

¿QUÉ ES UNA FORMULACIÓN DE CASO BASADA EN LA EVIDENCIA?

WHAT IS AN EVIDENCE-BASED CASE FORMULATION?

Tracy D. Eells

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, EEUU

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una Formulación de Caso Basada en la Evidencia?. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 47-57.

Resumen

Este trabajo plantea y responde a la pregunta acerca de '¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia?' Trata de arrojar luz sobre el tema proponiendo tres criterios clave, que cualquier terapeuta puede tener en cuenta a la hora de valorar desde esta perspectiva un modelo de formulación de caso (FC) concreto, o al tomar en consideración su propia práctica: El primero, relativo a la fundamentación de la hipótesis central de la formulación en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante; el segundo, relativo a las características del razonamiento en el que se basa el juicio que nutre la formulación; y el tercero, relativo al grado en que el proceso de formulación se ha apoyado en un sistema o modelo de FC estructurado. Además, se revisan los antecedentes de la FC basada en la evidencia como parte de la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología (PBEP), se discute qué se considera una evidencia adecuada en FC, y se ofrece un marco de trabajo sistemático y basado en la evidencia para esta tarea.

Palabras clave: *Formulación de caso, Psicología basada en la Evidencia, Psicoterapia*

Abstract

This work posits and answers the question about 'What is an evidence-based case formulation?' It tries to shed some light on the topic by proposing three key criteria that any therapist could follow to assess a particular model of case formulation (CF), or when taking into consideration his or her own practice: The first criterion relates to the grounding of the CF's core hypothesis on a theory supported by a solid and relevant evidence; the second criterion relates to the features of the kind of reasoning, in which the clinical judgement that nurtures the formulation is based; and the third criterion, that relates to the extent in which a given formulation is founded on a structured model of CF. Furthermore, the background of evidence-based CF as a form of Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) is reviewed, as well as what constitutes appropriate evidence in CF. An evidence-based, systematic framework for CF is also provided and explained.

Keywords: *Case Formulation, Evidence-Based Psychology, Psychotherapy*

Fecha de recepción: 30/05/2016. Fecha de aceptación: 15/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: tracy.eells@louisville.edu

Dirección postal: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, 550 S Jackson St, Louisville, KY 40202, Estados Unidos, Tfño:+1 502-852-1937

© 2016 Revista de Psicoterapia



La idea de una formulación de caso “basada en la evidencia” (FCBE) puede sonar inicialmente como un oxímoron, puesto que una formulación de caso es esencialmente una hipótesis. O sea, las inferencias del terapeuta acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona (Eells, 2015). En contraste, la “evidencia” se refiere a algo empírico y no teórico. Sin embargo, al igual que, idealmente, una hipótesis en un diseño experimental está basada en una combinación de teoría y evidencia, lo mismo puede suceder en una formulación de caso. En este trabajo propongo tres criterios a considerar en la evaluación de si una formulación de caso está basada en la evidencia. Primero, una formulación de caso puede ser considerada basada en la evidencia si la hipótesis que ofrece está basada en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante, ya sea que ésta proceda de la literatura sobre investigación en psicoterapia, o de la literatura sobre investigación en psicología tomada más ampliamente. Segundo, en la medida en que el juicio clínico está implicado, se puede considerar que una formulación de caso se basa en la evidencia si en el desarrollo de la formulación se siguieron procesos de razonamiento con base empírica. Y tercero, una formulación está basada en la evidencia si se ha desarrollado sistemáticamente, siguiendo un formato estructurado que facilita la presentación y la evaluación de la información relevante. Comienzo no obstante con una revisión del acervo y de las diversas perspectivas relativas al concepto de práctica basada en la evidencia en psicología.

Antecedentes y perspectivas sobre Formulación de Caso Basada en la Evidencia

En 2005 la Asociación Americana de Psicología (APA) publicó un informe realizado por un grupo de trabajo sobre práctica basada en la evidencia en psicología (PBEP) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). La PBEP se define como “la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (p. 273). El informe afirmaba que la PBEP “promueve la práctica psicológica eficaz y mejora la salud pública mediante la aplicación de principios apoyados empíricamente, relativos a la evaluación psicológica, la *formulación de caso*, la relación terapéutica y la intervención” [cursiva añadida] (p. 271). El grupo de trabajo da una alta prioridad a la formulación de caso; de hecho, uno podría considerar la formulación de caso sistemática como el centro de la PBEP. Como se dice en el informe, “Aunque la práctica clínica es con frecuencia ecléctica o integrativa..., y muchos efectos del tratamiento psicológico reflejan aspectos inespecíficos de la implicación terapéutica..., los psicólogos se apoyan en formulaciones de caso bien articuladas, en el conocimiento de la investigación relevante, y en la organización aportada por las conceptualizaciones teóricas y la experiencia clínica, para desarrollar intervenciones diseñadas con el fin de alcanzar los resultados deseados” (p. 278).

La discusión del grupo de trabajo ayuda a hacer progresar nuestra compren-

sión sobre la PBEP. Como ya se ha hecho notar, la PBEP implica la integración de tres componentes principales: la mejor investigación disponible, la pericia clínica y las características del paciente. La formulación de caso puede ser considerada como una forma de pericia clínica en la medida en que es la estructura que contiene estos tres componentes. El grupo de trabajo prescribió tres características específicas deseables para que una formulación de caso sea consistente con la PBEP y para reflejar dicha pericia. De acuerdo con el grupo de trabajo de la APA, “la PBEP articula un proceso de toma de decisiones dirigido a integrar múltiples flujos de evidencia de investigación –incluyendo los estudios controlados aleatorizados (RCT) pero no reduciéndose a ellos– en el proceso de intervención” (p. 273). Una formulación de caso sistemática y bien planeada aporta una estructura para esta tarea. Ahora sí, con el concepto de PBEP en mente, podemos explorar perspectivas específicas acerca de la formulación de caso basada en la evidencia.

El Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT por sus siglas en inglés) de Luborsky (1977; Luborsky y Barret, 2007) puede ser el ejemplo original y a la vez más claro de una aproximación sistemática, estructurada y basada en la evidencia a la formulación de caso. El CCRT es un método de formulación de caso y una herramienta de investigación en psicoterapia que implica un análisis cuidadoso de transcripciones de terapia, a fin de identificar el conflicto relacional central del cliente, y específicamente sus deseos, las respuestas de los otros a sus deseos, y las respuestas del paciente a las respuestas de los otros. Una vez identificado, el CCRT permanece consistente a lo largo del tiempo, a través de diferentes relaciones y a lo largo de la terapia; también predice el resultado terapéutico y los síntomas que se presentan inicialmente, e igualmente, CCRT específicos están asociados con diagnósticos y estilos de defensa particulares (Luborsky y Barrett, 2007; Luborsky y Crits-Christoph, 1998).

Kuyken y sus colaboradores (Bieling y Kuyken, 2003; Kuyken, 2006; Kuyken, Padesky y Dudley, 2009) describen la Formulación de Caso Basada en la Evidencia (FCBE) desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como “la encrucijada en que las particularidades individuales de un caso dado, la teoría relevante y la investigación se sintetizan en una comprensión de los asuntos que presenta la persona en términos cognitivo-conductuales, los cuales entonces, guían el tratamiento” (Kuyken, 2006, p.12). Estos autores examinaron el grado en que una formulación de caso cognitivo-conductual podía ser considerada de un modo preciso, como una formulación basada en la evidencia. Así, exploraron, desde una perspectiva “arriba-abajo”, si la teoría en la que se basa la formulación cognitivo-conductual se encuentra apoyada empíricamente. Y de modo inverso, desde una perspectiva “abajo-arriba”, realizaron preguntas acerca del impacto, el proceso y la utilidad de una formulación de caso cognitivo-conductual. Estas dos cuestiones hacían referencia a temas como la fiabilidad de las formulaciones de caso, su validez incremental y la contribución al resultado terapéutico, así como a temas de validación transversal, de relación coste-eficacia, y de relevancia de la formulación

de caso para las experiencias de los pacientes. La revisión de Kuyken y colaboradores acerca de la PBEP desde la perspectiva cognitivo-conductual ofreció resultados variados, pero resultó positiva en general y las faltas de evidencia quedaron registradas.

También desde la perspectiva cognitivo-conductual, Persons (2008) describió un enfoque de formulación de caso que sitúa la evidencia empírica en su centro. Por ejemplo, al inferir un mecanismo explicativo del problema de un individuo, propuso que la explicación a ofrecer por defecto fuera la formulación implícita, subyacente a los tratamientos apoyados empíricamente (EST). Y esta explicación por defecto debería ser modificada tan solo en virtud de elementos específicos del caso particular. Por ejemplo, la persona puede acudir con problemas para los cuales aún no se ha desarrollado un tratamiento apoyado en la evidencia, o el paciente puede aglutinar varios problemas para los cuales sí que existen tratamientos apoyados empíricamente, pero no existe ninguno para tratar esa combinación específica de problemas, o bien el individuo puede presentar factores moderadores que requieran atención clínica, entre los que se pueden incluir pobreza, desempleo, discapacidad física o una enfermedad. Bajo estas circunstancias, Persons aconseja desarrollar mecanismos basados en principios cognitivos y conductuales apoyados empíricamente, tales como la teoría cognitiva de Aaron T. Beck, la teoría de la atribución y el condicionamiento respondiente y operante. E igualmente, aconseja hacer lo mismo a partir de teorías sobre la emoción bien fundamentadas.

Una perspectiva adicional de FCBE es la ofrecida por Fishman (1999) a partir del contexto de la psicología pragmática, que él contrasta con la psicología positivista. Fishman propone una estrategia de “indagación disciplinada”, que comienza con el individuo, continua con una evaluación, y entonces conduce a una formulación que combina experiencia, investigación y la elaboración de una concepción guía, que son aplicadas al caso específico de un individuo. A partir de ahí se desarrolla un plan de acción, el cual es posteriormente monitorizado, y en el que se van realizando ajustes a medida que resultan necesarios. Fishman (2002) visualiza una estrategia de investigación que se mueve “desde un caso único hasta una base de datos”, en la que cada caso contribuye a una plataforma de conocimiento acumulativa, accesible permanentemente, indexable y pragmática acerca de los procesos y resultados de la psicoterapia. Fishman ha explorado y expandido esta idea mediante el desarrollo de una revista online, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (<http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>), que edita él mismo. Cada caso presentado en la revista incluye una formulación de caso sistemática, que es desarrollada sobre la base de la teoría y la evidencia, y que sirve como fundamento para las intervenciones, las cuales también son descritas y evaluadas. En este formato, la contribución de la formulación al resultado, también es valorada.

Las perspectivas sobre FCBE que acabamos de describir, comparten múltiples características relacionadas. Primero, reclaman el uso de la formulación de caso como una estructura en la cual, teoría, evidencia, pericia clínica y las circunstancias

idiográficas de un individuo en particular, con distintos problemas en un momento singular y en un contexto social y cultural específico, se unen para crear una explicación integrada y coherente que guíe el tratamiento. Segundo, reclaman una construcción sistemática de las formulaciones de caso, y el uso de estas formulaciones como una guía básica para conducir la terapia. Tercero, son prácticas y centradas en el paciente, y a la vez están fundamentadas científicamente. En tanto que la FCBE requiere un proceso sistemático de discernimiento y de selección de evidencias, esto nos lleva a la siguiente pregunta: ¿qué es lo que constituye una evidencia empírica adecuada en formulación de caso? Pregunta de la cual nos ocupamos a continuación.

¿Qué constituye una evidencia empírica adecuada en formulación de caso?

La evidencia para la formulación de caso puede ser de muchos tipos y provenir de múltiples fuentes, que incluyen los autoinformes del paciente, instrumentos psicométricos, la investigación de proceso y resultado en psicoterapia, la investigación sobre psicopatología y los hallazgos epidemiológicos (Eells, 2015; Eells y Lombart, 2011). Otras fuentes son también las intuiciones del terapeuta, el consejo experto, el recuerdo de experiencias relativas a pacientes anteriores, y la propia experiencia del terapeuta acerca de ese mismo paciente en la consulta. Aunque no son todas igualmente valiosas ni en todas las circunstancias, no hay consenso respecto a qué constituye la evidencia adecuada para la formulación de caso. Por esta razón, y en la medida en que la formulación de caso siempre implica la realización de inferencias y la formación de hipótesis que deben ser testadas, es útil ver la evidencia en términos relativos –como más o menos probatoria– que categorialmente, como válida o inválida. Por tanto, inspirándose en su base de conocimientos y teniendo en cuenta los potenciales sesgos sistemáticos en el juicio –que son discutidos en la siguiente sección–, los terapeutas podrían pensar en un continuo de evidencia, en el cual un extremo representa a las formas fuertes de ésta, y el otro a las más débiles. En el primer extremo uno podría imaginar resultados convincentes relativos a tratamientos apoyados empíricamente, mecanismos generales bien demostrados que subyacen en las diferentes formas de psicopatología, datos epidemiológicos con potencia predictiva, o hallazgos bien documentados y replicados acerca de procesos psicológicos básicos, como por ejemplo la edad a partir de la cual pueden formarse recuerdos autobiográficos. En el otro extremo del continuo podríamos situar las intuiciones y corazonadas del terapeuta. Éstas tendrían la capacidad de ofrecer *insights* valiosos, que a su vez podrían ser puestos a prueba, pero que en sí mismos podrían no ser descritos como basados en la evidencia por una mayoría de observadores. Entre estos dos extremos cabría incluir datos como los hallazgos procedentes de tests psicológicos, el recuerdo de casos similares, los resultados de escalas de evaluación, la narrativa de un paciente respecto a un episodio relacional, el apunte de un sueño, el registro de un pensamiento, el reporte que un paciente hace acerca de un pensamiento automático,

o la aseveración por parte del paciente o del terapeuta de que un pensamiento es una creencia nuclear. Los criterios para situar una evidencia a lo largo del continuo podrían incluir su consistencia con estudios de resultado y de proceso bien establecidos, su consistencia con el conocimiento bien fundado sobre psicopatología, sobre desarrollo de la personalidad y cognición, o su plausibilidad en términos del conocimiento de referencia, así como factores tales como su consistencia interna, su parsimonia y su comprensividad. Y por supuesto, obtener la visión del paciente acerca de la formulación, también es importante a la hora de evaluarla.

Un razonamiento robusto como criterio para una formulación de caso basada en la evidencia

Dado que la formulación implica la realización de un juicio clínico a través del cual se aplican la teoría y el manejo de la evidencia en un caso específico, es crucial que tales juicios sean sólidos y robustos. En las últimas décadas, los científicos cognitivos han identificado errores sistemáticos en el razonamiento y en el juicio que afectan a todas las personas, y que por tanto también pueden afectar de modo adverso a cómo un terapeuta conceptualiza a su paciente. Kahneman (2011) atribuye estos errores de razonamiento a la interacción de dos sistemas cognitivos ampliamente estudiados, a los cuales denomina “Sistema 1” y “Sistema 2”. El Sistema 1 es automático, no requiere esfuerzo, es rápido, impulsivo e intuitivo. Es el sistema responsable cuando un terapeuta concluye que un paciente está deprimido o es “límite” a partir de una interacción breve. En contraste, el Sistema 2 implica esfuerzos intencionales para aplicar el razonamiento inductivo o deductivo y la lógica a la resolución de un problema. El Sistema 2 es deliberado, lento, requiere esfuerzo y es sistemático, razones por las cuales demanda un considerable gasto de concentración y de atención. Actúa cuando un terapeuta compara los síntomas de un paciente con un conjunto de criterios diagnósticos y pondera si cada criterio es o no es parte de la clínica que presenta el paciente. El Sistema 1 tiende a dominar la cognición en tanto que es menos taxativo, pero necesitamos el Sistema 2 como un control para el Sistema 1. Ambos sistemas operan en una alianza nada fácil, para producir patrones de pensamiento heurístico que nos permiten tomar decisiones rápidas, que con frecuencia pueden ser adecuadas aunque no necesariamente óptimas. Un ejemplo de esto es el “heurístico de disponibilidad”, que se apoya en el principio de que hacemos juicios basados en la información que con más facilidad acude a nuestra mente. Aplicado a la formulación de caso, el heurístico de disponibilidad puede llevar al terapeuta a sobrevalorar su experiencia personal o sus impresiones, y a infravalorar la evidencia empírica objetiva. Por ejemplo, un terapeuta puede tender a estar de acuerdo con un paciente que de modo convincente afirma, entre lágrimas y enfado, que está siendo víctima de un abuso mediante un ritual satánico, cuando resulta que otras explicaciones se hallan fácilmente disponibles, y a pesar de que la evidencia sobre la frecuencia relativa de ese tipo de abuso es reducidamente baja. Otro ejemplo es el “heurístico de representatividad”, el cual

consiste en un atajo mental basado en el principio de “cada oveja con su pareja.” Por ejemplo, uno podría inferir que todas las víctimas de abuso sexual en la infancia poseen una personalidad tipo límite, y se encuentran dañadas significativamente en su capacidad para el amor y la intimidad. Tal conclusión podría fallar a la hora de reconocer la evidencia de que muchas –aunque claramente no todas– las víctimas de abuso sexual en la infancia, llegan a tener éxito en su vida y en el amor (Rind, Tromovitch y Bauserman, 1989, 2001). En otra publicación describo ejemplos adicionales de pensamiento heurístico, que podrían conducir al error en la práctica de la formulación de caso en psicoterapia (Eells, 2015).

Un marco de trabajo basado en la evidencia y sistemático para la formulación de caso

La Figura 1 presenta un marco de trabajo para una psicoterapia basada en la evidencia y guiada por la formulación de caso. Adapta el enfoque de investigación basado en la indagación disciplinada de Fishman (1999), y está diseñado para resultar simple, práctico, escalonado, adaptable a los pacientes de todos los grados de complejidad, así como a múltiples teorías de psicoterapia y fuentes de información. Para una descripción completa del modelo véase Eells (2015). Como ya hemos mostrado, la formulación ocurre después de reunir la información inicial, y antes de ofrecer el tratamiento, si bien en la práctica, por supuesto, uno se mueve fluidamente entre estos dos pasos. La recopilación de información es el primer paso en cualquier forma de psicoterapia, y usualmente implica una entrevista de entrada estándar (Morrison, 2008). El terapeuta también podría reunir información a través de medidas de evaluación de síntomas, tests psicológicos, reportes de los miembros de la familia o del propio paciente, así como de la revisión de los archivos médicos procedentes de tratamientos psicológicos anteriores. Toda esta información sirve como input para desarrollar la formulación.

El proceso de formulación posee cuatro componentes principales. Primero está la identificación colaborativa de una lista de problemas comprensiva, que incluya síntomas, señales y problemas de la vida cotidiana, incluyendo cómo funciona el paciente interpersonalmente y en la sociedad. Es importante saber si hay algún tipo de “señal de alarma” a la que deba atenderse, puesto que en ese caso requerirá atención inmediata. Este tipo de señales incluye el riesgo suicida, el potencial homicida, la negligencia, el abuso de sustancias y la violencia doméstica.

El segundo componente es el diagnóstico, el cual, a pesar del problema de fiabilidad (Regier et al., 2013), es incluido por al menos cuatro razones: Primero, porque muchos protocolos de tratamiento están diseñados para individuos con diagnósticos específicos. El conocimiento del diagnóstico, por lo tanto, ayuda al clínico a seleccionar intervenciones para tratar al paciente. Segundo, en la medida en que los modelos de tratamiento contienen formulaciones implícitas y se hallan vinculados a diagnósticos, el diagnóstico puede aportar una dirección inicial en el desarrollo de una hipótesis explicativa. Tercero, el diagnóstico facilita la comunica-

ción entre profesionales de la salud mental. Y cuarto, el diagnóstico es con frecuencia una necesidad práctica a la hora de facturar y de cobrar por los servicios profesionales prestados por el terapeuta.

El tercer componente del modelo de formulación general, el desarrollo de una hipótesis explicativa, es donde múltiples fuentes teóricas y de evidencia llegan a hacerse patentes en un individuo específico. Con frecuencia, diversas hipótesis explicativas pueden ser propuestas para un mismo conjunto de problemas. Puede no haber una única explicación correcta, y más bien el poder explicativo de una hipótesis es evidenciado primariamente en su aplicación práctica. Los expertos desarrollan hipótesis explicativas que son adecuadamente comprensivas a la hora de explicar los elementos de la lista de problemas; que son, a su vez, suficientemente elaboradas y complejas al poner en relación múltiples facetas del funcionamiento de un individuo; también coherentes e internamente consistentes; y cabe esperar que precisas en el uso del lenguaje, y basadas en un enfoque de formulación sistemático (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas, 2005). Aunque la hipótesis explicativa pueda tener múltiples y variados componentes dependiendo del modelo específico que uno siga, propongo que hay cinco componentes que deben hallarse incluidos en todas las formulaciones. Primero, considerar los *precipitantes*. Existen sucesos, factores estresantes, experiencias o apreciaciones que disparan el comienzo de los síntomas, o que activan el mecanismo hipotetizado que conduce a estos. Segundo, aportar una explicación del *origen* del mecanismo propuesto. Ésta puede incluir una historia de aprendizaje hipotetizada, que condujo a la vulnerabilidad del individuo frente a sus problemas. Alternativamente, puede incluir traumas o fallos en la empatía que dañaron a la persona, vulnerabilidades genéticas o biológicas de todo tipo, así como factores culturales que hayan podido contribuir a su formación. Tercero, considerar los *recursos* o las fortalezas personales del individuo. Pueden ser utilizados para armarse de esperanza y motivación, y para hacer palanca a favor de la recuperación. Los ejemplos de este tipo de recursos incluyen áreas de funcionamiento preservadas, el funcionamiento premórbido, la inteligencia, el nivel de desarrollo psicosocial inferido, el apoyo social, la capacidad para el disfrute, así como el sentido del humor o la ironía. Cuarto, considerar los *obstáculos* que puedan interferir con un resultado del tratamiento exitoso, los cuales pueden ser realmente variados. Los ejemplos incluyen mecanismos de defensa primitivos o distorsionadores, patrones de pensamiento dicotómico, intolerancia a la ambigüedad, habilidades sociales pobres, problemas financieros o la falta de apoyo social. Finalmente, ofrecer una *hipótesis nuclear*, mediante la cual capturar de manera sucinta el entendimiento colaborativo entre paciente y terapeuta, acerca del mecanismo que está generando los problemas. Dicha hipótesis está basada en teorías de psicoterapia y psicopatología bien establecidas.

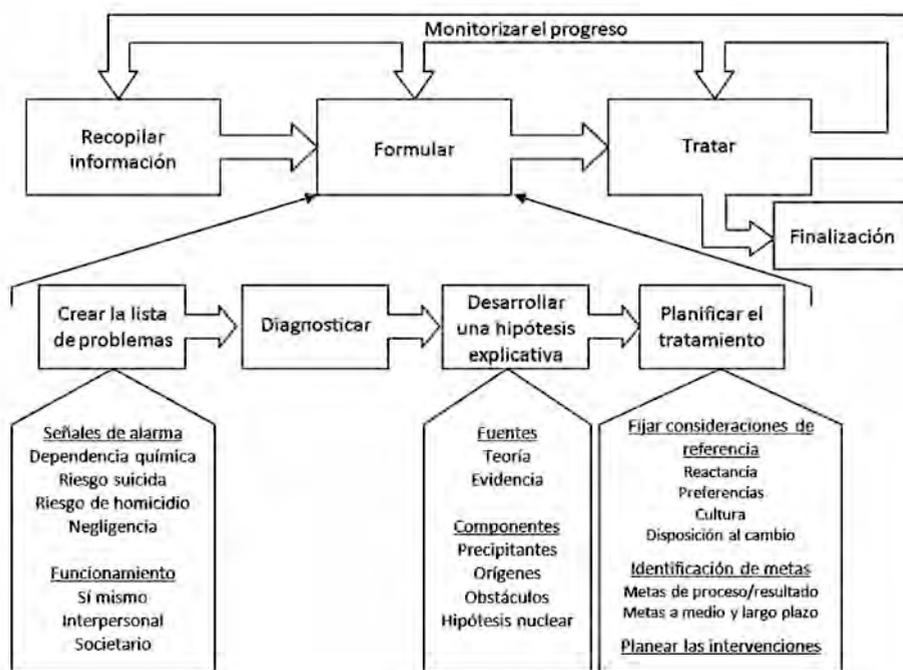
El paso final en el marco de FCBE es la planificación del tratamiento, el cual enlaza la hipótesis explicativa y la intervención o tratamiento. El plan de tratamiento debería fluir directamente y de modo lógico de los pasos de formulación preceden-

tes, y debería estar bien elaborado y secuenciado. La Figura 1 sugiere comenzar con algunas consideraciones que funcionan como un “punto fijo” (i.e., preferencias del cliente, factores culturales, etc.), todas la cuales tienen apoyo empírico como factores que influyen en el resultado de la psicoterapia (Norcross, 2011). Finalmente, se identifican los procesos a medio y largo plazo y las metas perseguidas como resultado, y se planifican las intervenciones correspondientes.

Una vez se ha desarrollado la formulación, debería ser testada en el tratamiento y revisada, especialmente si éste no está siendo exitoso. Los bucles de retroalimentación en la Figura 1 describen el proceso de monitorizar, someter a prueba y evaluar de manera regular, tanto los problemas como el progreso.

Figura 1

Marco de trabajo para una psicoterapia guiada por la formulación de caso y basada en la evidencia



¿Por qué practicar la psicoterapia utilizando la FCBE?

¿Qué justifica el tiempo que le toma a un terapeuta desarrollar una FCBE? Claramente, es ética y pragmáticamente insostenible tratar al paciente apoyándose tan solo en las propias experiencias personales, y en la intuición no sometida a examen. En contraste, existen modelos de tratamiento apoyados empíricamente (EST por sus siglas en inglés), dirigidos al abordaje de muchas condiciones psicológicas (Nathan y Gorman, 2007). ¿No sería más directo entonces obviar la

formulación y simplemente emplear estos modelos? En otros trabajos aportó una serie de razones para apoyar la reivindicación de que el enfoque de FCBE, es una alternativa empíricamente defendible frente al movimiento de los tratamientos apoyados empíricamente (Eells, 2013a, 2013b). Aquí, no obstante, presento un resumen breve de esas razones. Primero, si ambos enfoques producen resultados comparables, no hay un fundamento empírico para preferir uno en lugar del otro. Aunque la literatura no es abundante, sugiere que los resultados pueden ser comparables. Segundo, el enfoque de FCBE permite al terapeuta adaptar el tratamiento al conjunto de los problemas presentados por el paciente, y no solamente al diagnóstico para el que el tratamiento está diseñado. Además, el enfoque basado en la evidencia del terapeuta, no se limita a un rango relativamente estrecho de evidencia si se lo compara con el espectro de los hallazgos empíricos en la literatura psicológica, pues incluye los hallazgos pertenecientes a las ciencias sociales, del desarrollo y cognitivas. Como Persons (2008) recomendaba, cuando resulta apropiado para el conjunto de problemas del paciente, se puede emplear un tratamiento apoyado empíricamente. Finalmente, dado que los terapeutas practican tratamientos apoyados empíricamente, probablemente también los adaptan para satisfacer las necesidades del paciente a medida que éstas aparecen, y por tanto es probable que sea una falsa dicotomía la que existe entre los tratamientos apoyados empíricamente y los enfoques de FCBE –al menos cuando consideramos la psicoterapia tal y como se practica realmente.

En este artículo, sugiero tres criterios básicos para considerar que una formulación de caso está basada en la evidencia. Primero, debe apoyarse en una teoría que posea un fuerte apoyo empírico. Segundo, en la medida en que el juicio clínico está implicado en la formulación, tal juicio debería permanecer atento a las trampas de los procesos humanos de toma de decisiones. Tercero, el proceso de formulación de caso debería ser sistemático y estructurado. Cuando estos criterios se cumplen, el terapeuta puede estar seguro de que ha desarrollado una formulación sólida y empíricamente justificable. Aún así, una FCBE es más un proceso que un producto, y el terapeuta guiado por la formulación de caso la reconsidera constantemente, a medida que nueva evidencia resulta disponible.

Traducción de Ciro Caro

Referencias bibliográficas

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bieling, P. J., y Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(1), 52-69.
- Eells, T. D. (2013a). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 426-447.
- Eells, T. D. (2013b). In support of evidence-based case formulation in psychotherapy (from the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 457-467.
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eells, T. D., y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.) (pp. 3-32), *Forensic case formulation*. Chichester, RU: John Wiley & Sons.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*: Nueva York, NY: Nueva York University Press.
- Fishman, D. B. (2002). From single case to data base: A new method for enhancing psychotherapy, forensic, and other psychological practice. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 275-304.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Nueva York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy? The treatment of challenging and complex cases* (pp. 12-35). Nueva York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., y Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). Nueva York: Plenum Press.
- Luborsky, L., y Barrett, M. S. (2007). The Core Conflictual Relationship Theme: A basic case formulation method. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2ª ed.) (pp. 105-135). Nueva York: Guilford Press.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morrison, J. (2008). *The first interview* (3ª ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.