

# Formulación de Casos en la Revista Psicología Clínica: Justificación de un Modelo

## Case Formulation in the Clinical Psychology Journal: Rationale for a Model

Sergio Sánchez-Reales<sup>1</sup> y Carmen Caballero-Peláez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de la Serranía, Ronda (Málaga). Servicio Andaluz de Salud (SAS).

### Resumen

La formulación de caso (FC) es una actividad básica en el ejercicio de todos los psicólogos clínicos independientemente de su ámbito de desempeño, tal como se refleja en el programa de estudios de la especialidad. En las siguientes líneas se presenta un modelo de formulación psicológica de caso, que aspira a aunar aspectos científicos y reflexivos propios a la especialidad clínica, entendiendo la intervención psicológica como determinada tanto en los aspectos teóricos, técnicos y metodológicos como en otros relacionados con la construcción de significado que el usuario deposita en la realización de un tratamiento inserto en una relación terapéutica activa. El modelo confluye, en lo fundamental, con las principales propuestas actuales sobre FC de la literatura especializada, incorporando el reconocimiento a la praxis integrativa en el desempeño profesional tanto como el peso específico de la evidencia en la toma de decisiones de las estrategias de intervención a aplicar en cada momento particular. La FC refleja la encrucijada entre lo teórico, técnico y lo aplicado, cuyo humilde nivel de evidencia generada aspira a alimentar la construcción de alternativas válidas en la optimización de la intervención psicológica a nivel sistemático.

**Palabras clave:** Formulación de Caso, Psicología Basada en la Evidencia, Psicología Clínica, Habilidades Clínicas, Enfoque Integrador en Psicoterapia.

### Abstract

Case formulation (CF) is a basic activity in the practice of all clinical psychologists regardless of their field of work, as reflected in the curriculum of the speciality. In the following lines, a model of psychological case formulation is presented, which aims to combine scientific and reflective aspects of the clinical speciality, understanding psychological intervention as determined both in the theoretical, technical and methodological aspects and in others related to the construction of meaning that the patient places in the performance of a treatment inserted in an active therapeutic relationship. The model is fundamentally in line with the main current proposals on FC in the specialised literature, incorporating the recognition of integrative praxis in professional performance as well as the specific weight of evidence in the decision-making process regarding the intervention strategies to be applied at each particular moment. FC reflects the crossroads between the theoretical, technical and applied, whose humble level of evidence generated aspires to feed the construction of valid alternatives in the optimisation of psychological intervention at a systematic level.

**Keywords:** Case Formulation, Evidence-Based Psychology, Clinical Psychology, Clinical Skills, Integration in Psychotherapy.

A principios del siglo XXI, el ejercicio de la psicología clínica dista de ser una profesión de fácil desempeño. Esta afirmación podría sonar pesimista, rotunda e incluso contradictoria en vistas de la altísima demanda que presentan los estudios universitarios de grado, posgrado o especialización sanitaria en España y otros países de su entorno cultural (Gamarra, 2023; Siló, 2022), pero algo tendrá el agua cuando la bendicen. Declarada la complejidad técnica, el desempeño de nuestra querida profesión, tan rica en lo relacional, ha de ser complementada con esfuerzos formativos y de implicación personal continuados a lo largo de toda la carrera que no garantizan recompensas económicas directas (Miller, Hubble, y Chow, 2020) y paradójicamente, pueden llegar a resultar en sí mismas desequilibrantes (Gimeno-Peón et al., 2023; Ródenas Perea et al., 2023).

### **Hacia una práctica científica y reflexiva**

Teoría e investigación psicológica nutren la práctica del psicólogo clínico, tres ámbitos de conocimiento que confluyen en un baile de integración que ha de facilitar el desarrollo coherente de la disciplina en su devenir. Por desgracia esta propuesta se aleja de la realidad, y como han enumerado Espinosa-Duque y Krausse (2020), diversos factores explican la segmentación de estos ámbitos del saber (también del saber hacer) y sus consecuencias. Para los clínicos, resulta confusa la interpretación de los avances de investigación generados a partir de tratamientos empíricamente validados, que prescinden de las múltiples limitaciones impuestas por el contexto laboral, social, económico y cultural de las poblaciones con las que trabajan (Castonguay et al., 2021). El reto para la conciliación entre lo nomotético y lo idiográfico es tan antigua como la propia psicología clínica, ya desde la propia conferencia fundacional de Boulder el desacuerdo entre los que apostaban por que la investigación debilitaría la necesaria formación en diagnóstico y tratamiento frente a los que por el contrario, creían que el diagnóstico y el tratamiento diluirían una buena formación en investigación impulsó la recomendación unánime de formar a los psicólogos clínicos por igual como

investigadores y como profesionales (Farreras, Routh, y Cautin, 2016), dando paso al conocido modelo de científico practicante y al prototipo de psicólogo clínico como profesional que acude a la ciencia psicológica para generar hipótesis sobre el paciente<sup>1</sup> (Kennedy y Llewelyn, 2001) y entender sus comportamientos, ya que “en algún nivel todo tiene sentido” (Butler, 1998).

No obstante, existen una gran multitud de decisiones clínicas habituales, por ejemplo demandas excepcionales, irrepetibles u otras originadas en coyunturas sociales particulares, donde los datos científicos nos ayudan solo hasta cierto punto y su aportación ha de ser complementada con la actividad reflexiva, de forma que, parafraseando al título clásico, “cuando no disponemos de ninguna fórmula que guíe nuestras decisiones clínicas, tenemos que usar la cabeza” (Meehl, 1957). Las últimas décadas han reconocido esta faceta de práctica reflexiva en la identidad profesional del psicólogo clínico en diversos programas de grado y posgrado en Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda o Sudáfrica (Lilienfeld y Basterfield, 2020), que podría ser entendida como la práctica profesional realizada sobre la autoconciencia y la reflexión personal y profesional; enmarcada en la comprensión de las propias competencias y enfatizando el autocuidado apropiado (Fouad et al., 2009). A día de hoy las principales universidades del Reino Unido suscriben un modelo de “científico-practicante reflexivo” en la formación de los psicólogos clínicos, donde se concede a la autorreflexión la misma prioridad que a la evidencia científica en la formación y el ejercicio profesional (Hanley y Amos, 2017). Aunque la práctica reflexiva sea un término difuso desde un punto de vista científico, asume que determinados aspectos de la propia naturaleza humana asociados al comportamiento o al sufrimiento emocional, trascienden la precisa traslación racional desde la investigación a la práctica clínica. Más bien, requieren una especie de arte que también implica intuición, flexibilidad

1 Entienda el lector el uso de usuario, paciente o cliente como sinónimo. La opción por uno o por otro término intenta preservar el realizado en los textos de los autores citados o el contexto profesional aludido.

y evaluación crítica de la propia experiencia (Division of Clinical Psychology, 2011). Esta estrategia, que podría entenderse como una regresión desde el punto de vista de la legítima aspiración científica a la explicación o a la reducción de la incertidumbre, es imprescindible para una “progresión por tierras desconocidas” (Morin, 1981) que paradójicamente se constituyan como aperturas o soluciones útiles ante contingencias particulares. La disyunción científica contemporánea puede encontrar límites frente a la complejidad del hecho humano.

La formulación de caso (FC) refleja con claridad esta encrucijada entre los aspectos técnicos, investigadores y reflexivos de la disciplina en su praxis, abriendo las puertas a hipótesis y teorías clínicas, germen de ulteriores análisis sistemáticos de lo que ocurre en el espacio terapéutico a nivel descriptivo y exploratorio (Braakmann, 2015). Formalmente, la FC se detalla como una competencia nuclear para el desempeño de la psicología clínica en el currículo formativo inglés (Division of Clinical Psychology, 2010). Lo mismo sucede en España, donde entre las profesiones relacionadas con la salud mental, la formulación *de caso* se incluye reiterada y enfáticamente entre los objetivos de la programación docente de las dos rotaciones principales de la residencia en psicología clínica (atención a la salud mental comunitaria, ambulatoria y de soporte de la atención primaria y en psicología clínica infantil y de la adolescencia; Orden SAS/1620/2009), subrayando su importancia clave en el quehacer profesional. Para psiquiatría solo se menciona como competencia la formulación *diagnóstica* (Orden PCM/205/2023), mientras que en enfermería especialista no es referida (Orden SPI/1356/2011). El lector perspicaz notará que el matiz asociado a la formulación entre disciplinas no es menor, alude en esencia al objeto de estudio y epistemología de cada disciplina, por lo tanto, encierra una de los grandes tesoros profesionales de la psicología clínica en su ejercicio respecto al conjunto de las especialidades y profesiones sanitarias, se *formulan casos y no solo diagnósticos*, desgraciadamente no es este el lugar adecuado para profundizar en esta diferencia identitaria.

## Aproximaciones hacia una Definición de FC en Psicología Clínica

La evidencia acumulada hasta principios del siglo XXI es rotunda señalando “el impacto causal de las adversidades relacionales y sociales, mediadas por las respuestas corporales, sobre el sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador” (Johnstone y Boyle, 2020, p. 226), que en última instancia incrementan la presentación de cuadros asociados a la salud mental y disfuncionalidades en otros contextos. También sabemos que existen factores mediadores en la respuesta a estas adversidades; por ejemplo, relaciones de apego, apoyo social, mecanismos biológicos o estilos emocionales y cognitivos (Johnstone y Boyle, 2020), muchos de ellos idiosincrásicos al individuo o grupo afectado, por lo tanto entendidos desde la subjetividad. Es en la elaboración del tratamiento a partir de la ponderación de los factores descritos donde cobra sentido la FC. En España, la atención a la salud mental se realiza de forma muy destacada en los múltiples dispositivos del Sistema Nacional de Salud (SNS) preparados al efecto. Estas son unidades multidisciplinares, donde los saberes aspiran a complementarse, trabajar hacia el mismo objetivo desde diferentes saberes de partida, descritos en los propios planes de estudio de cada profesión. En las siguientes líneas bosquejamos, de entre las decenas de propuestas existentes (ver una muestra en Corrie y Lane, 2010) dos perspectivas particularmente relevantes sobre la formulación *psicológica* o *de caso*, entendidas en este trabajo como sinónimas, ya que, en la *multidisciplinariedad del SNS, el psicólogo aportará los saber propios de su disciplina, la Psicología (Clínica)*.

La primera interpretación sobre la FC parte de un documento institucional británico, firmado por la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología, en un texto titulado *The core purpose and philosophy of the profesión* (Division of Clinical Psychology, 2010), donde se describe que:

La formulación psicológica es la suma e integración de los conocimientos que se adquieren mediante este proceso de evaluación

que puede implicar factores y procedimientos psicológicos, biológicos y sistémicos. La formulación se basará en la teoría y la investigación psicológicas para proporcionar un marco que describa el problema o las necesidades del cliente, cómo se ha desarrollado y cómo se mantiene.

Debido a su particular formación en la relación de la teoría con la práctica, los psicólogos clínicos podrán recurrir a una serie de modelos (bio-psico-sociales) para satisfacer necesidades o apoyar la toma de decisiones, por lo que una formulación puede comprender una serie de hipótesis provisionales. La intervención psicológica, si se considera apropiada, se basa en la formulación (pp. 5-6).

La descripción enfatiza la gran riqueza conceptual y de modelos a los que el psicólogo clínico puede recurrir para construir formulaciones que ayuden a la persona que muestra dificultades, más allá de las indicaciones realizadas desde la contemporánea ortodoxia terapéutica que induce a la práctica basada en la evidencia, miradas que en ocasiones comprometen más que potencian la eficacia de la intervención (Fernández-Álvarez et al., 2020). No obstante, esta propuesta adolece de concreción operativa, imprescindible en la cotidianidad de la práctica aplicada en instituciones públicas como el SNS o su homóloga inglesa NHS. En este sentido y continuando con esta forma de entender la FC, Johnstone y Dallos (2017) proponen aspectos esenciales de contenido a incluir en cualquier forma de interpretar la formulación psicológica:

- Resumen los principales problemas principales del cliente,
- Indican cómo pueden relacionarse entre sí las dificultades del cliente, basándose en teorías y principios psicológicos,
- Sugieren, a partir de la teoría psicológica, por qué el cliente ha desarrollado y mantenimiento las dificultades en determinado momento y situación,
- Indican un plan de intervención basado en los procesos y principios psicológicos ya identificados, y

- Son susceptibles de revisión y reformulación.

Esta propuesta es complementada por la propia institución colegial británica en su imprescindible *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation* (Division of Clinical Psychology, 2011), añadiendo cinco principios fundamentales de consenso de la formulación psicológica en el ámbito de la psicología clínica; a saber: estas han de basarse en teorías y pruebas psicológicas, construirse de forma colaborativa, a partir de un enfoque reflexivo, centrado en el significado personal y entendido más en términos de utilidad que de verdad. La guía británica se construye sobre la propuesta de *formulación integrativa*, entendida como un proceso y no como un mero acontecimiento aislado el tiempo, donde el recurso a las habilidades completas de los psicólogos clínicos describe una perspectiva teórica de base amplia, integrada y multimodelo (similar a lo propuesto para la profesión de psicólogo clínico en España), que sitúa el significado personal dentro de sus contextos sistémicos, organizativos y sociales más amplios. Desde aquí, la mejor práctica debería basarse en una elección sopesada en lo referente a qué incluir o excluir en cualquier formulación, adaptada según sea necesario a las circunstancias y contextos particulares del usuario, del servicio o del equipo durante el proceso asistencial.

Varios puntos fuertes destacan en esta perspectiva sobre la FC, destacaremos dos, su énfasis aplicado asume la realidad contemporánea de una praxis profesional mayoritariamente integrativa o ecléctica (Behan, 2022; Rihacek y Roubal, 2017), además de su clara inspiración comunitaria (Gofin y Gofin, 2010). Merece la pena destacar que esta propuesta entiende que, tras el término *usuario* se alude no solo a individuos sufrientes, sino a otros como su familia o cuidadores, en la línea de la asistencia propia de instituciones como el SNS. De la misma forma subrayaremos dos limitaciones, de una parte el riesgo que, desde la presión hacia el pragmatismo ecléctico que rige la práctica clínica actual en el SNS (u otras instituciones), se falte a la norma básica de respeto intelectual y formal hacia otras elaboraciones teóricas y técnicas bien

desarrolladas (Olabarría, 2001), un riesgo que podría desdibujar la validez de la FC y la profesión en sí misma. De otra, el que la riqueza y posibilidades subyacentes a la propuesta se hagan incompatibles respecto a otras funciones del desempeño del psicólogo clínico, en particular a las relacionadas con aspectos de gestión y evaluación de la eficacia o efectividad de sus intervenciones y su repercusión sobre aspectos de política sanitaria. El psicólogo clínico ha de lidiar con la paradoja de que en la asistencia al malestar del usuario, una FC plenamente integrada, compleja y multimodelo no ha de ser necesariamente más provechosa que otra construida sobre un modelo único (Johnstone y Dallos, 2017). Parece claro que los datos y la investigación han de ejercer como anclaje para la toma de decisiones en los procesos de FC y consecuente construcción de la intervención clínica.

La segunda perspectiva sobre la FC anunciada aspira a realizar un abordaje basado en la evidencia, a sistematizar la obtención de datos y a su estudio científico. Para Tracy Eells, la FC es una herramienta para la práctica clínica que comprende un conjunto de hipótesis articuladas sobre los problemas del cliente, incluyendo sus causas, precipitantes y las condiciones que lo mantienen. La FC aborda problemas psicológicos, interpersonales y conductuales e incluye un plan para tratar estos temas en psicoterapia (Eells, 2015). Para el autor, más allá de la teoría psicológica que sustente a la FC, esta ha de construirse sobre la evidencia, señalando tres criterios básicos:

- La hipótesis ha de basarse en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante, ya sea que ésta proceda de la literatura sobre investigación en psicoterapia, o de la literatura sobre investigación en psicología entendida de forma amplia.
- En la medida en que la FC implica un juicio clínico, se puede considerar que se basa en la evidencia si en el desarrollo de la formulación se siguieron procesos de razonamiento con base empírica.
- Una FC está basada en la evidencia si se ha desarrollado sistemáticamente, siguiendo un

formato estructurado que facilita la presentación y la evaluación de la información relevante.

Este propuesta parte de la definición clásica de práctica basada en la evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) donde se integran la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente (p. 273); sin olvidar que el propio documento marco subraya la posibilidad de no condicionar la articulación de propuestas de intervención coherentes a la existencia de evidencia de investigación basada en estudios controlados y aleatorizados. Por lo tanto, la FC posibilitaría una estructura ideal sobre la que organizar sistemáticamente todas las fuentes de evidencia (Eells, 2016), especialmente cuando la información idiográfica del paciente contiene contradicciones o incoherencias teóricas o de intervención en su presentación o evolución clínica (Eells, 2022).

Se propone la construcción sistemática de FCs sobre la evaluación continuada en los diferentes momentos del proceso de intervención, aspirando a generar evidencias que favorezcan el proceso sistemático de discriminación y selección de las mismas en la toma de decisiones que guíen el tratamiento o en el establecimiento de marcadores de cambio. La evidencia válida incorporable a una FC se entiende como una dimensión amplia y diversa, delimitada de un extremo por la información procedente de la investigación dura (procesos psicológicos básicos, o ensayos controlados y aleatorizados), y del otro, aquellas fuentes de información menos sólidas (intuiciones del profesional o el consejo experto), si bien cualquier evidencia ha de someterse a un proceso de comprobación de hipótesis y sus resultados serán entendidos más en términos relativos que categoriales (Eells, 2016). En consecuencia, el análisis incluye tanto variables generales de contenido de la intervención psicoterapéutica como otras de proceso, particulares y específicas al trabajo realizado en la diada clínico-paciente. Además, dado que se entiende el juicio clínico como un puente entre evidencia y la toma de decisiones, se enfatiza la

importancia de la solidez del mismo, interesándose sobre posibles errores sistemáticos en el razonamiento del terapeuta (Magnavita y Lilienfeld, 2016), aspecto que se encuentra en el corazón mismo de la polémica entre el modelo profesional de clínico investigador versus reflexivo señalada más arriba (Lilienfeld y Basterfield, 2020). En consecuencia, el énfasis en la evidencia presenta como contrapartida el desenfocar la centralidad, dentro del propio proceso de intervención, del significado personal aportado por el paciente que se somete a tratamiento como determinante en la toma de decisiones, a pesar de que el modelo no es ajeno a la importancia de las facetas de significado (Eells, 2022).

La investigación generada desde la FC basada en la evidencia ha puesto de manifiesto cuestiones relevantes del quehacer clínico; sabemos que los profesionales expertos construyen FC de mayor calidad en términos de sistematicidad, complejidad y elaboración que los novatos o que las personas no formadas en esta habilidad (Eells et al., 2005), en un patrón que alterna información descriptiva e inferencial ratificada en investigación confirmatoria (Eells, 2010; Vollmer et al., 2013). La comparación de resultados entre el tratamiento basado en la FC frente a intervenciones basadas en la evidencia no ofrecen diferencias significativas entre grupos (Chorpita et al., 2013; Ghaderi, 2011). En la actualidad conocemos poco respecto al impacto de la FC en los resultados, algún trabajo ha demostrado un pequeña relación entre la calidad de la FC y la respuesta al tratamiento, particularmente en casos complejos (Kuyken et al., 2005), aunque el impacto de sesgos

metodológicos y cognitivos asociados a la propia actividad de formular aún por superar limitan la comprensión de los resultados (Mumma, 2011).

## La propuesta de FC de la Revista *Psicología Clínica*

Tras estas nociones básicas del ámbito de la FC pasamos a bosquejar una propuesta-guía para la redacción de los artículos FC remitidos a la revista *Psicología Clínica* (ver Figura 1). Las indicaciones se fundamentan en los principios de la psicología FC basada en la evidencia planteadas por Eells (2015) sin renunciar al desarrollo de alternativas de formulación integrativas construidas sobre el significado personal (Division of Clinical Psychology, 2011). Por otra parte, la FC no es ajena al contexto en el que se desarrolla; las propuestas remitidas han de responder al marco deontológico y legal que ampara el desempeño del psicólogo clínico (sea dentro o fuera del SNS), delimitada tanto en el código deontológico del psicólogo (Consejo General de la Psicología de España, 2015) como en las propias leyes reguladoras de las distintas profesiones sanitarias. Cualquier propuesta de FC realizada ha de garantizar el completo anonimato del usuario cuya intervención se remite a publicación. No obstante, entiéndase el marco ético en nuestra práctica profesional como un potente motor estimulador de la exploración y la reflexión en el desempeño eficiente más que como meras indicaciones limitadoras de la praxis profesional (Pastor, et al., 2024). Sin otro propósito, pasamos a sistematizar los apartados básicos a incluir en la elaboración de la FC:

**Figura 1.**  
Modelo de Formulación de Caso Propuesto para la Revista *Psicología Clínica*



Nota. Adaptado de *Psychotherapy Case Formulation* (p.72), por T. Eells, (2015). American Psychological Association.

## Contexto Asistencial

Breve introducción sobre características profesionales del autor o autores, del dispositivo donde prestará la asistencia y sobre la forma en que se trabaja en el mismo.

## Recogida de Información

Resumen y exposición de las características imprescindibles y relevantes para comprender la situación del usuario sometido a tratamiento en claves sociodemográficas (sexo, edad, nivel formativo, profesión o características socioculturales relevantes) y clínicas (motivo de consulta, historial de problemas médicos y/o mentales propio y/o familiar, aspectos relevantes del desarrollo, sociales, educativos, o problemas con la justicia). Este apartado puede incluir los resultados de pruebas psicométricas o de otra naturaleza que clarifiquen esta situación clínica.

### *El usuario/cliente*

Breve descripción inicial en clave de características personales y socioculturales imprescindibles para la comprensión de la demanda clínica. También antecedentes médicos, compromisos evolutivos relevantes o descripción de los tratamientos previos, así como recursos y fortalezas que facilitarán la valoración del tratamiento.

### *Motivo de consulta*

*Evaluación y elaboración de la información clínica asociada al motivo de consulta:*

**Ámbito intrapsíquico**, distinguiendo cuatro niveles de análisis:

**Conducta:** Alteraciones comportamentales por exceso o por defecto.

**Pensamiento:** Ideación intrusiva, sesgos cognitivos, estructura esquemática, compromisos metacognitivos o cuestiones identitarias, entre otras, tendrían cabida en esta descripción.

**Afecto y ánimo:** Cuestiones asociadas a la experiencia afectiva y a su gestión emocional por exceso por defecto o disregulada.

**Cuestiones existenciales/espirituales:** Aspectos asociados a la soledad esencial, la inevitabilidad de la muerte, sentimientos de falta de sentido y de propósito, o cuestiones relacionadas con la libertad y la responsabilidad.

**Ámbito relacional:** Descripción de características relacionales relevantes en los diferentes contextos significativos de desarrollo del individuo: pareja, familia, escuela, trabajo o participación social y comunitaria.

**Ámbito social:** Cuestiones amplias que condicionan la forma en que el individuo se relaciona con la sociedad general: problemas legales, financieros o de acceso a trabajo o vivienda son ejemplos de ellas.

## Formulación

De forma ideal este apartado se organizaría en torno a las siguientes cuestiones:

*Identificación colaborativa de los objetivos del tratamiento.*

Acuerdo entre profesional y usuario respecto a las dificultades presentadas y su priorización para la organización del tratamiento. Aspectos relacionados con el significado personal son relevantes al respecto.

### *Diagnóstico*

Reconociendo que la FC no necesita, *sensu estricto*, diagnósticos formales para su elaboración, se opta por su inclusión al representar los trastornos mentales el objetivo mismo de la profesión de Psicólogo Clínico en España (Orden SAS/1620/2009). En segundo plano se propone para facilitar cuestiones de comunicación entre profesionales y otras cuestiones legales y asociadas a la gestión.

### *Hipótesis explicativa*

Constituye la clave del ejercicio de FC, el mecanismo central que ofrece una perspectiva sobre la forma en que se pueden estar generando las dificultades y su resolución. Se trata de una propuesta operacionalizada en forma de hipótesis explicativas, con origen en el extenso corpus teórico y/o de investigación del

ámbito de la psicología, que abordan el origen, mantenimiento y fracaso en los intentos previos de resolución de las quejas, síntomas, problemas o dificultades, y a partir de la cual proponer una secuencia de pasos diseñados para guiar el tratamiento y ayudar al cliente a resolverlos.

### *Planificación del tratamiento*

Enlace entre la hipótesis explicativa y la intervención o tratamiento, por lo tanto, la orientación y organización de la acción terapéutica sobre la base de una relación terapéutica activa, en la línea de las estrategias clínicas según lo planteó Goldfried (1980). Puede incluir una declaración explícita de los objetivos a corto y largo plazo, de los objetivos de proceso y finales, así como los pasos a seguir para alcanzarlos. La planificación del tratamiento ha de tener en cuenta las capacidades del usuario/cliente en su secuencialidad y la evaluación de la evolución post-intervención, flexibilizando y reestructurando los objetivos en función de la respuesta.

### **Tratamiento**

Descripción de la implementación del plan de tratamiento en forma de conjunto de técnicas desarrolladas para abordar las dificultades enumeradas, basadas en la evidencia disponible, las características del usuario/cliente (fortalezas, preferencias, cultura, etc...) y las posibilidades operativas del clínico o dispositivo de intervención.

### **Monitorización de Progreso.**

Evaluación de diferentes variables propias del proceso terapéutico en determinados momentos temporales del mismo que proporcionen un feedback objetivo a través del cual sopesar la eficacia del tratamiento, la oportunidad de interrumpirlo o quizá la necesidad de establecer una nueva formulación y estrategias de intervención alternativas. Bajo este propósito se han propuesto medias específicas, en su mayoría validadas al español, como por el ejemplo el Outcome Questionnaire-45 (OQ-45, Lambert et al., 1996), el Clinical Outcomes in Routine Evaluation system (CORE-OM, Barkham et al., 2001), o el Partners for Change Outcome

Management System (PCOMS, Miller, Duncan, Sorrell, y Brown, 2005). Sin embargo, el monitoreo del proceso puede ser planteable desde otros instrumentos más accesibles en la práctica diaria, como el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer, y Brown, 1996), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988) e incluso de otras medidas de aplicación breve como la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006), o el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9, Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001).

### **Conclusiones**

Exposición detallada de los aspectos informativos derivados de la formulación y el tratamiento descritos respecto a la literatura disponible. En el caso de estudios innovadores, resumen de las aportaciones terapéuticas enumeradas respecto de otros enfoques terapéuticos posibles. El autor puede profundizar en la naturaleza de las variables que originaron la decisión (aspectos relacionados al usuario, al profesional o al dispositivo asistencial), enfatizando aspectos de la intervención a investigar, cuestionar o incorporar en los modelos de intervención preponderantes que pudieran optimizar los resultados.

### **Conclusión**

La FC constituye una fuente de producción de evidencia desde los más tempranos inicios de nuestra disciplina, e integra información diversa y compleja para dar respuestas a circunstancias concretas (Gilboa-Schechtman, 2024). El presente trabajo propone un formato estructurado de recopilación de información del proceso de intervención a lo largo de sus diferentes etapas, bajo la esperanza de que su análisis enriquezca futuras formulaciones teóricas y técnicas que optimicen en última instancia el desarrollo de modelos de comprensión e intervención sobre el sufrimiento humano. Se trata esta de una propuesta básica de presentación de los datos que intenta evitar diversas lagunas informativas en la descripción de la misma, y que a la vez se ajusta a las propuestas científicas actuales. No obstante,

conscientes de la gran amplitud de ámbitos desde donde se ejerce la psicología clínica, se evaluarán propuestas que, manteniendo esta estructura básica amplíen u obvien cuestiones particulares a cada caso bajo una justificación suficiente.

Entendemos que una FC no puede prescindir de control metodológico, como tampoco del recurso a las teorías psicológicas en sentido extenso; el psicólogo clínico puede y debe, al participar en los equipos multidisciplinares del SNS, introducir la riqueza de su disciplina en beneficio del usuario enriqueciendo las FC. También resulta de particular importancia el análisis de la aportación del usuario – protagonista indiscutible del cambio– a la FC, en cuanto al significado personal que deposita en la relación con un profesional en determinado contexto terapéutico. Todas estas son cuestiones nucleares a nuestra disciplina y enfatizan la dificultad de su praxis, condicionada en aspectos tecnológicos, pero también por otros humanos (Pérez-Álvarez, 2018) a partes (des)iguales.

## Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ... McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184-196. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.2.184>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Behan, D. (2022). Do clients train therapists to become eclectic and use the common factors? A qualitative study listening to experienced psychotherapists. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00886-6>
- Braakmann, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. En O. C. G. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.) *Psychotherapy Research* (pp. 39-65). Springer [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_3)
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 1-24). Pergamon.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Youn, S. J., y Page, A. C. (2021). Practice-based evidence—Findings from routine clinical settings. En *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition, 7th ed.* (pp. 191-222). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons, Inc.
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., ... Gibbons, R. D. (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: a comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 999-1009. <https://doi.org/10.1037/a0034200>
- Consejo General de la Psicología de España. (2015). Código Deontológico del Psicólogo. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Corrie, S., y Lane, D. (2010). *Constructing Stories, Telling Tales: A Guide to Formulation in Applied Psychology*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429473173>
- Division of Clinical Psychology. (2010). *The Core Purpose and Philosophy of the Profession*. Leicester: The British Psychological Society.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Eells, T. (2016). ¿Qué es una Formulación de Caso Basada en la Evidencia? *Revista de Psicoterapia*, 27, 47-57. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.125>
- Eells, T. D. (2010). The unfolding case formulation: The interplay of description and inference. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), 225-254. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v6i4.1046>
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation. Psychotherapy case formulation*. Washington, DC,

- US: American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14667-000>
- Eells, T. D. (Ed.). (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation, 3rd ed. Handbook of psychotherapy case formulation, 3rd ed.* New York, NY, US: The Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 579-589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Espinosa-Duque, D., y Krausse, M. (2020). El desafío de integrar teoría, investigación y práctica clínica en psicoterapia. *Revista CES Psicología, 13*(3), i-ix.
- Farreras, I. G., Routh, D. K., y Cautin, R. L. (2016). History of clinical psychology following World War II. En *APA handbook of clinical psychology: Roots and branches, Vol. 1* (pp. 19-40). Washington, DC, US: American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14772-002>
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Penedo, J. M. G., y Youn, S. J. (2020). The gap between research and practice: Towards the integration of psychotherapy. *Papeles del Psicólogo, 41*(2), 81-90.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M. B., ... Crossman, R. E. (2009). Competency benchmarks: A model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology, 3*(4, Suppl), S5-S26.  
<https://doi.org/10.1037/a0015832>
- Gamarra, M. (2023). Apenas 247 plazas PIR para los casi 4.000 psicólogos presentados en la convocatoria de FSE de 2024. Recuperado de [https://www.consalud.es/formacion/pir/solo-247-plazas-pir-casi-4000-psicologos-presentados-en-convocatoria-fse-2024\\_136378\\_102.html](https://www.consalud.es/formacion/pir/solo-247-plazas-pir-casi-4000-psicologos-presentados-en-convocatoria-fse-2024_136378_102.html)
- Ghaderi, A. (2011). Does Case Formulation Make a Difference to Treatment Outcome? En *Forensic case formulation* (pp. 61-79).  
<https://doi.org/10.1002/9781119977018.ch3>
- Gilboa-schechtman, E. (2024). Case Conceptualization in Clinical Practice and Training
- Case Conceptualization: There Is Nothing More Practical Than a Good Theory, 6, 1-11.
- Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Pastor-Morales, J., y Inchausti, F. (2023). Autocuidado del terapeuta. En E. Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedredo (Ed.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 645-667). Piramide.
- Gofin, J., y Gofin, R. (2010). *Essentials of global community health*. Jones y Barlett Learning.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*(11), 991-999.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Hanley, T., y Amos, I. (2017). The scientist-practitioner and the reflective-practitioner. En V. Galbraith (Ed.), *Topics in applied psychology: Counselling psychology* (pp. 167-182). Routledge.
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2020). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales*. Leicester: British Psychological Society.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2017). Introducción a la formulación. En *La formulación en la psicología y en la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. (pp. 27-52). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Kennedy, P., y Llewelyn, S. (2001). Does the future belong to the scientist practitioner? *Psychologist, 14*(2), 74-77.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., y Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy, 43*(9), 1187-1201.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.007>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., y Reisinger, C. W. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services, 50-80.

- Lilienfeld, S. O., y Basterfield, C. (2020). Reflective practice in clinical psychology: Reflections from basic psychological science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(4), 1-16. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12352>
- Magnavita, J. J., y Lilienfeld, S. O. (2016). Clinical expertise and decision making: An overview of bias in clinical practice. En *Clinical decision making in mental health practice*. (pp. 23-60). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14711-002>
- Meehl, P. E. (1957). When shall we use our heads instead of the formula? *Journal of Counseling Psychology*, 4(4), 268-273. <https://doi.org/10.1037/h0047554>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., y Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*. Miller, Scott D.: Institute for Study of Therapeutic Change, P.O. Box 578264, Chicago, IL, US, 60657-8264, [scottdmiller@talkingcure.com](mailto:scottdmiller@talkingcure.com); John Wiley y Sons. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., y Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000191-000>
- Morin, E. (1981). *El método I: la naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Mumma, G. H. (2011). Validity issues in cognitive-behavioral case formulation. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 29-49. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000054>
- Olabarría González, B. (2001). Reflexiones acerca de la psicoterapia, la formación y el movimiento de la integración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(80), 61-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019675006>
- Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos. (2023). *Boletín Oficial del Estado*, 54, 32231-32291. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/03/02/pcm205>
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 146, 51210-51236. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. *Boletín Oficial del Estado*, 123, 51802-51822. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356>
- Pastor Morales, J., Armesto Luque, L., Sanguino Osuna, L., Romero Gamero, R., Poves Oñate, S., y Tocino Expósito, V. M. Hacia un desempeño profesional éticamente guiado: Un análisis en contexto. *Psicología Clínica*.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). La Psicoterapia Como Ciencia Humana, Más Que Tecnológica. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Rihacek, T., y Roubal, J. (2017). Personal therapeutic approach: Concept and implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 548-560. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/int0000082>
- Ródenas Perea, G., Bellido-Zanin, G., Morales, J., de la Vega Rodríguez, I., Guarch, M., y Prado-Abril, J. (2023). Dear Trainees, Take Care of Yourselves: A Guide to Surviving Clinical Psychology. *Papeles del Psicólogo*, 44, 78-84.
- Siló, E. (2022, diciembre 5). Los titulados en Psicología crecen sin freno pese a la falta de empleo. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/educacion/universidad/2022-12-05/los-titulados-en-psicologia-crecen-sin-freno-pese-a-la-falta-de-empleo.html>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Vollmer, S., Spada, H., Caspar, F., y Burri, S. (2013). Expertise in Clinical Psychology. The Effects of University Training and Practical Experience on Expertise in Clinical Psychology. *Frontiers in Psychology*, 4. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2013.00141>