una determinada disciplina, esto es, el grado en que los fenómenos centrales pueden medirse con exactitud (Haynes, Godoy et al., 2011).

El proceso aplicado a la evaluación psicológica es denominado psicometría. Existen dos vertientes en ésta, la primera denominada teórica, que es congruente con modelos matemáticos y principios que pueden ser usados para valorar datos e instrumentos. La segunda vertiente es la aplicada, que es congruente con la aplicación de la teoría y los principios psicométricos para la valoración de datos e instrumentos de evaluación (Haynes & O'Brien, 2000).

La psicometría es relevante para la EC porque las medidas obtenidas mediante sus instrumentos pueden variar en su validez, precisión, estabilidad, generalización, consistencia y sentido (Haynes, Smith et al. 2011). Si no se cuenta con mediciones precisas y válidas no se podría identificar adecuadamente las conductas problema y los respectivos objetivos, además de que no se comprenderían los factores que influyen en éstas, y tampoco se podría evaluar de qué manera se dará el cambio de comportamiento mediante una intervención (Haynes, Godoy et al. 2011; Haynes & O'Brien, 2000).

La validez y la confiabilidad son estándares mediante los cuales se evalúa la calidad de la evaluación, y es a través de las propiedades psicométricas que se estima la confiabilidad que se puede tener al momento de generar inferencias con los resultados (Hersen, 2006).

1.3. Métodos de la Evaluación Conductual

A partir de la EC se han desarrollado variadas y numerosas técnicas. En la tabla 2 se presenta una breve descripción de cada una de las categorías en que se clasifican. Cada uno de estos métodos varía en el grado en que se enfatizan las mediciones directas e indirectas del comportamiento de una persona, así como el grado en que se basa una inferencia. Todas estas técnicas fortalecen el desarrollo de un análisis funcional de la conducta (Groth-Marnat, 2009).

Tabla 2
Métodos de evaluación conductual

Método	Descripción
Entrevistas conductuales	Tiene como objetivo la identificación de las conductas problema y definir las en términos conductuales y sus parámetros (frecuencia, duración e intensidad). También se identifican los antecedentes y las consecuencias de éstas.
Observación conductual	Su objetivo es obtener información más detallada acerca de las conductas problema identificadas. Puede ser fundamental en los casos en que no se pueden aplicar otros métodos.
Evaluación cognitiva conductual	Busca identificar y evaluar variables encubiertas implicadas en los problemas de conducta, mediante auto-verbalizaciones, auto-registros e inventarios
Evaluación psicofisiológica	El funcionamiento fisiológico tiene implicaciones en la manera en que aspectos conductuales, afectivos y cognitivos interactúan, especialmente en trastornos como el trastorno de estrés post-traumático
Aplicabilidad diferencial de los métodos de evaluación conductual	Los instrumentos y métodos se pueden aplicar diferencialmente en función del problema, objetivo, población y contexto

Nota: Adaptado de "El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual", por M. Díaz, A. Ruiz, & A. Villalobos, 2012, *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*, pp. 99-145. Bilbao: Desclée de Brouwer.

1.4. El análisis funcional como un paradigma para la formulación de caso

El análisis funcional, es un modelo de formulación de casos que parte directamente de los principios de la EC. Haynes, Godoy y Gavino (2011) identifican en el análisis funcional los siguientes elementos del paradigma.

1. Examen del contexto de los problemas de comportamiento y de las metas del tratamiento.
2. La utilización de métodos múltiples de evaluación y de fuentes múltiples de información.
3. El uso de variables específicas y poco abstractas e inferenciales.
4. El uso de estrategias de medida de muestreo temporal.
5. Un acercamiento idiográfico a la evaluación psicológica.
6. La atención a posibles mecanismos de actuación y explicaciones alternativas a distintas de las relaciones causales propuestas.

Además, Haynes et al. (2011) identifican que otros modelos de formulación de caso son similares al análisis funcional dado que, de igual modo, son modelos hipotéticos y dinámicos que utiliza el terapeuta para: identificar las relaciones funcionales entre problemas de conducta, variables que afectan y son afectadas por éstos y establecer objetivos, y determinar la fuerza y forma de las relaciones causales y no causales relevantes para abordar los problemas de conducta del usuario

Del mismo modo en que la EC funge como un marco para desarrollar modelos de formulación de caso como el análisis funcional, otros modelos parten de estos mismos principios para fortalecer sus estrategias y guiar el proceso de evaluación. En el siguiente capítulo se hará una revisión de los principales elementos de los modelos de formulación de casos clínicos que parten del paradigma de EC.

CAPÍTULO 2

FORMULACIÓN DE CASOS

La formulación de caso es la herramienta usada por los terapeutas para relacionar teoría y práctica. Utilizan conocimientos tanto teóricos como prácticos para guiar su razonamiento sobre los problemas y dificultades presentadas por las personas que solicitan ayuda (Butler, 1998; González, 2009). A diferencia de los diagnósticos, la formulación de casos es idiográfica, dado que a través de la combinación del conocimiento teórico y práctico, ayudan a decidir el mejor tratamiento para cada persona en particular (Butler, 1998; Nezu et al., 2006; Persons, 2008).

Existen varias definiciones de la formulación de caso, derivadas de las distintas orientaciones teóricas que existen dentro de la psicología. Sturmey (2009) para no aludir a alguna de éstas al momento de definirla, describe la formulación de caso como un proceso en el que se unifica la información concerniente al desarrollo y mantenimiento de los problemas actuales del usuario, resuelve información conflictiva, guía el tratamiento y mejora la relación entre el usuario y el terapeuta.

Eells (2007) por su parte, define la formulación de casos como una hipótesis sobre las causas, precipitantes y mantenimiento de problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona. Esta hipótesis ayuda a organizar información sobre una persona, particularmente cuando contiene contradicciones o inconsistencias sobre la conducta, la emoción y el contenido de pensamientos.

Sturmey (2009) hace la clasificación de los diversos enfoques de formulación de caso a través de las diferentes orientaciones teóricas, en las que considera la conductual, la cognitiva, la psicodinámica y la psiquiátrica. Hallam (2013) y Eells (2007) clasifican los modelos de formulación de caso de acuerdo con el tipo de terapia, entre las que considera la Terapia Integrativa, la TCC, Terapias Funcionalistas y la Formulación de Caso Psicodinámica.

2.1 Antecedentes

Eells (2007) señala que la formulación de caso tiene como antecedente el examen médico, porque toma de éste su estructura lógica, especialmente por el énfasis que

se hace en la observación, el supuesto de que los síntomas reflejan el proceso subyacente de la enfermedad, en la experimentación como medio de descubrimiento y el uso de la tecnología para apoyar un diagnóstico.

Este mismo autor también menciona que la formulación de casos está influenciada por los modelos de psicopatología y su clasificación, puesto que las suposiciones de los terapeutas sobre la manera en la que se constituía una psicopatología y cómo se desarrollaban estados psicopatológicos, fueron un marco para formular casos.

Además de la influencia de la psicopatología y su clasificación, los modelos psicológicos de terapia también influenciaron el desarrollo de la formulación, los que hicieron mayores aportaciones fueron: el psicoanalítico, el humanista, el conductual, y el cognitivo (Eells, 2007). La principal contribución del psicoanálisis es que Freud y sus sucesores desarrollaron modelos de personalidad y psicopatología que formaron significativamente nuestro entendimiento de la conducta y experiencia humana, tanto normal y anormal. Las contribuciones de la psicología humanista a la formulación de caso es el énfasis sobre el usuario como una persona en lugar de un desorden que es tratado, se centra en los aspectos del aquí y el ahora de un encuentro humano, más que una formulación intelectual, y su visión del terapeuta y usuario como iguales en su relación. Para este mismo autor, en la terapia cognitiva, las formulaciones se concentraban en patrones cognitivos, esquemas y errores de procesamiento de información, cada uno específico para el tipo de trastorno.

Desde el enfoque conductual, un antecedente relacionado directamente con el desarrollo de los modelos de formulación de caso en la TCC, es la publicación de *Science and human behavior* (Skinner, 1953), en el que se plantea que la conducta puede ser explicable, predecible y controlable a partir de las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuencias ambientales, lo que supuso la formulación de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales se asentaron las directrices de intervención. Este desarrollo teórico señala lineamientos claros para la aplicación de los principios del aprendizaje en la modificación y mejora del comportamiento humano (Labrador, 2008).

Otra de las grandes aportaciones de Skinner fue el establecimiento de principios básicos del condicionamiento operante, tales como refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación, así como las variables que contribuyen a la conducta operante. A su vez, estas aportaciones conceptuales permitieron el desarrollo de una metodología de estudio de la conducta, el análisis experimental de la conducta, el cual se centra en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales, lo que permite atender las relaciones funcionales que pueden modificarlo (Ruiz et al., 2012).

Hasta este punto, las aportaciones de Skinner sobre la manipulación sistemática de las consecuencias permitieron desarrollar tratamientos eficaces para problemas clínicos, además, el análisis experimental de la conducta permitió el abordaje de un amplio grupo de problemas de conducta (Ruiz et al., 2012).

Posteriormente, los planteamientos que Kanfer y Saslow (1965) estaban basados en los principios conductuales que se habían desarrollado hasta el momento. Ambos autores pueden ser considerados como los precursores de la formulación de caso además de haber representado un cambio de paradigma, dado que descartaron el diagnóstico psiquiátrico, por representar una limitante en términos de precisión, consistencia, confiabilidad y validez, debido a que existía un amplio rango de variabilidad en las circunstancias y condiciones de un individuo y la etiología desconocida en gran medida en la mayoría de los desórdenes psiquiátricos. Por lo que propusieron un modelo alternativo de comprensión clínica de los problemas, basados en la teoría del aprendizaje en forma de un enfoque de análisis conductual y también señalaron la importancia de la experiencia subjetiva (Tarrier, 2006).

Eells (2001) señala que en décadas recientes se ha dado un incremento del interés y la investigación en la formulación de casos en psicoterapia, tendencia que puede ser debida a tres factores. Identifica como el primero de ellos al énfasis continuo en tratamientos cada vez más breves, porque a medida que los tratamientos son más cortos, requieren de una rápida formulación. El segundo de estos factores es el distanciamiento de una nosología etiológica a una

principalmente descriptiva, lo que deriva en la aparición de una brecha explicativa entre el diagnóstico y el tratamiento. El último factor es el reconocimiento de que un requisito previo para estudiar empíricamente los casos individuales es que dichos casos se formulen de manera confiable y válida.

2.2. Modelos de formulación de casos

Existen múltiples modelos de formulación, que se caracterizan por la forma en la que se sistematiza el uso de conceptos y principios de una teoría en particular (González, 2009). Eells (2011) considera que los principales marcos teóricos de los que parten los modelos de formulación son la teoría psicodinámica, las teorías cognitivas, la teoría humanista y la teoría conductual.

Los modelos de formulación desarrollados a partir de estos marcos difieren especialmente en: la naturaleza de la conducta que la terapia puede cambiar, qué variables independientes son importantes para la formulación, el rol de la historia en la formulación, cómo se usa la formulación del caso con el usuario, el rol del diagnóstico psiquiátrico (si lo hay), y qué tan prescriptivas son las definiciones de formulación de casos (Sturmey, 2011). La existencia de una diversidad de modelos de formulación de casos ha traído así mismo diferencias metodológicas (Quant, 2012; Hallam, 2013), lo que supone que haya diferencias en el énfasis que le dan a cada uno de los elementos del modelo que proponen. Sin embargo, se han identificado elementos generales en los distintos modelos de formulación, los cuales son (González, 2009):

1. Identificar los problemas de conducta del usuario
2. Se desarrollan hipótesis respecto a las características personales disfuncionales de los usuarios
3. El desarrollo de un modelo de intervención, en el que se describe el proceso mediante el cual son atendidas las características personales disfuncionales que originan y mantienen los problemas de conducta de los usuarios

Eells y Lombart (2011) partiendo de estos elementos propone un esquema general de los modelos de formulación basados en evidencia, que se puede apreciar en la figura 1. De acuerdo con éste, parte del proceso de formulación es el desarrollo de hipótesis explicativas. Que en el caso de los modelos que parten de la teoría conductual, se realizan a través de la identificación de relaciones funcionales entre las conductas problema u objetivos y sus variables causales, lo cual es retomado como uno de sus principales elementos, éstos son: análisis funcional como modelo de formulación de casos de Haynes et al. (2011), el enfoque de formulación de casos para la TCC de Persons (2008), la formulación de casos para terapia conductual Dialéctica de Linehan (1993) y la formulación de casos clínicos desde el enfoque de solución de problemas de Nezu et al. (2006).

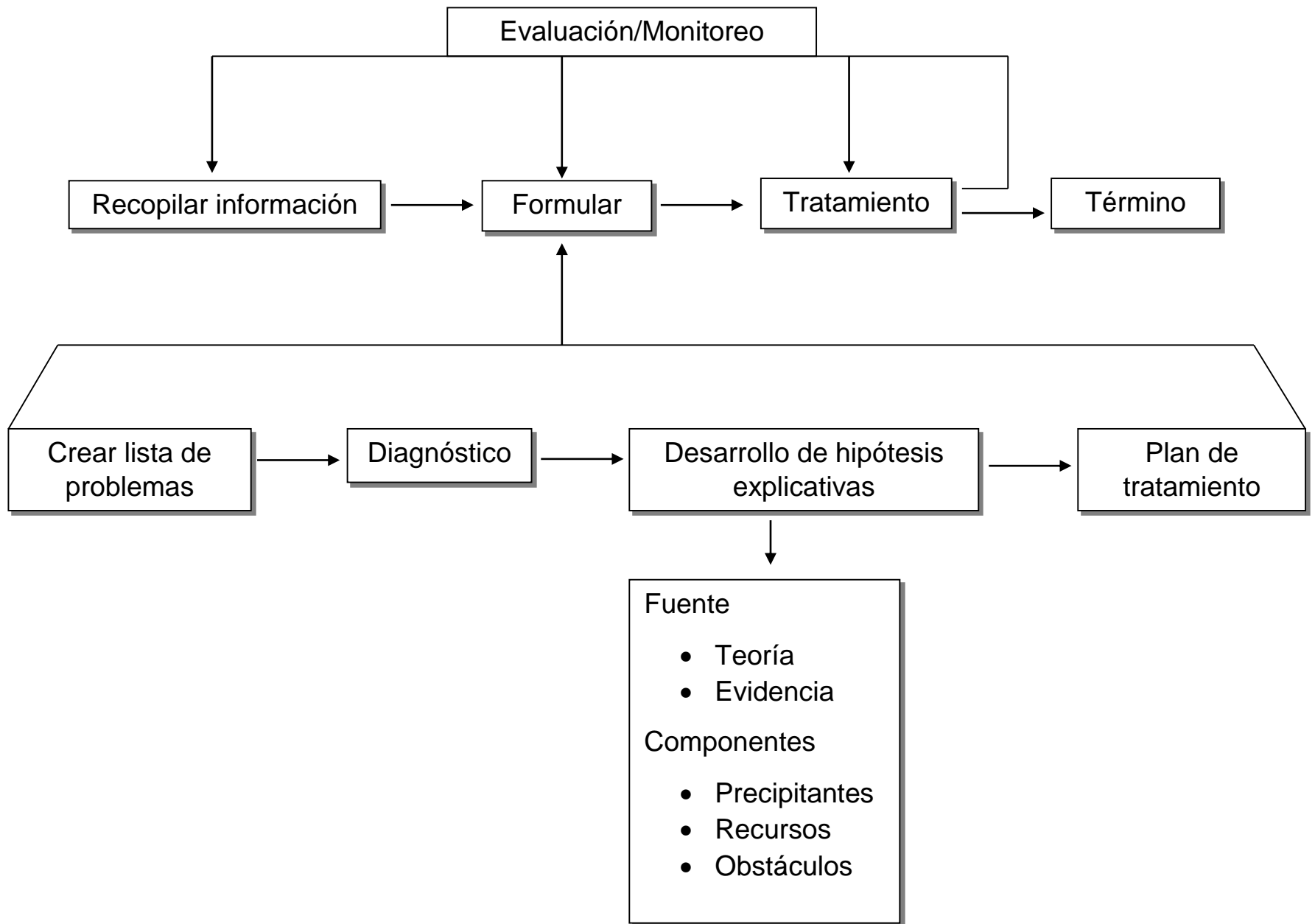


Figura 1. Esquema general del proceso de formulación de casos. Adaptado de “Theoretical and evidence-based approaches to case formulation” por T. D. Eells y K. G. Lombart. (2011). *Forensic case formulation*. West Sussex: Wiley-Blackwell

Además de la identificación de relaciones funcionales como uno de los elementos en común, Haynes et al. (2011) identifican que también hacen énfasis en los siguientes elementos:

- La realización de evaluación pre-intervención es crítica para llevar a cabo la formulación. Asimismo, asumen que la validez y la calidad de las formulaciones depende de la calidad de los datos de las evaluaciones.
- Las formulaciones de caso son necesarias para desarrollar la mejor estrategia de intervención para un usuario.
- Hay importantes diferencias individuales en los atributos de las conductas problema de los usuarios.
- Existen múltiples causas interactivas de problemas de comportamiento y diferencias individuales en la organización e influencia de tales variables causales.
- Los problemas de conducta pueden ser multimodales, involucrando emociones, pensamientos, fisiología y acciones.
- Las actitudes e ideas del terapeuta sobre la evaluación pre-intervención, puede influir las estrategias de evaluación y los datos adquiridos en la evaluación clínica.
- Se considera útil proporcionar un informe escrito o una presentación visual de la formulación del caso clínico para organizar y resumir las inferencias basadas en los datos de la evaluación.

2.3. Dimensión funcional como elemento común de los modelos de Formulación de Casos en la TCC

El planteamiento de la existencia de covariación entre dos o más variables es un elemento común en los modelos de formulación anteriormente mencionados, Nezu et al., (2006) se refieren a este planteamiento como dimensión funcional. La manera en la que es representada y el énfasis que se le da a determinados elementos de la dimensión funcional varía de un modelo de formulación a otro, sin embargo, hay

consideraciones generales presentes en todos los casos y que son elementos centrales en el proceso del análisis funcional, que para fines de esta sección se abordará como metodología para determinar la covariación entre variables.

Haynes et al. (2011) definen el análisis funcional como un modelo de trabajo dinámico e hipotético sobre los problemas de comportamiento del usuario, las metas de intervención, las variables que afectan y son afectadas por estos problemas, y sobre las características y relaciones funcionales más importantes de estas variables. Cabe mencionar, que el análisis funcional como modelo de formulación de casos tiene además como objetivo guiar la evaluación y la toma de decisiones clínicas mediante el uso de estrategias como la construcción de diagramas analítico funcionales, propios de este modelo y que son una representación gráfica de las relaciones identificadas, en otros modelos la manera en la que son representadas gráficamente estas relaciones puede diferir de acuerdo a los elementos en los que hacen énfasis (Haynes & O'Brien, 2000).

Es mediante el análisis funcional que se identifican relaciones importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a conductas específicas de un individuo (Haynes & O'Brien, 2000; Kaholokula, Godoy, Haynes & Gavino, 2013). Se destacan los siguientes aspectos importantes de la definición del análisis funcional a continuación:

- Se centra fundamentalmente en la relación que tienen los problemas de un usuario en particular, en las relaciones entre dichos problemas y sus causas.
- Las relaciones pueden ser causales y no causales, pero se enfatiza en las causales porque son especialmente relevantes para el diseño de la intervención
- Se hace énfasis en las variables controlables por su relevancia para el diseño de programas de intervención.
- El análisis funcional es idiográfico. En contraste con los modelos nomotéticos, es ajustado a un usuario en particular, por la existencia de

diferencias individuales entre usuarios con el mismo problema de comportamiento.

Cabe mencionar que el análisis funcional no se restringe a una clase particular de variables o a un método de evaluación en particular. Las relaciones funcionales pueden ser identificadas a través de varios métodos y esto puede incluir muchos tipos de variables.

2.3.1. Componentes

Haynes y O'Brien (2000), describen once componentes del análisis funcional, los cuales tiene como meta final, ayudar al clínico a decidir en qué variables se debe centrar la intervención:

1. Los problemas de conducta del usuario y/o metas de intervención. El análisis funcional puede incluir múltiples problemas y objetivos y puede incluir distintos modos y dimensiones de respuesta.
2. La importancia relativa de los objetivos y problemas de conducta. La mayoría de los usuarios tienen múltiples problemas de conducta, las cuales difieren en importancia.
3. Las relaciones entre los problemas de conducta del usuario. Las relaciones causales recíprocas son particularmente importantes para las decisiones de la intervención. La intervención en una relación causal recíproca tiene mayor efecto.
4. Los efectos de los problemas de conducta de un usuario. Las conductas problema de un usuario repercuten en distintas áreas, como la social, legal o médica. De esta manera se estima la magnitud de efecto de una intervención.
5. La identificación de variables causales de tipo sociales/ambientales. Se enfatiza la identificación de estas variables porque se ha demostrado que funcionan como importantes factores desencadenantes o de mantenimiento para muchos problemas de comportamiento.

6. La modificabilidad (utilidad clínica) de las variables causales. Estas variables varían en el grado en que son clínicamente útiles, dependiendo del grado en que son susceptibles de modificación en un programa de intervención.
7. La relación entre las variables causales y los problemas de conducta. Las relaciones causales difieren en su fuerza y si la relación causal es unidireccional o bidireccional, y lineal o no lineal.
8. La relación entre variables causales. Las variables causales pueden influir en otras de manera unidireccional o bidireccional.
9. Cadenas de variables causales. Estas cadenas son elementos importantes del análisis funcional porque pueden apuntar a varios puntos de intervención posibles.
10. La operación de mecanismos causales y variables mediadoras. Las variables moderadoras explican la manera en la que una variable causal afecta un problema de conducta.
11. La operación de variables mediadoras. Estas variables influyen en la fuerza de la relación entre dos o más variables.

El que los modelos de formulación de casos en la TCC se sirvan del análisis funcional como estrategia para la generación de hipótesis explicativas, forma parte de los esfuerzos para mejorar la práctica clínica y el desarrollo de una psicología aplicada basada en la evidencia (Dobson & Dobson, 2018). Como respuesta a las complicaciones para seleccionar un tratamiento eficaz que se tienen al utilizar las categorías de las clasificaciones internacionales de trastornos debido a la limitación que presentan al no basarse en aspectos funcionales, que son cruciales para determinar el mejor tratamiento (Primero & Moriana, 2011).

CAPÍTULO 3

FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE EL ENFOQUE DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Al igual que los modelos de formulación de casos de corte conductual, el enfoque de solución de problemas, fue desarrollado partiendo de la necesidad crear un esquema clínico para la toma de decisiones, ya que son pocos los individuos que se ajustan a los criterios de inclusión y exclusión derivados de estudios controlados con resultados experimentales. Como se ha señalado, las personas presentan amplias variaciones en su experiencia de los problemas psicológicos, en las razones por las cuales surgen y se mantienen (Nezu et al., 2006), es por ello que generalmente los terapeutas ajustan sus intervenciones a las características y circunstancias específicas de cada usuario.

La propuesta de Nezu et al. (2006) pretende, además de atender esta necesidad, mejorar el traslado de información nomotética a la aplicación idiográfica para la práctica clínica atendiendo los errores de razonamiento clínico (estrategias heurísticas que afectan los juicios) que llegan a presentarse. Para ello, parten del supuesto de que existen estrategias heurísticas de procesamiento de información que pueden afectar la veracidad de los razonamientos clínicos (Nezu et al., 2006; Haynes, Smith et al., 2011). En la tabla 4 se aprecian las características de estos errores de razonamiento.

Considerando que estas concepciones tienen influencia en el comportamiento del terapeuta, este modelo de formulación de casos propone que tome el rol de solucionador de problemas, lo que es parte de uno de sus principios y una de sus características distintivas. La necesidad de hacer una revisión de este modelo nace de la relevancia del que se considere el rol del terapeuta como un factor que afecta la validez de las formulaciones de caso y que además supone una ventaja respecto a otros modelos.

Tabla 3

Errores de razonamiento clínico

Juicio de disponibilidad	Al estimar la probabilidad o clase de un evento, se basa en la facilidad con la que dicha clase o evento viene a la mente.
Juicio de representatividad	Al evaluar el grado en que dos eventos se relacionan entre sí, se basa en la percepción de la semejanza entre éstos.
Anclaje	En la toma de decisiones finales, se basan más en las impresiones iniciales que en información posterior.
Atención selectiva	Al prestar atención selectivamente hacia algunos tipos de información, se dan percepciones tendenciosas acerca del grado de covariación entre dos eventos.
Estrategias de búsqueda de confirmación	Las estrategias de evaluación e intervención seleccionadas sólo pretenden apoyar las impresiones iniciales propias.
Confianza en exceso	Confiar en exceso en las habilidades propias es una fuente de errores en el razonamiento clínico, debido a que la confianza no tiene relación con la precisión clínica.
Errores de medición	Los juicios clínicos son realizados ignorando las limitaciones de las medidas utilizadas en la evaluación.

Nota: Adaptado de “Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas” por A. Nezu, C. Nezu, & E. Lombardo, (2006). Ciudad de México: Manual Moderno.

3.1. Principios Generales

Este modelo de formulación de caso se basa en tres principios generales: la conceptualización de la psicopatología y el funcionamiento humano dentro del marco del análisis funcional; la identificación de objetivos clínicos y las intervenciones para un determinado problema deben tener sustento empírico; y el terapeuta asume el rol de solucionador de problemas (Nezu, Nezu&Cos, 2007).

3.1.1. Dimensión funcional

La formulación de caso en la TCC involucra llevar a cabo un análisis funcional, en el que el terapeuta evalúa e integra importantes relaciones funcionales entre variables (Haynes, 2005). Asimismo, es una síntesis de varios juicios sobre las conductas problema y metas de un usuario, sus efectos, relaciones causales y variables mediadoras y las relaciones funcionales entre éstas (Nezu, et al., 2007).

Una vez que se identifican estas variables, se diseñan los objetivos y metas de tratamiento, las cuales en este modelo de formulación se distinguen entre objetivos de *resultados finales* e *instrumentales*. Los primeros se refieren a las metas generales para la terapia, y reflejan los objetivos hacia los cuales se dirigen las medidas del tratamiento. Por otro lado, los resultados instrumentales hacen referencia los cambios o efectos que tienen utilidad como instrumentos para el logro de los resultados finales, y dependen de sus relaciones funcionales con otras variables pueden tener un impacto en los resultados finales o en otros resultados instrumentales dentro de una cadena causal hipotetizada (Nezu, et al., 2006).

3.1.2. Enfoque basado en evidencia

Como se ha visto en los apartados anteriores, la TCC parte de un enfoque basado en la evidencia para tratar y comprender los problemas de comportamiento. Un ejemplo de ello es que en la TCC la explicación de la etiopatogénesis de un trastorno psicológico en particular se basa más en estudios de investigación bien controlados y que además incluyan poblaciones reales de usuarios, que en la experiencia clínica y las conjeturas teóricas (Nezu, et al., 2006). Esta clase de pruebas se les conoce como ensayos de efectividad o utilidad clínica, lo que ha traído consigo una precisión eficaz en la validación de tratamientos, modelos y procesos de cambio (Estipuña, 2012).

A pesar de ello, la literatura existente sobre la etiopatogénesis de los trastornos psicológicos y su tratamiento, no es suficiente para proporcionar prescripciones idiográficas para todos los usuarios que experimentan una amplia variedad de problemas. Por lo que deben formularse varias hipótesis causales con

respecto a las relaciones entre variables, que iniciaron y mantienen los problemas de conducta (Nezu, et al., 2006). Es por ello que el uso de métodos de evaluación sólidos al momento de recabar información es esencial, puesto que la fiabilidad de la formulación tiende a disminuir a medida que se desplaza el foco de lo descriptivo a procesos e hipótesis (Estipuña, 2012).

También, el proceso de evaluación debe ser sistemático y a través de medidas estandarizadas, fiables y válidas, porque éstas son un apoyo fundamental para los juicios clínicos. Llevar a cabo las evaluaciones de este modo permite tener información clara del estado del usuario a lo largo del proceso terapéutico (Quant-Quintero & Trujillo-Lemus, 2014). Parte de la labor del terapeuta, tomando en cuenta lo mencionado, es asumir la responsabilidad de conocer y enjuiciar críticamente las herramientas utilizadas para llevar a cabo el proceso de evaluación. De igual modo se debe tener una postura crítica al momento de seleccionar tratamientos, dado que deben contar con sustento empírico (Estipuña, 2012).

3.1.3. Perspectiva de sistemas

Otra característica importante respecto a las variables, es la manera en la que éstas se relacionan, de formas mutuamente interactivas. En el primer apartado de este trabajo ya se ha señalado la implicación de la manera en que diversos factores, biológicos, psicológicos y sociales interactúan entre sí, constituyendo cadenas causales dentro de una red general para cada individuo (Nezu, et al., 2006). Asimismo, se evalúan la manera en la que las variables patogénicas interaccionan, con el fin de obtener un mejor panorama de la red o conjunto de cadenas conductuales, lo que a su vez permite la identificación de las variables prioritarias como objetivos iniciales de tratamiento (Kaholokula et al., 2013).

3.1.4. Marco de causalidad múltiple

Es un planteamiento metodológico que supone múltiples operaciones para contrarrestar los prejuicios sistemáticos. En él, se asume la existencia de una diversidad de modos en los cuales es factible que se presente el mismo conjunto de síntomas entre diferentes individuos (Kaholokula et al., 2013). Dentro de este marco

se considera que las variables que inician y mantienen un problema de conducta, pueden ser biológicas, psicológicas o sociales. Se considera además que estos factores pueden tener una relación próxima o distante con la presencia de un síntoma o trastorno. Cuestión que es considerada al momento de diseñar un plan de tratamiento para alcanzar una determinada meta, teniendo en cuenta las necesidades únicas del usuario (Nezu, et al., 2006).

3.1.5. Consideraciones multiculturales

Una de las grandes ventajas de la TCC y de este modelo de formulación de casos es la aplicabilidad generalizada en poblaciones, problemas de comportamiento y trastornos, estrategias de evaluación y edades. Los autores consideran que es este modelo de formulación de caso es especialmente útil cuando hay poca información disponible para guiar la toma de decisiones del terapeuta, problema que es particularmente agudo respecto a las poblaciones minoritarias, con distintos antecedentes culturales (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

Para fines de este modelo de formulación de casos se considera la diversidad cultural como una variable que debe tenerse en cuenta porque, de esta manera, se puede entender mejor lo que un individuo considera como normal según los parámetros de su visión del mundo, y permite la identificación de problemas que se deban a diferencias entre la posición social, étnica o cultural y otros grupos en la sociedad, ya sea de uno dominante o de una minoría (Nezu, et al., 2006; Hays, 2008; Nezu, Martell & Nezu, 2013). La identificación de estas diferencias permite saber cuándo variar las prácticas estándar para poder adecuarlas a las necesidades de cada usuario (Dobson & Dobson, 2018).

3.1.6. El proceso de solución de problemas

Este modelo de formulación de caso y toma de decisiones parte de la terapia de solución de problemas sociales desarrollado por D'Zurilla, y Nezu (1999), que consiste en incrementar la habilidad de un individuo para afrontar experiencias estresantes mediante la puesta en marcha de opciones de afrontamiento adaptativas, lo cual se logra a través de un metaproceto sistematizado de

comprensión, valoración y adaptación a acontecimientos estresantes. Para fines de este modelo de formulación son retomados elementos del proceso, centrándose en dos, la orientación y la resolución racional del problema.

3.1.6.1. Orientación del problema

La orientación del problema es un conjunto de respuestas orientadoras involucradas al momento de intentar comprender y reaccionar a los problemas en general (Nezu, Nezu & D’Zurilla, 2013). En esencia, esto representa la visión del mundo de una persona respecto de los problemas (Nezu et al., 2006). Nezu, et al. (2006) describen de la siguiente manera cómo se aplica al modelo de formulación de casos que proponen:

Según la orientación terapéutica propia, la visión general del mundo que se adoptaría sería una que se ajuste a esa perspectiva terapéutica particular, en este caso un marco cognitivo-conductual. (...) se ha establecido que la terapia cognitivo-conductual se encuadra “dentro de un marco clínico experimental e incorpora una amplia definición de conducta que abarca acciones abiertas, fenómenos cognitivos internos y la experiencia de afecto o emociones. La complejidad de estos componentes va de eventos moleculares (es decir, de nivel inferior) (p. ej. Fumar un cigarro, hiperventilación, un comentario crítico en una interacción didáctica) a conceptos molares (es decir, nivel superior) (p. ej., habilidades sociales complejas, resolver un problema complicado de cálculo, un trastorno depresivo grave) (Nezu et al., 2006, p. 8).

Partiendo de esta visión clínica del mundo es que se plantea una resolución racional de problemas, lo que implica un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas (Nezu, et al., 2006).

3.1.6.2. Resolución racional de problemas

Se compone por un conjunto de operaciones: identificación de problemas, generación de opciones, toma de decisiones y la evaluación de los resultados (Nezu et al., 2006; Nezu & Nezu, 2019). Las cuales se detallan a continuación

- *Definición de problemas.* En esta operación se debe bosquejar los motivos por los cuales una situación determinada representa un problema, y especificar metas y objetivos que contribuyan a guiar las medidas siguientes para solucionarlos.
- *Generación de opciones.* A partir de una lluvia de ideas se genera una lista extensa de posibles soluciones para aumentar la probabilidad de identificar las estrategias más eficaces.
- *Toma de decisiones.* Se realiza un análisis sistemático para determinar la conveniencia de las diversas opciones, identificando sus consecuencias positivas y negativas potenciales, para después diseñar un plan general de solución.
- *Evaluación de los resultados.* En esta fase se supervisan y evalúan la eficacia de un plan de solución, si el resultado no es el esperado, se lleva a cabo una corrección.

Se recomienda la utilización de este conjunto de operaciones al abordar cualquier decisión clínica difícil que pueda surgir durante el tratamiento.

3.1.7. Terapia como solución de problemas

Al ver al terapeuta como solucionador de problemas, se definen los problemas que tratará como las quejas que presenta quien busca ayuda, lo que implica guiar a los usuarios a alcanzar las metas relacionadas con resolver las quejas que presentan, tales como desarrollar una nueva carrera, volverse más asertivos u obtener una promoción (Nezu & Nezu, 2019). Del mismo modo, se asume que en las situaciones actuales de los usuarios existen una variedad de impedimentos que dificultan el logro de los objetivos sin intervención terapéutica (Nezu, et al., 2007).

Dentro de este modelo, la solución clínica implica las estrategias de tratamiento que ayudan a los usuarios a alcanzar sus metas. Identificando el tratamiento más eficaz para un determinado usuario teniendo en cuenta su historia, sus circunstancias actuales, es el objetivo general de la terapia (Nezu, et al., 2007).

3.2. Pasos en la formulación de casos desde el enfoque de solución de problemas

A continuación, se describen los pasos a seguir para la aplicación de las operaciones de la terapia de solución de problemas al proceso de formulación de casos.

3.2.1. Identificación de resultados finales

Como parte del proceso de formulación de casos, el primer paso es definir el problema, investigando diversas áreas de la vida del usuario, tales como relaciones interpersonales, trabajo, finanzas, sexo, salud física entre otras. Lo cual lleva a la proposición de distintas metas de resultados finales (Nezu, et al., 2006).

Se debe tener en cuenta que los resultados finales pueden ser definidos por el paciente, en forma de quejas, las cuales serán traducidas por el terapeuta en forma de diagnósticos formales o mediante una serie de declaraciones sobre objetivos específicos, como pueden ser “mejorar las relaciones interpersonales”.

3.2.2. Identificación de resultados instrumentales potencialmente relevantes

Posteriormente se identifican las variables de resultados instrumentales que probablemente se relacionen de manera causal con las metas de resultados finales establecidas para un usuario determinado. Para ello se debe tener acceso al dominio existente completo de variables de resultados instrumentales pertinentes que pueda identificarse en la bibliografía, puesto que, como ya se mencionó, a causa de las diferencias individuales entre usuarios por una serie de factores diversos se debe revisar ampliamente la pertinencia de las variables de resultados instrumentales (Nezu, et al., 2006).

Para incrementar la probabilidad de que el terapeuta lleve a cabo una revisión completa de las variables potencialmente relevantes para los resultados instrumentales, se recomienda abordar las siguientes dimensiones: las variables relacionadas con el paciente, entre las que se encuentran las conductuales, cognitivas, biológicas y las étnicas/culturales; y las variables relacionadas con el

ambiente, como factores de resultados instrumentales relacionados con el ambiente físico o social del individuo (Nezu, et al., 2006).

Además, también se debe usar un enfoque de generación de alternativas para aumentar la probabilidad de que las variables de resultados instrumentales más importantes sean identificadas. Este enfoque de generación de alternativas, implica un proceso de dos pasos, buscar literatura basada en evidencia y aplicar el método de lluvia de ideas para la producción de opciones (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

3.2.3. Construcción de un análisis funcional

La tercera parte del proceso implica que el terapeuta realice un análisis funcional. Una relación funcional hace referencia a la covariación existente entre dos o más variables, la cual puede significar causalidad así como una relación recíproca simple sin que implique causalidad, por ejemplo, que al cambiar la variable A, cambie a su vez B y viceversa (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

El uso del modelo secuencial integrativo, en el que se engloban cuatro elementos básicos: estímulos antecedentes (E), variables del organismo (O), respuestas (R) y consecuencias (C), es un medio útil para resumir las relaciones funcionales entre variables de resultados instrumentales y de resultados finales, lo que ayuda a obtener información sobre las mejores estrategias para abordarlos (Sturmey, 2008).

3.2.4. Selección de objetivos de tratamiento

La selección de las variables de resultados instrumentales que servirán como objetivos de tratamiento se puede lograr mediante la aplicación de ciertas pautas para la toma de decisiones. El objetivo es seleccionar las variables de resultados instrumentales, cuando se identifican, pueden maximizar el éxito de los tratamientos. La toma de decisiones efectiva está basada en una evaluación de la utilidad de las alternativas, que a su vez está determinada por la probabilidad de que una alternativa logrará un objetivo particular; y el valor de esa alternativa. A continuación se describen ambos procesos (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

Estimación de la probabilidad de alcanzar una meta

La estimación de la probabilidad implica dos evaluaciones: que una alternativa alcanzará un objetivo particular y que la persona que implementará la alternativa podrá hacerlo de manera óptima. Lo que implica, respecto a la formulación de caso en la TCC, responder a las siguientes preguntas (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007): ¿logrará esta meta de resultado instrumental llevar al resultado final deseado de manera directa o por medio de lograr otra meta de resultado instrumental relacionada?, con base en la literatura empírica ¿puede esta meta de resultado instrumental ser alcanzada con éxito?, ¿Cómo terapeuta tengo la experiencia para implementar estas intervenciones que están orientadas al cambiar el problema objetivo?, ¿está realmente disponible el tratamiento para alcanzar la meta de resultados instrumentales?

Estimación del valor de una opción

El valor de las opciones es estimado por las siguientes dimensiones específicas (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007):

1. Consecuencias personales (tanto para el terapeuta como para el usuario).
 - Tiempo, esfuerzo o recursos necesarios para alcanzar resultados instrumentales.
 - Costo emocional o beneficios involucrados en el alcance de estos resultados
 - Consistencia de los resultados con los valores étnicos propios.
 - Efectos físicos o riesgos para la integridad física que implica alterar el problema del sujeto.
 - Los efectos sobre otros problemas objetivo de cambiar esta área problemática.
2. Consecuencias sociales, tales como efectos en otros, como cónyuge, miembros de la familia o una comunidad más amplia.

3. Efectos a corto plazo (consecuencias inmediatas).
4. Efectos a largo plazo (consecuencias de largo alcance).

Mediante el uso de estos criterios se puede determinar qué áreas deben priorizarse al inicio de la terapia, y guiar la selección de problemas específicos.

3.2.5. Desarrollo de un mapa de patogénesis

En el siguiente paso para la formulación de caso involucra el desarrollo de un mapa clínico de patogénesis (MCP), el cuál es una descripción de las variables hipotetizadas como aquellas que iniciaron y mantienen las dificultades del usuario, especificando las relaciones funcionales entre cada otras usando la nomenclatura EORC (Nezu, et al., 2007). Igualmente, en él tiene que incluirse desencadenantes recientes, históricos y del desarrollo, así como el sistema actual de patología que provoca y mantiene el comportamiento problemático (Sturmey, 2008). Éste puede verse como la creación de un diagrama causal desarrollado para un usuario en particular. En esencia, el MPC ofrece un estado concreto de las hipótesis causales iniciales, que serán contrastadas con hipótesis alternativas. Conforme se obtiene nueva información, y varias predicciones son confirmadas o descartadas, el MCP puede modificarse (Nezu et al., 2007; Sturmey, 2008).

3.2.5.1. Elementos del MCP

Variables distantes

Incluye aquellas variables históricas o del desarrollo que tienen un valor etiológico potencial relacionando la emergencia inicial de vulnerabilidades particulares o para trastornos psicológicos o síntomas angustiosos en sí mismos. Ejemplos de estas variables incluyen, traumas severos, experiencias de aprendizaje temprano, falta de modelos sociales adecuados para el comportamiento responsable, eventos vitales negativos. Identificando estas variables pueden ayudar a predecir varias respuestas para ciertos estímulos (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

Variables antecedentes

Esta serie de elementos incluye variables relacionados con el usuario (por ejemplo, conductuales, cognitivos, afectivos, biológicos, culturales) y relacionados con el ambiente (por ejemplo, ambiente físico o social), que pueden fungir como estímulos desencadenantes o discriminativos para otros factores de resultados instrumentales. O con respecto a los propios síntomas angustiantes (Nezu et al., 2006; Nezu et al., 2007).

Variables organísmicas

Incluyen varios tipos de variables relacionadas con el usuario. Tales factores pueden ser respuestas mediadoras, (variables que ayudan a explicar por qué una determinada respuesta ocurre en presencia de ciertas variables antecedentes) o respuestas moderadoras (variables que influyen en la fuerza y/o dirección de las relaciones entre un factor antecedente y una respuesta). Ejemplos de variables mediadoras incluyen habilidades sociales deficientes, distorsiones cognitivas relacionadas a la desconfianza a otras personas. Un ejemplo de una variable organísmica moderadora es la habilidad de resolución de problemas, ya que se ha encontrado que disminuye la probabilidad de experimentar depresión en circunstancias de alto estrés (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

Variables de respuestas

Se refiere a ciertas variables de resultados instrumentales relacionados con el usuario que están estrechamente relacionadas con alguna de las metas de resultados finales, (por ejemplo, la ideación suicida está fuertemente asociada con la conducta suicida), o la serie de síntomas angustiantes que constituyen en sí mismos resultados finales (por ejemplo, depresión, dolor, abuso de sustancias, o un matrimonio angustiante) (Nezu et al., 2006; Nezu et al., 2007).

Consecuencias

Involucran un amplio rango de variables relacionadas con el usuario y con el ambiente, que ocurren en reacción a una variable de respuesta dada. Dependiendo de la naturaleza y la fuerza de la consecuencia, la relación respuesta-consecuencia

puede servir para aumentar o disminuir la probabilidad de la ocurrencia de la respuesta en el futuro (Nezu et al., 2006; Nezu et al., 2007).

Nezu et al. (2006), ilustran el empleo del MCP, que se muestra en la figura 2, con el caso de Henry, quien padece ansiedad social. A partir de las evaluaciones que se llevaron a cabo se observaron factores de desarrollo que se relacionaban de manera etiológica con su ansiedad social, como: la imposición de reglas estrictas por parte de su padre en la mayoría de las situaciones sociales, el rechazo mediante burlas de otros niños debido a que consideraban que su comportamiento “formal”; y el reforzamiento por parte de su madre al evitar situaciones sociales. Estos factores generaron una alta sensibilidad a situaciones sociales, pensamientos negativos sobre sus propias opiniones y un bajo umbral de estrés en general, además de intensa preocupación y atención hacia su propia persona por síntomas físicos que denotaran más ansiedad ante los demás. Sobre la relación funcional que mantenía el comportamiento de evitar sucesos estresantes, notaron que a pesar de que este comportamiento traía como consecuencia inmediata el decremento de la ansiedad también reforzaba de manera negativa esta conducta.

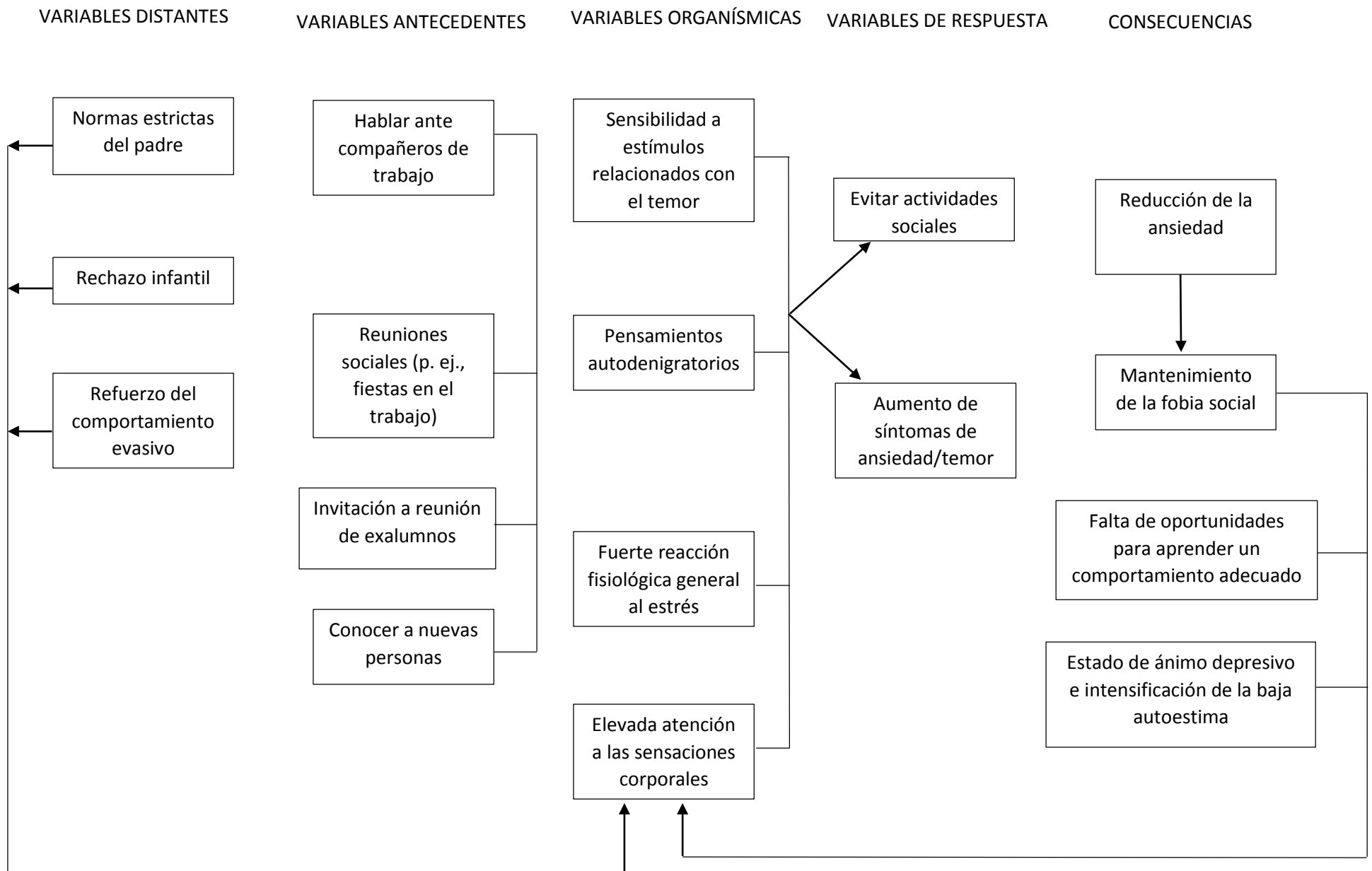


Figura 2. Mapa clínico de patogénesis de Henry, quien padece ansiedad social. Reproducido de Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*, Ciudad de México: Manual Moderno, p. 31.

3.2.6. Evaluación de la validez del mapa de patogénesis

Una vez construido el mapa clínico de patogénesis, se debe determinar su validez, que puede hacerse de dos maneras: validación social y comprobación de hipótesis. En el primer caso, requiere que se comparta el mapa clínico de patogénesis inicial con el usuario, puesto que es útil la retroalimentación respecto a la pertinencia de los objetivos seleccionados. Se recomienda presentarlo de forma gráfica para facilitar este proceso, dejando en claro que lo que se representa son hipótesis que plantea el terapeuta (Nezu, et al., 2006; Hallam, 2015).

La segunda manera de hacerlo es mediante la comprobación de hipótesis en la que está basada la formulación de caso original. El terapeuta puede evaluar los resultados al intentar confirmar o descartar las hipótesis del mapa clínico de patogénesis. Con el mapa clínico de patogénesis inicial, el terapeuta puede hacer ciertas afirmaciones predictivas respecto a las relaciones funcionales identificadas y generar hipótesis que tendrán que ser confirmadas o descartadas (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

Después de evaluar los resultados de las estrategias de tratamiento implementadas puede darse un segundo conjunto de hipótesis. Esta forma de validación implica identificar si la modificación de las variables causales debe asociarse con cambios previstos en las conductas problema y el alcance de objetivos. Si esta condición no se cumple, la validez del mapa clínico de patogénesis será cuestionable (Nezu, et al., 2006; Nezu, et al., 2007).

3.2.7. Elaboración del plan de tratamiento

Una vez que se han determinado las metas a alcanzar, se elabora un plan de tratamiento que sea eficaz y prometedor para su óptima aplicación, la cual deberá tener bajos costos temporales, financieros, considerando los valores y ética tanto del terapeuta como del usuario, recurrir a la red social del usuario y reforzarla, y en general reducir la angustia y mejorar su calidad de vida. Una vez que se revisan las estrategias de intervención que cumplen con estos criterios, se selecciona la o las opciones más favorables para alcanzar las metas (Nezu, et al., 2006).

Durante esta fase es que se elabora un mapa de alcance de metas (MAM), que es una representación gráfica respecto al estado del paciente y las metas que se contemplan. Además, es un medio útil para analizar el plan terapéutico con el usuario para obtener retroalimentación y servir como material psicoeducativo respecto del proceso general de la terapia. Éste debe incluir primeramente una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes y metas de resultados finales seleccionados previamente durante el proceso de toma de decisiones. Este mapa de alcance de metas opera como la base sobre la que se identifican las intervenciones posibles que permitan alcanzar las metas (Nezu et al. 2006).

Este esquema describe de manera visual: las metas generales del tratamiento seleccionadas, los obstáculos existentes para alcanzar dichas metas y los medios específicos para vencer los obstáculos identificados (Nezu, et al., 2006). En la figura 3 se muestra el ejemplo del MAM retomando el caso de Henry, en el cuál, a partir del análisis de las problemáticas presentadas en el MCP se estableció como metas de resultados finales la reducción del comportamiento evitativo y de los síntomas de ansiedad y temor. A pesar de la existencia de múltiples formas de alcanzar estas metas, las representadas en el mapa como variables de resultados instrumentales responden al criterio de considerar las relaciones funcionales identificadas y el conjunto particular de circunstancias únicas del usuario, y a su vez éstas determinan las estrategias potenciales de intervención.

Posteriormente, al igual que con el MCP, el MAM tiene que ser sometido a un proceso de valoración de su validez, utilizando las mismas estrategias que aplican para el MCP y que se mencionaron anteriormente. En el siguiente apartado se expone más elementos de este modelo de formulación de caso mediante la presentación de un caso clínico y el respectivo análisis de la manera en la que fueron implementadas las estrategias que propone este modelo de formulación.

ESTRATEGIAS POTENCIALES DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO (VARIABLES INSTRUMENTALES DE RESULTADO)

METAS DE RESULTADOS FINALES

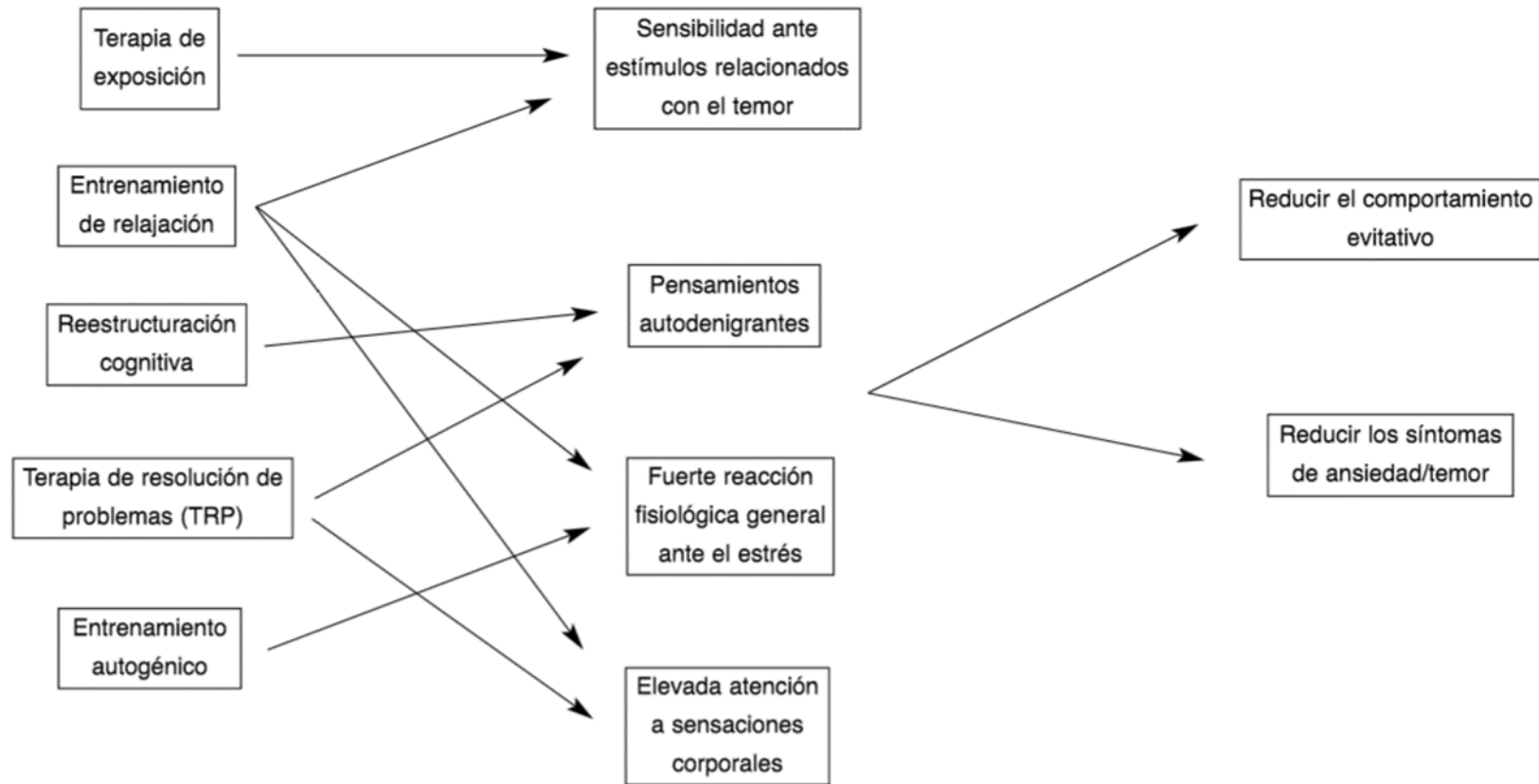


Figura 3. Mapa de alcance de metas de Henry, quien padece ansiedad social. Reproducido de Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas. Ciudad de México: Manual Moderno. p. 47

CAPÍTULO 4

EJEMPLO DE CASO CLÍNICO

En este capítulo se ejemplifica y se analiza la aplicación de este modelo de formulación, utilizando para ello la publicación de un caso clínico en la Gaceta Mexicana de Oncología. El caso clínico se titula *Modelo de resolución de problemas* y se publicó en el volumen 10 de la Gaceta Mexicana de Oncología (Núñez-Valencia, Rojas-Castillo, Lozano-Zavaleta, Mejía-Castrejón & Carrillo-Navarrete, 2011). A continuación, se explica el caso de la gaceta, para ello se encuentra sintetizado en la figura 4, considerando los fragmentos del caso correspondientes al proceso terapéutico. Con el fin de ilustrar cómo fue la aplicación del modelo de formulación de caso, a continuación se describe el proceso de aplicación del modelo de solución de problemas del caso.

Historia del problema y motivo de la consulta: Una de las características más relevantes a tomar en cuenta desde que la usuaria es remitida al servicio de psicooncología es el diagnóstico y el tratamiento de LMA, que en este caso y atendiendo el marco de causalidad múltiple que se propone en el modelo se consideraría como variable de tipo biológica importante para establecer objetivos de tratamiento iniciales y al mismo tiempo ser considerada para esbozar las relaciones funcionales que tiene con el inicio y mantenimiento de los síntomas identificados por el médico.

Evaluación: De acuerdo a este modelo de formulación de casos, está centrada en obtener información para la identificación de metas de resultados instrumentales y finales. A través de las evaluaciones llevadas a cabo se encuentran una serie de variables que posteriormente son consideradas para la identificación de objetivos de resultados instrumentales y resultados finales y a su vez para la construcción del MCP (figura 5), en el que se reconocen como principales variables antecedentes, el que haya recibido el diagnóstico de leucemia, el desempleo y la cancelación de la boda y como variables orgánicas signos y síntomas propios de la enfermedad y elevada toxicidad por el tratamiento de ésta, como variables de

respuesta se reconocieron la evitación de actividades sociales y reducción de sus actividades, síntomas ansiosos y depresivos, que traían como consecuencia la reducción de la red de apoyo, desesperanza y deseo de abandonar el tratamiento. A pesar de no haber sido realizadas múltiples evaluaciones con distintos métodos y estrategias, tal como lo sugiere el modelo, en el caso las únicas dos estrategias empleadas fueron pertinentes para recabar información suficiente para construir el MCP.

Análisis y descripción de las conductas problema: Debido a las características del caso, se utilizó una estrategia diagnóstica, la cual es de utilidad para el terapeuta para guiarse en el proceso de evaluación. Además del uso de estas estrategias, se atendió en marco multidimensional de evaluación que propone el modelo al recabarse información de las categorías: variables relacionadas con el paciente, variables relacionadas con el ambiente, dimensión temporal y dimensión funcional. Variables que de igual modo se pueden observar en el MCP construido para este caso.

Objetivo y plan terapéutico: Para el desarrollo del MAM (figura 6), fue necesaria la identificación de resultados instrumentales a través de las relaciones funcionales halladas y que son representadas de manera gráfica en el MCP. El MAM es una representación gráfica de cómo el alcance de metas de resultados instrumentales va a llevar a cumplir con las metas de resultados finales, que en este caso fueron: conservar la red de apoyo, disminuir la desesperanza, aumentar la motivación y lograr apego al tratamiento.

Desarrollo del tratamiento: En esta sección se describe que cada una de las técnicas que se empleó fue seleccionada a partir del criterio de contar con apoyo empírico, tal como lo plantea el modelo, sin embargo, otro de los criterios que debió tomarse en cuenta para la selección de los tratamientos es la aplicabilidad y la probabilidad de que a través de esas estrategias se logran alcanzar los objetivos, considerando los factores relacionados con el usuario o del contexto, en este caso, el hospitalario.

Resultados: Finalmente, en los resultados, la paciente aceptó recibir visitas de amigos y familiares en hospitalización y posteriormente en su casa. Señaló sentirse motivada para continuar el tratamiento y ante la posibilidad de trasplante. De esta manera, como parte del proceso de resolución de problemas, se debe realizar un monitoreo continuo del proceso, lo que implica, en caso de que la intervención no esté dando resultados, recabar nuevamente información y plantear nuevas hipótesis y hacer las modificaciones pertinentes al plan de tratamiento. Las estrategias de evaluación e intervención que fueron seleccionadas y aplicadas para el caso permitieron el alcance de las metas que se habían señalado como resultados finales.

Debido al formato en el que es presentado el caso, no es posible apreciar con detalle la aplicación del modelo de resolución de problemas, a causa de que hay partes del proceso que por practicidad no se exponen. Características de este tipo pueden ser el proceso de generación de opciones, en la que se aplica uno de los principios de resolución de problemas a través de la creación de una lista de posibles variables de resultados instrumentales que pueden seleccionarse como como objetivos de tratamiento para el presente caso. Otro paso importante del modelo que no es presentado, es la forma en que se seleccionaron los resultados instrumentales específicos para el caso, cómo fue la valoración de utilidad de acuerdo a las características de la usuaria y cómo se estimó la probabilidad de que se alcanzaran las metas establecidas a través de las estrategias que emplearon. Así mismo, no se puede apreciar de qué manera se determinó el valor de una opción mediante los criterios de consecuencias personales, consecuencias sociales, efectos a corto plazo y efectos a largo plazo, lo cual hubiese permitido apreciar la utilidad de la aplicación del modelo en un contexto específico como lo es el hospitalario.

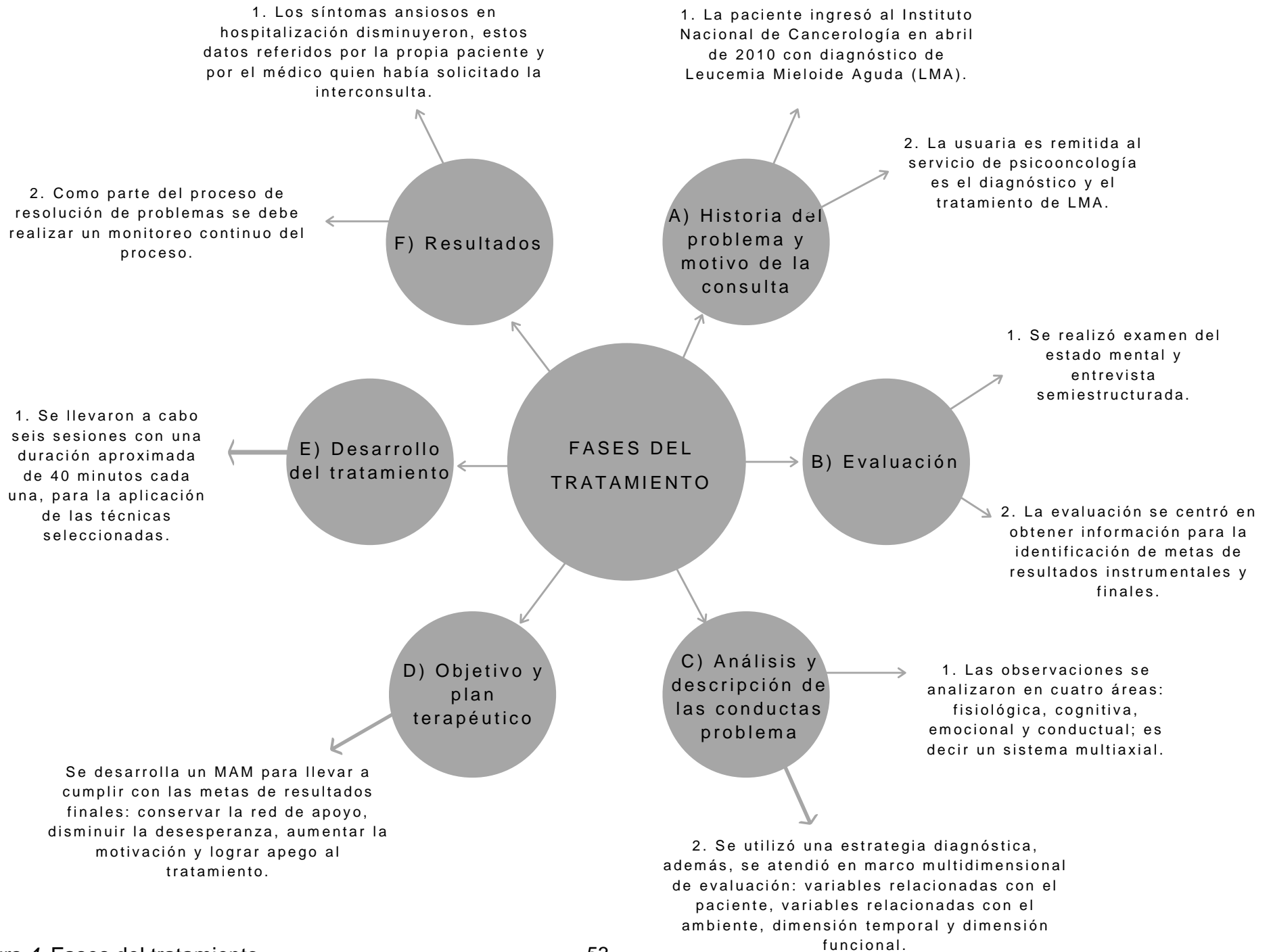


Figura 4. Fases del tratamiento

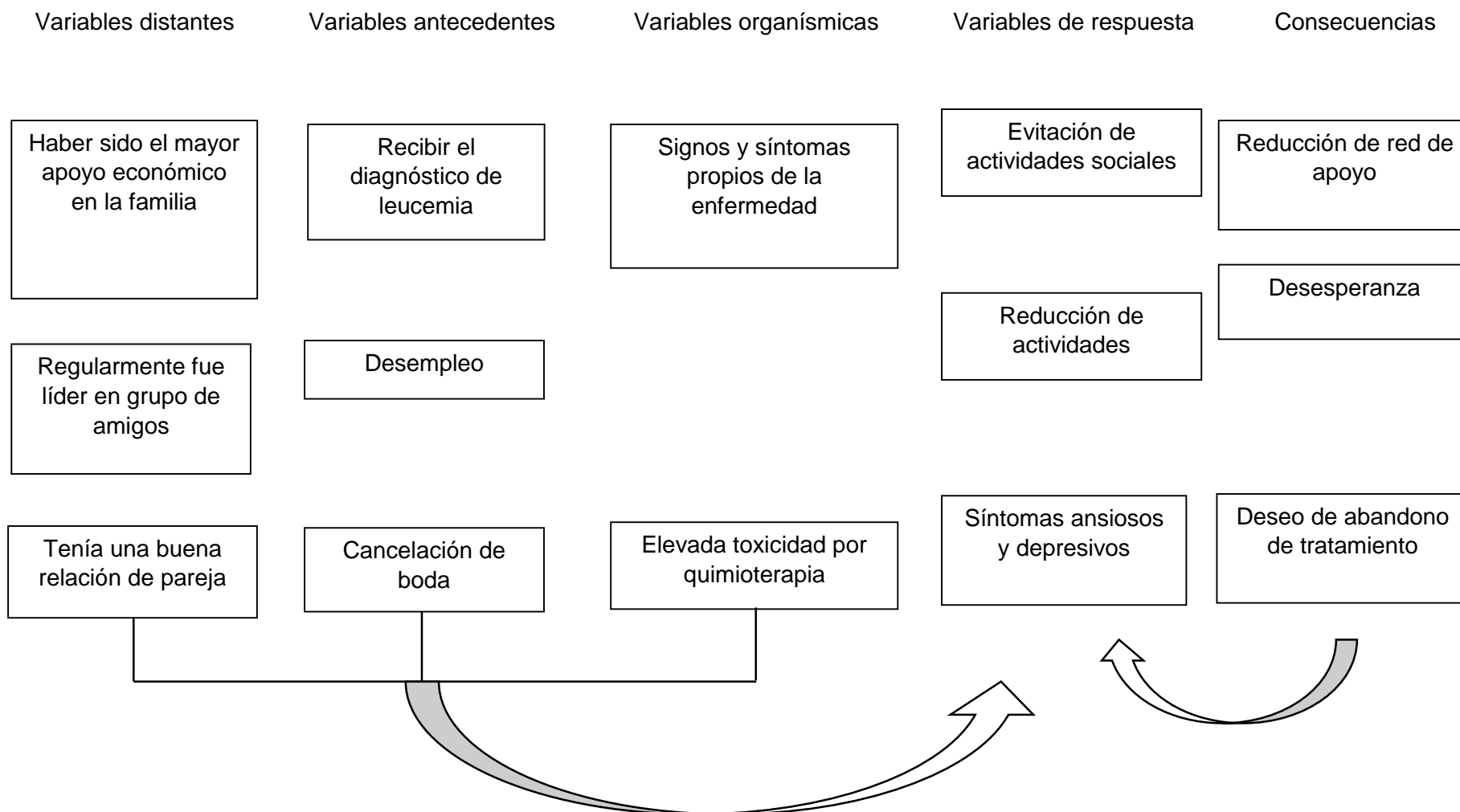


Figura 5. Mapa clínico de patogénesis. Reproducido de “Modelo de resolución de problemas” por C. Núñez-Valencia, E. Rojas-Castillo, V. Lozano-Zavaleta, J. Mejía-Castrejón & G. Carrillo-Navarrete, 2011. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), p.164.

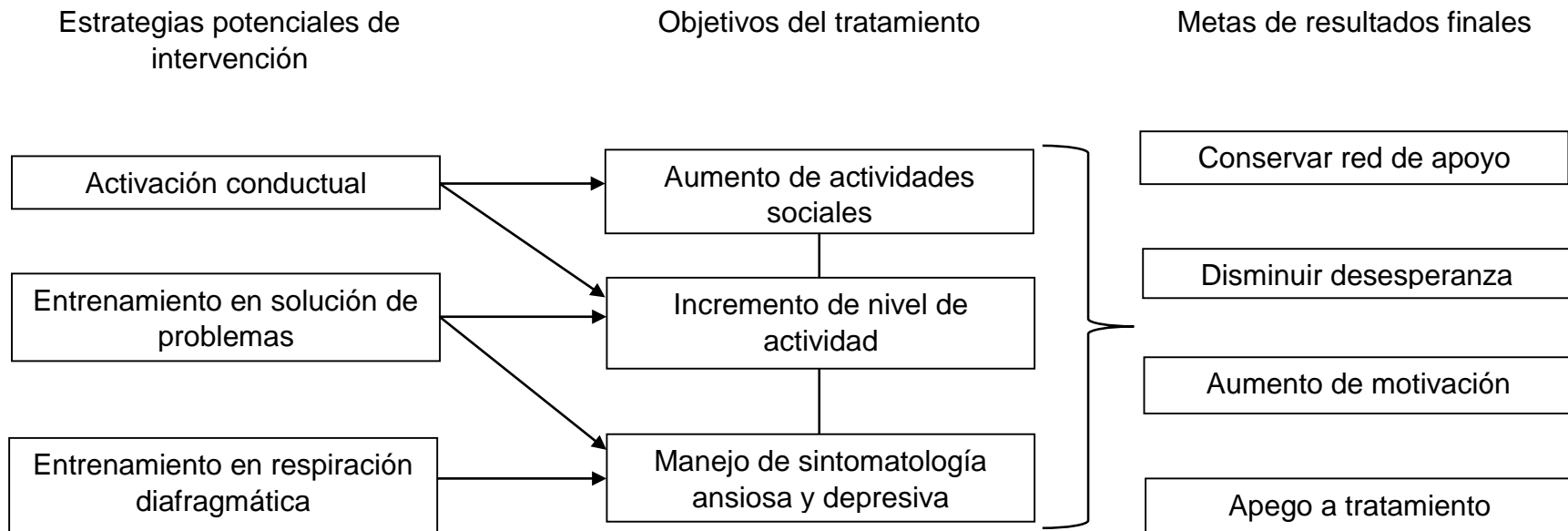


Figura 6. Mapa de alcance de metas. Reproducido de “Modelo de resolución de problemas” por C. Núñez-Valencia, E. Rojas-Castillo, V. Lozano-Zavaleta, J. Mejía-Castrejón & G. Carrillo-Navarrete, 2011. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), p.165.

Otra cuestión importante respecto a la manera en la que se presenta el caso es el hecho de que no se exponen las limitantes o condiciones presentes al momento de llevar el proceso terapéutico, lo que hubiese permitido tener un mejor panorama de la aplicación y de este tipo de estrategias en el ámbito hospitalario, y más específicamente, el área de oncología, o de la misma enfermedad, ya sea por las condiciones relacionadas al padecimiento en sí, o por los efectos secundarios del tratamiento y el pronóstico.

A pesar de esta omisión de información, existen aspectos que se pueden señalar respecto a las características del caso. Una de ellas, como ya se mencionó, el contexto en el que lleva a cabo el proceso terapéutico, en el que la intervención se lleva a cabo de manera interdisciplinaria. Específicamente en este caso la labor del psicólogo se enfoca en un nivel de prevención secundario, en el que interviene con el objetivo de brindar acompañamiento en el seguimiento del tratamiento y para prevenir el agravamiento del padecimiento (Alves, Eulálio & Brobeil, 2009). Esto se realiza por ejemplo, para atender la falta de adhesión al tratamiento, que es la problemática que se atiende en el presente caso.

Además, existen factores psicológicos asociados con el diagnóstico de cáncer, comenzando por cómo éste afecta la calidad de vida del paciente al enfrentarse a problemas psicosociales, los cuales varían dependiendo de la edad y sexo del paciente, el estadio clínico de la enfermedad, el curso y el efecto de los tratamientos sobre la enfermedad y el pronóstico médico (Becerra, 2014; Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005). Entre estas afectaciones se encuentran la creación de pensamientos y emociones negativas.

Estas características sirven como pauta para guiar las estrategias de evaluación, teniendo en cuenta que el terapeuta debe plantear objetivos clínicos basados en la bibliografía de base empírica relacionados a resultados instrumentales y resultados finales. Una de estas consideraciones puede ser que la intervención psicológica se puede dar desde la etapa pre-diagnóstica, mediante entrevistas, identificación de creencias irracionales sobre el origen y tipo de enfermedad, a través de la identificación de situaciones percibidas como

generadoras de ansiedad, identificando los estilos de afrontamiento ante problemáticas de salud, proporcionando información al paciente y a sus familiares respecto a la sospecha de probable pronóstico de cáncer (Becerra, 2014).

Otra cuestión a considerar respecto a las características del caso es la existencia de una variedad de instrumentos de los que se ha demostrado su utilidad para la evaluación en este tipo de población, por ejemplo: el Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (Limonero et al., 2012), el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (García-Conde, Avila, Retes, Guerra & Pastor, 2016), o la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Galindo, Meneses, Herrera, Caballero & Aguilar, 2015). La consideración de estos instrumentos en este tipo de casos es además una forma de atender la existencia de dificultades en la detección del malestar emocional porque es probable que los problemas psicológicos puedan pasar desapercibidos por las condiciones físicas o a la atribución de los síntomas a los efectos de los tratamientos. Y de igual manera, existe la posibilidad de que los profesionales no detecten síntomas psicológicos por confundirlos con secuelas de la enfermedad o del tratamiento (Hernández & Cruzado, 2013).

Puede que la aplicación ideal de este modelo de formulación de casos no haya podido darse debido a que posiblemente existieron condiciones limitantes del contexto en el que se atendió el caso. Una cuestión explícita a considerarse como uno de los factores del contexto que influyó en la manera en la que se llevó a cabo la formulación fue el limitado número de sesiones para llevar a cabo las evaluaciones y las intervenciones.

A pesar de esta limitación, no se comprometió el éxito del tratamiento. Esto puede deberse en parte a la eficacia de las intervenciones que se han desarrollado en el ámbito de la TCC, en la que se ha encontrado que sus tratamientos son superiores a la ausencia de tratamientos y a tratamientos alternativos (Pascual, Frías & Monterde, 2004; Vera-Villarroel, 2004).

Por último, se hubiese podido tener un mejor panorama de la formulación de caso que se llevó a cabo si en la presentación se incluía información acerca de las

hipótesis funcionales que se utilizaron para construir el MCP, dado que quedaban implícitas las relaciones funcionales entre las variables. Además, nunca se explicitaron los efectos psicológicos asociados al tratamiento y al diagnóstico de LMA y cómo influían funcionalmente en los problemas de conducta de la paciente.

5. CONCLUSIONES

Actualmente existen datos contradictorios respecto a la utilidad de las formulaciones de caso frente a las intervenciones manualizadas (Estipuña, 2012). Llevar a cabo estudios sobre la utilidad clínica de los modelos de formulación de casos ayudaría a mejorar la psicología clínica basada en evidencia, puesto que a pesar del desarrollo de tratamientos empíricamente apoyados, éstos siguen teniendo la limitante de no poder generalizarse debido a que están pensados para diagnósticos concretos en los que no se consideran amplias comorbilidades o por la imposibilidad de contemplar un gran número de variables que pueden afectar al resultado de la intervención.

La revisión de este modelo de formulación de caso responde a la necesidad de vislumbrar una de las áreas de la psicología clínica en la que existe la posibilidad de ser mejorada, la utilización de los modelos de formulación de casos. Como se ha expuesto a lo largo de la presente tesina, es una tarea imprescindible que los terapeutas deben realizar para maximizar la eficiencia de sus intervenciones. Específicamente la propuesta de Nezu et al. (2006), tiene la ventaja de atender una de las cuestiones más importantes que se plantean al momento de llevar a cabo la aplicación de cualquiera de los modelos existentes en la TCC: cómo incrementar la validez de la formulación (Tarrier, 2006).

Como se ha comentado, una de las características imprescindibles de la formulación de casos es su enfoque idiográfico, porque centra el desarrollo de las hipótesis funcionales y la toma de decisiones en las características específicas de cada usuario, lo que resulta relevante al considerar que existe una variabilidad considerable de éstas, como pueden ser, la edad, religión, estado civil, empleo, familia, grado de apoyo social, etc. Sin embargo centrarse completamente en estos factores puede ser un riesgo, en vista de que existe la posibilidad de que existan sesgos producto de las características del terapeuta. Nezu et al. (2006) pretenden solventar esta dificultad a través de las estrategias que proponen en su modelo y que tienen como fundamento el proceso de solución de problemas, con el fin de

augmentar la validez de las decisiones clínicas y del proceso de formulación en general.

La utilización de estas estrategias, que son la característica distintiva de la propuesta de Nezu et al, resulta ser un aporte que viene a mejorar el proceso de formulación de casos, considerando que tiene la ventaja de implementar estrategias para evitar sesgos producto de errores de razonamiento clínico. Otra de las estrategias que plantean y que de igual manera optimizan el proceso de toma de decisiones clínicas es la distinción que se hace entre los objetivos de tratamiento, clasificándolos como resultados finales e instrumentales, porque de este modo se pueden sintetizar fácilmente las hipótesis funcionales como objetivos de tratamiento.

Una de las aportaciones en la manera de representar la información del análisis funcional y que complementa al modelo secuencial integrativo es la integración de las *variables distantes* en el esquema que proponen (mapa clínico de patogénesis), dado que permite señalar el establecimiento de patrones o conjuntos de eventos distales en lugar de restringirse a eventos específicos y a relaciones proximales, considerando de este modo factores históricos o de desarrollo responsables de los problemas de conducta, lo que permite hacer hipótesis más completas sobre los mismos.

Sin embargo, existe la desventaja de que la manera en que se sintetiza la información mediante el uso del MCP puede ser insuficiente para describir las relaciones funcionales de las variables en casos complejos, puesto que parte del modelo secuencial EORC, que el cual sugiere que las interacciones de las variables se dan de manera lineal. Caso contrario al de los diagramas analítico-funcionales propuesto por Haynes y O'Brien (2000), en los que la representación de las relaciones entre variables no está delimitada por un esquema predefinido, ya que, al igual que el modelo de solución de problemas, consideran componentes del análisis funcional como: la relación entre las variables causales y los problemas de conducta difieren en su fuerza y si la relación causal es unidireccional o bidireccional; si es lineal o no lineal; que pueden influir en otras de manera

unidireccional o bidireccional; la existencia de cadenas de variables causales; la existencia de la operación de mecanismos causales y variables mediadoras, las cuales influyen en la fuerza de la relación entre dos o más variables. Lo que permite hacer representaciones gráficas más específicas sobre cómo se generan y mantienen los problemas.

Cabe señalar, partiendo del caso expuesto, que además de la formulación de caso hay una serie de factores que influyen en la toma de decisiones clínicas, como pueden ser las limitaciones del tiempo del terapeuta o del usuario, el costo del tratamiento, las habilidades y la orientación teórica del terapeuta, la resistencia a la intervención de la familia del usuario, lo aceptable que sea el plan de tratamiento para el paciente, las directrices del centro o institución donde trabaja el terapeuta (por ejemplo, el hospital), o el nivel de cooperación de los agentes de cambio (doctores, enfermeras, trabajadores sociales, etc.). Estas consideraciones son importantes especialmente cuando se trata de un contexto complejo como el hospitalario no sólo por el trabajo multidisciplinario que se lleva a cabo para atender a los usuarios, sino que además limitan la aplicación ideal de este modelo de formulación de caso, una de las más evidentes y que influyó considerablemente en el caso expuesto, es el tiempo limitado con el que se dispuso para llevar a cabo la evaluación y la intervención. De haberse contado con mayor disposición de tiempo se habrían implementado las operaciones que plantea el modelo como la valoración de lo planteado en los MCP y MAM mediante la retroalimentación del usuario o incluso haber realizado una evaluación más exhaustiva para comprobar las hipótesis iniciales.

A pesar de estas limitaciones, los pasos a seguir planteados por el modelo de solución de problemas fungieron como una herramienta útil para delimitar y estructurar el proceso terapéutico, el cual, prescindiendo de algunas partes del proceso por la limitación del tiempo, logró ser eficaz. Es por ello que resulta relevante hacer una revisión de los modelos de formulación propuestos, en vista de que es necesario generar información de la utilidad clínica de cada uno y sus efectos en diversos problemas y contextos, especialmente casos complejos, además de

plantear una manera de integrar al modelo de formulación clínica los aspectos anteriormente mencionados.

Referencias

- Alves, R., Eulálio, M. & Brobeil, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(2), 390-397.
- Becerra, A. (2014). Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso & A. Becerra (Coord). *Medicina Conductual: Teoría y práctica*. Distrito Federal: Qartuppi.
- Beltz, A., Wright, A., Sprague, B. & Molenaar, P. (2016). Bridging the nomothetic and idiographic approaches to the analysis of clinical data. *Assessment*, 23(4), 447-458. DOI: 10.1177/1073191116648209
- Butler, G. (1998). Clinical Formulation. en Salkovskis, P. M. (Ed.). *Comprehensive Clinical Psychology (Vol. 6)*. Bath: Elsevier.
- Bravo, M., & Mora-Miranda, M. (2014). Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario. En Reynoso, L. & Becerra, A. (Edits.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. Distrito Federal: Qartuppi.
- Borckardt, J., Nash, M., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63, 77–95. DOI: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Cone, J. (1997). Issues in functional analysis in behavioral assessment. *Behavioral Research and Therapy*, 35, 259–275.
- Cuevas, C. & Perona, S. (2012). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 30(1), 145-154.

- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy*. New York: Springer Publishing Co.
- Díaz, M., Ruiz, A. y Villalobos, A. (2012). El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual. En Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (Eds.). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. (pp. 99-145). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dobson, D., & Dobson, K. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Publications.
- Eells T. (2001). Update on Psychotherapy Case Formulation Research. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 277–281.
- Eells, T. (Ed.) (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Eells T. (2015). *Psychotherapy Case Formulation*. Washington DC: American Psychological Association Books.
- Eells, T., & Lombart, K. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. Forensic case formulation. En P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp.3-32). Chichester: Wiley-Blackwell. DOI: 10.1002/9781119977018.ch1
- Estipuña, F. (2012). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia. En Labrador, F. J. & Crespo, M. (Eds.) *Psicología clínica basada en la evidencia*, (pp. 47-60), Madrid: Pirámide.
- García-Conde, A., Avila, M., Retes, R., Guerra, E., & Pastor, J. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 13(2-3), 271-284. DOI: 10.5209/PSIC.54436
- Godoy, A., Gavino, A. & Anarte, M. (2008). Estrategias de comprobación de hipótesis clínicas. *Psicothema*, 20(2),188-192. DOI: 10.1027//1015-5759.19.3.204

- González, L. (2009). Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 27(1), 93-102
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hallam, R. (2015). Case Formulation: A Hypothesis-Testing Process. En Bruch, M. (Ed.), *Beyond Diagnosis: Case Formulation in Behavioural Therapy*
- Hallam, R. (2013). *Individual Case Formulation*. London: Elsevier.
- Hays, P. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy (2nd Ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haynes, S. (2005). Psychometric Considerations. En Hersen, M. (Ed.) *Clinical's Handbook of Adult Behavioral Assessment*. Academic Press.
- Haynes, S., Godoy, A., & Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Ciudad de México: Pirámide.
- Haynes, S., & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Haynes, S., Mumma, G., & Pinson, C. (2009). Idiographic assessment: Conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 179-191. DOI:10.1016/j.cpr.2008.12.003
- Haynes, S., O'Brien, W., & Kaholokula, J. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. New Jersey: Wiley.
- Haynes, S., Smith, G., & Hunsley, J. (2011). *Scientific foundations of clinical assessment*. New York: Routledge.
- Hernández, M. & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.

- Hersen, M. (2006). *Clinician's Handbook of Adult Behavioral Assessment*. Boston: Elsevier Academic Press.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1965). Behavioral Analysis, an Alternative to Diagnostic Classification. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 529-539. DOI:10.1001/archpsyc.1965.01720360001001
- Kanter, J., Weeks C., Bonow, J., Landes, S., Callaghan, G. & Follette, W. (2009). Assessment and Case Conceptualization. En M.Tsai, J. Kohlenberg, W. Kanter, B.Kohlenberg, W. Follette &G. Callaghan (Autores): *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*. Boston: Springer. DOI 10.1007/978-0-387-09787-9_3
- Kaholokula, J., Bello, I., Nacapoy, A., Haynes, S. (2009). Behavioral assessment and behavioral analysis. En Richard, D. y Huprich, S. (Eds.) *Clinical Psychology: Assessment, Treatment, and Research*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Kaholokula, J., Godoy, A., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Leibovich, N. & Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*. 12(1), 21-28.
- Limonero, J., Mateo, D., Maté-Méndez, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., López, M., Sirgo, A. & Viel, S. (2012). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 145-152.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Mckenzie, C. (2004). Hypothesis testing and evaluation. En Koehler, D. & Harvey, N. (Eds.) *Handbook of judgment and decision making*. Malden: Blackwell Publishing
- Miltenberger, R. (2012). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos*. Madrid: Pirámide.
- Nezu, C., Martell, C., & Nezu, A. (2013). *Specialty competencies in cognitive and behavioral psychology*. Oxford: University Press.
- Nezu, A. & Nezu, C. (2019). *Emotion-centred problem-solving therapy Treatment guidelines*. New York: Springer Publishing Company.
- Nezu, A., Nezu, C., & Cos, T. (2007). Case formulation for the behavioral and cognitive therapies: A problem-solving perspective. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 349–378). New York: Guilford.
- Nezu, A., Nezu, C. & D’Zurilla, T. (2013). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Núñez-Valencia, C., Rojas-Castillo, E., Lozano-Zavaleta, V., Mejía-Castrejón, J., & Carrillo-Navarrete, G. (2011). Modelo de resolución de problemas. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 162-166.
- Pascual, J., Frías, M., & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*. 25(87), 1-8.
- Persons, J. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.

- Primero, G., & Moriana, J. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, imitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 185-203.
- Quant, D. (2012). Formulación clínica de caso: Aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 160-172.
- Quant-Quintero, D., & Trujillo-Lemus, S. (2014). Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 123-136.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M. & Aguilar, J. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: Propiedades Psicométricas. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(2), 383-392.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Descleé de Brower.
- Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan
- Sturmey, P. (Ed.). (2009). *Clinical Case Formulation, Varieties of Approaches*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Sturmey, P. (2008). *Behavioral Case Formulation and Intervention. A functional analytic approach*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Tarrier, N. (Ed.). (2006). *Case Formulation in Cognitive Behavior Therapy, The Treatment of Challenging and Complex Cases*. New York: Routledge.
- Vera-Villaruel, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de psicología*, 10, 4-10.