

# La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica\*

Trabajo original

## Resumen

La formulación clínica del caso (FCC) ha sido objeto de un número creciente de publicaciones científicas. La expresión FCC no es de uso general en nuestro medio, donde en el ámbito docente se utiliza el término «encare clínico», con un sentido comparable en algunos aspectos, pero más restringido. Este trabajo se propone revisar las publicaciones actuales sobre el tema con el objetivo de examinar las ventajas e inconvenientes que podría tener un uso más generalizado de esta herramienta clínica. La FCC es especialmente útil cuando el tratamiento del paciente pone en juego una dimensión psicoterapéutica, lo cual exige dar especial importancia a los aspectos psicosociales y a los significados personales del paciente. La formulación del caso explicita la visión del clínico tratante sobre los problemas centrales del paciente, sus hipótesis etiopatogénicas, la estrategia terapéutica y la respuesta del paciente y su evolución. El trabajo propone los lineamientos para un modelo de FCC común a las distintas orientaciones psicoterapéuticas y discute sus características a partir del análisis de la formulación de un caso tomado de la literatura (Johnstone y Dallos, 2014). Se discute la utilidad de la FCC como anexo a la historia clínica y se examina su aplicación en diversos niveles: para el trabajo clínico, para la atención institucional, para la docencia y para la investigación.

## Palabras clave

Formulación de caso  
Psicoterapia  
Historia clínica  
Evaluación del tratamiento  
Seguridad del paciente

## Summary

Clinical case formulation (FCC) has been the subject of a growing number of scientific publications. The idiom "FCC" is not commonly used in our environment, where in teaching settings the term "clinical approach" is used. This expression entitles a comparable meaning regarding certain aspects, but in a more restricted sense. This work intends to review the current publications on the subject in order to examine the advantages and disadvantages that a more widespread use of this clinical tool could eventually warrant. The FCC is especially useful when the patient's treatment may involve a psychotherapeutic dimension, which requires to confer special importance to the psychosocial aspects and the personal significances of the patient. Case formulation expresses the vision of the treating clinician about the central problems of the patient, its etiopathogenic hypothesis, the therapeutic strategy, the treatment response and the patient's outcome. The work suggests guidelines for a common model for the different psychotherapy lines, and discusses its features from an analysis of the formulation of a case taken from the available references (Johnstone and Dallos, 2014). The usefulness of FCC as an attachment to the patient's clinical record is discussed, examining its implementation at various levels, namely: for clinical work, institutional care, teaching and research.

## Key words

Case formulation  
Psychotherapy  
Case history  
Treatment evaluation  
Patient safety

## Autor

### Ricardo Bernardi

Médico Psiquiatra. Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). Doctor en Psicología en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Prof. Emérito de la Facultad de Medicina, Udelar. Co-Chair del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Ex editor latinoamericano del International Journal of Psychoanalysis.

Correspondencia:

ric.e.bernardi@gmail.com

\* El presente trabajo constituye el desarrollo de un curso coordinado por el Dr. Ricardo Bernardi, auspiciado por la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica (SUPM), en el año 2013, en el que participaron la Psic. Laura de Souza, la Dra. Psic. Delfina Miller, la Dra. Rosario Oyénard, la Psic. Berta Varela, el Dr. Luis Villalba y la Psic. Rosa Zytner.

## Introducción

La formulación clínica del caso (FCC) es una manera de conceptualizar y presentar los casos clínicos que busca poner de manifiesto, en forma concisa y breve, la forma en la que determinado clínico o equipo está encarando el diagnóstico y tratamiento de determinado paciente, destacando las características particulares de ese caso. Es, por tanto, una herramienta clínica<sup>1</sup> que busca integrar conocimientos teóricos con destrezas clínicas al servicio del tratamiento. Toda situación clínica puede ser formulada, pero me referiré específicamente a aquellas en las que son centrales los aspectos psicoterapéuticos.

La finalidad básica de la FCC es aumentar la probabilidad de que una intervención terapéutica resulte útil para el paciente, eligiendo la forma más adecuada para ese caso.<sup>2</sup> También resulta útil para la formación y para la investigación en psiquiatría y psicología. En los últimos años la FCC se ha vuelto en sí misma objeto de investigación y perfeccionamiento.<sup>1</sup> Hace un tiempo la Asociación Psiquiátrica Canadiense,<sup>3</sup> teniendo en cuenta que la FCC formaba parte de la enseñanza formal de la psiquiatría y constituía una destreza necesaria, aconsejaba proveer guías más explícitas y consensuales para su redacción. Recientemente estas guías fueron propuestas en Gran Bretaña por la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología.<sup>4</sup> Aunque predomina la literatura en inglés, se percibe un incremento reciente de los trabajos en español.

La expresión «formulación del caso» no se ha generalizado en nuestro medio, salvo en la orientación cognitivo-conductual, en la que ha sido considerada una «piedra angular».<sup>5</sup> En cambio, el concepto de «encare clínico» tiene una larga tradición, en especial en el campo docente. Existen múltiples similitudes entre el encare clínico y de FCC, aunque los trabajos actuales sobre FCC han profundizado en este concepto y han extendido su uso más allá de la docencia. La FCC difiere también de un informe psicológico tradicional, aunque

es probable que se vaya hacia una mayor convergencia. Parece conveniente adoptar en nuestro medio el término FCC con el sentido que tiene en la literatura actual y reservar el de «encare clínico» con su uso actual. Existen dos características que suelen formar parte de los encares clínicos tal como que se realizan en nuestro medio que conviene incluir también en la FCC, pues son acordes con lo planteado por la literatura actual y enriquecen el concepto.

En primer lugar, en nuestro país existe una larga y valiosa tradición a favor de un abordaje integral, biopsicosocial de los problemas de salud. Esto no quiere decir que en el momento actual se disponga de un modelo universal pues, como señala Ghaemi,<sup>6,7</sup> esto llevaría a caer en la vaguedad o en el eclecticismo. Pero, en contra de Ghaemi, es necesario afirmar que sin un enfoque (que no quiere decir «modelo» en sentido estricto) corremos el riesgo aun mayor de una visión unilateral de los problemas del paciente. Los trabajos actuales sobre FCC tienden a apoyar esta perspectiva integradora, pero, como discutiré más abajo, los manuales actuales sobre la FCC no siempre logran mantener un equilibrio adecuado entre los tres niveles.

En segundo lugar, en nuestro país existe una tendencia al diálogo y al reconocimiento mutuo entre las diversas corrientes psicoterapéuticas, como se pone de manifiesto en la docencia universitaria y en la creación de la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI), que reúne las distintas corrientes. Aunque aún no sea posible decir en forma consensual cuál forma de psicoterapia brinda mayores beneficios a cuáles pacientes, es posible ir avanzando en la búsqueda de criterios que pueden servir para establecer guías clínicas para la práctica psicoterapéutica.<sup>8</sup> La FCC permite avanzar en esta dirección al explicitar a partir de qué consideraciones clínicas y premisas teóricas se plantean los tratamientos en psicoterapia y cuáles son sus resultados a nivel clínico. Se ha señalado que la formulación de los tratamientos ajustando las consideraciones teóricas a la singularidad de cada paciente puede

\* «El principal objetivo del DSM-5 es asistir a los clínicos formados para el diagnóstico de los trastornos mentales de sus pacientes como parte de una evaluación de la formulación de caso que conduzca a un tratamiento plenamente informado para cada individuo.» (El subrayado es mío, así como todas las traducciones de textos citados en inglés).

contribuir significativamente a aumentar la efectividad de la psicoterapia.<sup>9, 10</sup>

Este trabajo está dedicado a las características comunes que posee toda FCC cualquiera sea su orientación psicoterapéutica. Este marco general se complementa con su consideración desde cada una de las corrientes. En este último caso se habla específicamente de formulación psicodinámica del caso (FPC) en el caso de los enfoques psicoanalíticos, o de formulación cognitivo-conductual del caso, cuando corresponde, o de formulación sistémica, etc. También deben ser tomadas en cuenta áreas específicas, como ser la psicología médica, las terapias focales, las distintas edades (niños, adolescentes, adultos, tercera edad), etc. Un ejemplo clínico me permitirá discutir la utilidad de la FCC para cotejar los diferentes enfoques terapéuticos y favorecer el diálogo entre ellos.

En este momento en que los planes de salud procuran la extensión de la cobertura en psicoterapia, la FCC es especialmente útil en la práctica clínica tanto a nivel individual como institucional. La inclusión de la FCC en la historia clínica no solo ofrece un instrumento útil para los clínicos tratantes y las instituciones de asistencia, sino que es un instrumento básico para fortalecer la evaluación de los tratamientos y la seguridad del paciente.

## Definición y concepto

Junto con los trabajos pioneros de Luborsky y Barrett,<sup>11, 12</sup> uno de los primeros aportes significativos fue el de Perry et al.,<sup>13</sup> considerado por la Asociación Psiquiátrica Americana como uno de los artículos influyentes que debían ser republicados.<sup>14</sup> Los autores postulan que:

*Una formulación clínica (o formulación de caso) es una explicación o conceptualización, fundamentada teóricamente, de la información que surge de la evaluación clínica.*

*En la práctica clínica, las formulaciones son usadas para comunicar una hipótesis y*

*brindar el marco de trabajo para desarrollar el enfoque terapéutico más adecuado al paciente.*

Perry et al. recomiendan que la FCC se centre solo en la información esencial para el tratamiento, y proponen que no exceda las 500 a 750 palabras. Debe dejar claro lo que le ocurre objetivamente a la persona, los factores que a nivel hipotético pueden estar generando o manteniendo sus problemas y cómo esto orienta la estrategia terapéutica. Ideas similares están presentes en los trabajos de la época de L. Luborsky<sup>11</sup> y de H. Strupp y J. Binder.<sup>15</sup> Perry et al. se refieren en especial a la formulación psicodinámica del caso, esto es, realizada desde una perspectiva psicoanalítica.

Los manuales recientes de Eells<sup>1</sup> y de Johnstone y Dallos<sup>16</sup> toman en cuenta diversas corrientes psicoterapéuticas.

Eells<sup>1</sup> utiliza el término «formulación» en una forma que combina los sentidos de evaluación, explicación e hipótesis. La define del siguiente modo:

*La formulación de un caso de psicoterapia es esencialmente una hipótesis acerca de las causas, de los precipitantes y de las influencias que mantienen presentes los problemas psicológicos, interpersonales y comportamentales de una persona (p. 4).*

En diversos trabajos Eells<sup>1, 10, 17-20</sup> ha estudiado la FCC desde diversos ángulos: la comparación entre FCC provenientes de diversos enfoques terapéuticos, su uso para la formación de terapeutas o las investigaciones sobre la confiabilidad y validez de las FCC.

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología considera la FCC como una competencia esencial para la psicología clínica<sup>4</sup> y ha publicado una guía para la práctica clínica (*Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*) con el objetivo de facilitar su uso.<sup>21</sup> Se define la FCC como un instrumento clínico que busca relacionar la teoría con la práctica. Por eso debe ser vista como un conjunto de hipótesis a ser testeadas en la clínica. Indican que debe

ser co-construida progresivamente entre paciente y terapeuta y que deben respetarse los significados personales que tienen para el paciente las experiencias que está viviendo. Los clínicos tratantes tienen una serie de conocimientos de orden biológico, psicológico y social que sirven de marco de trabajo, pero deben ser ajustados a la evaluación de cada caso concreto (p. 6).

L. Johnstone y R. Dallos,<sup>16</sup> apoyados en dicha guía y en la experiencia británica, también definen la FCC como una hipótesis sobre los problemas del paciente (p. 5). Insisten en que «formulación» no alude solo a un resultado o producto terminado, sino también a un trabajo en continuo progreso, que va avanzando a medida que crece la relación entre paciente y terapeuta.<sup>22, 23</sup>

Algunos autores han puesto énfasis en incluir en la FCC los resultados de la intervención y la evolución ulterior del paciente, criterio que comparto. Haynes y O'Brien<sup>24</sup>, citado por Caycedo Espinel et al.,<sup>25</sup> ven la FCC como el resumen y la integración de la información derivada de la evaluación pretratamiento y postratamiento, que incluye la toma de decisiones e integra múltiples fuentes de información, obtenida mediante el uso de diferentes métodos durante la evaluación del caso.

Resumiendo, podemos ver que las diversas definiciones, con independencia de la corriente a la que pertenezcan, coinciden en considerar la FCC como la presentación de las observaciones e hipótesis que guían al clínico en el tratamiento. No está centrada en el trastorno ni en el problema, sino en la persona, y aspira a identificar no solo sus vulnerabilidades sino también sus fortalezas y potencialidades.<sup>21</sup>

Refiriéndose a los procedimientos rutinarios que se siguen en instituciones de salud mental, L. Johnstone<sup>16</sup> señala que la FCC explicita algo que los clínicos tienen *in mente* pero no suelen consignar. Por eso proponen que en vez de describir los procedimientos como si fueran:

**Problema → Solución**

se explicita esta otra secuencia:

**Problema → Formulación → Solución**

El ciclo completo podría formularse así, jerarquizando el aspecto dinámico y en avance del proceso:

**Evaluación clínica → Formulación del caso → Intervención → Nueva Evaluación<sup>21</sup>**

Este último modelo es el válido para la psicoterapia y la mayor parte de la psiquiatría y la psicología.

La vigencia y jerarquía del concepto de formulación de caso aparecen destacadas en el DSM-5,<sup>26</sup> que comienza remarcando el papel del manual para la formulación del caso clínico. Establece que el diagnóstico debe realizarse en el marco de una formulación del caso. Destaca que la finalidad del DSM-5 es ayudar a los clínicos a realizar esta formulación del caso que favorezca un tratamiento basado en una cuidadosa historia clínica y un resumen de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a ese trastorno mental (p. 19).<sup>\*</sup> Señala que el fin último de la FCC es realizar un plan terapéutico que tome en cuenta el contexto personal del individuo y sus características sociales y culturales.

Estas recomendaciones son importantes porque el diagnóstico aislado da poca información sobre la persona: dos individuos distintos pueden tener un mismo diagnóstico aunque la forma de vivir la enfermedad sea muy diferente y sean aconsejables distintas estrategias terapéuticas en cada situación. Esta singularidad propia de cada caso es lo que busca rescatar la FCC.

## **FCC, diagnóstico e historia clínica**

Si bien la FCC incluye una dimensión diagnóstica, tiene objetivos más amplios. Un diagnóstico de tipo categorial apunta a establecer lo que un paciente tiene en común con otros, mientras la FCC, en cambio, busca establecer lo que es específico de ese paciente en esa

relación terapéutica. Las diferencias entre el diagnóstico categorial y la FCC han sido estudiadas por C. Mace y S. Binyon.<sup>9</sup>

La FCC va más allá del diagnóstico:

- 1) La FCC apunta a lo que singulariza ese caso clínico.
- 2) Incluye la perspectiva teórica y técnica de quien conduce el tratamiento.
- 3) Busca anticipar los factores que pueden influir en la respuesta al tratamiento y por lo tanto orienta sobre la mejor forma de realizarlo.
- 4) Posibilita revisar las metas terapéuticas iniciales en función de los resultados obtenidos.

Se ha discutido<sup>27</sup> si la FCC constituye un complemento del diagnóstico o si debe ser una alternativa al diagnóstico tradicional tipo DSM o CIE. Quienes cuestionan los diagnósticos sostienen que la FCC es suficiente para el trabajo clínico. Esta postura es más frecuente dentro de ciertas corrientes psicoterapéuticas, como las humanistas, las experienciales, y algunas posiciones de tipo psicoanalítico influidas por las corrientes constructivistas radicales o posmodernas. Se busca evitar que el terapeuta imponga categorías que ocultan el significado personal que tiene para el paciente su sufrimiento. En mi opinión, si bien es válido evitar un uso no empático del diagnóstico, que lo coloque en el lugar de un rótulo, esto no significa que haya que prescindir de los diagnósticos, pues de lo contrario solo pueden realizarse observaciones de tipo anecdótico o reinventar categorías diagnósticas *ad hoc*, carentes de validez y confiabilidad. Tratar a un paciente implica no solo tener alguna idea de qué es lo que le está ocurriendo sino también formularlo de una forma que pueda ser compartida con la comunidad científica. En ese sentido, la FCC, como señala el DSM-5, complementa al diagnóstico, colocándolo en el contexto propio de cada paciente y de cada relación terapéutica.

La formulación puede estar a cargo del clínico tratante o involucrar a todo el equipo.

Johnstone señala que la FCC realizada por todo el equipo beneficia no solo al paciente sino también al equipo, el cual logra una mejor comprensión de la perspectiva de los distintos técnicos y por ende un accionar más coordinado. Del mismo modo, las Guías Clínicas (Guidelines) de la Sociedad Británica de Psicología recomiendan el uso de la FCC en el contexto de los servicios y organizaciones de salud y para las intervenciones comunitarias, que exigen tomar en cuenta a la persona en relación con un marco social más amplio.

La FCC, como se dijo, puede tener diversos objetivos y formatos: estar ligada directamente a la práctica clínica, a la docencia, a la investigación o a campos específicos. Por ejemplo, Cruzado<sup>28</sup> ha señalado las características de la FCC en psicooncología.\*

Conviene que la FCC sea incluida como complemento o anexo a la historia clínica y que, en estos casos en 500 a 1.000 palabras, consigne los aspectos a los que me referiré más abajo.

El paciente tiene derecho a acceder a la FCC del mismo modo que al resto de la historia clínica. Como señalan Johnstone y Dallos,<sup>16</sup> la FCC no se hace sobre el paciente sino con el paciente y este debería encontrar en ella lo trabajado en la psicoterapia y su propio punto de vista. Aun aquellos puntos que el clínico puede considerar que no es conveniente aún incluir en el tratamiento pueden ser consignados en una forma que sea compartible con el paciente. Johnstone<sup>27</sup> muestra, a partir de un ejemplo clínico que comentaré más abajo, la forma en la que la FCC puede ser comunicada al paciente haciendo mención en forma breve, respetuosa y empática a los temas que por el momento el paciente prefiere no incluir en la comunicación. Va de suyo que cuanto más personalizada es la información que se consigna del paciente, tanto mayor debe ser el respeto y las precauciones respecto a la confidencialidad.

\* En nuestro medio se está trabajando sobre las características de la FCC en Psicología Médica (Varela, B. et al. La formulación clínica en psicología médica: un modelo de formulación biopsicosocial y de la relación médico-paciente, en preparación).

## Teoría y práctica, ciencia y arte

La FCC no pretende ser ateórica, sino, al contrario, reflejar la orientación teórica y técnica del terapeuta; permite ver cómo esta visión teórica se relaciona con el encare terapéutico y da lugar a una mayor reflexión y la discusión del caso.

La FCC necesariamente combina ciencia y arte clínico, teoría y práctica. Exige destreza clínica, la cual es necesaria no solo para el diagnóstico, sino también para identificar el abordaje psicoterapéutico más adecuado (¿cuál forma de psicoterapia?, ¿combinada o no con medicación?, etc.), procurando anticipar en lo posible la respuesta del paciente.<sup>10, 9</sup> Se ha comprobado que el grado de experiencia influye en la calidad de la FCC.<sup>20, 10</sup>

Busca hacer explícito el conocimiento tácito, práctico y muchas veces procedimental del clínico (en el sentido de Polanyi<sup>29, 30</sup>), inte-

grando esta experiencia profesional de forma que se vuelva compartible e integrada con los conocimientos teóricos y técnicos.

La figura 1 presenta en forma gráfica estas distintas dimensiones, a partir de ideas formuladas por T. D. Eells.<sup>1</sup> Desde un punto de vista se propone privilegiar métodos mixtos, que busquen dar cuenta de la complejidad de los fenómenos combinando los aportes de la tradición positivista, nomológica, con la tradición hermenéutica, idiográfica (D. J. A. Edwards<sup>31</sup>).

L. González Bravo<sup>32</sup> también destaca que la FCC se sitúa en la intersección de diagnóstico, tratamiento, teoría, práctica, descripción clínica y etiología, para desde allí articular las decisiones que guiarán la intervención terapéutica. De esta forma aproxima y facilita el intercambio entre diferentes escuelas teóricas y modelos de tratamiento.

Figura 1. Dimensiones de la formulación clínica del caso (FCC)



## Guía para la formulación del caso

Existen diferentes modos de realizar la FCC, según el objetivo planteado, el ámbito de trabajo y el marco teórico. Al referirse a una psicoterapia corresponde especificar la FCC según el tratamiento y hablar, según el caso, de formulación psicodinámica de caso, formulación cognitivo-conductual, sistémica, etc. Existen, incluso, diferentes formas de realizar una FCC dentro de determinado enfoque terapéutico, de acuerdo con variantes teóricas o técnicas. Esto puede verse en el trabajo de Perry et al.<sup>13</sup> ya mencionado y es también subrayado por Messer y Wolitzky,<sup>33</sup> quienes señalan que el modo de formular el caso depende en mucho del tipo de narrativa creada por las preferencias teóricas de quien la construye. En los últimos años se ha encontrado que existía una convergencia importante<sup>34</sup> entre manuales de diagnósticos psicodinámicos de distinta procedencia, a saber: el *Psychodynamic Diagnostic Manual*,<sup>35</sup> el *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2. Manual of Diagnosis and Treatment Planning*,<sup>36, 37</sup> y que también se da con la escala de niveles de funcionamiento mental (LPFS) de la Sección III del DSM-5.<sup>38, 39</sup>

Desde la perspectiva cognitivo-comportamental, Nezu et al.<sup>40</sup> creen que, sin negar los elementos comunes, es posible distinguir cuatro modelos diferentes de formulación cognitivo-comportamental que difieren en diversos aspectos. Por ejemplo, mientras Nezu et al. ponen el acento en el modo de resolver problemas, Persons y Tompkins<sup>41</sup> jerarquizan la visión del caso en su globalidad (incluyendo el nivel del síntoma, del trastorno, de los problemas y del caso) y valorizan el testeo a través de la evaluación de los aspectos individuales y específicos del tratamiento.<sup>18, 19</sup> Existen también formulaciones eclécticas o que buscan integrar más de una corriente.<sup>32</sup> En último término, si tomamos en cuenta las teorías implícitas del psicoterapeuta<sup>42</sup> y las modalidades profesionales y personales de cada terapeuta, encontramos que pueden existir tantas variaciones en una formulación

como terapeutas hay. Pero existen también elementos comunes a toda FCC, que es el punto considerado en este trabajo. El acuerdo sobre cuáles elementos deben ser incluidos en una FCC ha ido creciendo.<sup>32</sup>

Toda FCC debe responder a las preguntas centrales de la práctica clínica y debe estar redactada en un lenguaje accesible y conciso que pueda ser compartido con colegas de otras orientaciones teóricas.

Como guía para la redacción de una FCC que resulte útil como anexo a la historia clínica, sugiero las siguientes preguntas, que responden a los interrogantes centrales de la clínica que mencionaba más arriba:

### 1. ¿Qué le pasa al paciente? ¿Por qué necesita ayuda? (aspectos diagnósticos)

En este punto se deben resumir en forma sucinta los principales aspectos diagnósticos del paciente. Importa consignar los datos que se consideran centrales de la historia clínica. Se pueden incluir expresiones textuales del paciente cuando sean la mejor forma de resumir o ilustrar el significado personal de sus problemas, pero sin entrar en anécdotas o detalles. Importa consignar la forma en la que el paciente vive lo que le está ocurriendo, el tipo de vínculos que establece dentro y fuera del tratamiento y las características de su funcionamiento mental (los aspectos a jerarquizar varían según el enfoque psicoterapéutico).

### 2. ¿A qué se debe lo que le ocurre? (aspectos etiopatogénicos)

Interesan los factores que se consideran precipitantes, perpetuantes, predisponentes y protectores. Esta distinción, jerarquizada por el enfoque cognitivo-comportamental, resulta útil y no difiere mayormente de la que plantean otras corrientes (por ejemplo, las «Series complementarias» a las que se refirió Freud.<sup>43</sup> Es importante incluir los factores de

protección y de resiliencia, dado su papel en la recuperación.

### 3. ¿Cómo tratarlo? (aspectos terapéuticos)

¿Cómo se propone el tratamiento (psico-terapéutico y/o farmacológico) ayudar al paciente? Conviene especificar: a) la estrategia a seguir, señalando los focos del tratamiento en relación con los factores que generan o mantienen el sufrimiento del paciente y b) señalar los aspectos favorables y los posibles obstáculos que pueden surgir para alcanzar las expectativas terapéuticas planteadas.

### 4. ¿Qué efecto tuvo? (evolución)

La evolución clínica del paciente es un dato de gran valor. No se reduce a cambio sintomático sino también al fortalecimiento o desarrollo del funcionamiento de la personalidad e interpersonal. Resulta útil complementar la opinión clínica del terapeuta con el uso de escalas o con información proveniente del propio paciente o de sus familiares.

He puesto énfasis en consignar la evolución del paciente. Este último punto no siempre es jerarquizado en los trabajos sobre la FCC. Sin embargo, es esencial, puesto que la FCC es una hipótesis a ser testeada. De lo contrario, la FCC puede convertirse en una construcción mental del terapeuta basada en su conocimiento teórico, pero que puede no ajustarse al paciente ni al tratamiento real.

## Ejemplo clínico

Habitualmente los ejemplos clínicos de FCC son presentados desde la perspectiva exclusiva de un determinado enfoque terapéutico. Por eso tiene interés la presentación que hacen

Johnstone y Dallos<sup>16</sup> de un material clínico complejo, que es formulado a lo largo del volumen desde distintos enfoques terapéuticos. Esto ayuda a percibir las similitudes y diferencias entre ellos. De los diversos enfoques discutidos en el libro, examinaré brevemente las perspectivas psicoanalítica, cognitivo-comportamental y sistémica, dado su interés para nuestro medio.

Jack, de 25 años, fue internado por un episodio psicótico en el que presentaba ideas persecutorias. Creía que un cantante famoso le había robado sus temas musicales y ahora podría agredirlo para que no lo denunciara. Antes de la internación había consumido alcohol y sustancias de distinto tipo, lo que le había costado perder su último empleo. Jack había sido un buen alumno durante la escuela y la familia esperaba que él quedara a cargo del negocio que sus padres, inmigrantes, habían construido con gran esfuerzo. Pero durante su adolescencia sus padres se divorciaron a causa del alcoholismo y la violencia familiar del padre. El padre volvió a su país de origen y la madre, Jack y tres hermanas menores debieron enfrentar serias dificultades económicas, agravadas por enfermedades de la madre. Luego de esto, Jack fracasó en sus estudios y sufrió abuso sexual de parte del patrón de su primer trabajo. Su comportamiento social se volvió problemático y antes de su internación consultó por depresión. Durante la internación aceptó la medicación y su estado emocional se calmó, aunque persistieron las ideas persecutorias. Antes del alta se evalúa la posibilidad de incluir psicoterapia en el tratamiento, para lo cual se pide al equipo que formule el caso.



Presentaré las distintas perspectivas, para indagar coincidencias y divergencias entre ellas.

## 1. Formulación diagnóstica

Todos los enfoques jerarquizan las ideas delirantes de Jack, sus antecedentes de consumo de sustancias y la coincidencia del desencadenamiento de sus problemas con la crisis familiar. Sin embargo, más allá de estas convergencias, las diversas corrientes ponen el acento en distintos aspectos de la presentación. A esto me referiré más abajo, al hablar de la formulación terapéutica.

El punto que resulta más polémico de muchas de las formulaciones incluidas en el libro radica en una insuficiente discusión de los aspectos diagnósticos y pronósticos, de los antecedentes familiares y de los aspectos psicofarmacológicos. Esto se debe en gran parte, a mi entender, a una cierta contraposición entre formulación y diagnóstico, debida al temor de que la búsqueda de una mayor precisión diagnóstica pueda condicionar al clínico tratante y contribuya a consolidar al paciente dentro de una patología. Este argumento no me resulta compartible. Una perspectiva integral de la formulación debe incluir todos los aspectos del problema. Esto vale como criterio general. Un clínico no está obligado a llegar en las primeras entrevistas a un diagnóstico definitivo y puede ser muy cauto en cuanto al pronóstico, pero estas mismas dudas o prevenciones deben ser expresadas en la FCC. Del mismo modo, cuando se realiza una FCC de un paciente que consulta por problemas de orden médico y se realiza una interconsulta psiquiátrica o de psicología médica, es importante que la FCC consigne con detalle la enfermedad física y la medicación empleada al mismo tiempo que explore su funcionamiento psíquico, el significado personal de la enfermedad y la forma en la que afecta la calidad de vida del paciente. El paciente es una unidad y la FCC debe incluir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relevantes. Esto está reconocido en la Guía

británica sobre la FCC y forma parte de la tradición biopsicosocial de nuestros encares en salud mental.

## 2. Formulación etiopatogénica

En cuanto a la etiopatogenia, todas las corrientes destacan los múltiples traumas que afectaron la vida de Jack en su adolescencia. Respecto a estos traumas existe también un considerable acuerdo entre los autores; sin embargo, se marcan diferencias en cuanto a la forma de valorarlos y formularlos.

A. La formulación psicodinámica del caso<sup>44</sup> pone el acento en el significado que tuvieron los traumas vividos. Jack vivió a nivel simbólico como una traición las actitudes del padre y de quienes ocuparon un rol paterno. Esto agravó los sentimientos depresivos y persecutorios producidos por las sucesivas crisis y desembocaron en su quiebre psicótico. Carecemos de otros datos sobre su desarrollo temprano, pero sabemos que Jack, más que sentirse protegido por su madre, sintió que él debía protegerla a ella y también a sus hermanas, lo que sobrepasaba sus posibilidades. La enfermedad de la madre fue una nueva sobrecarga que acentuó su sensación interna de desvalimiento.

B. Desde la perspectiva cognitivo-comportamental<sup>45</sup> interesan los factores que pueden ser designados con las cuatro «p»: factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes y de protección. La terapia debe ayudar a Jack a aprender a afrontar estos factores, y/o modificarlos, lo que implica cambios en término de emociones, pensamientos y comportamientos. En primer lugar, habría que modificar los factores perpetuantes, esto es, los factores cognitivos y comportamentales que producen el círculo vicioso del cual Jack no encuentra salida. Una necesidad exagerada de seguridad lo lleva a repetir ideas y conductas disfuncionales sin atreverse a cambiarlas. Se propone metas exageradas y cae en la rumiación de los fracasos. En segundo lugar, una cadena de sucesos (abuso sexual, alcohol y

drogas, falla en los estudios y en el trabajo) se constituyeron en factores precipitantes que reforzaron la creencia nuclear de ser un fracaso y de estar amenazado por figuras hostiles. Sus reacciones (tomar alcohol como el padre, plantearse metas inalcanzables) lo llevaron a reforzar sus creencias negativas nucleares y a precipitar la psicosis. Por eso es importante tener presente sus capacidades (como ser la música) que pueden actuar como factores de protección.

C. La formulación sistémica<sup>46</sup> pone el acento en el papel jugado por las relaciones familiares. Propone una serie progresiva de hipótesis de trabajo que buscan deconstruir los mecanismos que condujeron a los problemas, modificando las creencias y expectativas inadecuadas y los patrones repetitivos. Jack quedó atrapado entre el padre y las mujeres de la familia. Sobre él pesan atribuciones y expectativas que dificultan su desarrollo personal y le hacen difícil salir del círculo de la desventura familiar y encontrar caminos para superar sus crisis.

### 3. Formulación terapéutica

Todas las corrientes están de acuerdo en mantener la medicación y complementarla con psicoterapia y medidas de tipo psicosocial. A partir de este punto cada una de ellas formula su propia estrategia terapéutica.

A. Desde el punto de vista psicoanalítico, para Leiper<sup>44</sup> en este caso no resulta aconsejable el psicoanálisis clásico dirigido a explorar la historia y los conflictos inconscientes del paciente. No lo permiten las dificultades que presenta Jack para integrar sus funciones mentales y lograr, por ejemplo, un adecuado juicio de realidad. Por eso resulta más adecuada una psicoterapia de apoyo que le ofrezca de parte del terapeuta una actitud comprensiva y contenedora frente a las experiencias emocionales y las ideas delirantes que lo invaden. Tomando en cuenta los factores traumáticos que vivió, conviene que Jack no se sienta presionado hacia metas que lo superan en el momento actual, sino favorecer que pueda

tomar contacto con la forma en la que por dentro vive sus problemas actuales, y ayudarlo a reconocer y fortalecer sus recursos y su sentido de identidad. La perspectiva psicoanalítica jerarquiza que el terapeuta esté pronto a darse cuenta de si la historia pasada de Jack reaparece en la relación trans-ferencial-contratransferencial entre paciente y terapeuta. El terapeuta —que en este caso conviene que sea de género masculino, dado los conflictos con la figura paterna— debe cuidar de no repetir el tipo de relaciones que condicionaron la vida de Jack. Este ciclo podría comenzar con fuertes expectativas positivas mutuas, seguido por decepciones, que lleven a que Jack se sienta abandonado o traicionado y el terapeuta frustrado y distante. Este ciclo patógeno, tan nocivo en la vida de Jack, podría reaparecer en forma silenciosa pero destructiva en el vínculo terapéutico. Por eso el terapeuta debe estar atento para verbalizar estas situaciones y proponer, en cambio, metas alcanzables que lleven a un nuevo tipo de experiencias emocionales de Jack, consigo mismo y con los demás.

B. La formulación terapéutica cognitivo-conductual de Dudley y Kuyken<sup>45</sup> busca identificar inicialmente los problemas que puedan servir como objetivos terapéuticos concretos y lleven a fortalecer la alianza terapéutica. Por ejemplo, la disregulación emocional, la necesidad de éxito, el temor de ser agredido, etc. Sobre estos problemas Jack probablemente esté dispuesto a recibir ayuda. A partir de esta base de colaboración mutua es posible plantear nuevas metas. Para esto el terapeuta dispone de modelos cognitivo-conductuales que son específicos para la psicosis y también de estrategias comunes a distintos trastornos, tales como las ya mencionadas de promover nuevas experiencias en vez de buscar la seguridad a través de la repetición de lo disfuncional. La formulación de los problemas no busca ser en sí misma un medio para conseguir el *insight* del paciente, sino que es un instrumento que debe ser usado para proponer procedimientos terapéuticos que deberán luego ser testeados a

partir de sus resultados. El énfasis está puesto en procedimientos que involucren al paciente y le permitan modificar sus cogniciones y comportamientos.

C. Desde la perspectiva sistémica la meta está puesta en la modificación de los supuestos y los patrones relacionales que Jack mantiene dentro y fuera de su familia. No se trata solo de modificar lo que ocurre en la familia, sino el conjunto de sus pautas de relación. El hospital no debe actuar solo como un «padre benévolo», lo cual haría que Jack se refugiara en el rol de «enfermo». Para evitar este círculo iatrogénico es necesario que el tratamiento psicoterapéutico ayude a Jack a encontrar nuevas formas de relación dentro y fuera de su familia.

Si consideramos los objetivos generales de estas distintas estrategias terapéuticas podemos decir que, en más de un sentido, los caminos de todas ellas conducen a Roma. Pero si miramos con más detalle la forma y las vías por las que se proponen llegar podemos ver que hay diferencias significativas y que no es seguro que el barrio de Roma al que llegan sea el mismo en todos los casos. El terapeuta de orientación psicoanalítica está atento a cómo la conflictiva del paciente configura en cada momento su experiencia subjetiva y se refleja en la relación transferencial-contratransferencial entre paciente y terapeuta. Es a partir de esta comprensión que el terapeuta formula sus intervenciones. El foco del terapeuta cognitivo-comportamental está puesto en identificar objetivos compartibles con el paciente que permitan ir modificando los factores que perpetúan, desencadenan o predisponen los problemas del paciente y vayan fortaleciendo sus recursos para encontrar nuevas maneras de afrontarlos. El terapeuta sistémico está especialmente atento a la forma en la que ciertas pautas de comportamiento familiar tienden a repetirse y a condicionar la posibilidad de nuevas experiencias. Estas diferencias en el foco y la modalidad de las estrategias terapéuticas las encontramos también en otras orientaciones terapéuticas

y dejan abierta la pregunta de cuál es la que mejor puede ayudar a Jack.

La formulación terapéutica ayuda a que el terapeuta tome mayor conciencia y reflexione sobre el camino que está siguiendo. Por ejemplo, en mi caso, en el que predomina la formación psicoanalítica, me resulta prioritario apuntar a una comprensión global de la forma en la que el paciente está experimentando su vida y la relación terapéutica conmigo. Intento entender cómo organiza su experiencia subjetiva consigo mismo y con los demás y solo una vez que algo de esto se me hace claro me siento seguro para intervenir en los problemas focales identificados. Aspiro también a compartir con el paciente algo de este tipo de comprensión, estando siempre atento a avanzar a medida que siento que el paciente me sigue o, mejor aun, me indica el camino a seguir. Pero tengo claro que este camino no es el que todos los pacientes están dispuestos a transitar o encuentran más productivo. Esto me ha llevado a orientar a algunos de ellos hacia otro enfoque psicoterapéutico. Pero no me resulta claro en cuántos otros casos no he podido identificar la necesidad de cambios en mi forma de trabajar. Esto vale, me parece, para la práctica general de la psicoterapia. Un marco institucional que permitiera comparar en casos concretos las FCC desde la perspectiva de distintos enfoques estoy seguro de que ayudaría a avanzar en la respuesta a estas cuestiones.

#### 4. Evolución

No disponemos de datos de la evolución. Ellos deberían sin embargo estar siempre incluidos en la FCC, pues permiten evaluar en qué medida la terapia está logrando las metas que se propone, tanto en los objetivos específicos de cada enfoque terapéutico, como en las principales áreas de la vida de Jack. Al mismo tiempo, tan importante como señalar los cambios positivos es identificar los aspectos de no cambio o de cambio negativo. Esta valoración puede basarse en instrumentos

de evaluación estandarizados, como los que se utilizan en la investigación sistemática de proceso y resultados de psicoterapia, pero también en una cuidadosa observación clínica desde la perspectiva de cada enfoque terapéutico. Algunas publicaciones recientes han buscado ahondar en este punto desde el enfoque psicoanalítico.<sup>47-49</sup>

Cabe una aclaración. Que una forma de terapia beneficie o no a un determinado paciente no permite ni validar ni refutar las premisas teóricas en las que se apoya, pues el éxito o el fracaso del tratamiento puede deberse a multitud de otros factores que sabemos que también intervienen (tales como las características del terapeuta, las circunstancias que rodean al tratamiento, variables del paciente, etc.). Esto requiere otras formas de investigación sistemática. Pero eso no quita que consignar la evolución del paciente es no solo fundamental para ese paciente y sus posibles instancias futuras, sino que también resulta enormemente instructivo y estimula nuevas investigaciones.

El volumen de Johnstone y Dallos<sup>16</sup> presenta ejemplos de formulaciones desde otros enfoques terapéuticos, algunos de los cuales están menos representados en nuestro medio, como ser la terapia narrativa, la perspectiva de las inequidades sociales, el de los constructos personales, o enfoques integrativos como el ANT (Attachment Narrative Therapy), el cual se sitúa en la intersección de los modelos narrativos, sistémicos y los basados en el apego. Si consideramos las terapias de tipo humanista, experiencial, gestáltico y rogerianas vemos que ellas utilizan formulaciones basadas en la identificación de ciertos problemas basados en el momento-a-momento del tratamiento y el «aquí y ahora» de las sesiones.<sup>1</sup> Se intenta así evitar que el terapeuta se coloque en una posición de poder o saber frente al paciente, punto de vista compartido por algunos autores psicoanalíticos. Diversos estudios muestran que incluso en estas terapias y sin proponérselo explícitamente, algunos temas se convierten en los focos centrales del tratamiento y esto se asocia al éxito terapéutico.<sup>50</sup> Estos focos

que ayudan al avance del tratamiento son los que la FCC busca explicitar.

## Discusión y conclusiones

Con toda razón podría preguntarse qué novedad hay en el uso de la FCC, ¿acaso no es la forma de pensar de todo clínico experimentado? La respuesta es que sí, pero que precisamente se trata de hacerlo en forma más explícita, sistemática y compartida. Por eso he abogado en este trabajo por una utilización habitual como anexo que complementa la historia clínica en los pacientes en psicoterapia y en aquellas condiciones médicas, psiquiátricas o psicológicas en las que los aspectos psicosociales del paciente ocupen un lugar preponderante.

Como todo instrumento clínico su uso puede acarrear ventajas pero también traer inconvenientes. Entre los inconvenientes, puede ser utilizado de forma apresurada u omitida, pues la formulación requiere un cierto esfuerzo y tiempo. También puede ser utilizado en forma dogmática, al servicio del «narcisismo de las pequeñas diferencias»,<sup>51</sup> para demostrar la superioridad *a priori* de un determinado enfoque sobre otros, en vez de estimular un intercambio productivo entre diferentes visiones clínicas. Debe reflejar la experiencia real del terapeuta y no forzar al paciente a entrar en un esquema. Por eso es necesario reconocer las situaciones complejas en las que la formulación solo puede ser tentativa.<sup>32</sup> La FCC debe mantenerse como una hipótesis siempre incompleta, que debe ser progresivamente perfeccionada y testeada.<sup>20</sup>

Quiero ahora destacar las ventajas que pueden surgir de un uso más amplio de la FCC.

### 1. Utilidad para paciente y terapeuta

La FCC, al hacer que se vuelvan explícitas las hipótesis implícitas del clínico, lleva a una práctica más reflexiva y crítica. En el caso de la psicoterapia ayuda a que el terapeuta confronte en mayor grado sus ideas operativas con

su conocimiento teórico por un lado, y con la marcha del paciente por otro. Facilita también un mayor intercambio y una mejor discusión en el seno de la profesión entre los distintos enfoques y también favorece el intercambio entre las distintas opiniones que existen en el interior de cada uno de ellos. Cuando un paciente está siendo tratado por un equipo, permite que los abordajes de los distintos integrantes sean cotejados y discutidos. En definitiva, ayuda a avanzar en la indagación de qué tratamiento y en qué circunstancias está resultando útil para un paciente dado, y ayuda a establecer consensos que pueden plasmarse en guías clínicas.

El paciente por su parte tiene la posibilidad de una mayor información sobre el tipo de tratamiento que está realizando, la cual, si es necesario, puede hacer llegar a un nuevo terapeuta, que dispondrá así de un mejor conocimiento sobre el tratamiento anterior. Tal vez esto pueda parecer una mayor exposición personal de los terapeutas, pero en verdad debe ser visto como un avance en su responsabilidad profesional.

## 2. Utilidad para las instituciones y para el sistema de salud

La historia clínica es un documento fundamental que está en la base de cualquier sistema que procure aumentar la seguridad para el paciente y avanzar en el monitoreo y la mejora de la calidad de la asistencia. La inclusión de la FCC como un anexo a la historia clínica permite que las instituciones que brindan psicoterapia dispongan de esa información y puedan orientar mejor la atención que se está brindando. Va en la dirección de una atención centrada en el paciente, que pueda expresarse en guías para la práctica clínica que utilicen un lenguaje compartido entre los distintos enfoques y tiendan a elaborar criterios comunes. Estas garantías de calidad son particularmente importantes en este momento en nuestro medio, dada la ampliación de la cobertura en psicoterapia.

La falta de una reglamentación de la psicoterapia hace que muchas veces resulte difícil para los responsables de la atención y para el público en general saber qué terapeuta está acreditado para realizar qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas y qué grado de experiencia clínica ha tenido durante su formación. En ausencia de esta regulación, la FCC, como anexo de la historia clínica institucional, o como documento que forma parte del archivo personal del psicoterapeuta, le brinda la oportunidad de poner de manifiesto la competencia e idoneidad con la que encara su trabajo. La capacidad para formular una FCC se considera una habilidad clínica clave<sup>9,21</sup> y se ha comprobado que aumenta con el nivel de experiencia profesional.<sup>20</sup>

## 3. Ventajas para la formación

La formación del psicoterapeuta abarca diversas dimensiones: conocimientos clínicos generales, formación específica en los aspectos teóricos y técnicos de las técnicas psicoterapéuticas que maneja, comprensión de su propia implicación en la relación terapéutica y práctica supervisada. El uso de la FCC ayuda a consolidar esta formación. Como señala la Guía británica, la FCC es un instrumento que permite transmitir y evaluar las habilidades fundamentales para la práctica: evaluar clínicamente a un paciente, aplicar el conocimiento teórico a ese caso concreto, llevar adelante la intervención terapéutica, evaluarla y comunicarse de manera efectiva con pacientes y colegas.<sup>52</sup>

En Uruguay, la experiencia FCC en la discusión de material filmado de entrevistas para psicoterapia en actividades realizadas en el año 2013 en el marco de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica (SUPM) por el autor de este trabajo, juntamente con L. de Souza, D. Miller, R. Oyenad, B. Varela, L. Villalba y R. Zytner, mostró la utilidad del ejercicio de formular el caso para la transmisión de conocimientos sobre la evaluación clínica del paciente y la focalización del tratamiento.

## 4. Investigación

En tanto instrumento clínico, la FCC necesita ser ella misma investigada. Como señala Eells,<sup>10</sup> están en marcha numerosos estudios sobre su validez, confiabilidad y otros muchos aspectos. Resulta de gran interés estudiar el grado de acuerdo entre FCC realizada por diferentes clínicos, así como la validez predictiva de las expectativas terapéuticas.

La FCC es a su vez un instrumento útil para la investigación. Como se ha dicho, la mejor auditoría sobre la calidad de la asistencia en psicoterapia consiste en la investigación sistemática del proceso y resultados de los tratamientos. La FCC permite una evaluación desde la perspectiva clínica que puede complementarse con otros métodos de investigación clínica o con escalas estandarizadas. La escala de niveles de funcionamiento de la personalidad (LPFS) incluida en la Sección III del DSM-5<sup>26</sup> puede también utilizarse como complemento a la FCC. La observación a partir de diversos métodos y teorías, o sea, la triangulación de los conocimientos, permite investigar la práctica psicoterapéutica desde diversos ángulos y ayuda a evaluarla y perfeccionarla. La FCC aporta una información valiosa sobre esta práctica tal como se da en la realidad. Al unir las evaluaciones clínicas con la investigación sistemática se da un paso hacia la unión de la práctica basada en evidencias con las evidencias basadas en la práctica.<sup>21, 53</sup>

## Referencias bibliográficas

1. **Eells TD (ed).** Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2007.
2. **McWilliams N.** Psychoanalytic Case Formulation. New York: The Guildford Press; 1999.
3. **Fleming JA, Patterson PG.** The teaching of case formulation in Canada. *Can J Psychiatry* 1993; 38(5):345-50.
4. Division of Clinical Psychology. The Core Purpose and Philosophy of the Profession. Leicester: The British Psychological Society; 2010.
5. **Toro R, Ochoa D.** Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Rev Colomb Psicol* 2010; 19(1):97-110.
6. **Ghaemi SN.** The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009; 195:3-4.
7. **Ghaemi SN.** The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.
8. **Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté J, Villalba L.** Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68:99-146.
9. **Mace C, Binyon S.** Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation. *Adv Psychiatr Treat* 2005; 11:416-23.
10. **Eells TD, Lombart KG, Salsman N, Kendjelic EM, Schneiderman CT, Lucas CP.** Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychother Res* 2011; 21(4).
11. **Luborsky L.** Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
12. **Luborsky L, Barrett MS.** The core conflictual relationship theme: a basic case formulation method. In: Eells TD (ed). Handbook of psychotherapy case formulation: The Guildford Press; 2007, pp. 105-35.
13. **Perry S, Cooper AM, Michels R.** The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 1987; 144:543-550.
14. **Perry S, Cooper AM, Michels R.** The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *FOCUS* 2006; 4:297-305.

15. **Strupp H, Binder J.** Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books; 1984.
16. **Johnstone L, Dallos R (eds).** Formulation in psychology and psychotherapy. making sense of people's problems. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge; 2014.
17. **Eells TD.** Psychotherapy case formulation: History and current status. In: Eells TD (ed). Handbook of psychotherapy case formulation. New York: Guildford Press; 1997, pp. 1-25.
18. **Eells TD.** History and current status of psychotherapy case formulation. In: Eells TD (ed). Handbook of psychotherapy case formulation. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 3-32.
19. **Eells TD.** Comparing the methods. Where is the common ground? In: Eells TD (ed). Handbook of psychotherapy case formulation. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 412-32.
20. **Eells TD, Lombart KG.** Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. Psychother Res 2003; 13(2):187-204.
21. Division of Clinical Psychology. Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation. Leicester: The British Psychological Society; 2011.
22. **Dallos R, Stedmon J.** Systemic formulation: mapping the family dance. In: Johnstone L, Dallos R (eds). Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems. New York: Routledge; 2014, pp. 67-95.
23. **Dallos R, Stedmon J, Johnstone L.** Integrative formulation in theory. In: Johnstone L, Dallos R (ed). Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems. New York: Routledge; 2014, pp. 173-90.
24. **Haynes SN, O'Brien WH.** Principles and practice of behavioral assessment. New York: Kluwer/Plenum; 2000.
25. **Caycedo Espinel CC, Ballesteros de Valderrama BP, Novoa Gómez MM.** Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. Univ Psychol 2008; 7(1):231-50.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5, 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
27. **Johnstone L.** Controversies and debates about formulation. In: Johnstone L, Dallos R (ed). Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems. New York: Routledge; 2014, pp. 260-89.
28. **Cruzado J.** La formulación clínica en psicooncología: un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama. Psicooncología 2006; 3(1):175-87.
29. **Polanyi M.** Personal knowledge. Towards a post critical philosophy. London: Routledge; 1958.
30. **Polanyi M.** The tacit dimension. London: Routledge; 1966.
31. **Edwards DJA.** Languages of science and the problem of applied clinical knowledge. A mixed methods appraisal of Eells' case formulation research pragmatic case studies in psychotherapy. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy 2010; 6(4):276-85.
32. **González Bravo L.** Formulaciones clínicas en psicoterapia. Ter Psicol 2009; 27(1): 93-102.
33. **Messer SB, Wolitzky DL.** The psychoanalytic approach to case formulation. In: Eells TD (ed). Handbook of Psychotherapy Case Formulation. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 67-104.
34. **Bernardi R.** DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. Rev Psiquiatr Urug 2010; 74(2):179-205.
35. PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.

36. OPD Task Force (ed). Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2. Manual of diagnosis and treatment planning. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers; 2008.
37. OPD Gdt. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado. OPD-2. Barcelona: Herder; 2008.
38. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Disponible en: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. (Consulta: 28/7/2014.)
39. **Bender DS, Morey LC, Skodol AE.** Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *J Pers Assess* 2011; 93(4):332-46.
40. **Nezu AM, Maguth Nezu C, Cos T.** Case formulation for the behavioral and cognitive therapies. A problem-solving perspective. In: Eells TD (ed). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 349-78.
41. **Persons JB, Tompkins MA.** Cognitive-behavioral case formulation. In: Eells TD (ed). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 290-316.
42. **Sandler J.** Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 1983; 64:35-45.
43. **Freud S.** Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1916, pp. 413-416.
44. **Leiper R.** Psychodynamic formulation: looking beneath the surface. In: Johnstone L, Dallos R (eds). *Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems*. New York: Routledge; 2014, pp. 45-66.
45. **Dudley R, Kuyken W.** Case formulation in cognitive behavioural therapy: a principle-driven approach. In: Johnstone L, Dallos R (eds). *Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems*. New York: Routledge; 2014, pp. 18-44.
46. **Dallos R, Stedmon J.** Integrative formulation in practice: a dynamic, multi-level approach. In: Johnstone L, Dallos R (eds). *Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems*. New York: Routledge; 2014, pp. 191-215.
47. **Altmann M (ed).** Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis - The three-level model: London: Karnac; 2014.
48. **Bernardi R.** The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. In: Altmann M (ed). *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis - The three-level model*. London: Karnac; 2014, pp. 3-34.
49. **Bernardi R.** The assessment of changes: diagnostic aspects. *Time for change: tracking transformations in psychoanalysis - The three-level model*: London: Karnac; 2014, pp. 263-278.
50. **Greenberg LS, Goldman R.** Case formulation in emotion-focused therapy. In: Eells TD (ed). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: The Guildford Press; 2007, pp. 379-411.
51. **Freud S.** El malestar en la cultura. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1930 [1929].
52. Division of clinical psychology. Appendix E. Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: The British Psychological Society; 2011.
53. **Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Clark JM, Audin K, et al.** Measurement and psychotherapy: evidence-based practice and practice-based evidence. *Br J Psychiatry* 2000; 177:123-30.