

UNA MIRADA A LA FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL Y PERSPECTIVA DE FUTURO

A LOOK AT PSYCHOTHERAPY CASE FORMULATION: CONCEPTUAL INTRODUCTION AND FUTURE PERSPECTIVES

Ciro Caro¹ y Adrián Montesano^{2,3}

¹Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI)
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

²Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.
Universitat de Barcelona.

³ Centro de Investigación en Psicología, Unidad de Investigación en Psicoterapia y Psicopatología,
Escuela de Psicología, Universidade do Minho.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, C. y Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22.

Resumen

La formulación de caso es una de las competencias profesionales más complejas e importantes para el ejercicio de la psicoterapia. A pesar de que esta metodología de trabajo ha estado presente desde los inicios de la psicoterapia y la psicología clínica, todavía falta mucho por desarrollar tanto en el nivel formativo, como de la práctica cotidiana y de la investigación. Por ello, en este texto revisamos algunas de las cuestiones más importantes sobre el papel de la formulación de caso en la actualidad de la psicoterapia. Concretamente, abordamos estos tres puntos: (a) Las principales aproximaciones conceptuales existentes acerca de la formulación de caso, (b) la potencialidad de la formulación como alternativa al diagnóstico psiquiátrico, y (c) su rol en el contexto de la práctica basada en la evidencia y la evidencia basada en la práctica. Asimismo, se señalan los beneficios terapéuticos de la formulación como metodología colaborativa y sensible a los significados personales del cliente, así como su capacidad para incrementar la efectividad de la práctica clínica.

Palabras clave: *Formulación de caso, Psicoterapia, Salud mental, habilidades clínicas, Diagnóstico clínico, práctica basada en de la evidencia*

Abstract

Case formulation is one of the most important and complex professional competences for the psychotherapy endeavour. Despite this methodology has been present since the beginnings of clinical psychology and psychotherapy, there is still a long way of development in training, clinical, and research contexts alike. Therefore, in this paper some of the main questions about the role of case formulation for current psychotherapy are reviewed. Specifically, we address these three core points: (a) Key conceptual approaches about case formulation, (b) the potentiality of formulation as an alternative to psychiatric diagnosis, and (c) its role in the context of evidence-based practice and practice-based evidence. Additionally, the therapeutic benefits of case formulation as a collaborative practice sensitive to client's personal meanings are highlighted, as well as its capacity to improve the effectiveness of clinical practice.

Keywords: *Case Formulation, Psychotherapy, Mental Health, Clinical skills, clinical diagnosis, Evidence-base practice*

Fecha de recepción: 26 mayo 2016. Fecha de aceptación: 19 junio, 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cirocaro@comillas.edu

Dirección postal: Ciro Caro. Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Calle Mateo Inurria, 37, 28036 Madrid, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Si uno pregunta a un grupo de recién graduados en Psicología, elegidos al azar, ¿qué entienden por *formulación de caso*?, lo más probable es que obtenga una respuesta dubitativa, que, en el mejor de los casos, termine por concretarse del siguiente modo: “Es una manera de presentar un caso de terapia.” Y, con gran probabilidad, lo mismo sucedería si la pregunta fuera dirigida a un egresado de cualquier programa universitario de postgrado, si bien en estos grupos sería más probable obtener un matiz más en la respuesta, referido a la hipótesis que el clínico ha elaborado acerca del malestar de la persona que acude a terapia. Aún así, este matiz no parece un gran avance respecto al conocimiento mostrado por el recién graduado, máxime cuando el encuestado difícilmente es capaz de referir un modelo específico de formulación, respecto al cual pueda juzgarse a sí mismo como clínicamente competente.

Este panorama –que quizás no cambiaría excesivamente si lanzásemos la pregunta a los profesionales de la psicoterapia y de la intervención psicológica ya establecidos–, tiene fácil explicación y a su vez justifica sobradamente la dedicación de un número monográfico al tema de la Formulación de Caso (FC). Dicha explicación pivota esencialmente sobre tres problemas:

1. La práctica inexistencia de textos de referencia en español. Por lo que nosotros conocemos, apenas existen tres textos de referencia –vinculados al modelo conductual– y algunos capítulos traducidos de manuales generados en otros contextos culturales.
2. La ausencia casi completa de este tópico en la mayor parte de los programas formativos –al menos con la entidad suficiente– tanto en los programas de grado como de postgrado.
3. El relativo poco uso o el irregular empleo de este tipo de procedimientos por parte de los psicoterapeutas en la práctica clínica cotidiana.

En efecto, pareciera que en la práctica rutinaria de la psicoterapia en España, la confianza en la propia pericia y la adscripción a “modelos eclécticos” se conjugan con un trabajo relativamente aislado y poco transparente –en el sentido de accesible a alguna forma de auditoría– en el caso de la práctica privada, y con los efectos de la elevada presión asistencial y falta de coordinación en gran parte de los servicios públicos de atención psicológica. En ambos casos, el uso de la FC aparece como algo prácticamente anecdótico.

No queremos decir con esto que no se practique en el contexto privado o en el público ningún tipo de formulación o de conceptualización de caso, sino que las prácticas que la constituyen son sumamente variadas, posiblemente erráticas, y presumiblemente más vinculadas a la etapa de transición a la vida profesional que a una práctica explícita y sistemática de FC. Por lo general, las experiencias sobre FC se circunscriben a esta etapa de transición dado que, por una parte, la supervisión requiere la estructuración del material clínico de acuerdo con algún tipo de plantilla, y, por otra, la bisoñez del terapeuta novel le urge a tratar de organizar la información sobre su cliente de una forma sistemática, que le ofrezca una guía para decidir qué

hacer frente a la incertidumbre de lo desconocido.

Otra de las fuentes de experiencia habitual sobre la FC proviene de la propia formación de grado. En ese sentido, sería injusto omitir que los modelos cognitivo-conductuales vienen haciendo de la conceptualización de los casos el marco óptimo para encuadrar los análisis funcionales eficaces, es decir, que contengan la información relevante y que permitan el adecuado compromiso de los clientes. Dado que el modelo cognitivo-conductual constituye la formación dominante en los programas de Psicología, este tipo de formulación sí se encuentra presente en el acervo de la mayor parte de quienes se inician en el mundo de la terapia psicológica, aunque no siempre se refieran a ella usando el término FC. Igualmente, el entrenamiento en los modelos de terapia cognitivos clásicos (i.e., Beck o Ellis) también equipa a los terapeutas con plantillas o procedimientos de evaluación que son en sí mismos herramientas de formulación. Estos pueden ser utilizados sistemáticamente por los estudiantes, de modo que les permitan interponer una estructura de comprensión y de reducción de datos entre el cliente y sus problemas así como desarrollar una intervención teóricamente congruente.

Más recientemente, la irrupción en el mercado de las terapias de modelos manualizados bajo el epígrafe de *tratamientos de tercera generación* o contextuales, ha contribuido a la especificación de estrategias de formulación. Sin duda, ello resulta también una invitación para los terapeutas a la profundización en modelos concretos de FC. Tal es el caso, por ejemplo, de los protocolos utilizados en EMDR (i.e., Leeds, 2013), o de los procedimientos de conceptualización en Terapia de Aceptación y Compromiso (i.e., Páez-Blarrina y Gutiérrez-Martínez, (2012), de las formulaciones de las distintas dificultades que ofrece el tratamiento basado en Mindfulness (i.e., Didonna, 2011), o de los pasos de formulación en Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2015). Igualmente, otras formas manualizadas de tratamiento emergentes en el marco constructivista, ofrecen estructuras y estrategias que si bien no se nombran explícitamente como de FC, sí que sirven a este propósito vinculando teoría y práctica de modo directo como por ejemplo la Terapia Centrada en Dilemas para la depresión (Feixas y Compañ, 2015). Este manual ilustra el uso de la técnica de la rejilla en la exploración del sistema de construcción personal del cliente y en la consiguiente identificación de dilemas, y aporta registros y diagramas que el terapeuta puede utilizar de forma específica y directa en la fase de tratamiento.

No obstante, como ya sabrá el lector, el mapa completo de modelos y teoría psicoterapéuticas sobrepasa ampliamente los límites del territorio cognitivo-conductual (y contextual). Una visión panorámica de la FC requiere, por tanto, ampliar el foco para incluir sistemas y modelos de formulación con diferentes bases teóricas y sensibilidades específicas. Es cierto que muchas de estas teorías –y sus aplicaciones de formulación– no se hallan publicadas en nuestro idioma y pueden resultar poco accesibles para el público general, pero merece la pena tratar de acercarlas, bien sea a partir de propuestas como las incluidas en este monográfico.

En esta introducción ofrecemos primero un marco conceptual general sobre la FC que pueda servir al lector, como referencia para aproximarse a las distintas propuestas incluidas en este número especial. Después profundizamos en el papel de la FC como alternativa a los diagnósticos psiquiátricos y en el manejo de la evidencia en la psicoterapia. Finalmente discutimos los beneficios que el hecho de incrementar y mejorar nuestro conocimiento sobre la FC puede aportar en los niveles social, institucional, clínico y académico. Esperamos que esta contextualización ayude al lector a obtener una respuesta más precisa a la pregunta que habría el texto: ¿Qué se entiende por formulación de caso?

Aproximaciones conceptuales a la Formulación de Caso en Psicoterapia

La confusión relativa entre una FC y la presentación de un caso de terapia – o incluso un estudio de caso– que más arriba atribuíamos fundamentalmente a los recién graduados, tiene su razón de ser. La Psicología y particularmente la psicoterapia se constituyeron como disciplinas científicas en gran parte a través de la documentación de casos, y el acceso a los modelos teóricos y su aprendizaje se realiza en gran medida a través de éstos (McLeod, 2010). En las presentaciones de casos clínicos, la dificultad del cliente es formulada de manera más o menos explícita y más o menos estructurada, como algún tipo de hipótesis basada en una teoría del malestar o de la disfunción, y/o en algún tipo de teoría del cambio que determinan en qué ha de consistir la intervención o la respuesta terapéutica. Es decir, toda presentación de un caso de terapia incluye algún tipo de formulación, si bien ésta puede no ser explícita y puede acogerse o no a algún tipo de protocolo, procedimiento, plantilla o estrategia que la estructure.

En función de lo dicho hasta aquí podríamos considerar una primera aproximación a la FC como “una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona” (Eells, 2007a, p.4) que orientan al clínico a la hora de plantear o guiar el tratamiento. Esta perspectiva implica un proceso iterativo de recogida de información e inferencia, cuyo propósito es explicar los síntomas y problemas de la persona, a fin de: (a) aportar una estructura y organizar la información, (b) aportar una plantilla o soporte que funcione como guía para el tratamiento, (c) servir como referencia para evaluar cambios, y (d) ayudar al terapeuta a entender al cliente y a mostrar la empatía necesaria para que la relación terapéutica resulte exitosa (Eells, 2007b).

Existen sin embargo otras formas de conceptualizar la FC. Más recientemente, Johnstone y Dallos (2014) la han definido como “un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, retroalimentación y revisión que es parte del proceso de terapia momento a momento” (p. 4), por el cual el terapeuta aplica una teoría general a un cliente individual y a sus dificultades, e implica a la persona (usuario del servicio) en el desarrollo de la formulación. El lector puede percatarse de que ésta no es una diferencia trivial con respecto a la conceptualización anterior, pues la

formulación pasa de ser una hipótesis técnica, a convertirse en una *producción compartida* y co-construida, focalizada en los *significados personales* de la persona.

La diferencia entre estas dos definiciones nos conduce hasta la principal coordenada en la que se sitúan los diferentes enfoques: la formulación como un objeto o como un proceso. En el primer caso, la formulación suele tomar una forma concreta (i.e., un informe, un análisis funcional, un diagrama, etc.) y se percibe como un resultado que acontece en un momento dado del proceso. Esta postura es más cercana a la lógica del modelo médico, en la que una buena evaluación nos conduce a un correcto diagnóstico que, ostensiblemente, indica el tratamiento más adecuado. No es de extrañar pues que estos ‘objetos’ sean el tipo de registros que mejor cuadran con los requerimientos administrativos de las instituciones asistenciales. Por otra parte, debemos recalcar también que esta perspectiva es la asumida en la mayoría de las investigaciones sobre FC.

En el segundo caso, sin embargo, se pone de relieve el rol proactivo del usuario o cliente en la propia formulación. Esta aproximación quizás sea más cercana a lo que usualmente acontece en el contexto psicoterapéutico rutinario, donde la formulación evoluciona dentro de un proceso recursivo de construcción y revisión. La formulación entendida como proceso, hace referencia a lo que Harper y Moss (2003, p. 8) consideran “un proceso de creación de significado colaborativo en curso”, que a través de una serie de interacciones guiadas por la teoría pero centradas en el cliente y en sus significados personales, progresivamente alcanza un cierto grado de objetivación. A su vez, tal objetivación se expresa en términos de lo que Corrie y Lane (2010, p. 24) denominan la “co-construcción de una narrativa que aporta un foco específico para un viaje de aprendizaje”, o de lo que Goldman y Greenberg (2015) consideran que ha de ser una formulación de foco en Terapia Focalizada en la Emoción: Una narrativa co-construida con el cliente, que integra una serie de elementos clave y los vincula con las dificultades de la persona en el mundo, y que sirve como un marco de referencia para la terapia.

Sea como sea, la dicotomía proceso-objeto no hace sino representar la complejidad real del tópico, y nos permite atender a la cuestión desde una doble perspectiva, que ha de ser tenida en cuenta a la hora de considerar las diferentes definiciones de FC que aparecen en la literatura. Eells (2007a), Eells y Lombart (2011) y Johnstone y Dallos (2014) revisan varias de ellas y de sus revisiones concluimos que mientras algunas enfatizan la dimensión de colaboración entre terapeuta y cliente en la descripción de sus problemas, otras se centran en la idea de refinar y testar la hipótesis clínica acerca del malestar de la persona, y otras se hallan más orientadas hacia la *elicitación* (obtención) de la información adecuada y la consiguiente integración de la teoría ante un problema clínico específico.

En nuestra opinión, esta pluralidad de concepciones no hace sino poner de manifiesto las tensiones que según Eells (2007a) son inherentes a la FC en psicoterapia (véase la Tabla 1), en tanto que cada modelo teórico trata de manejar

las variables que considera relevantes, ya sea en los momentos de observación, de inferencia o de propuesta de intervención. Por otra parte, la multiplicidad de modelos no es la única fuente de variación respecto a cómo se realizan las FC, pues a ello hay que añadir los diferentes grados de asimilación, entrenamiento e integración que hacen los terapeutas en su práctica clínica habitual, en la que ponen de manifiesto muy diferentes formas de juicio clínico (Hallam, 2013).

Tabla 1.
Tensiones inherentes a la Formulación de Caso en psicoterapia según Eells (2007a)

INMEDIATEZ vs. COMPREHENSIVIDAD	Necesidad de desarrollar una idea acerca de los problemas del cliente desde la primera hora de terapia. Riesgo de caer en un sesgo de selección de información.
COMPLICIDAD vs. SIMPLICIDAD	Las construcciones demasiado simples pueden dejar sin reconocimiento o mal entendidas determinadas dimensiones importantes de los problemas del paciente Una formulación excesivamente compleja puede ser inmanejable, consumir demasiado tiempo o resultar poco práctica. Cuanto más complejo sea un método de formulación de caso, más dificultoso será demostrar su fiabilidad y validez.
SESGO DEL CLÍNICO vs. OBJETIVIDAD	Esta tensión expresa la relación entre los esfuerzos del terapeuta por comprender de modo preciso al paciente por una parte, y por otra sus propias imperfecciones humanas, sus sesgos en el juicio clínico, de inferencia o de razonamiento.
OBSERVACIÓN vs. INFERENCIA	Si una formulación se apoya excesivamente en la conducta observable, puede pasar por alto los patrones relevantes que organizan los síntomas del cliente así como sus problemas vitales. Una formulación excesivamente apoyada en la inferencia, sufre el riesgo de perder su base empírica.
FORMULACIONES INDIVIDUALES vs. GENERALES	Aunque una FC debe alcanzar una adecuada bondad de ajuste entre lo general o teórico y el individuo específico, dos tipos de errores son posibles: <ul style="list-style-type: none"> • El error de intentar hacer que el cliente encaje en una formulación general en la que en realidad no encaja. • El error de individualizar excesivamente una formulación, dejando de lado el propio conocimiento de la psicología y la psicopatología, así como el conocimiento tácito basado en la experiencia clínica.

De cualquier modo y sea cual sea la definición general a la que cada terapeuta se adscriba, no hay que perder de vista que el principal y más importante objetivo cualquier formulación consiste en guiar el tratamiento. En este sentido, la FC es considerada una destreza clínica esencial, que para Eells (2007a) y Eells y Lombart (2011): a) Aporta una estructura que permite aplicar el conocimiento nomotético a un contexto ideográfico; b) completa el espacio entre diagnóstico e intervención; c)

orienta en la selección del tratamiento, y d) adapta éste a las circunstancias particulares de cada caso, especialmente cuando la complejidad de algunos casos o la comorbilidad hacen que las guías de los tratamientos apoyados empíricamente, o los pasos de los tratamientos manualizados resulten insuficientes. Además, como habilidad del terapeuta, la FC es considerada una competencia profesional que empieza a ser recogida en documentos de referencia como la guía de buenas prácticas para el uso de la formulación psicológica de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (DCP, 2011).

Dada la pluralidad de modelos existentes de psicoterapia, es inevitable que el contenido de cada formulación varíe en función de la orientación teórica del terapeuta. En efecto, cada modelo establece qué factores deben ser considerados como más relevantes (i.e., intrapsíquicos, relacionales, pasados, presentes, pensamientos, sentimientos, conductas, circunstancias sociales, etc.), y qué conceptos explicativos sirven de base para la intervención (i.e., esquemas, distorsiones cognitivas, constructos personales, conflictos inconscientes, narrativas, triangulaciones, etc.). Aun sí, pueden identificarse una serie de factores comunes en los distintos modelos de formulación. A este respecto, Johnstone y Dallos señalan que las FC de todos los modelos:

1. Resumen los problemas centrales del cliente,
2. Indican cómo se relacionan entre sí las dificultades del cliente sobre la base de principios y teorías psicológicas.
3. Sugieren, a partir de la teoría, por qué la persona desarrolló la dificultad en ese momento y en esa situación.
4. Dan lugar a un plan de intervención basado en los procesos y principios identificados anteriormente.
5. Se encuentran, en cierta medida, abiertas a la revisión y a la re-formulación.

Teniendo en cuenta la variabilidad que puede observarse en el contenido de las FC, la investigación ha tratado de determinar el grado de fiabilidad de las formulaciones, es decir, en qué medida distintos terapeutas de una misma orientación realizan formulaciones similares. Los resultados obtenidos hasta el momento resultan poco alentadores, indicando un nivel modesto en el mejor de los casos (véase Flinn, Braham, Nair, 2015; para una revisión). De cualquier modo, es importante señalar que el hecho de que una formulación sea o no el resultado de un procedimiento fiable, no implica nada directamente, acerca de su validez de contenido ni de su utilidad para los clientes.

En efecto, una FC debe ser válida en términos de contenido. Es decir, en cuanto producto generado por un terapeuta para un cliente singular, debe utilizar eficientemente lo que Mumma (2011) llama “explicación del constructo”, que es una descripción guiada por la teoría, tanto del contenido como de la estructura de una FC. Es decir, debe utilizar eficientemente la estructura conceptual que un modelo de formulación dado pone al servicio del terapeuta, en el contexto

específico de la vida de un cliente. La validez del contenido incrementa la posibilidad de que la FC resulte útil para promover el cambio terapéutico, pero tampoco lo asegura.

La investigación reciente parece más inclinada a estudiar la utilidad de la FC que la fiabilidad en sí. Por ejemplo, un estudio reciente (Redhead, Johnstone, Nightingale, 2015) ha explorado la experiencia que tienen los clientes sobre la formulación, y encontraron que ésta era percibida como muy beneficiosa por aquellos, y que les permitía superar sus dificultades. Según el estudio, para maximizar estos beneficios el terapeuta debe adoptar una postura colaborativa y sensible a las posibles reacciones adversas que puedan mostrar los clientes hacia la FC durante el proceso. Otros estudios cualitativos, sin embargo, han mostrado que los clientes se muestran ambivalentes acerca de las formulaciones. A la vez que útiles, alentadoras, esclarecedoras, o reforzadoras de la relación terapéutica, los clientes las pueden percibir como entristecedoras, abrumadoras, preocupantes, o incluso molestas (DCP, 2011). La cuestión de la utilidad, de cómo la FC puede ayudar al cliente a producir cambios positivos en su vida, requiere sin duda de mayor atención en investigaciones futuras, ya que la evidencia disponible en la actualidad es insuficiente para extraer conclusiones.

Por otra parte, para que la FC resulte eficaz, debe cumplir con una serie de estándares de calidad (Eells y Lombart, 2011) que han sido descritos como: Precisión y ajuste a los datos de la persona, utilidad de la información contenida en ella para el tratamiento (en términos de especificidad y conexión con la terapia), un adecuado equilibrio entre parsimonia y comprensividad, un correcto balance entre descripción y explicación, y un suficiente apoyo en la mejor evidencia disponible.

La formulación psicológica: Una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico

En esta década están ocurriendo algunos hechos muy importantes y sin precedentes en el campo de la salud mental y que sin duda marcan el rumbo de lo que será el futuro de la psicología clínica y la psicoterapia. Todos ellos se han desencadenado a raíz de un único acontecimiento: La publicación de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – DSM-5. Jamás en la historia un libro de salud mental había generado tanta polémica. El primer ingrediente de esta polémica es muy claro: Antes de su lanzamiento se pusieron en evidencia los graves conflictos de interés entre los creadores de la llamada “biblia de la psiquiatría” y las industrias farmacéuticas. Aquellos comités con mayor conflictividad (con entre un 67% y un 100% de sus miembros con sospechosas vinculaciones con empresas farmacéuticas) eran precisamente en los que el tratamiento farmacológico era propuesto como primera línea de intervención, a pesar de que la evidencia para ello es en realidad altamente dudosa.

Como es lógico, desde antes de su lanzamiento y hasta el día de hoy las críticas a la falta de validez y rigurosidad del DSM 5 han proliferado de forma exponencial

hasta transformarse en un debate de interés público. La cuestión no sólo ha sido cubierta por distintos medios de alcance internacional, sino que se produjeron reacciones de gran calado desde instituciones y grupos de presión en el campo de la salud mental. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, que es la agencia de investigación biomédica con mayores fondos de investigación en salud mental de todo el mundo, anunció que dejaría de hacer uso del DSM 5 (dejando de financiar estudios basados en él) a tan sólo unos días de la salida del manual creado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta institución, no obstante, apostó por incrementar la línea de desarrollo de un sistema basado en biomarcadores fiables. Esa suculenta promesa de la biología que no termina de dar frutos tangibles.

Por su parte, la Asociación Británica de Psicología (BPS, por sus siglas en inglés), otra de las instituciones de referencia en el campo de la salud mental y la psicología clínica, hizo una declaración pública sobre su oposición a los sistemas de diagnóstico (tanto del DSM 5 como el de biomarcadores prodigado por el Instituto de Salud Mental). Esta declaración, titulada *Declaración de Posicionamiento sobre la clasificación de la conducta y la experiencia en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales – Es el momento de un cambio de paradigma* (Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift), no tiene precedentes en ninguna otra institución homóloga. En ella, la BPS hace un serio llamamiento internacional de invitación al abandono definitivo del modelo de diagnóstico basado en la enfermedad y la patologización de la conducta.

La división de Psicología Clínica de la BPS considera que existe evidencia más que suficiente para justificar un cambio de paradigma en relación a los diagnósticos psiquiátricos ya que la ciencia ha demostrado ampliamente que el sufrimiento humano es, fundamentalmente, el resultado de una compleja combinación de factores psicosociales. Manifiesta que debe adoptarse, por tanto, un enfoque multifactorial que contextualice el malestar y la experiencia humana en un marco de complejidad. La evidencia actual también es muy clara a favor de la eficacia de la evaluación y la intervención psicológica en el tratamiento de una amplia diversidad de problemas humanos, incluyendo los trastornos graves. Estos trastornos, tradicionalmente se habían considerado como casi exclusivos del abordaje desde la psiquiatría biológica a causa de una supuesta etiología básicamente orgánica, y para los cuales, los diversos modelos psicológicos parecían no tener respuestas. En su declaración la BPS se posiciona claramente a favor de la formulación psicológica, e invita a estrechar la colaboración entre los usuarios de los servicios de salud mental y los profesionales que trabajan en ellos.

Muchos otros grupos y asociaciones se han hecho eco de las críticas y contrapropuestas al diagnóstico psiquiátrico DSM 5 (aunque eso no ha parecido repercutir demasiado en el volumen de ventas del polémico y sospechoso manual). Tanto es así, que el DSM 5 ha conseguido lo que no había conseguido nadie hasta

ahora en el campo de la salud mental: Poner de acuerdo a psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas. En realidad, este discurso de compromiso con la voz de los usuarios y de sensibilidad hacia los factores contextuales de la experiencia humana, ha estado presente, al menos como un discurso alternativo, desde hace mucho tiempo (i.e., la antipsiquiatría, la perspectiva centrada en la persona, o el giro constructivista de la psicoterapia). Sin embargo ahora, a la luz de los acontecimientos comentados y en el contexto de una sociedad interconectada, pareciera que es momento de dar respuestas más globales, que vayan más allá del debate intelectual y se traduzcan en políticas y prácticas reales, que modifiquen los cimientos sobre los que se sustenta la salud mental.

La formulación psicológica se presenta como una de las alternativas (no la única) radicales a la tiranía del DSM 5. Tal y como comenta Johnstone (2014, agosto) en la cumbre global para alternativas al diagnóstico, la FC no solo es una alternativa sino un antídoto a los diagnósticos psiquiátricos y sus efectos. Si una de las peores consecuencias de los diagnósticos es que silencian las voces de quien los reciben, la formulación trata de escucharlas sensiblemente. El enfoque de formulación parte del supuesto de que siempre se puede buscar sentido al sufrimiento humano, cualquiera que sea la forma que este adopte, y que la tarea central de los profesionales de la salud mental es ayudar a los usuarios a crear significados a partir de su malestar y sufrimiento. En la Tabla 2 puede visualizarse el contraste que Johnstone (2014) establece entre una práctica basada en la formulación y los efectos perjudiciales del diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 2.
Contraste entre los efectos del diagnóstico psiquiátrico y la formulación psicológica
(adaptado de Johnstone, 2014)

Diagnóstico psiquiátrico	Formulación psicológica
Quita significados	Crea significado
Quita agencia ('rol de enfermo')	Promueve la agencia
Desvaloriza el contexto	Incluye el contexto social
Individualiza	Incluye relaciones
Estanca las relaciones	Mira al cambio de las relaciones
Derivadas de los expertos	Colaborativas
Estigmatizantes	Normalizantes
No tienen en cuenta la cultura	Sensibles a las cuestiones culturales
Basada en el déficit	Incluye las fortalezas y los logros
Tienen consecuencias médicas	No tiene

A este respecto la FC se considera como una alternativa radical en tanto que permite: (a) Dar voz directa a los usuarios de los servicios de salud mental; (b) la posibilidad de formular en equipo, a fin de facilitar en los profesionales que atienden a una persona, el desarrollo de una comprensión compartida acerca de sus dificultades, y (c) generar alternativas a las categorías del DSM basadas en constructos y formulaciones sobre procesos psicopatológicos, que permitan dar sentido a un

síntoma en el conjunto de la personalidad y de la historia vital de una persona. Por ejemplo, la conceptualización “oír voces como una respuesta a un trauma no procesado” sería una formulación psicológica, mientras que la expresión “Esquizofrenia desencadenada por el estrés de comenzar en la universidad” sería una formulación psiquiátrica.

Otro ejemplo de esto –que esperamos pueda dar qué pensar y ayudar a valorar esta perspectiva–, es un pequeño ejercicio didáctico utilizado Lucy Johnstone en su participación en la cumbre sobre alternativas diagnósticas promovida en 2014 por la División 32 de la APA (Society for Humanistic Psychology), que reproducimos adaptado en la Tabla 3. A través de él, esta autora ilustra la diferencia entre formular y no formular en el momento oportuno, y lo que esta diferencia puede suponer en la experiencia de los clientes y de los equipos de tratamiento. En la primera diapositiva se describe, con aire rutinario, el recorrido característico de Ana, usuaria de un servicio de salud mental, cuando se relaciona con los profesionales en términos de sus necesidades y procesos psicopatológicos y sin embargo es atendido con buena voluntad pero “mecánicamente”, en función del grado de comprensión y de las posibilidades de articular una relación terapéutica, que ofrece una mera etiqueta diagnóstica. Inmediatamente, la presentación pasa a la segunda diapositiva, que si bien parece relatar la misma historia, es interrumpida sorpresivamente con un expresivo “¡Formular aquí!” Lo cual pone de manifiesto de un modo muy gráfico e intuitivo, las enormes posibilidades que esta práctica aporta. No hacen lo mismo –aun partiendo de la misma información inicial– los dos equipos que se presentan en paralelo en la ilustración, es decir, realizan una gestión del conocimiento diferente. Así pues, la FC es un proceso de gestión del conocimiento clave en psicoterapia (Caro, 2010), que como tal permite transformar datos brutos en información con significado. En el ejemplo de Johnstone, la actitud demandante de Ana refleja una necesidad de afecto seguro, al igual que una expectativa de decepción, y no basta con saber que este tipo de emparejamientos entre necesidad y expectativa son propios de organizaciones límite de la personalidad. Gestionar el conocimiento es también aplicar reglas y criterios para transformar esa información en ideas acerca de cómo usar lo que se sabe para resolver problemas. Siguiendo con el ejemplo, cuando las dificultades de Ana ponen en peligro la viabilidad de la relación terapéutica, el equipo podría optar por atender al significado emocional de su conducta, emplazándolo en la existencia de la persona y en su historia vital, y permitiendo que tanto sus necesidades de amor y seguridad como sus anticipaciones negativas acerca de los que los profesionales de la salud mental le van a ofrecer, formen parte de la conversación.

Además, y de un modo consecuente con esto, Johnstone y Dallos (2014) subrayan la importancia de introducir sistemáticamente la FC en los contextos en los que los equipos profesionales han de gestionar el conocimiento psicológico y psicoterapéutico para resolver problemas complejos y acompañar a las personas en este tipo de trances. De ese modo, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y

otros agentes pueden compartir actitudes, valores, esquemas, reglas y habilidades, que permiten la creación de un significado clínicamente útil no sólo a partir de los datos de la persona, sino fundamentalmente a través del diálogo con ella.

Tabla 3.

Diferencias en el curso de una intervención en un dispositivo de salud mental con y sin formulación (reproducido con permiso a partir de Johnstone, 2014)

Diapositiva 1

Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.

Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa, en tanto que estos servicios no han sido pensados para servir a esta función.

Aún necesitada, pero incapaz de conseguir por sí mismo la suficiente seguridad emocional como para seguir adelante, Ana termina comerciando con sus "síntomas" en todo servicio de cuidado psiquiátrico que se ofrezca a ello.

Los profesionales que le atienden inicialmente se muestran comprensivos pero comienzan a verse progresivamente frustrados con la falta de progreso de Ana.

La dinámica resultante puede terminar repitiendo entonces las experiencias tempranas de negligencia, rechazo o abuso de Ana.

Ambas partes se encuentran estancadas, frustradas y desmoralizadas en este círculo vicioso.

Diapositiva 2

Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.

Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa...

!!!Formular ahora!!!

La Formulación de caso en el contexto de la práctica basada en de la evidencia

Los distintos modelos de FC estructurada existentes privilegian o validan un tipo de datos frente a otros, y determinan un tipo de operaciones cognitivas sobre ellos, de modo que tanto la observación como la acción relacional del clínico y las hipótesis que llega a generar, se ven constreñidas por el modelo. En ese sentido la práctica de la FC "construye la realidad" o construye múltiples realidades, y si es así, necesitamos que de alguna manera de base en procesos de los que dicho coloquialmente, nos podamos fiar. Una de las formas en que la psicología ha tratado de desarrollar esa base de confianza es la práctica basada en la evidencia, que implica el recurso a acciones y procedimientos apoyados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento. Un uso clínico de esa evidencia que aceptara ingenuamente una equivalencia funcional entre psicoterapia y/o intervención

psicológica por una parte, y un estándar de funcionamiento médico, requeriría que el clínico que pretendiera trabajar con base en la evidencia siguiera el protocolo de referencia. Éste consistente primero en plantear preguntas focalizadas sobre un problema clínico, para después encontrar la evidencia relevante (principalmente en reportes científicos actuales), y pasar después a valorarla críticamente (principalmente a través del uso de meta-análisis y revisiones sistemáticas), para finalmente tomar una decisión clínica. Sin embargo, no toda la psicología ha asumido el reduccionismo naturalista subyacente a este planteamiento (Slife, 2004), y por eso es relevante desarrollar también la perspectiva sobre el manejo de la evidencia en FC.

Por ello merece la pena subrayar las relaciones entre FC y evidencia empírica, y hacerlo de un modo profundo y detallado. Eells (2011) ha tratado de dar una respuesta a este problema desde dentro del campo de la FC, proponiendo una serie de criterios que permiten conducir Formulaciones de Caso Basadas en la Evidencia, sin confundirlas o limitarlas al tipo de prácticas que sólo se consideran válidas cuando se apoyan en estudios controlados aleatorizados sobre la eficacia de un tratamiento para una condición concreta. Para ello, ha identificado un continuo de fuentes de evidencia con diferente fortaleza, que incluye las acciones de gestión del conocimiento de los diferentes modelos de FC que han sido apoyadas firmemente por la investigación (i.e., marcadores de estados internos del cliente asociados a tareas terapéuticas específicas y a cambio en la sesión en Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, 2011). Más recientemente, Eells (2013) ha insistido en su compromiso con esta propuesta, afirmando que incrementa la libertad de los clínicos para elegir su modo particular de pensar acerca de sus clientes, y que promueve la flexibilidad en el tratamiento, al considerar como fuentes de evidencia válidas, hallazgos clínicos recientes que pueden ser incorporados en las hipótesis explicativas de partida. Un ejemplo de esto puede ser encontrado en el trabajo de Pascual-Leone y Kramer (2016), en el que proponen un método informado por la investigación, orientado al desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, compatibles *a priori* con una variedad de enfoques terapéuticos. No obstante, el lector podrá encontrar una explicación más detallada sobre la perspectiva que Eells desarrolla acerca de la FC basada en la evidencia, en uno de los artículos del número monográfico que introduce este trabajo (Eells, este número).

Por otra parte, si la FC posee un lugar legítimo en la práctica de la psicoterapia y en la intervención en salud mental, no ha de ser sólo porque argumentemos racionalmente los beneficios que esperamos de ella, sino porque existen pruebas de que es así. Es decir, porque cuenta con apoyo empírico. Sin embargo, el marco conceptual de los tratamientos apoyados empíricamente impone una serie de restricciones que podrían entrar en colisión con diversas formas de realizar FC, correspondientes a modelos terapéuticos que no asumen sus premisas. Por ejemplo, pueden no asumir la existencia de “trastornos” como unidades discretas para los que en consecuencia existan tratamientos homogéneos y manualizados. Por contra,

algunos modelos terapéuticos pueden centrarse en la persona como unidad, o bien llevar la atención a procesos transversales clave, y ser eficaces, sin que existan evidencias de investigación que, siguiendo la lógica del modelo médico, hayan emparejado una dificultad y una intervención como se hace con una enfermedad y con un fármaco. Las restricciones que esta manera de entender el valor de la evidencia científica pueden imponer a la FC son en ocasiones de carácter metapsicológico (no se basan sólo en la argumentación acerca del poder explicativo de un modelo frente a otro) o metacientífico (es decir, atienden más a causas más políticas o económicas que científicas por ejemplo). Autores como Slife, Wiggins y Graham (2005) se han ocupado de este tema abogando por el pluralismo metodológico. Otros como Bohart, O'Hara y Leitner (1998) han venido denunciado desde hace casi dos décadas la deslegitimación que este tipo de restricciones supone para los modelos de terapia humanistas, psicodinámicos, constructivistas y sistémicos, y particularmente las consecuencias que este recorte de opciones suponen para los clientes. Y si bien la crisis del DSM 5 de la que nos hemos ocupado antes apunta hacia un cambio de mentalidades, las listas de "tratamientos eficaces" como referente para la formación de los psicólogos en las universidades españolas sigue vigente, y podría decirse que confunde el panorama, al asociar las nociones de eficacia/validez, a un tipo de investigación en exclusiva (véase por ejemplo Crespo et al., 2012). Por estos motivos, nuestra preocupación por la FC como competencia clínica no se limita a la práctica terapéutica o al trabajo en salud mental, sino que incluye una consideración sobre su relevancia para la realización de investigación clínicamente significativa. Es decir, aquella en la que se abordan los casos de psicoterapia tal cual suceden en el "mundo real" (en el que la manualización del tratamiento no es relevante como manera de homogeneizar una variable independiente, y en el que no hay control de variables ni selección de participantes). En este contexto, la FC puede ser una herramienta clave a la hora de cerrar un ciclo de trabajo con la evidencia, como veremos a continuación.

El paradigma emergente de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) (Green y Latchford, 2012; Margison et al., 2000) constituye un escenario en el que la FC puede cobrar especial relevancia. Tres hechos pueden ayudarnos a entender el surgimiento de este planteamiento: (a) Saber que la psicoterapia es en general efectiva y produce mejorías a entre un 60 y un 80 % de los clientes –dependiendo del estudio y de la definición de mejoría–; (b) que la mayor parte de los clínicos afirman utilizar algún enfoque basado en la evidencia –al menos en el sentido de apoyarse en uno de los modelos que en general se reconocen como eficaces–, y (c) que los resultados en el "mundo real" son consistentemente inferiores a los resultados de los ensayos de investigación, y que la diferencia puede no deberse sólo a los criterios de inclusión en los estudios o a la motivación de los equipos, sino a muchos otros factores como por ejemplo al hecho de que en el mundo real muchos clientes abandonan, otros tantos continúan en procesos de terapia inefectivos, y otros tantos interrumpen la terapia tras haber recibido tan solo parte de los

beneficios posibles. Para una consideración crítica y apasionada de los datos, relativos a estos tres hechos, y que a la vez abre nuevas perspectivas acerca de la comprensión sobre cómo la psicoterapia “cura”, más allá de las coordenadas del modelo médico, recomendamos al lector el trabajo de Wampold e Imel (2015).

Ante este panorama, la observación de que el terapeuta concreto es más responsable de los resultados que los modelos o las técnicas específicos, pone de manifiesto que una práctica psicoterapéutica efectiva será aquella que integre las herramientas más adecuadas para ayudar a los terapeutas a mejorar sus tasas de abandono, así como para maximizar el efecto de sus intervenciones. En nuestra opinión, los diversos modelos de FC constituyen una solución a la problemática de la efectividad en la práctica rutinaria, al fomentar, fundamentar e integrar la responsividad del terapeuta. Es decir, le sitúa en una posición de gestión de este constructo, que Stiles (2009) y Stiles, Honos-Webb y Surko (1998), definen como la afectación de la conducta del terapeuta por un contexto que no es dado ni previsible, sino que va emergiendo bidireccionalmente en la relación terapéutica momento a momento, a medida que avanza el proceso.

En la última década, la literatura sobre EBP ha puesto énfasis fundamentalmente en tres estrategias (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010). Por una parte, la implantación de sistemas de evaluación rutinaria de resultados –ya sea a nivel individual o institucional– que den retroalimentación al terapeuta en variables como la alianza o las expectativas del cliente, y que permitan detectar prematuramente los abandonos o los casos de mala respuesta al tratamiento (Lambert, 2010); por otra, la creación de perfiles de terapeutas excelentes (“superterapeutas”), que permitan la auto-comparación y la reorientación profesional en busca del desarrollo de nuevas habilidades que son evidencia de una práctica mejor; y finalmente, el establecimiento de redes de investigación práctica, en las que un conjunto amplio de clínicos colaboran para generar bases de datos que apoyen su práctica cotidiana y faciliten la toma de decisiones.

La FC tiene potencial para contribuir en cada una de estas tres estrategias. Esta ambiciosa consideración se basa principalmente en nuestra percepción de que la dimensión de proceso de la FC y su apertura a la reformulación, la convierten en una fuente de retroalimentación sensible a las particularidades del caso. A su vez, los reportes de FC como productos, en el contexto de un estudio de caso, son un modelo de lo que hacen los ‘buenos terapeutas’ ante casos análogos, así como un medio para compartir información clínicamente significativa en red. Así pues, resulta cada vez más claro que a medida que la FC se convierta en una habilidad bien establecida, basada en la evidencia y como base para la evidencia, será posible desarrollar su potencial para impulsar la mejora de los servicios de psicoterapia y asistencia en salud mental.

Comentarios finales

En este trabajo hemos tratado de ofrecer una visión panorámica de la FC como competencia profesional que se desdobra en dos aspectos: la dimensión de proceso y las formulaciones como objetos. En cuanto proceso, la FC implica al terapeuta y potencialmente a los equipos de profesionales, y plantea el reto de integrar a los clientes y/o usuarios de los servicios de psicoterapia y salud mental en la gestión del conocimiento clínico acerca de sus dificultades y la manera de superarlas. En cuanto objetos o productos finales, las FC aparecen como alternativas psicológicas al diagnóstico psiquiátrico, que son sensibles a los significados personales de los individuos y de otros sistemas humanos como la pareja o la familia.

Por otro lado, hemos revisado también de forma sucinta las vinculaciones de la FC y la práctica basada en la evidencia (PBE), y hemos expuesto cuál podría ser su papel en la estrategia emergente de evidencia basada en la práctica (EBP). Así, hemos señalado los beneficios de la FC cuando un terapeuta es capaz de trabajar con un modelo estructurado de formulación, aumentando las posibilidades de combinar los hallazgos procedentes de diferentes fuentes de evidencia para incrementar la eficacia de su práctica. Este beneficio no sólo se circunscribe a su propia actividad, sino que las evidencias generadas él mismo pueden ser compartidas con otros profesionales, participando en algún tipo de red o comunidad –más allá de la supervisión–, en las que las FC resultan tan informativas como inspiradoras.

Por todo lo expuesto en este trabajo, creemos fervientemente que la FC es uno de los campos fundamentales de desarrollo de la psicoterapia y la psicología clínica en el futuro próximo. En este sentido, resulta del todo necesario comenzar a promover la formación en FC en los distintos contextos académicos y asistenciales para que cambie la situación de desconocimiento relativo acerca de los procesos y modelos de FC entre los estudiantes y profesionales, que presentábamos al inicio. Esperamos que este texto sea útil en esta empresa y que pueda servir de inspiración para unos, como resumen y puesta al día para otros, y de aliciente para incorporar la FC a la práctica clínica para la mayoría de los lectores.

Referencias bibliográficas

- Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J. (Eds.) (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. y Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157.
- Caro, C. (2010, octubre). *Gestión del Conocimiento en Psicoterapia y psicoterapia de la gestión del conocimiento*. Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO), Barcelona, España.
- Corrie, S. y Lane, D. A. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. Londres: Karnac.
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Roa, A., Gómez, M. M., Roa, R. (2012). *Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. Recuperado 18/06/2016, del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>

- Didonna, F. (Ed.) (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines for the use of psychological formulation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Eells, T. D. (Ed.) (2007a). *Handbook of Case Formulation*. Nueva York: Guilford Press.
- Eells, T. D. (2007b). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 35-54.
- Eells, T. D. (2011). What is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin*, 46(2), 17-21.
- Eells, T. D. (2013). In support of Evidence-Based Case Formulation in Psychotherapy (From the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 457-467.
- Eells, T. D. y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to Case Formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Chichester, RU: Wiley-Balckwel.
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP. From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], 1(1).
- Flinn, L., Braham, L. y Nair, R. D. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 266-290.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión: Características distintivas*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, D., y Latchford, G. (2012). *Maximising the benefits of psychotherapy: A practice-based evidence approach*. Chichester, RU: Wiley-Blackwell.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hallam, R. (2013). *Individual Case Formulation. Practical resources for the mental health professional*. Oxford, RU: Academic Press.
- Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation.' *Clinical Psychology*, 25, 6-10.
- Johnstone, L. (2006) Controversies and debates about formulation. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems* (pp. 260-289). Hove, RU: Routledge.
- Johnstone, L. (2014, agosto). *Formulation: The radical alternative to psychiatric diagnosis*. Ponencia presentada en la Global Summit on Diagnostic Alternatives, Society for Humanistic Psychology, Washington, DC, Estados Unidos de América.
- Johnstone, L. y Dallos, R. (Eds.) (2014). *Formulation in Psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.) (pp. 173-190). Hove, RU: Routledge.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clarck, J. M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- McLeod, J. (2010). *Case study research in Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mumma, G. H. (2011). Current issues in case formulation. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, RU: John Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, A. y Kramer, U. (2016). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1998
- Páez-Blarrina, M. P. y Gutiérrez-Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Redhead S., Johnstone L. y Nightingale J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453-67.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 44-83). Nueva York: Wiley.
- Slife, B. D., Wiggins, B. J., y Graham, J. T. (2005). Avoiding an EST monopoly: Toward a pluralism of methods and philosophies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 83-97.

-
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Wampold, B. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (2ª Ed) Nueva York, NY: Routledge.