



FORMULACIÓN CLÍNICA DE CASO: ASPECTOS METODOLÓGICOS

CLINICAL CASE FORMULATION: METHODOLOGY ISSUES

Diana Melissa Quant*

Fundación Seré

RESUMEN

La formulación clínica de caso ha sido considerada una estrategia que facilita la organización de la información recolectada en un proceso terapéutico, con el fin de delimitar los problemas de relevancia clínica que presenta el consultante; establecer las variables relacionadas con la adquisición y mantenimiento del problema; y estructurar un plan de intervención que favorezca el cumplimiento de objetivos terapéuticos y metas clínicas. El artículo tiene como objetivo presentar la formulación clínica de caso como un proceso de tipo metodológico que implica un alto nivel de rigurosidad, y que le permitirá al psicólogo clínico organizar la información de tal manera que optimice sus acciones terapéuticas. El escrito consta de dos apartados, en el primero se presentarán los aspectos metodológicos a tener en cuenta para llevar a cabo un proceso de formulación; y en el segundo se expondrán las habilidades terapéuticas que es necesario desarrollar para lograr la integración acertada de la información.

Palabras claves: *Formulación clínica, hipótesis de adquisición y mantenimiento, habilidades clínicas.*

ABSTRACT

The clinical case formulation has been considered a strategy that facilitates the organization of the collected information in a therapeutic process. The clinical case formulation is useful for defining clinically relevant problems presented by the outpatient, the variables related to the acquisition and maintenance of the problem, and to structure a plan of action that benefits the fulfillment of therapeutic objectives and clinical goals. The aim of this paper is to present the clinical case formulation as methodological process that involves a high level of rigor, and that will allow the clinical psychologist to organize information in a way that maximizes its therapeutic actions. This paper has two sections, the first will present the methodological aspects to carry out a process of formulation, and the second part will explain the necessary therapeutic skills to be developed to achieve the successful integration of information.

Key words: *Clinical case formulation, Acquisition and maintenance hypothesis, clinical skills.*

*Diana Melissa Quant es Psicóloga, especialista en psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Candidata a magister en psicología clínica y de la salud de la Universidad de los Andes, además es investigadora y líder del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré. La correspondencia relacionada con este artículo debe enviarse a fundacionsere@gmail.com

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: febrero 6 de 2013 APROBADO: marzo 17 de 2013

INTRODUCCIÓN

La formulación clínica de caso ha sido considerada una estrategia que facilita la organización de la información recolectada en un proceso terapéutico, con el fin de delimitar los problemas de relevancia clínica que presenta el consultante; establecer las variables relacionadas con la adquisición y mantenimiento del problema; y estructurar un plan de intervención que favorezca el cumplimiento de objetivos terapéuticos y metas clínicas (Eells, 2007; Godoy & Haynes, 2011; Sturmey, 2008). La investigación actual en psicología clínica ha permitido evidenciar que la sola identificación de una categoría diagnóstica, seguida por la implementación de un protocolo de intervención específico, no siempre permite el abordaje efectivo de un caso clínico, de manera que se puedan alcanzar satisfactoriamente las metas planteadas; debido por una parte, a que no siempre los consultantes cumplen a cabalidad con los criterios para la asignación de una etiqueta diagnóstica, y por otro lado, al hecho que el diagnóstico facilita más una descripción que una explicación del problema del consultante (Castro, 2011; Jose & Goldfried, 2008), razón por la cual en ocasiones se puede describir ampliamente un problema, pero al no tener claras las variables explicativas, la intervención puede carecer de la eficacia necesaria para llevar a cabo un ejercicio clínico exitoso. Lo anterior, permite vislumbrar que la formulación clínica de caso se constituye entonces como un sistema de organización clave para la intervención en psicología clínica, dado que facilita la estructuración de la información de forma tal que el clínico logre identificar de

manera idiográfica los aspectos particulares que deben ser considerados en el proceso de intervención, haciendo de esta forma que la práctica clínica sea mucho más eficaz (Westmeyer, 2003).

El artículo tiene como objetivo presentar la formulación clínica de caso como un proceso de tipo metodológico que implica un alto nivel de rigurosidad, y que le permitirá al psicólogo clínico organizar la información de tal manera que optimice sus acciones terapéuticas. El escrito consta de dos apartados, en el primero se presentarán los aspectos metodológicos a tener en cuenta para llevar a cabo un proceso de formulación; y en el segundo se expondrán las habilidades terapéuticas que es necesario desarrollar para lograr la integración acertada de la información.

Aspectos metodológicos de la formulación clínica de caso

La formulación clínica de caso se ha encontrado históricamente vinculada con modelos teóricos en psicología, de manera que muchos de los modelos de formulación que se conocen actualmente privilegian un proceso psicológico básico o un enfoque particular, e ilustran la forma como los planteamientos teóricos se permiten explicar las problemáticas clínicas (Haynes, 2005; Nezu, Nezu & Cos, 2007; Riso, 2006; Persons & Tompkins, 2007; Toro & Ochoa, 2010; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Si bien es cierto, el desarrollo de estos modelos ha representado un avance importante para la ciencia clínica, también ha limitado el uso de la formulación al manejo exclusivo de un enfoque en psicología, lo que implica que no se rescata la importancia de la

formulación como un proceso de organización de información que debe dar respuesta a preguntas sobre la explicación y el mantenimiento del problema, y no a la verificación de postulados teóricos. Sin embargo, es importante aclarar que no se sugiere ignorar los aportes teóricos existentes, lo que se pretende es reconocer el proceso de formulación como una estrategia útil que debe facilitar la indagación y estructuración de la información de forma que pueda explicar el problema y se ofrezcan los lineamientos necesarios para el establecimiento de metas clínicas y la elección acertada de las estrategias de intervención (Garb, 2009). Teniendo como base lo anterior, es importante que un modelo de formulación cuente con cuatro elementos fundamentales: descripción de la problemática, establecimiento de hipótesis explicativas, criterios claros para el diseño de un plan de intervención, y elección de medidas para evaluar el impacto del tratamiento (Curtis & Silberschatz, 2007; Westmeyer, 2003).

El proceso de formulación, como un proceso de tipo metodológico permite al psicólogo clínico aproximarse al abordaje de los casos de manera que el manejo riguroso de las estrategias evaluación y el análisis de los resultados, permitan alcanzar los objetivos terapéuticos. Es importante tener en cuenta que no es útil concebir la formulación como un proceso lineal y unidireccional, sino como un proceso secuencial y dinámico (O'Brien, 2010). Secuencial porque cada una de las fases ofrece elementos relevantes para la siguiente fase; por ejemplo, tener claro cuál es el problema y los comportamientos relacionados con el mismo, facilitará la identificación de conductas susceptibles de evaluación funcional.

Dinámico porque cada contexto de obtención de información debe facilitar la integración de las diferentes fases del proceso, y donde la evaluación constante podrá llevar, a que en algunos casos, se tengan que replantear las hipótesis establecidas (Curtis & Silberschatz, 2007).

Para llevar a cabo un adecuado proceso de formulación es indispensable contar con múltiples fuentes de información (Hunsley & Mash, 2007), de forma que el clínico tenga la posibilidad tanto de describir ampliamente la(s) situaciones problemática(s) del consultante, como de contrastar información para lograr el establecimiento de hipótesis explicativas; por consiguiente, es de gran importancia tener en cuenta que una misma fuente puede estar ofreciendo información tanto para la descripción, el planteamiento de objetivos y las hipótesis de adquisición o mantenimiento (Haynes, Mumma & Pinson, 2009). Dentro de las fuentes que pueden ser utilizadas para la recolección de información se encuentran: la entrevista, la observación directa, los registros, los cuestionarios de auto-reporte, las pruebas psicotécnicas, y las historias clínicas previas (Haynes & O'Brien, 2000). Otro de los aspectos a tener en cuenta en el proceso de formulación es la evaluación constante. Tradicionalmente se ha separado el proceso de evaluación del proceso de intervención; sin embargo, la evaluación debe ser permanente en el proceso terapéutico. Por ejemplo, en la etapa inicial del proceso debe permitir la descripción de uno o varios problemas de interés clínico, la identificación de expectativas, la formulación de hipótesis explicativas, y el establecimiento de una línea de base. En una etapa posterior del proceso, debe permitir la evaluación del progreso, el

desarrollo de habilidades y nuevos repertorios, y el cumplimiento de metas terapéuticas (Ingram, 2012; Jose & Goldfried, 2008).

Como se mencionó con anterioridad, una formulación debe constar de cuatro fases: una fase orientada a la descripción, una fase que permita la explicación de la adquisición y mantenimiento de los problemas; una tercera fase donde se diseñe el plan de intervención, y finalmente una fase que permita medir el impacto del proceso terapéutico (Ingram, 2012). La primera fase corresponde a la descripción, que se constituye como la fase inicial que permite al terapeuta indagar acerca de las características de la(s) situaciones problemáticas del consultante. En general se ha hecho mucho énfasis en que la descripción consiste en la identificación de criterios diagnósticos que permitan hacer una evaluación multiaxial; y aunque esto puede resultar útil para propósitos estadísticos y para estudios de prevalencia, es sumamente relevante que la aproximación del clínico no tenga como objetivo exclusivo la identificación de criterios diagnósticos (Belloch, 2012; Castro, 2011; Dudley, Kuyken & Padesky, 2011; Sandin, Chorot & Valiente, 2012). La dificultad que se puede presentar al orientar el proceso de evaluación inicial a la búsqueda de etiquetas diagnósticas, radica en que se tendrá una descripción general que no necesariamente implica la identificación de variables relevantes y específicas; a modo de ejemplo, un clínico puede encontrar dentro de sus consultantes tres personas que cumplan los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social; no obstante, las situaciones específicas, vulnerabilidades y repertorios, pueden ser distintos para cada una de

las personas, esta situación amerita un abordaje diferencial de cada uno de los casos para así lograr el cumplimiento satisfactorio de los objetivos terapéuticos. Por esta razón, la invitación que se realiza es que el terapeuta se encuentre en capacidad de identificar cuál es la situación problemática que lleva a la persona a experimentar altos niveles de malestar o a generar acciones para lograr un cambio en una o más áreas de su vida; posiblemente una aproximación con estas características pueda llevar a la comprensión de la situación actual del consultante teniendo en cuenta variables específicas que facilitarían el desarrollo exitoso del proceso terapéutico.

La fase descriptiva tiene como objetivos: a) identificar el(os) problemas que pueda tener un consultante, b) identificar y operacionalizar las conductas específicas (teniendo en cuenta los canales de respuesta fisiológico, cognitivo y motor), c) identificar las variables contextuales relacionadas con las situaciones problemáticas, y d) delimitar las expectativas que tiene el consultante en relación con el proceso terapéutico. Esta primera fase permite al clínico tener una delimitación amplia de la naturaleza del problema: el problema se encuentra referido a dificultades específicas para adaptarse a contextos particulares, o a la experimentación de niveles de malestar que tienen como consecuencia el desajuste en una o varias áreas de vida. De igual forma, facilita la identificación de variables relevantes: conductas problema, reglas, valoraciones, y contextos específicos. Finalmente, esta fase permite al clínico identificar si las expectativas del consultante pueden ser

solventadas por medio del proceso terapéutico. En este punto, es importante que el terapeuta evalúe el impacto que puede tener la terapia en relación con lo que busca encontrar el consultante (Ingram, 2012). En algunas ocasiones se encuentra que los consultantes inician un proceso terapéutico para lograr que otras personas se comporten de la manera que esperan; en estos casos es indispensable que el clínico aclare a la persona cuáles pueden ser los alcances y limitaciones de la terapia, y lo invite a trabajar de forma colaborativa para poder formular y cumplir los objetivos que se establezcan.

La utilidad de la fase descriptiva radica en la posibilidad que tiene el psicólogo clínico de aproximarse de manera comprensiva a la situación actual del consultante, buscando no sólo identificar una o varias categorías diagnósticas, sino las variables particulares que pueden estar relacionadas con el nivel de malestar o desajuste que experimenta.

La segunda fase de una formulación clínica de caso corresponde a la fase explicativa. Esta fase tiene como objetivo el establecimiento de hipótesis de adquisición e hipótesis de mantenimiento. De acuerdo con Barlow (2002) establecer hipótesis de adquisición implica la identificación de vulnerabilidades a nivel biológico y a nivel psicológico. La vulnerabilidad a nivel biológico se refiere a la transmisión de información genética, en estudios realizados por Kendler, et al, (1995) y Sullivan, Neale y Kendler (2000), se afirma que no se transmiten los trastornos psicológicos, de igual forma se ha encontrado que no existen únicos genes responsables de los trastornos; sino que son diferentes los genes realizan pequeños aportes.

Hablando particularmente de la ansiedad y la depresión, lo que se transmite genéticamente es el nivel de reactividad ante diferentes condiciones ambientales; es por esta razón que algunas personas, al ser más sensibles, tienden a establecer procesos de condicionamiento mucho más rápido que otras. De otro lado, la vulnerabilidad psicológica hace referencia a las experiencias previas: particularmente a las experiencias de falta de control y de falta de predicción; a la interacción con contextos restrictivos: donde las personas no tienen oportunidad de desarrollar ciertas habilidades personales; y a las instrucciones y reglas, que son principalmente aprendidas en los primeros contextos de socialización -relación con cuidadores y familiares, relación con ambientes escolares y dinámica de los primeros ambientes sociales- (Barlow, 2002).

Respecto a lo anterior, la teoría de diátesis-estrés plantea que el hecho que una persona desarrolle trastornos de tipo psicológico o presente problemas de interés clínico, depende de la vulnerabilidad biológica y psicológica, y la exposición a eventos estresantes. Por lo tanto, una persona puede tener una baja vulnerabilidad biológica, pero al estar expuesta a experiencias de vida que generan alto nivel de malestar y a situaciones particularmente estresantes, tendrá mayor probabilidad de desarrollar problemáticas psicológicas. De otro lado, una persona podrá tener un alto nivel de vulnerabilidad biológica, pero si no se encuentra expuesta a múltiples experiencias estresantes, disminuirá la probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico (Dick, 2011). En resumen, al plantear las hipótesis de adquisición es necesario evaluar:

a) los antecedentes médicos y psiquiátricos a nivel familiar, b) las experiencias previas que han contribuido de forma significativa a la adquisición de ciertos patrones de comportamiento que resultan ser problemáticos, y al establecimiento de reglas que podrían generar dificultades; y c) eventos proximales, que dado el nivel de estrés que pueden generar, precipitan la aparición de un trastorno o un problema a nivel clínico.

La segunda fase también implica el establecimiento de las hipótesis de mantenimiento; que son aquellas que permitirán comprender las razones por las cuáles, a pesar de los múltiples intentos del consultante por solventar sus problemas, el nivel de malestar o insatisfacción se sigue presentando (Repp, Karsh, Munk & Dahlquist, 1995). Las hipótesis de mantenimiento se conciben como aspectos relevantes que se articulan directamente con el plan de tratamiento, debido a que explican el mecanismo mediante el cual los repertorios problemáticos actuales se conservan.

La formulación de las hipótesis de mantenimiento podrá variar de acuerdo con el enfoque teórico asumido por el psicólogo clínico. Desde una postura cognitiva se buscará identificar la forma como se perpetúan los esquemas desadaptativos, de manera que se pueda esclarecer la manera en la cual las personas distorsionan la información ofrecida por el ambiente, acomodándola a los esquemas establecidos previamente (McMullin, 2000; TARRIER, 2006). Desde una postura conductual, se buscará principalmente, establecer las clases funcionales, de manera que el terapeuta tenga conocimiento de las contingencias actuales, identificando así las

consecuencias a corto y largo plazo de las conductas problemáticas que presenta el consultante (Haynes & O'Brien, 2000; Repp, et al, 1995). Sin embargo, es importante notar que en algunas ocasiones privilegiar a una postura teórica, podría llevar al clínico a cometer errores en el momento de explicar el mantenimiento de los problemas, debido a que con regularidad buscará encajar la información encontrada en el proceso de evaluación inicial, a los planteamientos teóricos que son de su dominio. Dada la dificultad anterior, puede ser útil para la eficacia terapéutica, asumir una postura transdiagnóstica que se orienta al análisis procesos psicológicos básicos, como es el caso de la propuesta realizada por Castro (2011), en la cual no se busca privilegiar ninguna postura teórica sino, por una parte basarse en los datos de las investigaciones de las ciencias biológicas, las ciencias cognitivas y las ciencias de comportamiento, y por otra orientar el proceso terapéutico a la identificación del aporte que realiza cada uno de los procesos psicológicos al mantenimiento de la problemática. Es decir, encontrarse en la capacidad establecer hipótesis de mantenimiento que faciliten la explicación de los mecanismos y procesos mediante los cuales un trastorno o problema psicológico se ha mantenido a lo largo del tiempo.

La tercera fase del proceso terapéutico hace referencia al diseño de la propuesta de intervención. Esta fase involucra la articulación de las hipótesis de mantenimiento con las metas clínicas y las estrategias de intervención. Esta suele ser una fase crucial en el proceso terapéutico, debido a que es aquella en la cual el

clínico implementará el uso de diferentes técnicas para cumplir las expectativas que tiene el consultante en relación con el problema que llevó a que iniciara el proceso terapéutico.

Para el inicio de esta fase el terapeuta debe tener delimitadas las hipótesis de adquisición y mantenimiento, de forma que pueda ofrecer una explicación de cómo se estableció y de cómo se mantiene el(os) problemas del consultante (Haynes & O'Brien, 2000; Repp, et al, 1995). Esta fase inicia con la presentación al consultante de la descripción y las hipótesis explicativas, de forma que éste se encuentre en la capacidad de convertir en objetivos las expectativas que tiene del proceso. Esta actividad resulta particularmente útil para la adherencia al proceso terapéutico, principalmente por dos razones: la primera hace referencia a que el consultante se encontrará en la capacidad de identificar las consecuencias a corto y a largo plazo de sus patrones de comportamiento actuales, de manera que tiene mayor probabilidad de identificar los costos emocionales, cognitivos y conductuales que tendrá el proceso de intervención, y decidir en función de las consecuencias a largo plazo. La segunda razón se encuentra orientada a la posibilidad que tiene el consultante de delimitar el alcance del proceso terapéutico, de forma que pueda establecer objetivos realistas y por ende, alcanzables.

Una vez se han delimitado los objetivos terapéuticos, el psicólogo clínico debe comenzar la vinculación de los objetivos terapéuticos con las metas clínicas; es decir, definir qué se debe lograr dentro del proceso, de forma que el consultante desarrolle las habilidades necesarias para solventar de forma satisfactoria los problemas que presenta (Freeman, Felqoise &

Davis, 2008). Después de definidas las metas clínicas, el terapeuta debe seleccionar de las estrategias de intervención que cuenten con soporte empírico, aquellas que llevarán al cumplimiento de las metas planteadas; culminado lo anterior, es necesario que diseñe las actividades terapéuticas que implementará en la fase de intervención. Es importante que las actividades involucren varias metas clínicas, de forma que se optimice la intervención y se facilite la transferencia de lo aprendido en el contexto terapéutico a los contextos con los cuales interactúa el consultante, verbigracia áreas de vida familiar, social, afectiva y personal, entre otras (Freeman, Felqoise & Davis, 2008).

Finalmente, la última fase del proceso de formulación consiste en evaluar el impacto del proceso terapéutico; para esta fase es necesario que el clínico haya definido previamente las medidas específicas que se tendrán en cuenta para evaluar la efectividad del tratamiento, es por esta razón que resulta especialmente útil tener una línea de base comparable que facilite la evaluación del progreso (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Meier, 2008). Dentro de las medidas que se usualmente son utilizadas se encuentran: los formatos de registro, la observación conductual, las medidas de auto-reporte y los instrumentos psicométricos; éstas alternativas también deben permitir que tanto el terapeuta como el consultante tengan la posibilidad de evaluar permanentemente el cumplimiento de los objetivos establecidos. Es de gran importancia que el clínico tenga en cuenta diferentes medidas, de forma que se facilite la contrastación de los resultados (Farmer & Chapman, 2008). En los casos en los cuales se

encuentre que las estrategias de intervención no están teniendo el impacto esperado en cada una de las áreas de vida, es importante revisar cada uno de los siguientes aspectos: habilidades del psicólogo para realizar los procesos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades; factores de riesgo que puedan dificultar la transferencia de las habilidades; y las hipótesis de adquisición y mantenimiento establecidas.

Habilidades terapéuticas para llevar a cabo el proceso de formulación

Entender la formulación como una estrategia que optimiza la organización de la información obtenida en un proceso terapéutico, con el fin de lograr un mayor nivel de efectividad, implica concebir la formulación como un puente entre la investigación, la teoría y la práctica (Hunsley & Mash, 2007; Kuyken, 2006). Tomando como base lo anterior, es deseable que el psicólogo clínico tenga la posibilidad de adoptar en la práctica el modelo científico-practicante, dentro del cual se busca que el clínico tenga conocimientos teóricos derivados de los últimos hallazgos de la investigación, tenga entrenamiento en estrategias de evaluación e intervención con evidencia empírica, oriente el análisis de sus casos con base en un proceso metódico y altamente riguroso; y se encuentre en la posibilidad de reportar los hallazgos encontrados en su práctica clínica (Freeman, Felgoise & Davis, 2008; Goodhearth, Kazdin & Sternberg, 2006; Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999). Con el fin de lograr lo anterior, se hace necesario que el terapeuta desarrolle una serie de destrezas que facilitarán el proceso de terapéutico (Barnett, Younggren, Doll & Rubin, 2007; Del

Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). A continuación se presentarán las habilidades que se consideran necesarias para la práctica clínica, particularmente en aquellas que se encuentran relacionadas con las cuatro fases de la formulación presentadas anteriormente.

Teniendo en cuenta que la formulación se constituye como un proceso dinámico, es de vital importancia que el clínico desarrolle habilidades de búsqueda e indagación, de interacción, y de organización e integración de la información. Las habilidades de búsqueda e indagación se encuentran relacionadas con la destreza del clínico para identificar artículos y libros derivados de la investigación que le permitan mantenerse actualizado, particularmente con los últimos avances en psicología clínica, tanto desde una perspectiva básica como desde una aplicada; esto permitirá que tenga la posibilidad de utilizar en la práctica clínica sólo aquellas estrategias de evaluación e intervención que cuentan con el suficiente sustento empírico. Estas habilidades incluyen la selección del material, análisis conceptual y metodológico de las investigaciones consultadas, y la utilización de la información encontrada para apoyar tanto las hipótesis explicativas planteadas, como para identificar cuáles estrategias de intervención son las más adecuadas para el caso que se está abordando (Farmer & Chapman, 2008).

Las habilidades de interacción, son aquellas referidas a la identificación de las propias respuestas y las respuestas del consultante, entendiendo así el proceso terapéutico como interactivo y cambiante (O'Brien, 2010) En

relación con lo anterior, el clínico debe desarrollar la capacidad de identificar la relación que existe entre cada uno de los momentos de la terapia con las respuestas emocionales y conductuales del consultante, teniendo la posibilidad de identificar los eventos que pueden desencadenar conductas problemáticas; cuando el clínico es sensible a este tipo de respuestas, se encuentra en la capacidad de re-direccionar el proceso terapéutico en función de la nueva información obtenida. Esto implica que el terapeuta debe ser flexible a los hallazgos encontrados en el contexto terapéutico, de manera que tenga la posibilidad de enfocar la atención en aquellos momentos en los cuales tiene la oportunidad de obtener información relevante para la descripción y explicación del problema. En relación con lo anterior, Jose y Goldfried (2008) proponen que es importante que el clínico vincule cada uno de los aspectos encontrados en la formulación para explicar la naturaleza y características de la problemática al consultante; de esta forma, tendrá la oportunidad de comenzar un proceso de verificación de las hipótesis establecidas y facilitará la comprensión de la problemática por parte del consultante, favoreciendo la comunicación y adherencia terapéutica (Ilgen, et al, 2009).

Finalmente, las habilidades de organización y estructuración de la información se encuentran referidas a que el clínico logre aprovechar la información obtenida en las diferentes fuentes de información, de manera que pueda establecer desde el inicio del proceso terapéutico, cuáles pueden ser las estrategias más adecuadas para lograr: una detallada descripción del problema, identificando las conductas y variables contextuales relevantes; esto implica

indagar sobre situaciones específicas que se estén presentando, de manera que pueda puntualizar el impacto que está teniendo el problema en cada una de las áreas de ajuste. De otro lado, es importante que el clínico utilice apropiadamente estrategias que le permitan identificar los eventos que facilitaron el desarrollo de la problemática clínica: variables distales y proximales; respecto a este punto, es necesario que el terapeuta busque identificar sólo aquellas experiencias que resultan ser relevantes para el desarrollo del problema, de esta manera se optimizará el tiempo dedicado a evaluar la historia del problema y de las áreas de ajuste (Barnett, et al., 2007).

Por otro lado, el clínico debe encontrarse en capacidad de estructurar la información obtenida de forma que pueda plantear posibles explicaciones referentes al mantenimiento del problema o trastorno psicológico; de forma que pueda explicarle al consultante las razones por las cuáles a pesar de muchos intentos, el problema sigue estando presente. Respecto a lo anterior, es útil que el psicólogo dedique el tiempo suficiente para compartir las hipótesis con el consultante, explicándole el funcionamiento de los procesos psicológicos básicos a la luz de los problemas que se encuentre presentando; esta actividad facilitará la adherencia al tratamiento y permitirá que el consultante sea más autónomo en relación con su proceso de cambio. Otra de las habilidades a desarrollar en relación con la integración de la información, se encuentra referida a la destreza del terapeuta de vincular cada una de las hipótesis de mantenimiento con una meta clínica clara. Respecto a este último aspecto es importante que el clínico no comience un proceso formal de intervención, hasta tanto no haya identificado con

suficiente claridad las hipótesis de mantenimiento. Posteriormente, el clínico debe encontrarse en la capacidad de elegir las estrategias de intervención con soporte empírico, que se ajusten a las necesidades y características del consultante, y cuyas actividades tengan en cuenta las variables contextuales, de manera que se logre, no solamente el desarrollo de las habilidades y los repertorios necesarios, sino que se aumente la probabilidad que lo aprendido en el contexto terapéutico se transfiera a las áreas de vida del consultante (Ingram, 2012; O'Donohue & Fisher, 2009).

A modo de conclusión es importante tener en cuenta que llevar a cabo un adecuado proceso de formulación para el abordaje de casos clínicos, no sólo tendrá un impacto en el mejoramiento de la práctica clínica, dado que permite la vinculación de las variables relevantes identificadas en el proceso de evaluación con el diseño e implementación de la intervención (Jose & Goldfried, 2008); sino que podría facilitar el establecimiento de la alianza terapéutica, particularmente en lo que se refiere a la fase de intervención, debido a que es aquella en la cual el consultante debe invertir mayor tiempo y compromiso (costos emocionales y conductuales). Por consiguiente, lograr que el clínico a través de un proceso de formulación, logre establecer relaciones adecuadas entre los problemas, permitirá que el consultante alcance una mayor comprensión de sus dificultades, en contraste con un mayor conocimiento de su diagnóstico, hecho que favorecerá la identificación de las características y de los factores que mantienen el(os) problemas de relevancia clínica que

presenta, llevando así a que entienda las razones por las cuales se vinculan las actividades clínicas, y por ende disminuya la posibilidad de interferencia con el cumplimiento de las metas terapéuticas. Por último, cabe señalar que la utilización regular de la formulación clínica de caso, permitirá que el psicólogo desarrolle habilidades de estructuración y organización de la información que llevará progresivamente a una mayor efectividad terapéutica, logrando de esta forma un impacto positivo en su práctica clínica.

REFERENCIAS

- Barlow, D.H. (2002). *The origins of anxious apprehension, anxiety disorders, and related emotional disorders: Triple vulnerabilities*. En D.H. Barlow. *Anxiety and its disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Barnett, J., Younggren, J., Doll, B. & Rubin, N. (2007). Clinical competence for practicing psychologists: Clearly a work in progress. *Professional Psychology: Research and practice*, 38, 510-517.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdignóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 295-311.
- Castro, L. (2011). *Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdignóstico*. En Caballo, V., Salazar, I. y Carboles, J. (comp). *Manual de psicología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Curtis, J. & Silberschatz, G. (2007). The plan formulation method. En Eells, T. (comp). Handbook of psychotherapy case formulation. New York: The Guilford Press.
- Del Re, A., Flückiger, Ch., Horvath, A., Symonds, D. & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- Dick, D. (2011). Gene-environment interaction in psychological traits and disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 383–409.
- Dudley, R., Kuyken, W. & Padesky, Ch. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 31, 213-224.
- Eells, T. (2007). *History and current status of psychotherapy case formulation*. En Eells, T. (comp). Handbook of psychotherapy case formulation. New York: The Guilford Press.
- Farmer, R. & Chapman, A. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidelines for putting theory into action*. Washington: APA.
- Freeman, A., Felgoise, S. & Davis, D. (2008). *Clinical psychology: Integrating science and practice*. Nueva York: Wiley.
- Garb, H. (2009). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Godoy, A. & Haynes, S. (2011). Clinical case formulation: Introduction to the special section. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 1-3.
- Goodhearth, C.D.; Kazdin, A.E. & Sternberg, R.J. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S., Barlow, D. & Nelson-Gray, R. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care*. Boston: Allyn and Bacon.
- Haynes, S. (1995). *Causalidad multivariedad en psicopatología: Introducción a los modelos causales*. En Caballo, V. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Madrid: Siglo XXI.
- Haynes, S., Mumma, G.H. & Pinson, C. (2009). Idiographic assessment: Conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment. *Clinical Psychology Review*, 29, 1-48.
- Haynes, S. & O'Brien, W (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Plenum.
- Hunsley, J. & Mash, E. (2007). Evidence-based assesment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Ilgen, M., Czyz, E., Welsh, D., Zeber, J., Bauer, M. & Kilbourne, A. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 115, 246-251.
- Ingram, B. (2012). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to client*. Nueva York: Wiley.

- Jose, A. & Goldfried, M. (2008). A transtheoretical approach to case formulation. *Cognitive and behavioral practice, 15*, 212-222.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65.
- Kendler, K., Walters, E., Neale, M., Kessler, R. Heath, A. & Eaves, L. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 52*(2), 374-383.
- Kuyken, W. (2006). *Evidence-based case formulation. Is the emperor clothed?* En Tarrier, N. (Ed.) *Case formulation in cognitive behaviour therapy*. East Sussex: Routledge.
- McMullin, R. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton & Company.
- Meier, S. (2008). *Measuring change in counseling and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Nezu, A., Nezu, C. & Cos, T. (2007). Case formulation for the behavioral and cognitive therapies: A problem - solving perspective. En T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (Second edition, pp. 349 - 378). New York: The Guilford Press.
- O'Brien, W. (2010). Evaluating case formulation decision-making and therapist responsiveness: A perspective from the area of behavioral assessment and case formulation. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 6*(4), 293-306.
- O'Donohue, W. & Fisher, J. (2009). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Nueva York: Wiley
- Persons, J. & Tompkins, M. (2007). Cognitive – Behavioral Case Formulation. En T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (Second edition, pp. 290 - 316). New York: The Guilford Press.
- Repp, A., Karsh, K., Munk, D. & Dahlquist, C. (1995). *Hypothesis-based interventions: A theory of clinical decision making*. En W O'Donohue y L. Krasner (Eds.). *Theories of behavior therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Colombia: Norma.
- Sandin, B., Chorot, P. & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 17*(3), 185-203.
- Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. Chichester: Wiley-Blackwell.

- Sullivan, P., Neale, M. & Kendler, K. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10).
- Tarrier, N. (2006). Case formulation in cognitive behaviour therapy. East Sussex: Routledge
- Toro, T. & Ochoa, O. (2010). Formulación cognitiva de caso en depresión unipolar: una propuesta metodológica para Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(1), 53-70.
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210–216.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner guide*. New York: The Guilford Press.

