



Psychologia. Avances de la disciplina

ISSN: 1900-2386

psychologia@usbbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura

Colombia

Rodríguez Páez, Myriam; Vanegas Gómez, Freddy Orlando  
Validación de Constructo de la Formulación Clínica por Procesos Básicos  
Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 25-38  
Universidad de San Buenaventura  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

---

## ARTÍCULOS

---

# VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA POR PROCESOS BÁSICOS

MYRIAM RODRÍGUEZ PÁEZ\* & FREDDY ORLANDO VANEGAS GÓMEZ\*\*  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

FECHA RECEPCIÓN: 04/11/09

FECHA ACEPTACIÓN: 11/01/10

### RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo realizar la validación de constructo del modelo de formulación clínica por procesos básicos de Castro y Ángel (1998). El estudio se efectuó con base en el análisis comparativo de las calificaciones y la integración de los conceptos emitidos por cuatro psicólogos expertos en torno a las bases conceptuales y metodológicas del modelo, utilizando un instrumento especialmente diseñado para tal fin. Los resultados mostraron que los conceptos incluidos se consideran importantes y válidos. Los expertos participantes, sin embargo, plantean reparos a conceptos que constituyen la base del modelo y abogan por cambios en la definición de los mismos. La investigación es el primer estudio realizado para la validación del modelo; sus resultados permitirán estructurarlo y a su vez sentarán las bases para su validación en futuras investigaciones.

*Palabras clave:* formulación clínica, procesos básicos, validación de constructo

### CONCEPTUAL VALIDATION OF THE CLINICAL FORMULATION MODEL FOUNDED ON BASIC PROCESSES

### ABSTRACT

The aim of this research was to carry out the conceptual validation of the clinical formulation model founded on basic processes and proposed by Castro and Angel (1998). The study is based on a comparative analysis of four experts' ratings and the integration of their judgments about the model's theoretical and methodological foundations, using an instrument especially designed for this objective. The findings showed that with a few exceptions, the concepts included were considered important and valid. However, the expert participants raised some objections regarding concepts that constitute the basis of the model and recommended carrying out changes in their definition. This is the first study aimed at validating Castro and Angel's model; its results will allow the restructuring of that model and in turn will lay the foundations for validating it in future research projects.

*Key words:* clinical formulation, basic processes, conceptual validation

---

\* Docente Programas de Postgrado Facultad de Psicología Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, D. C., Colombia.

\*\* Docente Programa de Pregrado Facultad de Psicología Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, D. C., Colombia.

Este estudio es parte de la investigación institucional titulada: "Validación Empírica y de Constructo de la Formulación por Procesos Básicos" financiada por la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Para establecer contacto con los autores escribir a Myriam Rodríguez Páez, correo electrónico: myriamrp22@hotmail.com o Freddy Vanegas, correo electrónico frvanegas@yahoo.com

Los autores hacen un reconocimiento especial a la Doctora Nancy Consuelo Martínez L. por su aporte como autora de la propuesta inicial de investigación y a los estudiantes de psicología: Olga Lucía Ardila, Adriana García, Camilo Moreno y Andrés Felipe Ortiz por sus contribuciones en el desarrollo del proyecto.

## INTRODUCCIÓN

Existe actualmente un creciente interés en la formulación clínica, ya que según afirman varios autores, ésta constituye la “hipótesis acerca de las causas, precipitantes y mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona, que sirve para guiar el tratamiento como un marcador de cambio y como una estructura sobre la cual el terapeuta puede entender mejor al paciente” (Eells, 1997; citado por Mumma & Smith, 1998).

A nivel cognoscitivo y conductual, se pueden reconocer en la literatura sobre el tema, alrededor de 15 propuestas o modelos de formulación; sin embargo, hay muy pocos estudios de validación de éstos. Es sorprendente que los grupos de investigación que han tomado la iniciativa de estudiar este tema han sido de orientación psicoanalítica (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986; Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986 citados por Mumma & Smith, 1998) y que desde la perspectiva empírico-analítica sean escasos los trabajos en esta área.

Un modelo de formulación clínica es un paradigma que consta de dos componentes. El primero de ellos consiste en unos supuestos teóricos coherentes entre sí y apoyados empíricamente, que explican la naturaleza del problema y permiten sustentar el posterior planteamiento de una intervención terapéutica. El segundo es una metodología derivada de dichos supuestos teóricos que permite la organización e integración de la información sobre el caso clínico con miras a comprender dicho caso y proponer las estrategias de intervención más adecuadas. Estos dos componentes están íntimamente relacionados; no obstante, al revisar las investigaciones sobre los diferentes modelos de formulación clínica se observa una tendencia de la mayoría de éstos a elaborar en mayor profundidad los aspectos metodológicos, mientras que los aspectos conceptuales no se explican tan claramente.

### MODELOS DE FORMULACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES

Existen varios modelos de formulación. El modelo del *University College London*, propuesto inicialmente por

Meyer (1957) y desarrollado por algunos de sus alumnos como Wolpe y Turkat (1985) y Bruch (1998) citados por Muñoz (2003) se considera el pionero en este campo, ya que fue el primero que hizo énfasis en la necesidad de recoger información relevante, desarrollar hipótesis ajustadas a los datos y contrastarlas. Incluye un proceso de evaluación en cinco fases superpuestas entre sí: (I) Definición de los problemas (análisis descriptivo); (II) análisis funcional; (III) formulación; (IV) intervención y (V) evaluación (Muñoz, 2003).

Este modelo constituye la base de las aproximaciones metodológicas desarrolladas en los últimos años (Silva, 1989; citado por Muñoz, 2003) y es uno de los más importantes en el campo de la evaluación clínica conductual y de la formulación en particular. Aunque tiene muchas ventajas, presenta varias limitaciones como las siguientes: empleo casi exclusivo de la entrevista como método de evaluación; no tiene en cuenta los aspectos psicométricos de la evaluación psicológica; subvalora algunos determinantes biológicos del comportamiento; no establece relaciones con otros enfoques diagnósticos ni psicopatológicos y no especifica los mecanismos ni las fuentes de las hipótesis, lo que dificulta la elaboración conceptual del caso. Algunos de los modelos desarrollados posteriormente han tratado de subsanar estas deficiencias (Muñoz, 2003).

Otro de los modelos de formulación tradicionalmente estudiados es el de solución de problemas y mapa clínico psicopatogénico (MCP) de Nezu y Nezu (1989) que se basó los programas de solución de problemas sociales desarrollados por Thomas D'Zurilla en las décadas de 1970 y 1980. Para Nezu, la terapia es un proceso a través del cual el terapeuta soluciona los problemas presentados por el paciente y utiliza las cinco fases esenciales de las técnicas de solución de problemas adaptadas al caso clínico: (i) orientación hacia el problema; (ii) definición del problema y formulación; (iii) generación de alternativas; (iv) toma de decisiones y (v) ejecución de la solución elegida (Haynes & O'Brien, 2000).

Uno de los aspectos más importantes de este modelo es el mapa multidimensional para la evaluación, que coincide con los lineamientos básicos de la evaluación cognitiva – conductual, y el MCP diseñado para realizar la formulación clínica. Este último es un diagrama de flujo que resume gráficamente los elementos principales de

la formulación y ayuda a lograr una mejor comprensión de las variables involucradas y la conexión entre éstas. El MCP es una hipótesis de trabajo sobre la formulación que debe contrastarse con otras hipótesis alternativas; aunque es una herramienta muy útil en la organización de la información y permite integrar muchos de los modelos psicopatológicos actuales no cuenta con un soporte teórico muy fuerte ni estrategias de funcionamiento adaptadas a los casos particulares (Muñoz, 2003).

Por otra parte, Persons (1999), presenta el denominado Modelo Cognitivo – Conductual de Formulación de Caso, el cual se diseñó para facilitar las decisiones sobre la mejor estrategia de intervención en un caso. Incorpora la evaluación de características topográficas (estructurales) del problema, los mecanismos causales y las relaciones funcionales. Estos componentes se trabajan en siete etapas similares a las de otros autores. Enfatiza el papel causal de las cogniciones en los problemas psicológicos, según lo planteado por Aaron Beck en torno a los componentes cognitivos de la depresión y la ansiedad. Aunque este esquema toma en consideración algunos de los problemas clínicos más frecuentes, no contempla todo el espectro de posibles dificultades psicológicas de los pacientes, descuidando así los aspectos biológicos y sociales presentes incluso en los trastornos depresivos. (Muñoz, 2003)

El modelo de Haynes y O'Brien (2000), denominado Modelo Causal Analítico Funcional propone la utilización de un instrumento para ayudar a generar y expresar las hipótesis que constituyen la formulación. En este modelo, el análisis funcional es la "identificación de relaciones funcionales importantes, controlables, causales y no causales aplicables a conductas específicas de un individuo". Se utilizan diagramas de flujo para ayudar a aclarar las relaciones causales y no causales entre las variables involucradas. Es un modelo visual basado en enfoques matemáticos causales y en geometría de vectores; permite estimar la fuerza de la relación entre las variables antecedentes, consecuentes, variables mantenedoras y mediadoras. Esto ayuda al clínico a determinar el efecto de las distintas intervenciones posibles. El modelo de Haynes y O'Brien supone una herramienta útil en la formulación pero, a diferencia de otros modelos no proviene de una teoría psicopatológica determinada sino de un manejo metodológico que

busca encontrar relaciones causales entre las distintas variables involucradas en el caso (Muñoz, 2003).

El modelo de formulación dialéctica de caso de Linehan, se plantea básicamente para abordar el trastorno de personalidad límite con un enfoque conductual. En el modelo se parte de valorar la importancia de la conducta del consultante en relación con la comunidad de la que hace parte. La formulación de caso incluye las interacciones con el terapeuta y las variables que afectan a éste; supone, para su análisis, que existen interacciones dinámicas entre los múltiples factores que afectan al cliente (Haynes & O'Brien, 2000; Ballesteros & cols., 2006).

En general, puede verse que varios autores, desde diversas perspectivas, han realizado diferentes propuestas de formulación clínica, como se observa en la recopilación hecha por Eells (2001). Aunque se les hace difusión en las publicaciones de carácter científico, sólo para algunos de ellos se ha probado la fiabilidad y validez.

## VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Debido precisamente a la diversidad de enfoques desde los cuales se realiza el proceso de formulación, se dificulta la consecución de un modelo desde el cual, tanto los constructos utilizados como la metodología empleada, se encuentren validados y sirvan, como se dijo anteriormente, para establecer hipótesis verificables y consistentes. En muchas ocasiones, como mencionan Virués-Ortega y Moreno (2008), los procesos de formulación realizados se basan en juicios clínicos e inferencias, más que en evidencias empíricas o en marcos teóricos consolidados, llegando a generar limitaciones en la interpretación y generalización de resultados.

En los estudios realizados hasta el presente, se ha observado que cuando se evalúa la validez de un modelo de formulación, se tienen en cuenta varios criterios importantes, entre ellos, la adherencia teórica a los supuestos del modelo en el momento de realizar los juicios y las inferencias sobre el caso clínico; este factor en particular, ha sido estudiado desde la misma práctica o formulación de un caso concreto, pero es necesario evaluar directamente las bases epistemológicas del modelo en sí mismas.

Considerando el planteamiento desarrollado por Castro y Ángel (1998), objeto de este estudio, es posible determinar procesos de validez de constructo mediante el examen de la sustentación y el análisis teórico realizado para la estructuración del modelo, a partir del cual se construyeron sus postulados principales.

Con respecto a la consistencia teórica manejada por el modelo, se hablará en este punto de la validez de constructo, referente al proceso de sustentación y análisis teórico conceptual que subyace a la metodología de formulación. Al respecto, se encuentra la misma limitación que en el nivel empírico; es decir, la ausencia de investigaciones que corroboren la validez conceptual de estos modelos y la manera en que la misma se debe llevar a cabo.

Algunos aportes importantes giran en torno a la definición de este tipo de validez y sus implicaciones para un modelo de formulación clínica. Se entiende por validez de constructo el grado en que los elementos de un instrumento son relevantes y representativos del constructo que se pretende medir; de igual manera, se hace énfasis en la delimitación o rango del concepto medido, es decir, que para que el instrumento sea válido debe cumplir con criterios como claridad, delimitación y pertinencia de los conceptos básicos que sustentan el instrumento (Haynes, Richard & Kubany, 1995). De igual manera, según Nunnally y Berenstein (1997), hay dos aspectos importantes en la validación de un constructo, a saber:

- 1) especificar el dominio de variables observables relacionado con el constructo.
- 2) determinar el grado en que las variables observables tienden a medir lo mismo, varios factores diferentes, o muchas variables diferentes, por medio de investigación empírica y análisis estadísticos.

Desde este punto de vista, lo que se busca al realizar un proceso de validación para el caso de una formulación clínica, es que los conceptos que maneja para explicar el caso, estén delimitados y no den lugar a interpretaciones ambiguas por parte de los formuladores; de esta manera, se puede concluir que se está midiendo lo mismo y se está abordando el caso de la misma forma.

## CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DE UN MODELO DE FORMULACIÓN

Relacionado con la anterior, Bergner (1998), menciona algunas características que deben poseer los modelos de formulación en pro de incrementar su validez y utilidad; estas incluyen:

*Información de peso o relevante:* Para este autor, el proceso de formulación no sólo debe servir para organizar la información, sino que es indispensable que la reduzca, considerando como relevantes aquellos datos que permitan establecer redes causales o secuencias de acontecimientos que contribuyan al problema actual. Además, se deben incluir creencias centrales y comportamientos que afecten las relaciones interpersonales como parte vital del proceso de formulación.

*Marco favorable para la intervención:* Esta característica hace referencia a que la formulación de caso debe discriminar, entre los factores que han contribuido a la presencia del problema, aquellos que mantienen el problema, y de esta manera orientar la intervención. Lo que propone el autor es que el proceso de formulación debe beneficiar tanto al terapeuta como al cliente.

*Permitir los beneficios al cliente:* Relacionado con el punto anterior, la formulación debe ser una estrategia de retroalimentación donde el paciente pueda entender claramente el problema por el cual ha llegado a consulta. Se enfatiza en el artículo que, independiente de la orientación teórica utilizada en el proceso de formulación, el cliente debe comprender claramente porqué se mantiene su problema, otorgándole al paciente el poder del cambio, es decir, la formulación es válida si desde su coherencia teórica permite que el cliente tenga la perspectiva de su propio proceso terapéutico.

En la misma medida, Bieling y Kuyken, (2003; citados por Kuyken, 2006) refieren dos categorías de criterios para evaluar este tipo de aspectos. La primera es “top-down” (“de arriba hacia abajo”), y básicamente obedece a un interrogante: ¿la teoría en que se fundamenta la formulación está sustentada en investigación empírica, está basada en evidencia? La segunda categoría de criterios es “bottom-up” (“de abajo hacia arriba”), en la cual éstos tienen que ver con el proceso mismo, así como con el impacto y la utilidad de la formulación de caso. Esta categoría incluye cuatro interrogantes: a) ¿la



formulación es fiable?, aquí se cuestionan dos aspectos: ¿la formulación se basa en inferencias fiables?, ¿existe acuerdo de diferentes terapeutas sobre la formulación?; b) ¿la formulación es válida?; es decir, ¿se ha hecho triangulación con la experiencia reportada por el cliente, las medidas estandarizadas, las impresiones clínicas del terapeuta y las impresiones clínicas del supervisor?; c) ¿la formulación mejora la intervención y los resultados de la terapia?; d) ¿la formulación resulta aceptable y útil?

Estos interrogantes son realmente importantes para concluir que una formulación clínica está basada en la evidencia, y recogen aspectos tanto empíricos como conceptuales. Por una parte, abordan criterios sobre la forma de realizar la formulación, incluyendo su utilidad; y por otra, involucran aspectos de fondo, como el respaldo teórico y empírico del modelo de formulación.

Por último, es importante mencionar la metodología con la cual se pretende construir los instrumentos encaminados a validar los constructos incluidos en la formulación. Haynes, Richard y Kubany (1995), mencionan metodologías para realizar el proceso de validación de constructo en donde se usa el juicio de múltiples expertos y se hace cuantificación de este juicio usando procedimientos escalares. Esto se logra a través de un instrumento en el cual se pregunta sobre aspectos como la relevancia de los ítems. Para evaluar los conceptos de la formulación se usa una escala dicotómica con las categorías *relevante* o *no relevante* dentro del proceso de formulación. Adicionalmente, se pueden incluir otros aspectos importantes relacionados con el modelo específico, como su practicidad y organización, entre otros.

Con base en lo anterior, la validez de constructo debe acumular una gran variedad de evidencias a partir de numerosas fuentes, tal como lo hacen esencialmente los procedimientos científicos para confirmar una teoría.

Con lo visto hasta aquí, se hace innegable la importancia de que el trabajo clínico se guíe por una formulación, pero a su vez que esta formulación haya tenido evidencia empírica sobre su validez y confiabilidad, de tal manera que permita realmente cumplir los objetivos para los que está elaborada, además de haber corroborado la utilidad y pertinencia de sus conceptos.

#### *Formulación por procesos básicos*

Una de las aproximaciones de formulación clínica reportada en la literatura internacional es la propuesta

por Castro y Ángel (1998), para quienes la formulación de caso es una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables sobre relaciones funcionales y/o causales entre acontecimientos observados. El modelo de estos autores pretende solucionar la visión unitaria de los procesos causales, planteando un enfoque de procesos que permite identificar relaciones o conjuntos de leyes que tienden a covariar y a interactuar entre sí. La tarea inicial a nivel teórico y clínico de esta perspectiva es identificar los procesos básicos o elementales (aquellos que no son reductibles a otros procesos). Posteriormente, se deben identificar las relaciones o conjuntos de leyes que componen dichos procesos. Finalmente, se describen los tipos de interacción entre esos procesos elementales, lo cual permite establecer redes complejas y causales que llevan a procesos de segundo orden para explicar e intervenir sobre la probabilidad de ocurrencia de las conductas blanco.

La formulación clínica por procesos busca identificar las relaciones o conjuntos de leyes que tienden a covariar y a interactuar entre sí. De esta forma, es un modelo descriptivo a nivel molar y molecular, pero también susceptible de integración con modelos explicativos sólidos que permitan determinar condicionales de causalidad y mantenimiento de las problemáticas. La visión anterior es congruente con la opinión de Eels (1997), quien considera la formulación de caso en psicoterapia como el punto intermedio, tanto entre el diagnóstico y el tratamiento, como entre la etiología y la descripción; este autor señala, además, que la formulación debe incluir específicamente información descriptiva y recomendaciones prescriptivas.

Este modelo propone una dimensión temporal, referida a la historia de aprendizaje del consultante y a los factores de desarrollo; una dimensión de organización conductual que describe un sistema jerárquico, con diferentes niveles de análisis, desde una respuesta discreta determinada, hasta los tres procesos básicos: biológico, de aprendizaje y motivacional; y por último, la dimensión ambiental que hace referencia a los recursos existentes en el contexto en el que se desenvuelve el consultante (Castro & Ángel, 1998; Ballesteros de Valderrama & cols., 2006).

El modelo de formulación clínica por procesos básicos propuesto por Castro y Ángel, y objeto del pre-

sente estudio, fue publicado en un libro bastante difundido en Europa y en nuestro país (Caballo, 1998) pero hasta el momento no cuenta con estudios de confiabilidad y validez. A pesar de haber sido utilizado en Colombia durante varios años, especialmente en contextos académicos y con fines de formación profesional en el área clínica por diferentes universidades, no cuenta con un soporte de validación conceptual ni empírica que avale dicha utilización y demuestre, ante la comunidad científica, que tiene unas bases teóricas claras, sólidas, pertinentes y consistentes con el objetivo para el cual fue creado. Tampoco se ha demostrado que sus lineamientos metodológicos son igualmente claros, bien estructurados y funcionales para quienes aplican el modelo en la atención clínica de sus pacientes, y que con base en ellos puedan llegar a conclusiones válidas y confiables sobre la evaluación de dichos pacientes y el diseño de una intervención para su problemática. En el año 2003 los autores realizaron una edición del mismo, pero ésta obedeció más a la retroalimentación que se recibió por parte de pares una vez se empezó a aplicar en diferentes instancias.

Específicamente, el modelo de Castro y Ángel requiere ser sometido a un proceso juicioso de validación, a través del cual se estudie el rol que juegan diferentes variables como las que han estudiado los autores anteriormente mencionados con otros modelos de formulación (Eels, 2001), (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas, 2005); o si cumple con ciertos parámetros como los propuestos por Bergner (1998) o por Kuyken (2003; citado por Kuyken, 2004), en relación con las bases teóricas de los modelos. El campo está abierto para iniciar este trabajo y verificar con criterio científico, en qué medida el modelo de formulación por procesos básicos demuestre su solidez y efectividad.

Todo lo anterior conduce a que se plantee la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la validez conceptual del modelo de formulación clínica por procesos básicos de Castro y Ángel?

## MÉTODO

### DISEÑO

La validación de constructo se realizó con base en un conteo de frecuencia de la calificación asignada por

unos evaluadores a los distintos componentes conceptuales y metodológicos del modelo de formulación y se realizó un análisis cualitativo en profundidad de los comentarios y observaciones de dichos evaluadores.

### PARTICIPANTES

Las personas que participaron en este estudio fueron cuatro psicólogos con título de Maestría o Doctorado. Todos se dedican a la docencia, la investigación y la administración académica en las Facultades de Psicología de diferentes universidades de Bogotá. Se seleccionaron con base en el conocimiento previo que se tenía sobre sus credenciales académicas, su experticia en el manejo del modelo de formulación clínica por procesos básicos, su experiencia clínica y su formación epistemológica.

Adicionalmente, para la validación del instrumento se contó con la colaboración de dos psicólogos expertos en el área de medición y evaluación, con título de Maestría y un perfil similar de experiencia profesional y docente.

Todos los participantes fueron convocados de manera personalizada a través de comunicaciones electrónicas. Para incrementar su nivel de motivación y compromiso se les ofrecieron bonificaciones económicas, las cuales les fueron entregadas una vez completaron la labor solicitada.

### INSTRUMENTO

Se diseñó un instrumento cuyo objetivo fue servir de guía a los jurados evaluadores para que éstos emitieran su concepto sobre cada uno de los componentes del modelo de formulación clínica por procesos básicos de Castro y Ángel. Dicho instrumento consta de dos secciones: la primera presenta los componentes teóricos que maneja el modelo; y la segunda, los aspectos metodológicos del mismo.

En la sección de componentes teóricos del modelo, que cuenta con 22 ítems, se da la definición de cada concepto objeto de evaluación. Para diligenciar esta primera sección del instrumento, los evaluadores debieron analizar cada uno de los componentes teóricos y evaluarlos según los siguientes criterios:

*Relevancia:* Pertinencia del componente del modelo como parte esencial para realizar una formulación clínica.

*Consistencia:* Coherencia epistemológica del componente con el constructo teórico general que maneja el modelo, e integración con los demás componentes.

*Estructura y secuencia de contenidos:* Organización formal de los contenidos, grado de coherencia lógica en la presentación de estos.

*Suficiencia:* La cantidad de información que conlleva el elemento es justamente la requerida para llegar a una formulación precisa; no es redundante, no sobran, no faltan ni se repiten elementos de información con respecto a la problemática del caso

*Utilidad práctica:* Eficiencia del modelo para que el profesional pueda ubicar con facilidad la información requerida para llegar de manera clara, ágil y rápida a la formulación del caso.

En cada uno de los aspectos conceptuales, el evaluador asignó una calificación de 1 a 4 en la casilla correspondiente, según la siguiente escala:

1. No cumple con el criterio: El componente evaluado presenta déficits significativos e irreparables, requiere modificación total.
2. Nivel Bajo: El criterio se cumple en un nivel mínimo para este componente, pero se requieren modificaciones significativas para alcanzar el nivel óptimo.
3. Nivel Moderado: Se requiere una leve modificación de este aspecto del componente teórico para lograr su perfeccionamiento.
4. Nivel Alto: El criterio se cumple de forma altamente satisfactoria, no se requieren modificaciones.

En la evaluación del componente metodológico, que consta de 53 ítems bajo la modalidad de afirmaciones, se estimó la pertinencia de cada término incluido en la matriz, su organización y la facilidad con la que un formulador entiende qué tipo de información debe incluir dentro de cada cuadro del modelo.

Frente a cada una de las afirmaciones debían colocar la calificación “1” si estaban de acuerdo con la afirmación y “0” si no estaban de acuerdo; en la columna titulada PORQUE, debían establecer cuáles eran las razones de su respuesta. Finalmente, el instrumento incluye una sección conformada por tres (3) ítems en los cuales el evaluador anotaba sus observaciones generales sobre las matrices de formulación.

Este instrumento fue sometido a validación por jueces metodológicos y conceptuales, proceso para el

cual igualmente se diseñaron instructivos especiales; cuenta con un manual donde se especifican los objetivos, modo de empleo, calificación y análisis de los datos.

## PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó a través de tres fases, las cuales, a su vez, comprendieron varias etapas:

La primera fase incluyó todo lo relacionado con la preparación de las condiciones de investigación, es decir: selección y convocatoria de los participantes; montaje de recursos, actividades y participantes en el aula virtual; preparación y validación de instrumentos.

La segunda fase comprendió la realización de las labores asignadas a los participantes, consistentes en el diligenciamiento del instrumento de constructo.

La fase final consistió en la calificación de los instrumentos de constructo diligenciados por los expertos, el análisis de los resultados y la generación de las conclusiones y recomendaciones.

Una vez todos los evaluadores hicieron entrega de los instrumentos de evaluación debidamente diligenciados, se otorgó el reconocimiento económico anunciado.

## RESULTADOS

A continuación se hace una recopilación y análisis de las evaluaciones hechas por los jurados acerca de los diferentes componentes teóricos del modelo de formulación.

### ANÁLISIS GENERAL POR CATEGORÍA

Dado que el instrumento consta de 22 ítems y se contó con cuatro evaluadores, el total posible de evaluaciones fue de 88. Sin embargo, en algunos casos, los evaluadores se abstuvieron de colocar su calificación para un ítem en particular. Se consideran a continuación los aspectos más significativos de las tendencias encontradas.

*Relevancia:* En 75 de un total de 86 evaluaciones realizadas (es decir el 87.21%) se consideró que los conceptos del modelo tenían pertinencia como parte esencial para realizar una formulación clínica y no requerían modificaciones. Mientras que sólo en 3 ocasiones (el 3.49%) se consideró que los conceptos requerían ser cambiados por completo.



*Consistencia:* La coherencia epistemológica del componente con el constructo teórico general que maneja el modelo y su integración con los demás componentes se consideró inadecuada en 14 ocasiones (15.91%), mientras que en 52 evaluaciones (59.09%) la consistencia se presentó como alta.

*Estructura y secuencia de contenidos:* En 57 de las evaluaciones (64.77%) se consideró que el concepto tenía una adecuada organización formal de los contenidos y un buen grado de coherencia lógica en la presentación de éstos. En 5 ocasiones (5.68%), los evaluadores concluyeron que el concepto requería cambiarse totalmente al no cumplir con este criterio.

*Suficiencia:* Sobre este punto, los evaluadores consideraron en 49 ocasiones (55.68%) que esta era adecuada de acuerdo con la definición, mientras que en 7 de las evaluaciones (7.95%) se consideraba necesaria una redefinición total del concepto.

*Utilidad práctica:* Sobre este particular, en 62 calificaciones (70.45%), los evaluadores consideraron que la información que requiere el modelo se ubica de manera ágil, rápida y eficiente, y además es fácil de utilizar por parte del profesional que atiende el caso. En 5 ocasiones (5.68%) se evaluó este aspecto como claramente insuficiente, haciendo necesaria una redefinición del concepto.

#### ANÁLISIS GENERAL POR CONCEPTO

En cuanto a los componentes teóricos considerados débiles por algunos evaluadores, podemos mencionar los de dimensión jerárquica, procesos elementales o de primer orden (nivel 1), procesos derivados (nivel 2) y los procesos emocionales y afectivos. Estos conceptos son fundamentales en el modelo, pues establecen una jerarquía para delimitar los procesos básicos que mantienen el problema e intervenir sobre éste abordando dichos procesos. Es por ello que los reparos a estas definiciones son muy importantes.

Refiriéndose a la dimensión jerárquica se critican dos puntos fundamentales: o bien es útil en términos de estudio de la complejidad de la conducta, pero no en términos clínicos prácticos; o la definición dada presenta errores categoriales como los planteados por Ribes (1990) para la psicología en general, por lo cual la información que pretende definir el concepto es insuficiente.

En los procesos elementales de primer orden, uno de los evaluadores es quien expresa fuertes reparos en todas las categorías del concepto. Plantea que se parte de una definición por negación y considera que la búsqueda de procesos de primer orden no aporta al caso, excepto con fines de clasificación. Sobre esta última afirmación, los resultados que se obtuvieron en un estudio paralelo de validación empírica (Rodríguez & Vanegas, 2009) podrían apuntar en ese mismo sentido. Como se discutió allí, al parecer la intervención no está surgiendo de estos procesos de primer orden sino desde antes, tomando como base solamente los aspectos descriptivos iniciales.

Sobre los procesos derivados (nivel 2) se critica que la definición de éstos se hace como para los de nivel 1, de forma negativa por exclusión, y nuevamente no aportan al caso sino que confunden en el uso del modelo, presentando incoherencia con el resto del mismo.

Finalmente, los comentarios específicos sobre los procesos emocionales y afectivos refieren que, aunque su definición es absolutamente necesaria, la forma en que se hace en el modelo es demasiado general y confusa, por lo cual se considera que la utilidad para el caso sea poca.

Otros conceptos incluidos en esta evaluación y que presentan valoraciones mixtas son: factores desencadenantes, proceso de motivación y mantenimiento conductual, componentes antecedentes y componentes consecuentes. Para estos, no existe unidad de criterios sobre la adecuación conceptual.

En relación con algunas tendencias de respuesta observadas en la forma como los jueces evaluadores de constructo realizaron la labor de diligenciar el instrumento que se les suministró, se concluye que se dieron diferencias sustanciales en los puntajes asignados por los cuatro evaluadores a cada uno de los conceptos teóricos del modelo. Dos de ellos sustentan su calificación con análisis muy puntuales y profundos, mientras que los otros dos asignan un puntaje al concepto, pero presentan poca argumentación que soporte la calificación dada.

Uno de los evaluadores consideró que el modelo en general, en su parte conceptual, cumple con un criterio alto, es decir no requiere modificaciones. Otro de los expertos consultados, valoró como inadecuados varios de los conceptos básicos definidos en el modelo. Los otros dos evaluadores presentaron tendencias variadas a lo largo de los conceptos.

Estas situaciones hacen difícil determinar tendencias claras en la valoración, excepto para los aspectos particulares aquí expuestos. Sin embargo, la visión general de los resultados permite decir que existen aspectos básicos del modelo que requieren revisiones en su definición, pero la mayoría de conceptos son aceptados por los expertos.

Para algunos evaluadores es reiterado el comentario de que algunas categorías no son claras y tienen poca información en su definición para identificar la funcionalidad en el modelo. Consideran que en los conceptos hay muchos de orden descriptivo que no dan cuenta del poder explicativo del problema. Considerando que el modelo busca una formulación clínica que lleve a la intervención, la valoración de la utilidad de cada uno de los componentes para llegar a la intervención debe ser clara. Si el componente aporta al entendimiento del problema y además permite orientar la intervención, se podría mantener; pero si sólo busca un entendimiento de la conducta a nivel teórico sin que este conocimiento se refleje en la intervención, no debería incluirse como se define en el modelo.

Derivado de los comentarios de los evaluadores, se podría pensar que la dimensión temporal debería incluir

la importancia de las contingencias históricas en la conducta actual. De esta forma, tal dimensión gana mayor sentido debido a que el problema, desde los fundamentos del modelo, debe abordarse con base en las condiciones actuales.

También se hacen ver aspectos relevantes en los que no hay coherencia en la definición conceptual y el modelo, tales como lo anotado por uno de los jueces: “¿Por qué los procesos biológicos se consideran de primer orden si no pueden ser modificados?, y según el modelo, la intervención se hace sobre procesos de primer orden...” Tal vez, sobre este particular debería aclararse que la intervención se podría realizar sobre los procesos biológicos, haciendo la salvedad de que se efectuaría por interconsulta con manejo médico.

#### RESULTADOS DE LOS COMPONENTES METODOLÓGICOS

Se pasa a hacer una recopilación y análisis de las evaluaciones hechas por los jurados acerca de los diferentes componentes metodológicos del modelo de formulación. La distribución de los resultados puede verse en la tabla 1.

**Tabla 1.** Evaluaciones de los jurados con respecto a los componentes metodológicos.

Categoría	Acuerdo (1)	Desacuerdo (0)
Hipótesis preliminares	87.50%	12.50%
Problemas blanco	90.00%	10.00%
Objetivos Terminales	64.28%	35.72%
Hipótesis de Adquisición	90.62%	9.38%
Análisis funcional	75.00%	25.00%
Integración del análisis funcional	89.29%	10.71%
Hipótesis de Mantenimiento	78.57%	21.43%
Aspectos generales	66.66%	33.34%
PROMEDIO	80.24%	19.76%

En la mayoría de las puntuaciones, los evaluadores consideran adecuados los formatos que se manejan en el modelo de formulación y los califican de esta forma.

Más precisamente, al analizar cada una de las matrices de formulación, se encuentra que la calificación de *adecuadas* es la que predomina para todas ellas: Hipótesis preliminares, problemas blanco, objetivos terminales, hi-

pótesis de adquisición, análisis funcional, integración del análisis funcional e hipótesis de mantenimiento.

También en el inciso de aspectos generales los jurados se muestran mayoritariamente de acuerdo en que la metodología del modelo es adecuada.

Lo anterior se evidencia al notar que la moda de la distribución de puntuaciones es 1, lo cual in-

dica precisamente que los jurados, en su mayoría, consideraron el modelo como metodológicamente adecuado.

Los evaluadores consideran que los formatos que guían la metodología de aplicación del modelo son en general adecuados. Esta calificación es la que predomina para cada uno de los formatos y en la evaluación de aspectos generales de adecuación metodológica del modelo.

Existen, sin embargo, dos partes del modelo en que las calificaciones de inadecuación fueron ligeramente superiores: objetivos terminales (35.72%) y en los aspectos generales (33.34%).

Examinando los comentarios hechos por los evaluadores en el caso de los objetivos terminales, se encuentra que varios de los evaluadores plantearon serios reparos a esta parte del modelo. Uno de los comentarios se refiere a que el manejo de objetivos específicos, en realidad va inmerso en los objetivos generales y, debido a la complejidad de los casos, estos hacen dispendiosa y poco práctica la formulación. Otro evaluador considera que incluso los objetivos generales no son pertinentes puesto que conocer la categoría del problema blanco, no aporta a la intervención, ni es explicativo.

Según consideran dos de los jurados, la intervención terapéutica debe estar orientada hacia el logro de objetivos claramente especificados. Lo que no es claro para todos es la forma en que éstos deben establecerse y el momento en que ello podría hacerse, ya que en este punto aún no es clara la problemática y sería prematuro establecer objetivos.

Como una alternativa, uno de los evaluadores plantea que podrían sustituirse los objetivos en general por la meta del consultante y no incluir indicadores clínicos. Sobre este punto, plantea la dificultad en cuanto a que implicaría que la intervención se llevara a cabo sin hacer la formulación y sólo con tener un rótulo diagnóstico.

En cuanto a las evaluaciones efectuadas sobre los aspectos generales se encuentra que, en opinión de algunos participantes, el proceso de formulación es demasiado dispendioso, tedioso y poco parsimonioso, ya que hay repetición de información y no es explícita la utilidad de ésta en el proceso de plantear una intervención.

## DISCUSIÓN

Las conclusiones se obtuvieron con base en los dos aspectos evaluados. El primero, referente a las estimaciones que los cuatro participantes hicieron sobre los conceptos teóricos; y el segundo, concerniente a su juicio en torno a los componentes metodológicos de dicho modelo.

### ANÁLISIS GENERAL POR CATEGORÍA

**Relevancia:** Se evidencia que los conceptos manejados en el modelo se consideran relevantes para realizar la formulación clínica de un caso y que los reparos planteados en otros puntos no abogan por el retiro definitivo de un concepto particular sino por la adecuación de la definición dada por los autores.

Solo para tres casos, uno de los evaluadores consideró necesaria la reestructuración total del concepto. Estos fueron: Dimensión jerárquica, procesos elementales de primer nivel y procesos derivados.

**Consistencia:** Se considera que el modelo es en general consistente pero para algunos de los conceptos que se incluyen parecen estar definidos con una base teórica que presenta inconsistencias con los demás elementos del modelo. A este respecto, podría buscarse una unificación estricta bajo una única concepción psicológica, como plantea Ribes (2004).

**Estructura y secuencia de contenidos:** En la mayoría de evaluaciones se consideró por parte de los evaluadores que los conceptos tenían una adecuada organización formal de los contenidos y un buen grado de coherencia lógica en la presentación de éstos.

**Suficiencia:** Sobre este punto, los evaluadores en general consideraron que ésta era adecuada de acuerdo con la definición.

**Utilidad práctica:** Los evaluadores consideraron que la información que requiere el modelo se ubica de manera ágil, rápida y eficiente, y además es fácil de utilizar por parte del profesional que atiende el caso, en la mayoría de evaluaciones.

Atendiendo a estas caracterizaciones, la evaluación de los expertos concluye que el modelo es válido en términos generales dentro de las categorías evaluadas, aunque expresan reparos puntuales en la precisión de algunas definiciones de conceptos específicos.

## ANÁLISIS GENERAL POR CONCEPTO

De forma global puede observarse que los conceptos de dimensión temporal, factores de desarrollo, factores de predisposición, proceso biológico, proceso de aprendizaje, problemas específicos, dimensión ambiental, formulación molecular (análisis funcional), componentes de respuesta y formulación molar presentan un nivel alto en las categorías evaluadas, por lo cual se consideran, de acuerdo con estos resultados, como elementos fuertes del modelo y que deberían mantenerse tal y como se han definido.

Por otro lado, los componentes teóricos que tuvieron puntuaciones bajas en general fueron: dimensión jerárquica, procesos elementales o de primer orden (nivel 1), procesos derivados (nivel 2) y procesos emocionales. Estos resultados muestran que se consideran conceptos débiles y para ellos se plantea que es necesario reformarlos en su definición.

Otros conceptos incluidos en esta evaluación y que presentan valoraciones mixtas son: factores desencadenantes, proceso de motivación y mantenimiento conductual, componentes antecedentes y componentes consecuentes. Para estos, no existe unidad de criterios sobre la adecuación conceptual.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

De los aspectos evaluados en cada categoría metodológica, se encuentra que tan sólo en los objetivos terminales (35.72%) y en los aspectos generales (33.34%) se plantearon porcentajes relativamente altos de inadecuación del modelo. En total, considerando la tendencia promedio de las calificaciones efectuadas sobre cada uno de los ítems, se observa que prima el criterio de adecuación metodológica (80.24%) sobre el de inadecuación (19.76%).

Parte de la discusión de los evaluadores fue la conceptualización y necesidad de establecer el nivel de análisis. Dos de ellos están de acuerdo en que no hay claridad a este respecto y existe controversia sobre el manejo de un nivel de análisis tanto en la coherencia del concepto como en su utilidad práctica. En particular, uno de los evaluadores destaca que algunos autores consideran que no es una propiedad de la conducta sino una elección del clínico, pudiéndose considerar arbitraria la distinción estricta entre molaridad y molecularidad.

Siendo una elección del psicólogo, este nivel de análisis iría en contra de la funcionalidad que pretende una formulación clínica ya que, como señalan Haynes y O'Brien (2000), las estrategias de formulación de caso clínico deberían reducir las influencias de juicios sesgados y errores.

Aunque el modelo es muy completo en opinión de un juez, otros lo consideran adecuado para despertar o desarrollar en los estudiantes las habilidades clínicas de conceptualización del caso, pero poco práctico para su uso en la vida profesional utilizándolo en su totalidad. Por lo mismo, el modelo de formulación puede permitir, como lo ha hecho, el avance en la formación de psicólogos clínicos, pero en el trabajo profesional con pacientes se podría utilizar una versión resumida de las matrices del modelo.

En general, al hablar de los aspectos epistemológicos, una consideración de varios evaluadores es que el modelo no ha hecho explícitos los supuestos de los cuales se parte y maneja una visión particular centrada en lo metodológico y práctico, mas no en lo conceptual. Al respecto, uno de los jueces propone plantear otro modelo basado en el de Castro y Ángel, pero que no se limite simplemente a modificarlo porque se mantendrían las incoherencias.

Sobre este particular, el trabajo de desarrollo de un modelo debería integrar los niveles de ciencia y práctica, como afirman Bieling y Kuyken (2003) y según el concepto de este juez, sería difícil lograrlo en este caso sin modificaciones a fondo del modelo.

Otros aspectos recurrentes en los comentarios fueron los de la importancia de identificar las competencias del consultante y tener presentes los criterios valorativos (propios y de su entorno social) que definen su comportamiento como problema.

Se propone por parte de un juez, que en el cuadro de los objetivos se cambie la columna de los objetivos específicos por una columna que permita establecer aspectos positivos y saludables del sujeto o de sus contextos externos; es decir, las características (tanto de la dimensión ambiental como de las aptitudes de la persona) que se convierten en recursos o fortalezas con las cuales el sujeto cuenta para lograr el objetivo general de cada problema blanco. Esta sugerencia ha sido también discutida y apoyada en las sesiones de valoración del modelo y en



las discusiones en los seminarios de caso de pregrado y posgrado.

En cuanto a aspectos más específicos a modificar, sugeridos por algunos jueces están los siguientes:

- Eliminar la casilla de *otros problemas*, debido a que sólo se usaría si existieron problemas de integración o de evaluación del clínico.
- La fecha de inicio, muchas veces no aporta información a la descripción o la explicación; se sugiere, por parte de un jurado, que este aspecto se reconsidere, y sólo cuando sea relevante, anotar la etapa de la vida en que se inició el problema.
- El cuadro de las hipótesis de adquisición podría ser opcional, pues es dispendioso, pero hay casos en los cuales es importante trabajarlo con cuidado.

#### CONCLUSIONES SOBRE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a los aspectos de procedimiento seguidos en la investigación, tanto en su planteamiento, como a lo largo de ésta, surgieron diversas consideraciones que vale la pena mencionar aquí.

En relación con el número de participantes, aunque hubiera sido deseable contar con un número mayor de éstos, ello no fue posible dado que no se cuenta en el país con suficiente número de psicólogos que manejen el modelo al nivel requerido y tengan la suficiente solidez en sus conocimientos epistemológicos. Por otro lado, las personas convocadas tenían múltiples ocupaciones y pudieron percibir la tarea solicitada como una interferencia en relación con éstas, dado el tiempo y la concentración requeridos para realizarla. De hecho, los participantes solicitaron varias prórrogas para la entrega del trabajo, a pesar de que el tiempo asignado inicialmente fue el estándar para este tipo de labores.

La utilización del aula virtual constituyó un método práctico y económico para manejar toda la información relacionada con la investigación, incluyendo las labores asignadas a los participantes. Por una parte, no implicaba desplazamientos para asistir a reuniones ni entrega de informes físicos; además permitió monitorear la actividad desarrollada por todos ellos según las tareas asignadas. No obstante, para algunos de los participantes, quienes estaban poco familiarizados con este método, la tarea se dificultó un poco y fue necesario

brindarles ayuda adicional. Sin embargo, en términos generales se recomienda seguir utilizando esta metodología para futuras investigaciones, ya que es muy práctica, flexible y permite manejar toda la información de forma centralizada.

En relación con el instrumento utilizado, se trató de que éste cumpliera con varios estándares de rigor metodológico, dado que de él dependía el trabajo de los participantes del estudio. En primer lugar, se tomaron en consideración los lineamientos de autores como Haynes, Richard y Kubany (1995); en segundo lugar, se tuvo especial cuidado en su diseño, tratando de que el contenido fuera fiel a todos los componentes del modelo de la formulación de Castro y Ángel. Igualmente, se desglosaron todos los elementos teóricos y metodológicos que conforman el modelo, sin excluir ninguno de ellos. Esto llevó a que el instrumento resultase un poco largo y posiblemente muy dispendioso de diligenciar por parte de los jurados expertos. Sin embargo, se tomó la decisión de no simplificarlo o abreviarlo en aras de mantener la esencia del modelo.

El instrumento fue sometido a un proceso de validación por jueces. Ésto con el objeto de garantizar que cumpliera con ciertos estándares adecuados de construcción psicométrica y de que efectivamente lograra el propósito para el cual fue diseñado. Los expertos que evaluaron dicho instrumento, no sólo eran muy competentes en el área de medición y evaluación, sino que conocían previamente el modelo de formulación, lo cual facilitó su labor evaluativa.

Se diseñaron además manuales de utilización del instrumento, con el objeto de facilitar la labor de entrenamiento del equipo de investigadores en la tabulación de datos y análisis de resultados.

También se prestó especial atención a los aspectos formales, buscando que el instrumento fuera claro, sencillo y comprensible para los participantes. Para ello se realizaron sistemáticamente varias revisiones de tipo lingüístico y de diagramación por parte de los investigadores.

Por lo anterior, se considera que el instrumento en sí mismo y su respectivo manual, constituyen un aporte importante para continuar desarrollando investigaciones en esta área. Aunque es específico para el



modelo de formulación por procesos básicos, ciertos aspectos o componentes de dicho instrumento podrían adaptarse para otro tipo de modelos o investigaciones.

En relación con los constructos teóricos, se observa una tendencia a la aprobación de dichos conceptos por parte de los evaluadores. No obstante, los hallazgos no permiten un alto grado de generalización, debido al limitado número de participantes.

Por otra parte, resultó bastante enriquecedor el realizar un análisis con énfasis cualitativo en el proceso, puesto que a través de éste se obtuvieron elementos críticos muy valiosos que señalan, de manera puntual y sistemática, tanto fortalezas como debilidades del modelo y llevan a proponer cambios y mejoras específicos para éste. El equipo investigador considera, por tanto, de gran utilidad, combinar la metodología cuantitativa con la cualitativa, especialmente cuando se trata de realizar estudios sobre temáticas novedosas en nuestro medio, sobre las cuales no se han creado instrumentos especiales de medida y no cuentan con muchos antecedentes en el país. Como se afirmaba en la justificación del trabajo, esta investigación constituye un eslabón importante en el desarrollo de conocimiento crítico sobre un modelo de formulación clínica que permitirá afianzar los métodos de formación de los estudiantes de psicología.

Se conocen reportes sobre adaptaciones personales resumidas que se hacen del modelo. En este sentido, sería útil desarrollar investigaciones con base en estas versiones para concretar los aspectos útiles y viables del mismo. Así como se planteó al inicio de la investigación, y por parte de algunos jueces, el uso que, desde hace varios años, se ha hecho del modelo en la formación de los psicólogos, ha sentado las bases para evaluar formalmente su validez en el contexto académico. Por ello, sería deseable estudiar dichas versiones resumidas que ya están siendo trabajadas y a partir de las cuales se han obtenido reportes de éxito.

Finalmente, se recomienda replicar el estudio incluyendo un mayor número de participantes. Los resultados de esta investigación pueden considerarse sugestivos, pero no definitivos ni completamente concluyentes. El hecho de haber tenido sólo cuatro participantes, no permite sacar conclusiones muy categóricas. Sin embargo, los datos encontrados pueden conside-

rarse como un punto de partida importante que desde ahora permite empezar a hacer algunos ajustes al modelo, y con base en éstos, continuar formulando nuevas hipótesis investigativas.

## REFERENCIAS

- Ballesteros de Valderrama, B.P., Caycedo C., Novoa M., & García D.R. (2006). *Validación de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico*. Documento inédito de trabajo
- Bergner, R. (1998). Characteristics of optimal case formulations. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 52 No 3.
- Bieling, P. & Kuyken, W. (2003). *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 1, 52-69.
- Caballo, V. (2002). *Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: siglo XXI.
- Castro, L. & Ángel, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. E. Caballo (comp.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. II (Pg. 3 – 69). Madrid: Siglo XXI.
- Eells, T., Kendjelic, E. & Lucas, C. (1998). What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content Coding Manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 2, 144-153.
- Eells, T. D. (1997). *Handbook of psychotherapy Case formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T. (2001). Update on Psychotherapy Case Formulation Research. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 4, 277-278.
- Eells, T. & Lombart, K. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*. 13, 2, 187-204.
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E., Turner, C. & Lucas, C. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 4, 579-589

- Haynes, S. & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer/Plenum.
- Haynes, S., Richard, D., & Kubany, E. (1995). Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. *Psychological Assessment*. Vol. 7, No. 3, 238-247.
- Haynes, S. & Williams, A. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 3, 164-174.
- Kendjelic, E. & Eells, T. (2007). Generic Psychotherapy Case Formulation Training Improves Formulation Quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 1, 66-77.
- Kuyken, W. (2006). Evidence Based Case Formulation: Is the Emperor Clothed? En N. Tarrier (edit). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. London: Routledge.
- Mumma, G. & Smith, J. (2001). Cognitive-Behavioral-Interpersonal Scenarios: Interformulator Reliability and Convergent Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 4, 203-221.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Nunnally, J. & Berenstein. I. (1997). Los Constructos y su proceso de validación. *Revista de Psicología* 1 (1). Julio 1997
- Persons, J. & Bertagnolli, A. (1999). Inter-Rater Reliability of Cognitive-Behavioral Case Formulations of Depression: A Replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 3, 271-283.
- Persons, J., Mooney, A. & Padesky, C. (1995). Interrater Reliability of Cognitive-Behavioral Case Formulations. *Cognitive Research and Therapy*. 19, 1, 21-34.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología?. *Suma Psicológica*, 11 (1). 9 -28.
- Rodríguez, M. & Vanegas, F. (2009). *Validación Empírica y de Constructo de la Formulación de Procesos Básicos*. Informe de Investigación Institucional. Documento Inédito. Bogotá, D.C.: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Virués-Ortega & Moreno. (2008). *Guía para la realización de informes de casos clínicos en psicología clínica conductual* ISSN 1697-26 Vol. 8 No 3 pp765-777.