

# 9



## Formulación de casos cognitivo-conductual

*Jacqueline B. Persons*  
*Michael A. Tompkins*

CAPÍTULOS MUESTRA

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ENFOQUE

El modelo de terapia cognitivo-conductual (TCC) guiado por formulación de casos que presentamos aquí tiene múltiples orígenes históricos. Uno es el método científico. En el modelo que describimos, la formulación es una hipótesis; el terapeuta y el paciente usan la hipótesis de formulación como la base para el diseño de estrategias de intervención y recolectan datos para probar la hipótesis y evaluar si las intervenciones están ayudando al paciente a alcanzar sus objetivos. Otro origen histórico es la tradición del estudio de organismos únicos en psicología (Morgan y Morgan, 2001). Otros antecedentes incluyen el esfuerzo por integrar la ciencia y la práctica en la psicología (Baker y Benjamin, 2000); el movimiento para desarrollar el cuidado de la salud mental basado en evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Spring, Marchese y Steglitz, 2019); y los esfuerzos de la psicología clínica para desarrollar y promover los tratamientos apoyados empíricamente (TAEs; Chambless y Ollendick, 2001). Nuestro modelo también se fundamenta en el liderazgo de Hunsley y Mash (2007) y otros métodos de evaluación basados en evidencia.

Nuestro pensamiento se sostiene fuertemente en formulaciones basadas en evidencia para trastornos y síntomas específicos que han sido desarrollados en los últimos 60 años por teóricos y desarrolladores de tratamientos cognitivo-conductuales. Nos guiamos sobre todo en el modelo cognitivo de Aaron T. Beck como fundamento para el desarrollo de una formulación de caso por varias razones. Primero, ha demostrado proveer un tratamiento efectivo para un rango de trastornos (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012). Se-

gundo, el modelo de Beck es un fundamento para muchas formulaciones y tratamientos cognitivo-conductuales enfocados en trastornos específicos, tal como la teoría de que la sensibilidad relacionada con la ansiedad causa y mantiene el trastorno de pánico (Reiss y McNally, 1985). La terapia de procesamiento cognitivo para el trastorno de estrés posttraumático (Resick y Schnicke, 1993) y otros demasiado numerosos para enlistar aquí. Ya que gran parte de los tratamientos para muchos trastornos se sustenta en los elementos clave del modelo cognitivo de Beck, sostenemos que el modelo de Beck es esencialmente un tratamiento transdiagnóstico. Tercero, el modelo es flexible y fácilmente puede ser adaptado a cada caso.

Nuestras ideas se apoyan en los hombros de otros terapeutas cognitivo-conductuales que han escrito acerca de la formulación de casos, especialmente los analistas funcionales (Haynes y O'Brien, 2000; Nezu, Nezu, Friedman y Haynes, 1997) Aaron T. Beck (1983) e Ira Turkat (1985), así como el trabajo más reciente de muchos, incluyendo a Judith S. Beck (1995); Kuyken, Padesky y Dudley (2009); Nezu, Nezu y Lombardo (2004); Sturmey (2008); y Tarrier y Johnson (2015).

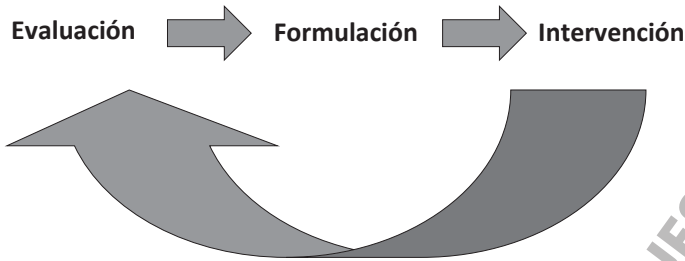
## MARCO CONCEPTUAL

Nuestra visión de la formulación de casos cognitivo-conductual se basa en dos modelos conceptuales, uno de TCC guiado por formulación de casos y uno de la formulación de casos en sí mismo. La TCC guiada por formulación de casos (véase la Figura 9.1) es un enfoque de tratamiento empírico de evaluación de hipótesis que incluye tres elementos clave: **evaluación, formulación e intervención**. La información obtenida durante la evaluación se utiliza para desarrollar una formulación, la cual constituye una hipótesis acerca de las causas de los trastornos y problemas del cliente que se utiliza como base para la intervención. Conforme procede el tratamiento, el terapeuta regresa repetidamente a la fase de evaluación, recolectando datos para monitorear el proceso y el progreso de la terapia y utilizando dichos datos para actualizar la formulación y el plan de intervención conforme sea necesario.

Nuestro modelo de formulación o conceptualización de caso (utilizamos estos términos de manera intercambiable) se presenta en la Figura 9.2. La figura ilustra los elementos clave de la formulación del caso: los problemas en la lista de problemas, los mecanismos o factores (utilizamos estos términos de manera intercambiable) que se estima causan y mantienen los problemas, los orígenes de los mecanismos y los precipitantes de los problemas.

### TCC guiada por formulación de casos: un enfoque empírico al caso único

La TCC guiada por formulación de casos provee un método sistemático de organizar información sobre los factores que se hipotetiza mantienen los problemas de un cliente particu-

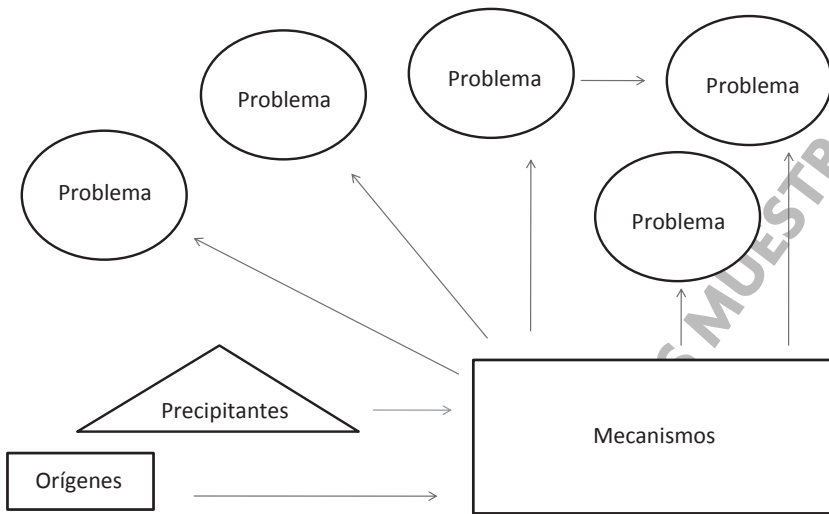


**Figura 9.1.** Terapia cognitivo-conductual guiada por formulación de casos. Copyright © Jacqueline B. Persons.

lar y se utiliza para guiar el tratamiento. El empirismo es central a este método sistemático y organiza cómo formulamos un caso y cómo trabajamos. Un enfoque empírico es un medio para obtener conocimiento a través de la observación directa e indirecta y para la evaluación de hipótesis, y nosotros lo aplicamos al trabajo clínico. Este enfoque con frecuencia es denominado el **método científico** e incluye una serie de pasos.

El primer paso consta de especificar la pregunta. La pregunta usual en psicoterapia es por qué un cliente en particular sufre de un set de problemas específicos. A continuación, formulamos una hipótesis o conceptualización a ser probada. La conceptualización es una hipótesis que posiciona factores clave e interrelaciones entre los factores que se juzga que mantienen los problemas del cliente. A continuación, realizamos una predicción con base en esta hipótesis. Por ejemplo, si nuestra conceptualización mantiene la hipótesis de que la ausencia de actividades placenteras es un factor clave que mantiene la depresión del cliente, entonces nuestra predicción sería que incrementar las actividades placenteras disminuirá los síntomas depresivos del cliente. Entonces llevamos a cabo el experimento, por así decirlo, y ayudamos al cliente a incrementar las actividades placenteras. Para recolectar datos con el fin de evaluar nuestra hipótesis, monitoreamos los cambios en los síntomas depresivos del cliente. Por último, el método científico es un proceso iterativo, como el proceso terapéutico que seguimos. De acuerdo con los datos que recolectamos para evaluar los efectos de una intervención, modificamos la hipótesis actual o generamos una nueva y luego modificamos la intervención o seleccionamos una nueva e implementamos el experimento nuevamente (Persons, Beckner y Tompkins, 2013).

Aplicamos otros principios de empirismo conforme conceptualizamos los casos. Por ejemplo, nos adherimos al **principio de parsimonia**, el cual declara que se prefieren las explicaciones o teorías con el menor número de supuestos o explicaciones para un evento o fenómeno. En el caso de las conceptualizaciones cognitivo-conductuales (CC), un modelo conceptual parsimonioso ayuda al terapeuta a entender los factores psicológicos que se creen responsables del mantenimiento de los problemas del cliente de la manera más sim-



**Figura 9.2.** Elementos de una formulación de caso. Copyright © Jacqueline B. Persons.

ple, y no más. Nos interesamos por la **utilidad del tratamiento** de la conceptualización de los casos, más que en su precisión (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987). Por ello, nos esforzamos en llegar a la teoría o conceptualización más simple que explique los problemas del cliente y que contribuya a un tratamiento que lleve a un progreso hacia los objetivos terapéuticos del cliente.

Conforme desarrollamos una conceptualización, favorecemos iniciar con un marco conceptual **nomotético** basado en evidencia y la elaboración de la estructura para construir una conceptualización ideográfica o individualizada del caso particular. El término **nomotético** se deriva de la palabra griega *nomos*, que significa **ley**, y se refiere a las leyes generales de la conducta. Una teoría nomotética, por ejemplo, describe leyes generales de funcionamiento que aplican a todos los individuos o grupos de individuos (p. ej., la propuesta de que los síntomas del trastorno de pánico resultan de interpretaciones catastróficas erróneas de sensaciones somáticas benignas; Reiss y McNally, 1985). La palabra **ideográfico** se deriva de la palabra griega *idios*, que significa **uno mismo y privado**, y se refiere a teorías que son **aplicables a un caso específico particular** (Cone, 1986). Por ejemplo, una formulación ideográfica de la hipótesis de pánico nomotética que acabamos de describir podría proponer que los síntomas de pánico de Sam resultan de su miedo de que si experimenta palpitaciones mientras conduce por el puente San Francisco-Oakland, esto significa que es probable que tenga un ataque cardíaco y muera. Por lo tanto, el método de conceptualización descrito aquí es un método sistemático para adaptar conceptualizaciones nomotéticas basadas en evidencia a un caso particular para formar una conceptualización ideográfica o individualizada.

El método científico es un **enfoque de solución de problemas** para desarrollar conocimiento y un entendimiento que contribuya al tratamiento. Una conceptualización, entonces, es sólo tan buena como su habilidad para resolver los problemas del cliente. Este enfoque se refleja no sólo en el proceso de conceptualización sino también en la actitud de los terapeutas CC. En vez de preguntar: "¿De qué te gustaría hablar hoy?"; es más probable que un terapeuta CC pregunte: "¿En qué problemas te gustaría trabajar hoy?"

Por último, el **empirismo colaborativo** ha sido una característica definitoria de la TCC desde su inception (Beck, 1967). El empirismo colaborativo es el proceso sistemático mediante el cual el cliente y el terapeuta son coinvestigadores, ya que clarifican y definen los objetivos del tratamiento e investigan los pensamientos del cliente en conjunto. A través del empirismo colaborativo, los terapeutas ayudan a los clientes a probar su propio pensamiento a través de observaciones personales y experimentos (Beck y Dozois, 2011). El empirismo colaborativo también juega un papel en la conceptualización de casos CC. El terapeuta y el cliente trabajan juntos para desarrollar un entendimiento compartido de los problemas del cliente y sus relaciones. Padesky y colaboradores (Kuyken *et al.*, 2009) utilizan el término **conceptualización de caso hombro a hombro** para describir su proceso colaborativo.

## Elementos de la formulación de casos CC

La formulación de casos CC ilustrada en la Figura 9.2 es una hipótesis que une, en una breve narrativa o diagrama, los **mecanismos** que causan y mantienen los **problemas** del cliente, los **orígenes** de los mecanismos y los **precipitantes** que actualmente activan los **mecanismos** para causar los **problemas**. La formulación también describe la relación entre los **problemas** y **mecanismos**.

### Problemas

Utilizamos el término **problemas** para referirnos a síntomas manifiestos o visibles, trastornos o dificultades que el cliente experimenta en cualquiera de los siguientes dominios: síntomas psicológicos/psiquiátricos, interpersonal, ocupacional, escuela, médico, financiero, vivienda, legal y ocio, así como problemas del tratamiento de salud mental o médico (Linehan, 1993; Nezu y Nezu, 1993; Turkat, 1985). Una formulación de caso comprehensiva considera todos los problemas del cliente en todos estos dominios; la noción es que para poder entender el caso lo suficientemente bien como para diseñar un plan de intervención efectivo, el terapeuta debe conocer todos los problemas y cómo están relacionados.

Recomendamos que el terapeuta atienda a la utilidad del tratamiento al construir la lista de problemas. Por ejemplo, incluso si la conducta suicida es un síntoma de depresión y el problema de depresión aparece en la lista de problemas, ya que la conducta suicida es un problema significativo por sí mismo que requiere una atención de alta prioridad en el tratamiento, el terapeuta puede elegir incluirlo en la formulación como un problema en la lista

de problemas. Por la misma razón, el terapeuta podría elegir incluir en la lista problemas tales como baja motivación al tratamiento o una pobre adherencia a tratamientos previos.

### **Mecanismos**

El corazón de la formulación es una descripción de los mecanismos o procesos que parecen causar y mantener los problemas del cliente. La formulación de caso CC enfatiza los mecanismos psicológicos, pero también puede incluir mecanismos biológicos. La conceptualización CC se basa en modelos cognitivos y conductuales de psicología y psicopatología. El modelo cognitivo de psicología de Beck es un fundamento particularmente importante y útil de la conceptualización de casos CC (Beck y Bredemeier, 2016). El modelo cognitivo de Beck propone que los problemas o trastornos psicológicos se mantienen por el pensamiento y las conductas disfuncionales del cliente. Los pensamientos disfuncionales juegan un rol particularmente crucial e influyen las reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales del cliente. El modelo describe la interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, y argumenta que a través de modificar o cambiar pensamientos y/o conductas, los clientes pueden cambiar sus respuestas emocionales a los eventos.

### **Orígenes de los mecanismos**

Aquí la formulación describe los factores distales que causaron los mecanismos (en contraste a los precipitantes, los cuales se describen a continuación, que pueden verse como factores proximales o inmediatamente causales de los problemas). Por ejemplo, si se utiliza la teoría de Beck, la parte de la formulación correspondiente a "orígenes" describe cómo el paciente aprendió las creencias disfuncionales, o esquemas, que causan sus problemas. La sección de orígenes de la formulación también puede identificar las causas de mecanismos biológicos, como en el caso de Briana descrito más adelante, en el que se denotan probables causas genéticas de mecanismos biológicos asociados a su depresión. Los factores culturales frecuentemente también son relevantes, así como los factores familiares, otros factores sociales y aspectos del ambiente físico que pueden contribuir a los orígenes de los mecanismos que causan y mantienen los problemas.

### **Precipitantes de los problemas actuales**

Las formulaciones nomotéticas CC son hipótesis de diátesis-estrés, las cuales proponen que los síntomas y problemas resultan de la activación de vulnerabilidades psicológicas y/o biológicas por la presencia de una o más diátesis, o estresores, que pueden ser internas, externas, biológicas, psicológicas o alguna combinación de ellas; utilizamos el término **precipitantes** para referirnos a estas diátesis. En ocasiones, los precipitantes son eventos que causan la aparición inicial de un trastorno o síntoma (p. ej., una promoción puede disparar un episodio de trastorno bipolar) y, en ocasiones, como en el caso de Briana, los precipitan-

tes son eventos (embarazo y cese de la medicación antidepresiva) que disparan la recurrencia de problemas preexistentes (síntomas depresivos) y una exacerbación de problemas de largo plazo (dificultades relacionales).

### ***Uniando los elementos***

El propósito de una formulación es conjuntar una gran cantidad de información acerca de un paciente (orígenes, mecanismos, precipitantes, problemas) en una narrativa coherente que puede entenderse de manera integral más que una lista de factores no relacionados. La formulación del caso puede presentarse en un diagrama, como se muestra en la Figura 9.2 y en el ejemplo de caso descrito más adelante, o en un párrafo.

## **CONSIDERACIONES MULTICULTURALES**

La cultura engloba valores, creencias y conductas de un grupo de personas. Muchos factores influyen en la identidad cultural y los valores del individuo, tal como el grado de aculturación y el ajuste entre la cultura del individuo y la cultura dominante de la comunidad en la que reside el individuo.

El reto de trabajar interculturalmente consiste en incorporar valores y creencias culturales personalmente relevantes sin estereotipar (Hall, 2019). El proceso de desarrollar una formulación de caso y utilizarla para guiar el tratamiento provee un método considerado mediante el cual los factores culturales relevantes pueden incluirse en el diseño y la implementación de los planes de tratamiento cognitivo-conductuales. Nuestro pensamiento toma prestado de Hayes, Muto y Masuda (2011), quienes proponen que la adaptación cultural de la psicoterapia puede lograrse mediante “vincular conocimiento cultural a procesos y principios de psicopatología y cambio conductual” (p. 232). Un ejemplo es el reciente trabajo de Lawrie, Eom, Moza, Gavreliuc y Kim (2020), quienes muestran que la relación entre edad y bienestar está moderada por factores culturales y, en particular, por el grado en el que la cultura evita la incertidumbre. Una mayor edad estuvo asociada con menor bienestar en países que tuvieron un nivel más alto de habitación de la incertidumbre. El clínico que trata a un paciente que proviene de un país con niveles altos de intolerancia a la incertidumbre puede abordar un aspecto cultural de las dificultades del paciente al enfocarse en la evitación de la incertidumbre que se deriva de los antecedentes culturales del paciente.

Basarse en un modo de tratamiento guiado por formulación de caso aborda los factores culturales de dos maneras. Primero, la formulación de caso es un método sistemático que ayuda a los clínicos a considerar el rol de todas las variables relevantes, incluyendo creencias y valores culturales, en el mantenimiento de los problemas del cliente y a utilizar esa información para guiar la selección de estrategias dirigidas a esos problemas. Por ejemplo, un cliente musulmán que buscó tratamiento para ansiedad social puede sentirse inseguro en lugares llenos de gente, en parte debido a su ansiedad social y en parte debido a recientes eventos altamente difundidos en nuestro país y alrededor del mundo en el que

personas musulmanas eran atacadas violentamente. Por lo tanto, el clínico considerará este factor al desarrollar una conceptualización de caso e implementar estrategias de intervención clave, tales como las exposiciones interpersonales.

Segundo, una formulación de caso CC puede ayudar a los clínicos a entender el posible rol de los valores culturales en el desarrollo de la relación terapéutica y el proceso de tratamiento. Por ejemplo, en nuestra experiencia, los individuos con antecedentes u orígenes japoneses que tienen esos valores culturales esperan que los clínicos los dirijan, en vez de solicitar sus opiniones y que colaboren con ellos. No atender este factor cultural puede llevar al clínico a malinterpretar la deferencia del cliente y su pasividad como sinónimos de que el cliente no se encuentra completamente comprometido con el tratamiento. De manera similar, al trabajar con clientes que esperan que el clínico provea una dirección autoritaria, el clínico que atienda a este factor cultural probablemente hará menos empleo del cuestionamiento socrático y más uso de recomendaciones directas. Los factores culturales también pueden jugar un papel en la adherencia y abandono, probablemente en parte debido a valores culturales que estigmatizan la enfermedad mental y el tratamiento. El terapeuta puede hacer un esfuerzo por reducir la probabilidad de que estos pacientes terminen el tratamiento prematuramente al incluir en la formulación del caso factores que contribuyan al abandono. Uno de nosotros (J.B.P.) trató a una mujer mayor coreano-americana con depresión que mostraba altos niveles de autocrítica y vergüenza acerca de sus síntomas depresivos; incluir esta vergüenza y autocrítica en la lista de problemas de la paciente ayudó al terapeuta a prestar atención cercana a este aspecto culturalmente motivado de la presentación de la mujer.

En resumen, el proceso de desarrollar una formulación de caso CC individualizada y utilizarla para guiar el tratamiento proporciona un método sistemático de incluir factores culturales en el tratamiento.

## **BASE DE EVIDENCIA QUE APOYA AL MÉTODO**

Describimos brevemente parte de la evidencia que evalúa si el uso del enfoque guiado por formulación de caso en la TCC (Figura 9.1) contribuye a una mejoría en los resultados del paciente. Persons y Hong (2016) ofrecen una revisión más comprehensiva de este tópico.

Un pequeño número de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) comparó el resultado de la TCC guiada por formulación de caso con el resultado de TCC guiada por el protocolo estandarizado. En su revisión de estos estudios, Persons y Hong (2016) concluyeron que los tratamientos guiados por formulación llevaron a resultados que en general no son diferentes de aquellos y en ocasiones resultan ligeramente superiores a los tratamientos guiados por un protocolo estandarizado. La falla para mostrar una clara superioridad del tratamiento guiado por formulación puede deberse en parte al hecho de que incluso cuando se utiliza un protocolo estándar, el terapeuta individualiza el tratamiento, atendiendo a muchos de los elementos descritos en la formulación de casos (p. ej., cogniciones y conductas ideográficas del paciente).



Recientemente, Hurl, Wightman, Haynes y Virues-Ortega (2016) realizaron un metaanálisis de 13 estudios de 57 análisis de series de tiempo de caso único intrasujeto. El estudio mostró que el tratamiento fue más efectivo cuando se basó en los resultados de un análisis funcional pretratamiento que cuando no lo hizo. La mayoría de los participantes eran niños o adultos jóvenes que recibían tratamiento por conducta disruptiva. La alternativa al tratamiento basado en el análisis funcional fue el tratamiento no basado en un análisis funcional. Por ejemplo, para un caso, el tratamiento no basado en un análisis funcional fue un sistema de *token* que proveía recompensas por jugar de manera cooperativa con los pares, una intervención que no está basada en una evaluación ideográfica de los factores ambientales que controlaban la conducta agresiva del participante con sus pares.

Dos ensayos no controlados conducidos por uno de nosotros (J.B.P.) y colaboradores mostraron que el tratamiento de pacientes ambulatorios con depresión (Persons, Bostrom y Bertagnolli, 1999) y ansiedad (Persons, Roberts, Zalecki y Brechwald, 2006) que estuvo basado en el enfoque guiado por formulación de caso en la TCC aquí descrito tiene resultados similares a la TCC estandarizada o a la TCC más farmacoterapia en ECA.

El elemento del enfoque guiado por formulación de casos al tratamiento (Figura 9.1) que tiene el mayor apoyo empírico es el monitoreo del progreso. Lewis y colaboradores (2018) publicaron una revisión de la investigación sobre el cuidado basado en mediciones, definido como “la evaluación sistemática de los síntomas del paciente antes o durante un encuentro para informar el tratamiento conductual de la salud” (p. 324). Revisaron 22 ECA y mostraron que los pacientes que recibieron un cuidado basado en mediciones tuvieron mejores resultados que los pacientes que recibieron el cuidado usual.

Finalmente, los datos que muestran que el uso de una herramienta de apoyo clínico que ayuda a los profesionales a responder a una señal que indica que el paciente no está respondiendo al tratamiento también proveen apoyo útil para la formulación de casos (Harmon, Hawkins, Lambert, Slade y Whipple, 2005). La herramienta de apoyo clínico que proporciona el estudio de Harmon *et al.* (2005) incita a los clínicos a enfocarse en varios elementos (p. ej., disposición al cambio, grado de apoyo social del paciente) que frecuentemente son parte de una formulación de caso.

Concluimos con la observación de que casi ninguno de estos estudios examinó el beneficio sinérgico de utilizar ambos, la formulación de caso y la evaluación, especialmente datos del monitoreo del progreso que se recolectan para evaluar la formulación y guiar el tratamiento. Nuestro modelo propone que ambos elementos se requieren para capitalizar por completo los beneficios de desarrollar una formulación de caso y utilizarla para guiar el tratamiento.

En relación con lo anterior, no vemos que la TCC guiada por formulación de casos sea un nuevo tratamiento. Más bien, lo vemos como una manera sistemática para adaptar formulaciones nomotéticas basadas en evidencia e intervenciones al caso individual. La formulación de caso ideográfica es una hipótesis y, como tal, debemos recolectar datos para evaluar su utilidad para guiar el tratamiento del paciente que se encuentra en la oficina del terapeuta en ese momento. Desde este punto de vista, los datos más relevantes sobre la utilidad del enfoque guiado por formulación de casos de TCC son los que evalúan el grado

en el que ayuda a alcanzar sus objetivos de tratamiento al paciente que el terapeuta esté tratando en este momento. Para obtener esta información, el terapeuta debe recolectar datos para monitorear el resultado y el proceso de cada tratamiento que proporciona.

## **PASOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA FORMULACIÓN DE CASOS**

Para desarrollar una formulación de caso sugerimos que el clínico lleve a cabo estos pasos en orden: (1) obtener una lista de problemas comprensiva; (2) asignar un diagnóstico o diagnósticos DSM-5 o CIE-10; (3) seleccionar un "diagnóstico de anclaje"; (4) seleccionar una formulación nomotética del diagnóstico de anclaje; (5) individualizar la formulación de tal manera que explique los detalles del caso en mano para todos los problemas en la lista de problemas y sus relaciones; (6) coleccionar información acerca del historial personal y familiar del paciente para poder proponer hipótesis acerca de los orígenes de los mecanismos psicológicos; y (7) recolectar información acerca del inicio de las dificultades actuales para describir los precipitantes del episodio actual de enfermedad o la exacerbación de síntomas. Estos pasos resultan en la información requerida para desarrollar una formulación de caso.

A continuación, describimos cada paso del proceso para obtener una formulación de caso. El orden descrito aquí se encuentra idealizado, por supuesto; de hecho, muchas cosas suelen ocurrir en tándem o en un orden distinto. Por ejemplo, en el proceso de desarrollar una lista de problemas (paso 1), el terapeuta estará pensando sobre (y podría aprender) cómo los problemas están relacionados unos con otros y qué mecanismos podrían estar causándolos o manteniéndolos (pasos 5 y 6).

### **Paso 1: obtener una lista comprensiva de problemas**

Una lista comprensiva de problemas describe todas las cuestiones que el paciente está teniendo en los siguientes dominios: psicológico/síntomas psiquiátricos, interpersonal, ocupacional, educativo, médico, financiero, vivienda, legal y ocio, así como problemas relacionados con tratamientos de salud mental o médicos. Aunque la aglutinación es importante, también es importante mantener la lista de problemas en una extensión manejable. Si la lista es más larga que 10 elementos, puede ser buena idea agrupar algunos de los problemas para acortar la lista. Es útil declarar cada problema en un formato simple utilizando una o dos palabras para nombrar el problema, seguido de una descripción y proporcionando, cuando sea posible, información acerca de algunos de los elementos cognitivos, conductuales, fisiológicos y emocionales del problema. Este paso ayuda al terapeuta (y al paciente) a comenzar a conceptualizar el problema en términos CC.

La principal estrategia que muchos terapeutas utilizan para recolectar una lista comprensiva de problemas es la entrevista clínica. En la entrevista inicial, la tensión que el terapeuta siempre confronta es la presión de ser rápido en entender y abordar las principales preocupaciones del paciente mientras obtiene la información necesaria para entender

cómo estas preocupaciones son parte de un contexto más amplio. Los pacientes usualmente llegan al tratamiento deseando hablar a profundidad acerca de uno o dos asuntos que les están causando problemas. Recomendamos que el terapeuta pase algo de tiempo evocando información acerca de estos asuntos, pero posteriormente pida permiso para dar un paso atrás con el objetivo de obtener un panorama más amplio de la situación del paciente y recolectar información acerca de otras áreas antes de entrar a profundidad en los detalles de la preocupación principal del paciente. Hawkins (1979) utilizó el término **embudo conductual** para describir este proceso de recolectar información acerca de un amplio rango de dominios antes de enfocarse a detalle en problemas o síntomas particulares.

El uso de herramientas de evaluación pretratamiento puede ayudar a resolver la atención entre amplitud y profundidad. Nosotros solicitamos a nuestros pacientes que completen diversas escalas de evaluación antes de iniciar la entrevista, incluyendo la Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001), la Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006), la Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003), la Work and Social Adjustment Scale (Mundt, Marks, Shear y Greist, 2002), la Perseverative Thinking Questionnaire (Ehring *et al.*, 2011) y un extenso cuestionario de admisión que desarrollamos en nuestras propias prácticas y que indaga acerca de la historia familiar y social del paciente, uso de sustancias, enfermedad médica e historial de tratamientos, historial de dificultades psicológicas y psiquiátricas, y tratamiento, así como el historial familiar de enfermedades psiquiátricas (disponible en <https://oaklandcbt.com/forms-and-tools-for-clinicians>). La PHQ-9 y GAD-7 son de dominio público y se encuentran disponibles en [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com). Solicitamos a nuestros pacientes que completen estos cuestionarios en línea o mediante lápiz y papel y los traigan a su primera sesión, para que el terapeuta pueda revisar las respuestas del paciente al inicio de la entrevista y las utilice para enfocar la sesión de evaluación. Tener esta información al inicio de la entrevista reduce la probabilidad de que el terapeuta se entere en los últimos cinco minutos de la sesión acerca de un problema (p. ej., adicción a la heroína) que pueda invalidar por completo la formulación del trabajo inicial y el plan de tratamiento del terapeuta.

La observación cuidadosa puede alertar al terapeuta acerca de problemas que el paciente pudiera no reconocer o verbalizar, tal como una apariencia desaliñada o déficits en habilidades interpersonales. Estos fenómenos constituyen información valiosa acerca de problemas e incluso sugieren hipótesis acerca de los mecanismos subyacentes.

Cuando el terapeuta observa problemas de los que el paciente no está consciente o que el paciente no acepta (p. ej., un problema de abuso de sustancias), el terapeuta podría o no desear insistir inmediatamente que el paciente apoye estos asuntos como problemas. Para decidir si hacerlo y cuándo, la formulación incipiente del caso puede ser de ayuda. Por ejemplo, los pacientes con trastorno de personalidad narcisista parecen creer: "Si tengo problemas, soy despreciable", y podrían no ser receptivos a introducir un nuevo elemento en la lista de problemas hasta que sientan mayor confianza con el terapeuta. En ocasiones, un paciente que no acepta la noción de que el abuso de sustancias es un problema puede

acceder a investigar la pregunta de si esto podría representar un problema y, por ende, si podría ser susceptible a “un posible problema relacionado con sustancias”.

## **Paso 2: asignar uno o más diagnósticos DSM-5 o CIE-10**

Alentamos a los clínicos a avanzar en los diagnósticos durante el proceso de desarrollo de una formulación de caso. Un diagnóstico ayuda al clínico a identificar una formulación homotética basada en evidencia que puede servir como plantilla para la formulación del caso. Por ejemplo, la información acerca de que el paciente cumple criterios para trastorno depresivo mayor guía al clínico a las formulaciones nomotéticas de los TAE para trastorno depresivo mayor. Estas formulaciones están fundamentadas en evidencia porque el tratamiento basado en ellas ha demostrado ser efectivo para las ECA y debido a que investigadores en ciencia básica han producido algo de evidencia para apoyar las formulaciones (teorías) de la depresión sobre las cuales se sostienen los TAE. Adicionalmente, los TAE (que en general se vinculan al diagnóstico) proporcionan al clínico ideas de intervención que lo ayudan a ofrecer al paciente información acerca de lo que sucederá en el tratamiento y la duración esperada del mismo. Para obtener un diagnóstico, el clínico usualmente no hace una evaluación diagnóstica con calidad de investigación, pero puede utilizar partes de herramientas de entrevistas estructuradas diagnósticas. Encontramos algunos módulos de ayuda en la Anxiety Disorders Interview Schedule (Brown y Barlow, 2014).

## **Paso 3: seleccionar un diagnóstico de “anclaje”**

Aquí, el clínico selecciona un diagnóstico que se utilizará para crear una plantilla nomotética para la formulación de caso ideográfica. Utilizando el principio de parsimonia, un acercamiento útil en la selección de un diagnóstico de anclaje es elegir el diagnóstico que explique el mayor número de cuestiones en la lista de problemas; es decir, el diagnóstico que interfiera más con el funcionamiento del paciente. En sentido práctico, una implicación de esta regla es que, si un paciente tiene trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad (trastornos que explican muchos problemas planteados), el clínico podría seleccionar este diagnóstico como el de anclaje.

En ocasiones, es útil elegir un diagnóstico de anclaje de acuerdo con los objetivos de tratamiento actuales. De esta manera, por ejemplo, si el paciente tiene un trastorno bipolar bajo control y desea tratar sus síntomas de pánico, el diagnóstico de trastorno de pánico podría servir como el diagnóstico de anclaje. Aun así, el clínico querrá mantener el trastorno bipolar en mente conforme el tratamiento progresa. Becker (2002) ofrece una descripción fascinante de su método para integrar conceptualizaciones e intervenciones de diversos trastornos y TAE en el tratamiento de un único caso complejo. La decisión acerca de la selección de un diagnóstico de anclaje es clínica y pragmática; por lo tanto, debe realizarse mediante principios de parsimonia y utilidad clínica más que en una ciencia, debido a que existe poca investigación disponible acerca de este tipo de decisiones clínicas.

## **Paso 4: seleccionar una formulación nomotética para el diagnóstico de anclaje**

Si se encuentran disponibles formulaciones nomotéticas basadas en evidencia para el diagnóstico de anclaje, seleccione una que sirva como plantilla para la formulación de caso ideográfica. Por ejemplo, en el caso aquí presentado, el terapeuta utilizó la teoría cognitiva de Beck acerca de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para anclar la formulación del caso.

Cuando no se encuentre disponible ninguna formulación homotética basada en evidencia, el terapeuta puede considerar adaptar la plantilla que ha sido propuesta para otro trastorno o síntoma al caso en mano. Por ejemplo, el terapeuta puede adaptar la formulación homotética para un trastorno particular para entender el caso de un paciente que reporta síntomas subsindromáticos de ese trastorno. Otra opción para el terapeuta, cuando no exista una plantilla nomotética a partir de la cual trabajar (p. ej., el paciente reporta un síntoma o problema idiosincrático para el que no se ha desarrollado un tratamiento o formulación), es desarrollar una formulación utilizando una teoría apoyada empíricamente en la psicopatología, especialmente una que apoye muchos de los TEA actualmente disponibles. Estas teorías generales incluyen la teoría cognitiva de Beck, teorías del condicionamiento asociativo y operante, y teorías acerca de la emoción y la regulación de la emoción, como la teoría de la regulación de la emoción de Gross (1998). Un ejemplo elegante es el uso de la teoría del condicionamiento operante como fundamento para la formulación y tratamiento de un niño con migraña (O'Brien y Haynes, 1995).

## **Paso 5: formulación individualizada**

Para individualizar la formulación nomotética, el terapeuta debe recolectar detalles de los aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y somáticos de los problemas experimentados por el paciente, quien se encuentra en la oficina del terapeuta en ese momento, detalles acerca de cómo los problemas parecen relacionarse y especificaciones de los factores predisponentes y precipitantes que se encuentran en juego para ese paciente. Por supuesto, no todos los problemas resultan de los mecanismos psicológicos hipotetizados que se encuentran en el corazón de la formulación. Algunos problemas resultan del todo o en parte de factores biológicos, ambientales u otros no psicológicos, como los problemas médicos o financieros que resultan de la bancarrota de un empleador. La información acerca de los objetivos de tratamiento del paciente también puede ayudar al terapeuta a individualizar la formulación, como en el caso del paciente con trastorno bipolar controlado que busca tratamiento por síntomas de trastorno de pánico.

## **Paso 6: elaborar hipótesis acerca del origen de los mecanismos**

Aquí el terapeuta recolecta información para generar hipótesis acerca de cómo el paciente desarrolló los esquemas, cómo aprendió las conductas disfuncionales o no aprendió las

funcionales, cómo desarrolló un déficit emocional o de regulación emocional y cómo adquirió una vulnerabilidad biológica; es decir, cómo el paciente adquirió los mecanismos que se estima causan los problemas del paciente. Para hacerlo, el clínico recolectará el historial familiar de trastornos psiquiátricos, así como el historial familiar y social que identifique eventos clave y factores en la crianza y desarrollo del paciente.

### **Paso 7: describir los precipitantes del episodio actual de enfermedad o exacerbación de síntomas**

Para obtener información acerca de los precipitantes y situaciones activantes, el terapeuta puede preguntar al paciente y/o a alguien cercano que describa la secuencia de eventos que llevaron a los problemas actuales del paciente o a la decisión del paciente de buscar tratamiento para problemas de largo plazo. Conforme el individuo lo haga, el terapeuta pensará acerca de las hipótesis de los mecanismos propuestos en un esfuerzo por unir o vincular de alguna manera lógica los precipitantes y los mecanismos. Beck (1983) discutió este asunto con gran elegancia, proponiendo que se esperaría que la pérdida interpersonal y el rechazo precipitaran la depresión en pacientes con esquemas relacionados a dependencia, mientras que se estimaría que la falla desencadenara la depresión en pacientes con esquemas relacionados a la falta y pérdida de autonomía.

Posterior al trabajo a través de estos siete pasos, el terapeuta tendrá la información necesaria para desarrollar una formulación de caso inicial.

## **PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO Y PRÁCTICA**

La formulación del caso ayuda al terapeuta cognitivo-conductual de innumerables maneras durante la planeación y el tratamiento, incluyendo ayudar al terapeuta a construir una relación terapéutica fuerte, identificar objetivos para el tratamiento, establecer buenos objetivos y abordar problemas que inevitablemente surgen durante la terapia.

### **Construir una relación terapéutica fuerte**

El terapeuta desarrolla la formulación colaborativamente con el paciente y este proceso contribuye de manera relevante a construir una relación terapéutica fuerte. El terapeuta cognitivo-conductual desarrolla la formulación con el paciente paso a paso, con frecuencia dibujando un diagrama de la formulación o completando un registro de pensamientos con el paciente que capture un elemento clave de la formulación durante la terapia. Incluso durante sesiones en video, el terapeuta puede llevar a cabo estas acciones utilizando la función de compartir pantalla. La formulación del caso es un documento viviente que respira y al que el terapeuta y el paciente se refieren y revisan con frecuencia conforme procede el

tratamiento. Uno de nosotros escribe la formulación con lápiz en una hoja de papel de color, para que de esta manera el expediente clínico sea fácil de encontrar y sacar para consultarse y revisarse durante la sesión. Si el terapeuta utiliza un expediente clínico electrónico, también podría querer mantener un pequeño expediente físico para guardar las hojas de trabajo como la formulación escrita, la cual puede escanearse y adjuntarse al expediente electrónico cuando el terapeuta cierre el caso. Algunos expedientes electrónicos también permiten al terapeuta revisar y actualizar la formulación del caso durante la sesión con el paciente. Uno de nuestros colegas realiza esto utilizando un iPad Pro y un Apple Pen junto con una app llamada Notability para llevar sus expedientes electrónicos.

## Identificar los objetivos del tratamiento

Una de las principales maneras en las que la formulación de casos CC guía el tratamiento es mediante la identificación de los objetivos del tratamiento. En la TCC, los objetivos del tratamiento generalmente son cogniciones o conductas. Los objetivos de tratamiento cognitivos pueden incluir el **contenido** de los pensamientos, los cuales, en un modelo cognitivo-conductual, pueden ser inexactos, de poca ayuda o ambos; o la **forma o patrón** de las cogniciones, tal como cogniciones negativas repetitivas acerca del pasado (generalmente llamadas **rumiación**) o del futuro (usualmente llamadas **preocupación**). Es provechoso ver a la rumiación y a la preocupación como conductas (p. ej., Martell, Addis y Jacobson, 2001). Las conductas también son un objetivo de tratamiento común. Una formulación de caso cognitivo-conductual puede describir la evitación u otros déficits cognitivo-conductuales (p. ej., falta de asertividad interpersonal o agresión) o excesos conductuales (p. ej., sobreejercitarse para promover la pérdida de peso). La formulación también identifica relaciones entre los problemas, ofreciendo hipótesis acerca de qué problemas son primarios (es decir, aparentemente causales de otros problemas) y cuáles son secundarios (es decir, aparentemente resultantes del otro problema). Por definición, tener como objetivo de cambio los problemas más primarios probablemente produzca mayores beneficios para el paciente que establecer como objetivo los problemas secundarios o menores (Haynes, 1992).

## Establecer buenos objetivos de tratamiento

La formulación de casos ayuda en el proceso de establecer buenos objetivos de tratamiento ya que, típicamente, al menos algunos de los objetivos de tratamiento serán resolver varios problemas en la lista de problemas. Adicionalmente, en ocasiones las hipótesis de mecanismo de la formulación ayudan al terapeuta a guiar al paciente a seleccionar buenos objetivos de tratamiento, como en el caso de una mujer joven, Susan, quien buscó tratamiento porque se sentía preocupada de estar comprometida para casarse con el hombre equivocado. Pasaba horas cada día revisando las interacciones con su prometido, Sam, y preguntándose: "¿Es el hombre para mí?" También pasaba mucho tiempo con sus amigas y su madre repasando y repasando su decisión de casarse con Sam. El terapeuta de Susan tra-

bajó con ella para desarrollar la formulación de que Susan estaba teniendo dificultad para tolerar el hecho de que no era posible saber con certeza que su decisión de casarse con Sam era buena. En un esfuerzo fútil de tener certeza, ella revisaba y revisaba su decisión. La formulación ayudó al terapeuta a evitar la trampa de que Susan estableciera el objetivo de tratamiento de lograr certeza sobre su decisión. En su lugar, Susan accedió a establecer el objetivo del tratamiento de reducir la cantidad de tiempo invertido en pensar acerca de la decisión de casarse con Sam. El hecho de que el tratamiento se enfocara en este objetivo en vez del objetivo de obtener certeza fue un contribuyente clave para el éxito de su tratamiento. Susan encontró que, al dejar de pensar repetitivamente en su decisión, fue capaz de mantenerse presente en sus interacciones con Sam y, al hacer esto, obtuvo la información que necesitaba para entender que la relación no era la correcta para ella, por lo que rompió el compromiso.

## **Solucionando problemas**

Uno de los roles primarios de la formulación es ayudar al terapeuta (y al paciente) a anticipar, prevenir y resolver problemas que puedan interferir con un tratamiento efectivo, incluyendo aspectos en la relación paciente-terapeuta, falta de adherencia, falta de progreso y terminación prematura o no colaborativa.

El terapeuta puede usar la formulación para anticipar y prevenir problemas. Por ejemplo, el terapeuta puede predecir que la procrastinación por la que el paciente busca tratamiento pudiera interferir con la adherencia a la tarea. Por ello, puede trabajar con el paciente a la hora de asignar una tarea para evaluar el potencial de que el perfeccionismo interfiera con el cumplimiento, de manera que sea posible diseñar una intervención para prevenir que ese motivo interfiera con la terapia en sí misma.

Con frecuencia, es necesario corregir el curso en la psicoterapia. Un enfoque de psicoterapia guiado por la formulación de casos (mostrado en la Figura 9.1) ayuda al terapeuta a iniciar e implementar las correcciones de curso necesarias en un tiempo adecuado y sistemáticamente mediante la recolección y revisión de datos de monitoreo del progreso durante cada sesión de la terapia. Como resaltamos en la sección del capítulo sobre el marco conceptual, la formulación del caso es una hipótesis. Se usa para guiar la intervención diseñada y ayudar al paciente a lograr sus objetivos. El paciente y el terapeuta monitorean el progreso hacia los objetivos conforme la terapia progresa. Un buen progreso sugiere que la formulación podría ser correcta. Para usar la formulación y los datos del monitoreo de progreso en conjunto, recomendamos monitorear el avance en cada sesión y revisar los datos con el paciente. Es especialmente útil e importante discutir cualquier cambio relevante en la mejoría o empeoramiento de los síntomas, ya que un entendimiento cuidadoso de este tipo de cambios puede aportar luz acerca de los mecanismos que lo están causando y proporcionar información que apoye o desconfirme la hipótesis de formulación.

Una estrategia útil para abordar un progreso deficiente es recolectar más datos de evaluación para obtener una formulación diferente del caso que pueda identificar objeti-



vos de tratamiento y un plan de intervención diferentes que resulten más exitosos que el que está fallando (Persons, Beckner y Tompkins, 2013; Persons y Mikami, 2002).

## EJEMPLO DE CASO

Briana era una mujer blanca, embarazada y soltera de 40 años, escritora técnica desempleada. Vivía con su pareja, Bill, dueño de un negocio de importación internacional de comida. Fue referida por su farmacoterapeuta y llamó para ser atendida por uno de nosotros (J.B.P.) diciendo: "Estoy deprimida, pero no deseo tomar medicación porque estoy embarazada".

Briana era una mujer joven de cabello oscuro y corto cuyo atractivo estaba escondido por su vestimenta monótona y aburrida, y su expresión facial y postura corporal triste, desmoralizada y derrotada.

## Evaluación para el desarrollo de una formulación de caso y diagnóstico inicial

El terapeuta utilizó las estrategias de evaluación descritas en la sección de este capítulo sobre los pasos en la construcción de la formulación de casos para desarrollar las formulaciones y el diagnóstico inicial aquí descritos.

### Lista de problemas

1. **Síntomas depresivos.** El estado de ánimo de Briana era desolado y su pensamiento se mostraba como pesimista conforme describía la situación que ella percibía como desesperanzada e irresoluble. Declaró que había cometido el estúpido error de acceder a tener un bebé con un hombre con quien era infeliz y ahora se encontraba embarazada y atorada en una situación miserable. Ella insistía: "Cometí un gran error y arruiné mi vida". Briana obtuvo una puntuación de 27 en el Inventario de Depresión de Beck, lo que indica síntomas depresivos de moderados a severos (Beck, Steer y Garbin, 1988) y de 36 en la Depression Anxiety Stress Scales (DASS), una puntuación en el rango de severo (Lovibond y Lovibond, 1995). Reportó síntomas de tristeza, pérdida de interés, baja energía, sentimientos de culpa e inutilidad, desesperanza, dificultad en la toma de decisiones y agitación. Reportó pensamientos pasivos de suicidio ("a lo mejor algo pasará y ya no me encontraré más en esta situación"), pero sin plan o intención.
2. **Pensamiento repetitivo negativo.** Briana reportó pasar hasta tres horas rumiando acerca de cómo había arruinado su vida al tomar malas decisiones en el pasado. También reportó pensamiento negativo repetitivo (preocupación) acerca del futuro. Mencionó algunos pensamientos intrusivos (p. ej., de escenas violentas en películas),

pero no reportó suficientes síntomas de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo-compulsivo para cumplir los criterios diagnósticos de esos trastornos.

3. **Dificultades en sus relaciones.** Briana era infeliz en su relación con Bill, su pareja de ocho años. Resentía la conducta de Bill hacia ella, la cual veía como centrada en sí mismo, insensible e inconsciente sobre sus necesidades. Ella reportó que cuando había tratado de hablar recientemente con él acerca de un episodio de su conducta molesta, él parecía no entender el punto al que ella intentaba llegar, aunque ella admitió que la dificultad de él para entenderla pudo haber resultado de que ella estuviera tan enojada que simplemente se le “fue encima”. De manera autorreflexiva, Briana reportó que “estas cosas me molestan mucho más de lo que deberían”. Su tendencia a las explosiones de ira se reflejó en su puntuación de 20 en la subescala de Estrés de la DASS, en las que eligió el puntaje máximo en los ítems que evalúan la irritabilidad y la tendencia a sobrereaccionar a las situaciones. Briana describió sus dificultades relacionales como de largo plazo, diciendo que en más de una ocasión había intentado romper con Bill, pero que él la había “avasallado para regresar”.
4. **Desempleo.** Recientemente, Briana había renunciado a un trabajo que disfrutaba debido a su creencia de que: “Estoy funcionando demasiado mal para valer lo que me están pagando”.
5. **Aislamiento social.** Briana no contactaba a sus amigos como resultado de un bajo nivel de energía y culpa proveniente de su creencia de que: “Mi bajo estado de ánimo hará a mis amigos sentirse mal”.
6. **Situación de vida no satisfactoria.** Briana se había mudado al apartamento de Bill al quedar embarazada y no disfrutaba del espacio o sentía alguna sensación de propiedad.

### *Diagnóstico*

Briana reportó tanto tristeza como pérdida de interés, dos síntomas centrales del trastorno depresivo mayor en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y el CIE-10, y reportó múltiples síntomas depresivos como se describió anteriormente. Briana reportó un historial de múltiples episodios de depresión, el primero a los 19 años cuando fue hospitalizada dos meses. Basándose en la entrevista clínica y los datos de las evaluaciones de admisión de Briana, el terapeuta le asignó un diagnóstico DSM-5/CIE-10 de trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado, F33.1. No había evidencia de un trastorno alimenticio, autodaño, abuso de sustancias, psicosis, manía o hipomanía actual o en el pasado, o historial familiar de trastorno bipolar.

### *Precipitantes e hipótesis sobre los mecanismos*

El diagnóstico, la lista de problemas, la cuidadosa atención al recuento de la paciente de sus problemas y su historial, así como el resultado de la escala OBQ-44 del paquete de admi-

sión, llevaron al terapeuta a considerar, comenzando en la primera sesión, una formulación nomotética basada en la teoría cognitiva de Beck de la depresión (Beck *et al.*, 1979). El terapeuta sostuvo la hipótesis de que los eventos negativos de vida de estar embarazada en una relación infeliz y la pérdida de un trabajo que disfrutaba activaron varios mecanismos conductuales y cognitivos que causaron y mantuvieron los síntomas de Briana. Después de varias sesiones de evaluación e intervención, el terapeuta había desarrollado la formulación del caso de Briana que se muestra en la Figura 9.3. La formulación identificó los siguientes mecanismos que el terapeuta hipotetizó que estaban manteniendo los síntomas y problemas de Briana: autocrítica, rumiación, pocas habilidades asertivas, perfeccionismo y las creencias “Cometí un gran error y mi vida está arruinada”, “Soy responsable de la felicidad de otros” y “No puedo afrontar los errores y la adversidad”. En conjunto, estos mecanismos promovieron la conducta de falta de acción, la cual el terapeuta colocó en medio del diagrama de formulación debido a que Briana la veía como un factor clave de encauzamiento y mantenimiento de todos los problemas en su lista de problemas. Otro precipitante fue que Briana suspendió su medicación antidepresiva, lo que sugería un posible mecanismo biológico que contribuía a la recurrencia de los síntomas depresivos.

Ya que ella creía que “Si hablo, él será infeliz y eso será mi culpa”, y debido a que ella tenía pocas habilidades asertivas que frecuentemente tenían resultados pobres, Briana no se enfrentaba a Bill hasta que acumulaba tanto resentimiento que se encendía y lo atacaba. Esta conducta causaba que ella se sintiera culpable y se aislara nuevamente en un ciclo inútil en el que alternaba entre una conducta pasiva y una agresiva, tal como se muestra en la formulación sobre su problema de relación representada en la Figura 9.4. Ninguna de las conductas era efectiva en hacer que Briana obtuviera lo que deseaba de Bill. Los problemas de la relación y los síntomas depresivos se alimentaban mutuamente, como lo proponen las flechas en la formulación del caso representada en la Figura 9.3.

Las formulaciones que se muestran en las Figuras 9.3 y 9.4 se consolidaron después de muchas sesiones de tratamiento. Para desarrollarlas, la terapeuta trabajó paso a paso con Briana. Por ejemplo, la terapeuta utilizó el registro de pensamientos que ella completó con Briana en la sesión 2 (mostrado en la Figura 9.5) para enseñarle que la respuesta de autocrítica a su distrés alimentaba emociones de desesperanza, incertidumbre sobre qué hacer y sentirse angustiada y, de hecho, incrementaba el distrés que estimulaba la autocrítica. De manera similar, la terapeuta utilizó el registro de pensamientos que completó con Briana en la sesión 7 (mostrado en la Figura 9.6) para añadir elementos a la formulación. Este registro de pensamientos se enfoca en una descripción tipo resumen de la situación de Briana, identifica su respuesta a estos problemas como autocrítica (Gilbert y Procter, 2006) y pensamiento tipo “por qué” (Watkins, 2016), y muestra cómo estos pensamientos alimentan emociones de depresión y duda, que a su vez alimentan conductas de rumiación, parálisis y un estado conductual general “en el limbo” que, como se muestra en la columna de respuestas de afrontamiento, bloquean la solución activa de problemas.

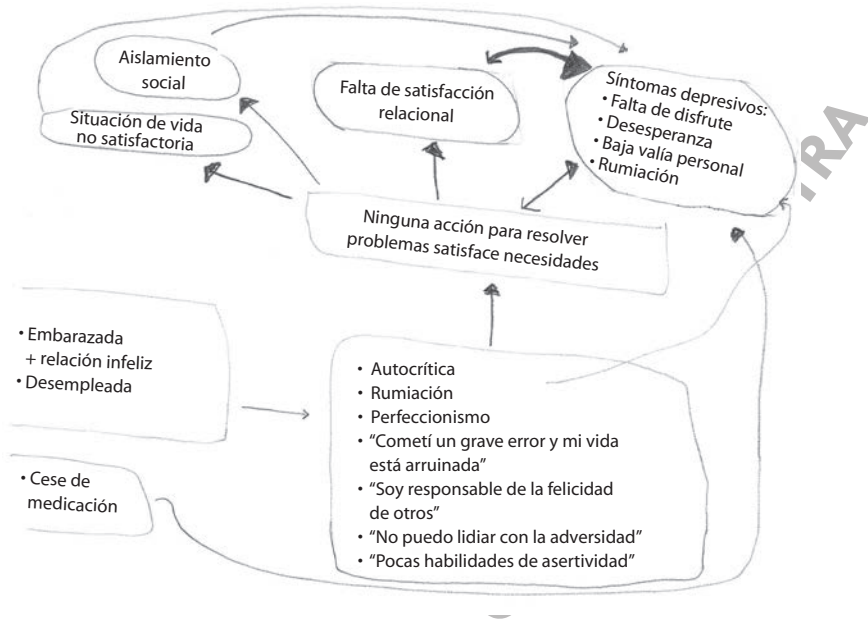


Figura 9.3. Formulación de caso para Briana.

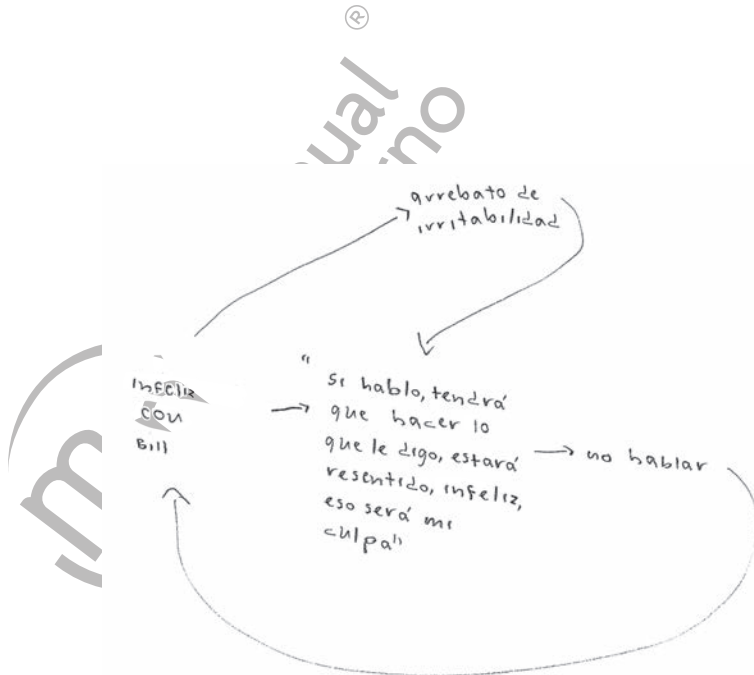


Figura 9.4. Formulación sobre los problemas de relación de Briana

Registro de pensamientos

Fecha	Situación (Evento, recuerdo, intento por hacer algo, etc)	Conductas	Emociones	Pensamientos	Respuestas de afrontamiento
	<p style="text-align: center;"><u>DISTRÉS</u></p> <p>(1)</p>		<p>(2)</p> <p><del>Indefensa</del> no se que hacer</p> <p>(Incierta)</p> <p>angustia indefensa</p>	<p>no deberia sentirme con distrés</p> <p>Si no siento así estoy siendo quejumbrosa y autoindulgente</p>	

**Figura 9.5.** Registro de pensamientos de Briana en la sesión 2. Thought Record Copyright © 2000 San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy.

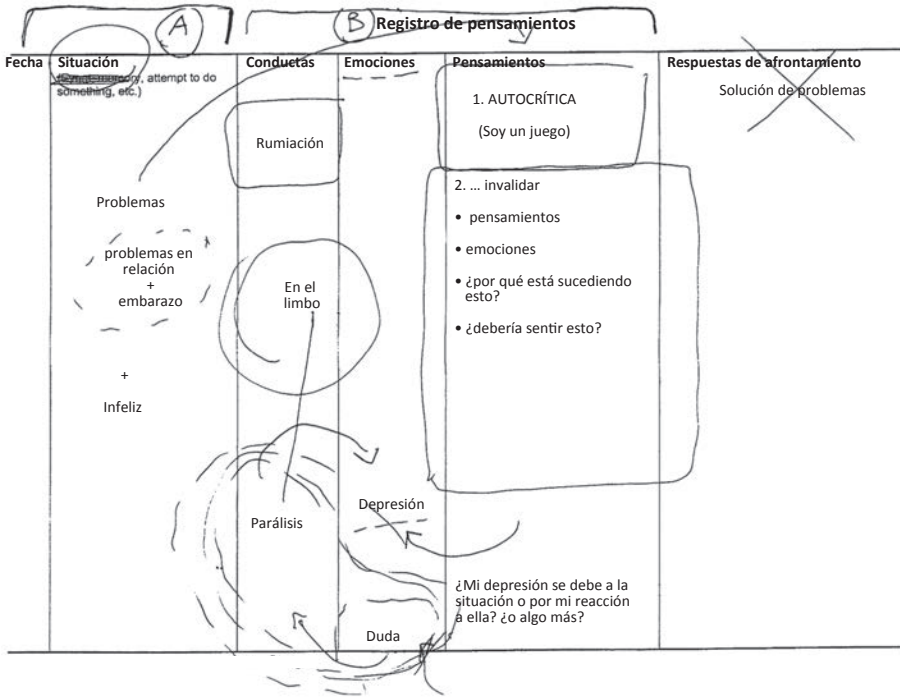
### Origen de los mecanismos

Los orígenes de las creencias y conductas problemáticas de Briana aparentemente incluían los pensamientos y conductas que fueron modeladas por sus padres, especialmente su padre, quien parecía ser perfeccionista, ansioso y responsable en demasía. Él no estaba dispuesto a otorgar a Briana ningún tipo de consejo, por ejemplo, por temor a que no fuera útil y entonces él fuera responsable por cualquier resultado adverso que ella experimentara. El mecanismo biológico hipotetizado subyacente a los síntomas depresivos de Briana parecía ser heredado, dado que dos familiares distantes tenían enfermedad mental grave.

### Estableciendo los objetivos de tratamiento

Briana utilizó el formato que la terapeuta le dio (disponible en <https://oaklandcbt.com/forms-and-tools-for-clinicians>) para desarrollar el siguiente borrador de la lista de objetivos de tratamiento, el cual trajo a la segunda sesión:

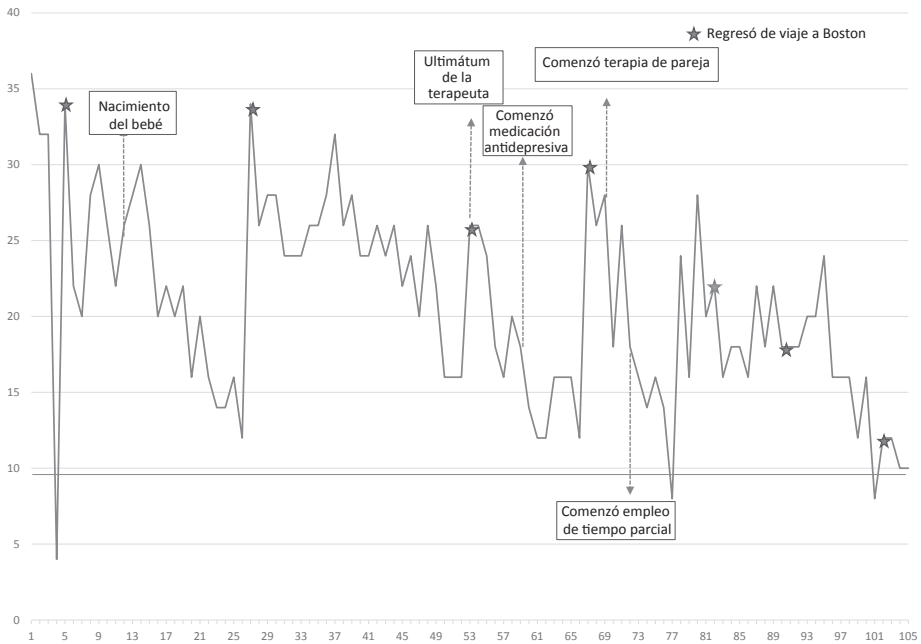
- Puntuar en el rango normal en una escala de medición de la depresión
- No sentirse repelida e irritada por Bill (moverse de 10 a 2 en una escala de 10 puntos)



**Figura 9.6.** Registro de pensamientos de Briana en la sesión 7. Thought Record Copyright © 2000 San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy.

- Sentirse motivada para hacer proyectos
- Despertarse por las mañanas sin una sensación de espanto
- Sentir que puedo afrontar la adversidad

Briana accedió a utilizar la Depression Anxiety Stress Scales (DASS) para monitorear el cambio en sus síntomas en cada sesión. La terapeuta eligió la DASS debido a que las puntuaciones de admisión de Briana en la medida fueron altas, porque la medida es sensible al cambio debido al tratamiento y debido a que la DASS registraba síntomas tanto de depresión como de estrés (agitación, irritabilidad, tendencia a sobre-reaccionar) con los que Briana tenía dificultad. El objetivo de Briana era puntuar nueve en la escala de Depresión, indicada por la línea en la Figura 9.7, la cual reporta los datos de monitoreo del progreso recolectados en cada sesión del tratamiento de Briana. La terapeuta utilizó la Session Assignment and Feedback Form (SAFF), descrita en Jensen y colaboradores (2020) y disponible en línea en <https://perma.cc/K78V-BSSM> durante cada sesión para monitorear diversos aspectos del proceso de terapia.



**Figura 9.7.** Puntuaciones en la subescala de Depresión de la Depression Anxiety Stress Scales en cada sesión de la terapia de Briana

### Planeación del tratamiento y consentimiento informado para el tratamiento

Al final de la segunda sesión, la terapeuta revisó sus recomendaciones de tratamiento con Briana. Recomendó un curso de TCC; propuso que Briana se reuniera con la terapeuta para sesiones semanales, completara asignaciones entre sesiones que involucraran trabajar en cambiar cogniciones y conductas, incluyendo la autocrítica que se identificó en esa sesión, y contestara la DASS y la SAFF para monitorear el progreso en cada sesión. Briana accedió a este plan. La terapeuta revisó brevemente otras opciones de tratamiento que estuvieran disponibles en la comunidad local, así como su justificación para recomendar TCC a Briana, para que ella pudiera tomar una decisión informada sobre su tratamiento.

#### Tratamiento

El proceso de conducir la evaluación y trabajar en conjunto para obtener una formulación ayudó a construir una alianza de trabajo fuerte y también proveyó a Briana con algunas hipótesis sobre los mecanismos que estaban manteniendo su depresión, los cuales apun-

taron a acciones que ella podía tomar para completar sus objetivos. La evaluación y la intervención se sobrepusieron a lo largo del tratamiento, pero especialmente en los inicios.

La terapeuta le pidió a Briana que utilizara la SAFF para escribir uno o dos ítems para la agenda antes de cada sesión. La terapeuta hizo esto para recolectar información acerca de las necesidades de ayuda de Briana, de manera que fuera posible apoyarla, además de ofrecerle una intervención que permitiera a la terapeuta evocar y proveer reforzamiento natural a la conducta de Briana para tomar acción y hablar acerca de algo con lo que ella deseaba ayuda (Kohlenberg y Tsai, 1991). Esta intervención abordó la falta de habilidades de asertividad de Briana y el mecanismo de “no acción” en medio de la formulación de su caso (Figura 9.3).

En la sesión 4, Briana reportó un gran decremento en su puntuación en la escala de Depresión de la DASS, como se muestra en la Figura 9.7. Ella y la terapeuta miraron la gráfica de puntuaciones juntas; Briana asoció la baja puntuación al hecho de que estaba planeando una visita a su familia en Boston, a quienes ella disfrutaba ver debido a que las interacciones con ellos eran uniformemente positivas y sin conflicto, lo que no era el caso con Bill. En la siguiente sesión, a su retorno de Boston, su puntuación mostró un gran incremento (indicado por un signo \* en la gráfica de sus puntuaciones de depresión), el cual Briana explicó diciendo que regresar a Oakland reactivó poderosamente la creencia de que “cometí un gran error y arruiné mi vida”. Esta información era consistente con la identificación de la formulación de esa creencia como un mecanismo clave de sus síntomas y con el plan de la terapeuta para enseñar a Briana que ella podía, de hecho, identificar y tomar acciones que mejoraran su vida.

Para ese fin, la terapeuta trabajó con Briana mediante registros de pensamientos para enseñarle que la idea: “tomé una mala decisión y estoy condenada” era una creencia, no un hecho, y a superar el pensamiento perfeccionista que hacía difícil tomar acción para mejorar su vida, tal como comprar una nueva alfombra para su sala. La terapeuta llevó a cabo una variedad de intervenciones que abordó los objetivos de tratamiento identificados en la formulación (véase la Figura 9.3). Trabajó con Briana en un ejercicio de pros y contras para enseñarle que la rumiación acerca del pasado no era de ayuda y le enseñó habilidades para interrumpirla (Watkins, 2016). La terapeuta le enseñó la habilidad “DEAR MAN” de conducta asertiva (las siglas en inglés significan *Describe, Express, Assert, Reinforce, Mindfully, Appear Confident, Negotiate*; es decir, Describe, Expresa, Ejerce, Refuerza, Atiende el momento presente, Muestra confianza, Negocia; Linehan, 2015) y la practicó con ella para que Briana pudiera pedirle a Bill que cambiara conductas que la irritaban y que realizaran un gran cambio: mudarse a Boston.

Briana y Bill se conocieron en Boston, sus padres y sus tres hermanas vivían ahí, y cuando Briana se embarazó, Bill accedió a mudarse a Boston. Sin embargo, los registros de pensamientos revelaron que Briana temía pedirle a Bill que refrendara su compromiso de mudarse debido a su creencia de que, si le pedía que se mudaran, ella estaría forzándolo a hacer algo que él no quería hacer, que él se sentiría miserable y que esto sería culpa de ella. La terapeuta utilizó el diálogo socrático para enseñarle a Briana que las emociones y conductas de Bill eran responsabilidad de él, no de ella. Como parte de este trabajo, la



terapeuta tomó la decisión de revelar que ella había pedido a su esposo (quien no deseaba hacerlo) muy asertivamente que se hiciera responsable de la remodelación de la cocina, la cual se encontraba en proceso en ese momento (posteriormente Briana reveló que esta información fue “inspiradora” para ella y sugirió que a lo mejor ella también podía obtener lo que deseaba.)

En las sesiones, a veces se abordaba uno u otro mecanismo en la formulación, con una excepción. La formulación (véase la Figura 9.3): “Ninguna acción para resolver problemas satisface necesidades” era un elemento central del rompecabezas. Por esa razón, en cada sesión la terapeuta se dirigió a la inactividad y falta de asertividad de Briana, y lo hizo pidiéndole que integrara elementos a la agenda al principio de cada sesión y esforzándose por acabar cada sesión con tarea que requiriera que Briana tomara algún tipo de acción para señalar el problema en el que la sesión se hubiera enfocado.

Briana se tomó una pausa de un mes entre las sesiones 12 y 13, cuando nació su bebé. Poco después de la llegada del bebé, ella solicitó a Bill efectiva y asertivamente que cuidara al niño para que ella pudiera retomar la terapia.

En la sesión 17, la terapeuta inició una revisión del progreso. La gráfica de las puntuaciones DASS de Briana (véase Figura 9.7) mostró que sus síntomas depresivos estaban mejorando y Briana también reportó que estaba progresando en sus otros objetivos. Vinculó sus mejorías a su incremento en la acción y asertividad, lo que estaba llevando a más placer y disfrute, así como a mejores interacciones con Bill, incluyendo discusiones productivas acerca de su rutina de la cena y otros problemas como la mudanza a Boston. El hecho de que hubiera un cambio en los síntomas parecía estar vinculado a cambios en los mecanismos identificados en la formulación (falta de acción, pocas habilidades asertivas), lo cual indicó que la terapia estaba en el camino correcto. Tanto el resultado como el proceso eran buenos. Las sesiones eran productivas y Briana y la terapeuta disfrutaban trabajar juntas. Briana completó su tarea casi todas las sesiones y reportó que la terapia fue “una experiencia extraordinariamente positiva”.

## **Utilizando la formulación y los datos del monitoreo del progreso para manejar la falta de progreso**

Cinco meses después, en la sesión 29, Briana reportó otro incremento relevante en los síntomas DASS después de regresar de un viaje a Boston para visitar a su familia, como se indica con el signo \* en la gráfica de monitoreo del progreso mostrada en la Figura 9.7. Conforme Briana y la terapeuta trabajaron para comprender este incremento en los síntomas, Briana reportó que visitar a su familia se sentía bien porque “obtengo ayuda con el bebé y paso tiempo con gente con quien me es fácil convivir”, y que regresar a casa a Oakland era difícil porque reactivaba su creencia de que su vida estaba arruinada. Durante la discusión sobre su vida en Oakland, Briana se mostraba altamente autocrítica. El hecho de que la autocrítica de Briana y su creencia de que su vida estaba arruinada se reactivaran con tanta facilidad mostró una bandera roja en la mente de la terapeuta, e inició una discusión con

Briana sobre si la terapia estaba bien encaminada. Briana y la terapeuta discutieron la formulación y nuevamente estuvieron de acuerdo con que los objetivos del tratamiento descritos en la formulación eran los correctos (autocrítica, rumiación, la creencia de que su vida estaba arruinada e incapacidad para tomar acción para mejorar). Estuvieron de acuerdo en redoblar sus esfuerzos para dirigirse a los mecanismos en la formulación, especialmente la autocrítica y la afirmación efectiva, y a enfocarse particularmente en ayudar a Briana a lograr la mudanza que tanto deseaba a Boston.

Sin embargo, el progreso de Briana parecía atascado. En la sesión 40, tres meses después, la puntuación de Briana en la escala de Depresión de la DASS fue de 32, similar a su puntuación inicial de 36. La terapeuta discutió la situación con Briana. Nuevamente estuvieron de acuerdo con que las cosas en las que estaban trabajando eran las correctas, pero concluyeron, tras cierta discusión, que se requerían armas más poderosas para atacarlas. La terapeuta y Briana revisaron el diagrama de formulación y dibujaron líneas negras gruesas entre los problemas de relación y los síntomas depresivos que aparecen en el diagrama de la formulación en la Figura 9.3 para indicar que el vínculo entre estos dos problemas era clave, y que se requería más trabajo en los problemas relacionales. Briana accedió a la tarea de encontrar algún servicio de niñera para poder iniciar terapia de pareja.

La terapeuta también recomendó que Briana se reuniera con su farmacoterapeuta para discutir retomar su farmacoterapia. Su explicación para esta recomendación fue la siguiente: la depresión de Briana inició cuando ella detuvo sus medicamentos; tenía un historial de beneficiarse de la medicación; los síntomas depresivos (incluyendo la autocrítica y la rumiación) no estaban remitiendo de manera consistente; y existía cierta evidencia en la literatura (Keller *et al.*, 1992) de que a mayor duración del episodio depresivo peor pronóstico a largo plazo.

Briana y la terapeuta continuaron trabajando, socavando la autocrítica y otros mecanismos descritos por la formulación. Pero Briana no continuó con la farmacoterapia y la terapia de pareja. Estaba reacia a reiniciar la medicación, en parte por sentirse crítica de sí misma al no poder superar su depresión sin medicamento. Nuevamente, la autocrítica estaba impidiendo que Briana tomara acción. ¡Estos mecanismos estaban muy arraigados y eran difíciles de cambiar! Como lo muestra la gráfica de monitoreo del progreso (Figura 9.7), los síntomas depresivos persistieron. De hecho, en la sesión 50, al menos como muestra la subescala de Depresión de la DASS, Briana se encontraba igual que cuando inició el tratamiento casi cinco meses antes.

Por ello, en la sesión 50 la terapeuta realizó un gran movimiento. Declaró que era antiético que proveyera un tratamiento ineficaz (Asociación Psicológica Americana, 2002) y que un mes después a esa fecha no estaría dispuesta a continuar tratando a Briana a menos que accediera a algún tipo de cambio en el plan de tratamiento; ya fuera farmacoterapia, terapia de pareja o ambas. La terapeuta hizo saber a Briana que, si ella no deseaba realizar un cambio significativo en el plan de tratamiento, ella la ayudaría a encontrar otro terapeuta.

Dibujar esta línea clara fue un paso difícil de tomar para la terapeuta. Consultó con colegas antes de hacerlo y la formulación también la ayudó a decidirlo. La formulación la

ayudó a entender que la falta de seguimiento de Briana con la terapia de pareja o la farmacoterapia era un ejemplo de uno de los problemas clave de Briana descritos en la formulación (falta de acción), y que la acción de la terapeuta para desbloquearlo sería terapéutico para Briana. Adicionalmente, al hablar de manera asertiva, la terapeuta modeló una de las conductas que estaba enseñando a Briana: afirmarse con destreza para pedir lo que necesitaba.

Después de una o dos sesiones complicadas invertidas en discutir el ultimátum de la terapeuta, Briana accedió de manera reacia a reunirse con el farmacoterapeuta. La terapeuta envió al farmacoterapeuta un resumen del tratamiento de la paciente con una nota que declaraba: "Yo tiendo a desear un plan de tratamiento más agresivo que ella. Esperamos obtener tu opinión". Cuando conoció a Briana, el farmacoterapeuta la convenció de comenzar una medicación antidepresiva. Alrededor de un mes después, Briana reportó sentir que estaba obteniendo beneficios de la medicación.

Aproximadamente tres meses después, en la sesión 75, después de regresar de un viaje para visitar a su familia en Boston, Briana experimentó otro incremento relevante en la puntuación de depresión de la DASS, indicada mediante un signo \* en la gráfica de monitoreo del progreso en la Figura 9.7. Se tornó claro que reiniciar la medicación no era la panacea. Un repunte en la tensión de su relación convenció a Briana sobre la necesidad del trabajo con su esposo, por lo que inició terapia de pareja. Simultáneamente, también tomó acción para regresar a un trabajo de medio tiempo que disfrutaba.

## Utilizando la formulación para guiar la colaboración con terapeutas colaterales

Los terapeutas individuales y de pareja desarrollaron una formulación conjunta que proponía que una pieza clave del rompecabezas era que Briana necesitaba aprender a hablar de manera más efectiva a título personal. Frecuentemente, ambos terapeutas intercambiaban mensajes telefónicos para que la terapeuta individual pudiera alertar al terapeuta de pareja acerca de aspectos sobre los que le había enseñado a ser asertiva a Briana, para que aplicara estos aprendizajes durante la terapia de pareja, por ejemplo. Ambos terapeutas trabajaron en conjunto para producir una sinergia que resultara beneficiosa.

## Finalización del tratamiento

Ahora Briana tenía el poder de tres terapias: individual, farmacológica y de pareja. El progreso fue lento pero estable. Como lo demuestran los símbolos \* en la gráfica de monitoreo del progreso en la Figura 9.7, ahora Briana era capaz de regresar a Oakland de una visita a su familia sin mostrar repuntes en sus síntomas depresivos. Alrededor de año y medio después de comenzar la terapia de pareja, 102 sesiones y tres años y medio después de iniciar la terapia, Briana concluyó su terapia ya que ella y Bill se preparaban para mudarse a Boston. Al final del tratamiento, la puntuación de Briana en la escala de Depresión de la DASS era 10,

un punto por arriba del rango normal, su puntuación en la escala de Estrés era ocho, dentro del rango normal, y había logrado otros objetivos propuestos al inicio del tratamiento. La terapeuta le otorgó un diagnóstico final de trastorno depresivo mayor en remisión.

Como parte del proceso de terminación, la terapeuta le pidió a Briana que trajera una lista de cosas que había aprendido en la terapia. Algunos elementos en la lista de Briana incluyeron los siguientes:

- Las otras personas tienen libre albedrío. Toman sus decisiones y no es mi responsabilidad asegurarme de que tomen buenas decisiones.
- Puedo obtener más cosas de las que yo creo.
- No tengas miedo de pedir lo que quieres.
- Utiliza la herramienta de asertividad “DEAR MAN” (Linehan, 2015).
- La autonegación no es algo bueno.
- Toma acción, me sentiré mejor si me involucro y hago que las cosas avancen.
- No actúes como si las cosas que pido fueran poco razonables.
- Reduce la autocrítica y la rumiación, interfieren con la solución de problemas.

Estos mecanismos concuerdan muy bien con los descritos en la formulación y apuntan a la naturaleza altamente transparente y colaborativa de la formulación y el tratamiento.



## Reporte de seguimiento a largo plazo

Como parte de la preparación del reporte de caso, la terapeuta contactó a Briana (tres años y medio después de la conclusión del tratamiento) para obtener su permiso de presentar este material y recabar información sobre cómo estaba. Briana explicó que en general estaba bien. Reportó puntuaciones en el rango normal en la Escala de Depresión de Beck y en la DASS. Contó que todavía estaba con Bill y que su relación “no es muy buena, pero no me siento abatida por ello como solía hacerlo”. Tenía un trabajo de tiempo completo que disfrutaba y su hijo estaba bien. Continuaba tomando medicación antidepresiva y se sentía convencida de que era de ayuda. No había buscado psicoterapia. Briana leyó este recuento de su tratamiento y reportó que era congruente con su experiencia.

## APRENDIENDO EL MÉTODO

Las habilidades para desarrollar y utilizar una formulación de caso CC para guiar el tratamiento son particularmente retadoras de aprender. Sin embargo, son habilidades importantes. La formulación de casos se considera una competencia clínica central (Roth y Pilling, 2008). Para guiar nuestras recomendaciones sobre el entrenamiento de clínicos en el desarrollo de la formulación de casos, nos basamos en una revisión reciente de estrategias para el entrenamiento de terapeutas para llevar a cabo un tratamiento psicossocial basado

en evidencia de manera más general. Herschell, Kolko, Baumann y Davis (2010) encontraron que los entrenamientos que incluyeron múltiples modalidades de enseñanza eran más efectivos que otros métodos de entrenamiento. Por esa razón, recomendamos que los clínicos en entrenamiento utilicen múltiples modalidades para aprender a desarrollar y utilizar una formulación de caso, como la lectura de libros y artículos sobre formulación de casos CC (Kuyken *et al.*, 2009; Persons, 2008), asistir a talleres y buscar supervisión o consultoría en la formulación de casos, incluyendo la revisión de grabaciones de sesiones por parte de terapeutas cognitivo-conductuales experimentados.

También incluimos estrategias de práctica reflexiva al enseñar a los clínicos en entrenamiento a desarrollar y utilizar la formulación de casos (Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff y Perry, 2014). Varios estudios empíricos demuestran que la práctica reflexiva incrementa el aprendizaje de habilidades de TCC (Haarhoff y Farrand, 2012; Thwaites, Bennett-Levy, Davis y Chaddock, 2014), así como la calidad de la formulación de casos CC (Haarhoff, Gibson y Flett, 2011). Tanto los terapeutas experimentados como los novatos se benefician de la incorporación de la práctica reflexiva en sus experiencias de entrenamiento (Bennett-Levy, Lee, Travers, Pohlman y Hamernik, 2003; Davis, Thwaites, Freeston y Bennett-Levy, 2015). Al utilizar estrategias de autopráctica/autorreflexión, el terapeuta en entrenamiento practica una habilidad psicoterapéutica al aplicársela a sí mismo y pasar algo de tiempo reflexionando sobre la experiencia. Por ejemplo, les pedimos a los clínicos que practiquen el desarrollo de una pequeña formulación donde identifiquen un problema que están teniendo con un cliente, como podría ser su renuencia a traer a colación con el cliente su problema de impuntualidad en las sesiones. Posteriormente, pedimos a los clínicos en entrenamiento que completen un registro de ideas para identificar los pensamientos automáticos y los sentimientos que están vinculados a su conducta problemática. Luego, les pedimos que elaboren una mini conceptualización para incluir hipótesis acerca de sus creencias intermedias y centrales.

Adicionalmente, aplicamos el modelo de práctica deliberada basada en evidencia de Ericsson (Ericsson, Krampe y Tesch-Romer, 1993) para guiar nuestra enseñanza de las habilidades de conceptualización de casos. Ericsson propone que la transformación de la experiencia en una habilidad depende más de cómo uno practique esa habilidad que de cuánta experiencia se tenga en utilizarla. En la práctica deliberada, los maestros primero descomponen una habilidad en subhabilidades. Por ejemplo, las subhabilidades de la formulación de casos CC incluyen, entre otras, desarrollar una lista de problemas, generar hipótesis de creencias e identificar estrategias de afrontamiento maladaptativas. El estudiante entonces practica cada subhabilidad con una retroalimentación correctiva inmediata. Por ejemplo, podríamos pedir al clínico en entrenamiento que escuche una entrevista con un cliente y que enliste los problemas clínicos que el cliente identifica. Uno de nosotros (J.B.P.) ha desarrollado un ejercicio de entrenamiento para talleres en el que se les pide a los participantes que escuchen la grabación de audio de los 12 primeros minutos de una sesión inicial y que generen algunas hipótesis acerca de los problemas y esquemas del paciente acerca de sí mismo y de otros. De esta manera, ella es capaz de proveer retroalimentación sobre el problema, algunas hipótesis sobre los esquemas fueron proporcionadas por otros clínicos que

escucharon este material como parte de un estudio de la confiabilidad interevaluador de la formulación de casos CC (Persons, Mooney y Padesky, 1995). Por último, el profesor les pide a los clínicos en entrenamiento que practiquen la habilidad a un nivel de mayor reto; en el caso de las habilidades para la formulación de casos, esta práctica podría incluir desarrollar formulaciones de casos para clientes con problemas cada vez más complejos.

## CONCLUSIÓN

Este capítulo describe un enfoque guiado por formulación de casos a la TCC. El capítulo comienza con una descripción de los antecedentes históricos del enfoque. Desarrolla el marco conceptual que subyace a la formulación de casos CC, describe la manera en la que la formulación de casos aborda factores culturales y revisa brevemente la evidencia que apoya la propuesta de que la terapia cognitivo-conductual que está basada en una formulación de casos individualizada tiene mejores resultados que la TCC que no está basada en una formulación individual. Enlistamos los pasos que el terapeuta puede tomar para desarrollar una formulación de caso CC y describimos algunas de las maneras en las que la formulación ayuda al tratamiento. Presentamos el ejemplo de una paciente tratada por uno de nosotros (J.B.P.) y ofrecimos el proceso detallado de desarrollar y utilizar la formulación para tratar a Briana, un caso interesante porque es el tipo de tratamiento a largo plazo (más de cien sesiones) que no es poco común en la práctica clínica, pero que no se ve representado en los TAE para depresión. Concluimos con nuestras recomendaciones de métodos basados en evidencia para entrenar a estudiantes y clínicos en el desarrollo de formulaciones de caso.

## RECONOCIMIENTOS

Agradecemos a todos nuestros pacientes, de quienes hemos aprendido mucho de lo que presentamos aquí, y especialmente a "Briana", quien nos permitió presentar una versión anónima de su tratamiento para este capítulo. Agradecemos a Megan Hsiao por su ayuda con las tablas y figuras, a Connie Fee por su colaboración con el formato y referencias, y a nuestra colega Monique Thompson por su valioso abordaje de los registros electrónicos.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.

- Baker, D. B., & Benjamin, L. T., Jr. (2000). The affirmation of the scientist–practitioner: A look back at Boulder. *American Psychologist*, *55*(2), 241–247.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive theory of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–288). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 596–619.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397–409.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77–100.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Becker, C. B. (2002). Integrated behavioral treatment of comorbid OCD, PTSD, and borderline personality disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 100–110.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(2), 143–158.
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Haarhoff, B., & Perry, H. (2014). *Experiencing CBT from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Client interview schedule*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685–716.
- Cone, J. D. (1986). Idiographic, nomothetic, and related perspectives in behavioral assessment. In R. O. Nelson & S. C. Hayes (Eds.), *Conceptual foundations of behavioral assessment* (pp. 111–128). New York: Guilford Press.
- Davis, M. L., Thwaites, R., Freeston, M. H., & Bennett-Levy, J. (2015). A measurable impact of a self-practice/self-reflection programme on the therapeutic skills of experienced cognitive-behavioural therapists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(2), 176–184.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(2), 225–232.
- Ericsson, K. A., Krampe, R., & Tesch-Romer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, *100*(3), 361–406.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 353–379.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271–299.
- Haarhoff, B., & Farrand, P. (2012). Reflective and self-evaluative practice in CBT. In W. Dryden & R. Branch (Eds.), *The CBT handbook* (pp. 475–492). London: Sage.
- Haarhoff, B., Gibson, K., & Flett, R. (2011). Improving the quality of cognitive behaviour therapy case conceptualization: The role of self-practice/self-reflection. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 323–339.
- Hall, G. C. N. (2019). Why don't people of color use mental health services? *Psychological Science Agenda, 33*(3). Retrieved from [www.apa.org/science/about/psa/2019/03/people-color-mental-health](http://www.apa.org/science/about/psa/2019/03/people-color-mental-health).
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slade, K., & Whipple, J. L. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 175–185.
- Hawkins, R. P. (1979). The functions of assessment: Implications for selection and development of devices for assessing repertoires in clinical, educational, and other settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12*(4), 501–516.
- Hayes, S. C., Muto, T., & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*(3), 232–237.
- Hayes, S. C., Nelson, R. O., & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist, 42*, 963–974.
- Haynes, S. N. (1992). *Models of causality in psychopathology: Toward dynamic, synthetic, and nonlinear models of behavior disorders*. New York: Macmillan.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review, 30*, 448–466.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 29–51.
- Hurl, K., Wightman, J., Haynes, S. N., & Virues-Ortega, J. (2016). Does a preintervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies. *Clinical Psychology Review, 47*, 71–84.
- Jensen, A. S., Fee, C., Miles, A. L., Beckner, V. L., Owen, D., & Persons, J. B. (2020). Congruence of patient takeaways and homework assignment content predicts homework compliance in psychotherapy. *Behavior Therapy, 51*(3), 424–433.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M. A., et al. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry, 49*(10), 809–816.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.



- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: Guilford Press.
- Lawrie, S. I., Eom, K., Moza, D., Gavreliuc, A., & Kim, H. S. (2020). Cultural variability in the association between age and well-being: The role of uncertainty avoidance. *Psychological Science, 31*(1), 51–64.
- Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., et al. (2018). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. *JAMA Psychiatry, 76*(3), 324–335.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training handouts and worksheets* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design: Bringing science to managed care. *American Psychologist, 56*, 119–127.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry, 180*(5), 461–464.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: A problem-solving method. *Psychological Assessment, 5*, 254–263.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., & Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 368–401). New York: Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. New York: Springer.
- O'Brien, W. H., & Haynes, S. N. (1995). A functional analytic approach to the conceptualization, assessment, and treatment of a child with frequent migraine headaches. *Journal of Clinical Psychology, 1*, 65–80.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy, 41*(8), 863–878.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Persons, J. B., Beckner, V. L., & Tompkins, M. A. (2013). Testing case formulation hypotheses in psychotherapy: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(4), 399–409.
- Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 535–548.

- Persons, J. B., & Hong, J. J. (2016). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. In N. Tarrrier & J. Johnson (Eds.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy* (2nd ed., pp. 14–37). London: Routledge.
- Persons, J. B., & Mikami, A. Y. (2002). Strategies for handling treatment failure successfully. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39, 139–151.
- Persons, J. B., Mooney, K. A., & Padesky, C. A. (1995). Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulation. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 21–34.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041–1051.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–121). London: Academic Press.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Roth, A., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 129–147.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Spring, B., Marchese, S., & Steglitz, J. (2019). History and process of evidence-based practice in mental health. In S. Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action: Bridging clinical science and intervention* (pp. 9–27). New York: Guilford Press.
- Sturme, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Tarrier, N., & Johnson, J. (Eds.). (2015). *Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex cases* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Thwaites, R., Bennett-Levy, J., Davis, M., & Chaddock, A. (2014). Using self-practice and self-reflection (SP/SR) to enhance competence and meta-competence. In A. Whittington & N. Grey (Eds.), *The cognitive behavioural therapist: From theory to clinical practice* (pp. 241–254). London: Routledge.
- Turkat, I. D. (Ed.). (1985). *Behavioral case formulation*. New York: Plenum Press.
- Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive behavioral therapy for depression*. New York: Guilford Press.