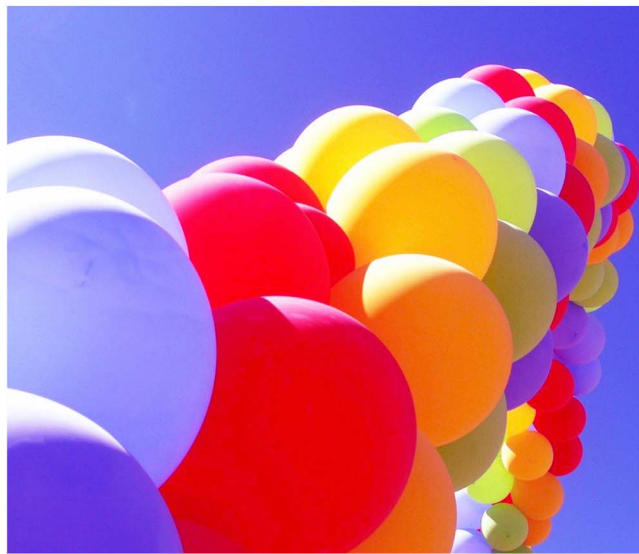


## FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

---

ANTONIO GODOY Y AURORA GAVINO  
Universidad de Málaga



# Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Formulación de casos clínicos	
FICHA 1.....	24
Utilidad de los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos	
FICHA 2 .....	17
Ejemplos de casos clínicos con su correspondiente FACCD	

# Documento base.

## Formulación de casos clínicos

### INTRODUCCIÓN

Acostumbrados como estamos a encontrar en los libros de texto sobre psicología clínica temas relacionados con cómo evaluar y tratar los problemas de la alimentación, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, o la esquizofrenia, puede resultar raro presentar un tema general como es el de la formulación de casos clínicos. Es probable, pues, que el lector se pregunte cuál puede ser la utilidad del tema que planteamos aquí. Después de todo, siendo estudiantes hemos debido aprendernos bastantes manuales y cualquier clínico termina por hacerse una idea, al menos aproximada, de lo que le ocurre a la mayoría de sus pacientes. Es cierto que en algunos casos muy complicados esto no resulta fácil, o que, en ocasiones, decidir qué tratamiento aplicar puede requerir reflexionar detenidamente en ello. Así pues, podría pensarse que aprender y entrenarse en cómo formular casos clínicos, sólo va a resultar de utilidad en muy contadas ocasiones.

Por ello, si esto fuera cierto y sólo en raras ocasiones tenemos problemas reales para realizar una formulación de nuestro caso, este tema únicamente debería tratarse cuando ya no existan otros asuntos más importantes que estudiar. Esto es, lo que aquí presentamos sería de utilidad sólo cuando uno quiere ser, no un buen clínico, sino un buen clínico que hila fino incluso en los casos más complicados.

Para convencer al lector de que no es así, vamos a detenernos brevemente en lo que aportan los conocimientos clínicos que suelen aparecer en los libros de texto (v. g., en qué consisten y cómo deben evaluarse y tratarse los problemas de sueño, de ansiedad o del estado de ánimo) a la práctica, así como sobre la calidad de dicha práctica en el desempeño profesional ordinario de los psicólogos clínicos.

### ***Importancia de los avances teóricos y técnicos en el campo de la clínica aplicada.***

En cualquiera de los campos de la clínica aplicada, sean éstos psicológicos o médicos, con frecuencia nos encontramos con profesionales a los que sus propios compañeros consideran por encima o por debajo de la media, según su forma de trabajar y la calidad de los resultados que obtienen en lo que hacen. De la misma forma, los profesores de asignaturas clínicas, es usual que encuentren alumnos que se desempeñan mejor o peor que el resto de la clase cuando se les proponen problemas prácticos de tipo profesional. En algunos casos, parece estar claro que la principal diferencia entre los mejores y los peores es una cuestión de conocimientos. En otros muchos casos, la diferencia no parece residir en la cantidad de conocimientos que se poseen, o no sólo en la cantidad de conocimientos. Así, no es infrecuente que dos estudiantes, o dos profesionales, apliquen en mayor o menor medida lo que saben. O lo apliquen con mayor o menor propiedad y eficacia. En muchas ocasiones, la conclusión clara que parece poder extraerse de actuaciones profesionales deficientes es que no basta con saber, es necesario, además, saber cómo y cuándo aplicar los conocimientos que se poseen (Godoy, 2004).

En la actualidad, con frecuencia podemos establecer qué debe saber un psicólogo clínico. También disponemos de procedimientos para evaluar si posee o no dichos conocimientos, o en qué grado los posee. Sin embargo, ¿de qué depende que en algunas ocasiones se apliquen con propiedad los conocimientos que se tienen, en tanto que en otras ocasiones no? ¿Por qué a veces sí se aplican y a veces no? O, expresado en forma de diferencias entre individuos, ¿por qué algunos profesionales, en comparación con otros, al recurrir a lo que saben para solucionar problemas prácticos, resultan más “ingeniosos” y “creativos”, aplican más conocimientos y logran elegirlos y combinarlos de forma más provechosa, de tal modo que extraen más soluciones de ellos?

¿Qué diferencia a los estudiantes que son capaces de solucionar casos prácticos de aquellos otros que pueden juzgar si una determinada actuación profesional es correcta o no, pero que no logran por sí mismos averiguar cuál podría ser la actuación apropiada en un caso aún por resolver?

No parece, pues, que la solución a los problemas de actuación profesional deficiente, o de falta de ingenio para aplicar en la práctica lo que se ha aprendido teóricamente, se encuentre únicamente en el aumento de los conocimientos sustantivos con que cuentan los profesionales y los estudiantes (para ver un resumen de la investigación en que se sustenta esta conclusión -y las demás que aparecen a lo largo del tema, véase Godoy, 1996, 2004).

Sí, por ejemplo, a principios del siglo XX alguien hubiera pretendido desempeñar lo que hoy entendemos son labores del psicólogo, del médico, o de muchas otras profesiones actuales (muchas de las cuales ni siquiera existían), habría encontrado que no disponía de prácticamente ningún procedimiento adecuado para recoger información, si se exceptúan la observación inteligente y la entrevista. La diferencia entre los instrumentos de evaluación que poseía dicho profesional y los que de hecho posee el profesional actual es enorme. Se ha pasado de no disponer prácticamente de ningún instrumento adecuado, a poseer multitud de técnicas entre las que elegir, muchas de ellas altamente fiables y válidas y cada vez más complejas, completas y sofisticadas. No cabe duda que, por más pesimista que se sea, en el campo de la clínica la evolución ha sido tremendamente grande, aun cuando se admita que todavía quedan multitud de problemas por solucionar (Fernández Ballesteros, 1994).

Algo semejante podría decirse con respecto a las teorías y conocimientos básicos y aplicados que hoy se poseen y que se han generado a lo largo del transcurso del siglo pasado. Existe, pues, una diferencia abismal entre la cantidad y la calidad de los conceptos que habría podido aprender y utilizar un clínico de principios del siglo pasado y los conceptos a que podemos recurrir en la actualidad. Así, no sólo existen mejores técnicas de evaluación y de tratamiento, sino que también disponemos de muchos más conocimientos teóricos (bastante más refinados que los existentes hace un siglo) que podemos utilizar como herramientas conceptuales para enfrentarnos a la solución de problemas prácticos. Tanto en el campo de la medicina como en el de la psicología, la mayoría de los tratamientos actuales se han generado o perfeccionado a lo largo del siglo pasado. Los tratamientos que hoy poseemos no son en absoluto comparables a los disponibles hace un siglo, e incluso bastante menos tiempo.

Sin embargo, ¿qué se podría decir acerca de la forma en que se eligen unos u otros conceptos teóricos a aplicar, con independencia de la cantidad y calidad de conocimientos que se poseen en cada momento? ¿Qué se podría decir acerca de la forma en que se combina la información reunida, con independencia de que sea mucha o poca, de alta o de baja calidad, recogida con mucha o con poca dificultad? ¿Qué se puede decir de cómo se elige el tratamiento más adecuado ante un determinado caso concreto? Ciertamente hoy podemos reunir mucha más información, de forma bastante más precisa y válida. De la misma forma, podemos elegir entre muchos más medios de tratamiento. A pesar de estos avances indudables, cabe preguntarse: ¿somos capaces de elegir mejor entre medios de recogida de información o de tratamiento que hace un siglo? Desde luego, hay muchas más opciones entre las que seleccionar, por lo que podríamos pensar que hoy se elige qué evaluar, como evaluarlo, qué tratar y cómo tratarlo incomparablemente mejor que hace un siglo. Pero, ¿realmente elegimos mejor lo que decidimos evaluar y tratar en cada caso concreto?

Si no atendemos a los conocimientos que *podría* utilizar ni a los medios técnicos que *podría* emplear, ¿qué diferenciaría el razonamiento clínico de un profesional de principios del siglo XX de la del clínico actual? ¿Qué diferencia la intuición u “ojo clínico” (sea esto lo que sea) de dicha persona de la del profesional actual? Pero es más, si no atendemos a los contenidos concretos sobre los que se razona, ¿en qué se diferenciaría la forma de razonar de un griego culto del siglo V antes de Cristo de la de nuestro profesional clínico?

El avance que hemos experimentado en conocimientos, tanto a nivel teórico como en el desarrollo de técnicas de evaluación y tratamiento, lo único que parece haber producido ha sido una mayor complejidad en la tarea a resolver, ya que hay más trastornos entre los que elegir cuál se adapta mejor a nuestro paciente. Igualmente hay más instrumentos de evaluación, cada uno con sus ventajas y sus inconvenientes, y hay más técnicas y procedimientos de tratamiento, cada uno con sus pros y sus contras. La tarea a realizar, pues, no es más sencilla, sino bastante más complicada de lo que lo era en siglos pasados.

En tanto que en el ámbito técnico y de conocimientos hemos avanzado un gran trecho, todo parece indicar que, en la forma de razonar y de elegir unas u otras herramientas conceptuales y técnicas, prácticamente nos encontramos en el mismo sitio. Esta situación probablemente no es específica de la Psicología Clínica. Así por ejemplo, cabe preguntarse si la intuición clínica de los médicos actuales es mejor y más sofisticada que la de los médicos griegos coetáneos de Alejandro Magno).

No debe olvidarse que disponer de más medios técnicos no necesariamente mejora la actuación profesional. Si se elige evaluar el comportamiento o la variable equivocada, cuanto más válida sea la técnica de evaluación utilizada tanto menos se evaluará el comportamiento o la variable acertada. Tengamos en cuenta que decimos que una prueba es válida si mide lo que dice medir y sólo eso. Por ello, si elegimos evaluar la variable equivocada, cuanto más válida sea la prueba utilizada, tanta menos probabilidad habrá de que, por azar, estemos evaluando en alguna medida lo que *deberíamos* haber medido. De la misma forma, al contar hoy con gran cantidad de procedimientos de tratamiento específicamente válidos para determinados tipos de trastornos, la tarea de seleccionar la técnica más adecuada al ca-

so presente se hace más difícil. No basta, pues, con conocer que existen muchos trastornos posibles y muchas técnicas de tratamiento aplicables. Elegir el trastorno (de entre los muchos conocidos) o la técnica de tratamiento (de entre otras muchas), no es hoy más fácil que antes, sino mucho más difícil y bastante más susceptible de que se cometan errores. Esto es, en el campo de la clínica (y en otros muchos) elegir qué evaluar o qué tratar de forma equivocada es hoy mucho más probable que en los siglos pasados. Es cierto que en la actualidad se *pueden* solucionar muchos más problemas que antes. Pero esto no quita que cada clínico particular aún se pueda hacer la siguiente pregunta: ¿los problemas que de hecho estoy solucionando, se acercan a los que, en principio, podría solucionar, dados nuestros conocimientos y los medios técnicos con los que hoy se cuenta?

No obstante la imagen anterior, referida a los avances teóricos y técnicos y a la escasez de avances en la forma de razonar, en la enseñanza y el entrenamiento de las materias clínicas, hasta ahora se ha venido actuando como si el decidir qué información debemos recoger o qué tratamiento aplicar, cómo debemos utilizar esa información o aplicar ese tratamiento, para qué y cuándo, y, en definitiva, si el decidir qué es clínicamente importante, adecuado y efectivo, fuera un asunto de sentido común. La realidad, sin embargo, ha puesto de manifiesto que, o bien la mayoría de los alumnos y profesionales principiantes del campo clínico andan escasos de sentido común, o bien la tarea de tomar decisiones correctas y de planificar y poner en práctica actuaciones profesionales clínicas requiere algo más que el simple sentido común.

### **Calidad de los juicios clínicos**

Para convencerse de que para realizar un buen trabajo clínico hace falta algo más que conocimientos sobre las más modernas teorías psicopatológicas y sobre los medios actuales de evaluación y tratamiento sólo hay que mirar los resultados que sistemáticamente suelen aparecer cuando se investiga la actuación real de los clínicos profesionales. No nos vamos a detener en este asunto, por lo que invitamos al lector a hojear el capítulo 2 del libro de Godoy (1996), donde se exponen con detenimiento los resultados de la investigación realizada con clínicos cuando realizan tareas de clasificación (v. g., diagnosticar un trastorno, calificar un determinado comportamiento como el problema principal del paciente, o establecer que un determinado estímulo está actuando como reforzador positivo de la conducta-problema), predicción (v. g., realizar un pronóstico o prever la efectividad de un determinado tratamiento), y elección del tratamiento más adecuado para un determinado paciente (véase también, Ramírez, Esteve y Godoy, 2002). En general, de esta investigación puede concluirse que los clínicos no suelen ponerse de acuerdo con respecto a cómo conviene clasificar un determinado comportamiento o las circunstancias en que éste se produce, sus predicciones coinciden poco o nada con la realidad, y las metas de tratamiento que proponen, así como los tratamientos que ven más adecuados para conseguir dichas metas, suelen diferir grandemente de un clínico a otro.

Estos resultados de la investigación, sin embargo, han resultado poco creíbles a los propios clínicos. La razón de ello es bien simple. Si uno es honrado consigo mismo, admitirá que, desde luego, no es un dios que logra solucionar completamente y de forma duradera cualquier caso que se le presente. Pero también reconocerá que, con sus actuaciones, bastantes casos mejoran e, incluso, algunos logran solucionar completamente sus problemas. Por tanto, seguramente es verdad que nos equivocamos algunas veces, por ejemplo, al predecir algo o al aplicar un tratamiento, pero también lo es que en algunas otras ocasiones acertamos. Por otra parte, no toda la culpa cabe achacársela al propio clínico. Así, hay casos más fáciles y otros bastante más complicados. Es lógico pensar que probablemente acertamos más en los casos de los que estamos más seguros que en los casos en que estamos más inseguros, bien por su complejidad, bien por las dificultades prácticas para recabar la información necesaria o para aplicar el tratamiento requerido. A esta forma de pensar, sin embargo, cabe oponer los resultados de los estudios que han investigado la relación existente entre la seguridad en las propias actuaciones profesionales y la adecuación de las mismas (para una revisión de este tipo de investigaciones, véase el capítulo 3 de Godoy, 1996). La conclusión que cabe extraer a este respecto es la siguiente: no existe relación entre la seguridad que depositamos en nuestros juicios clínicos y la validez de los mismos (Godoy, 1994).

### **ORDEN DE LAS ACTUACIONES A SEGUIR EN LOS CASOS CLÍNICOS**

En las páginas que siguen vamos a presentar una propuesta sobre cómo actuar profesionalmente en situaciones clínicas ordinarias, en las que lo que se pretende es solucionar el o los problemas de un paciente. Para ello, basándonos en lo que sabemos por la investigación previa y que brevemente hemos expuesto antes, vamos a proponer dos cosas: (a) qué información se debe recoger en cada caso; y (b) cómo se ha de combinar dicha

información para decidir en qué debe consistir el tratamiento más útil para el paciente. Nótese que en ningún momento vamos a hablar de cómo o con qué recoger de forma válida la información que se desea. Esto es algo que aparece en numerosos libros de texto (v. g., Fernández Ballesteros, 1994). No pretendemos dar a entender que el procedimiento mediante el que se recoge la información es algo irrelevante. Ciertamente, con información inválida es imposible formarse juicios válidos (excepto por azar). Sin embargo, no es menos cierto que con información válida podemos formarnos juicios totalmente inválidos y clínicamente inútiles. Así pues, lo primero (qué información debe recogerse) lo expondremos muy brevemente, ya que aparece en muchos manuales (v. g., Caballo, 2005). Lo segundo (cómo debe combinarse dicha información) lo desarrollaremos más, ya que apenas si existen textos en castellano que lo expongan.

Aparte de los datos personales y demográficos del paciente (sexo, edad, situación laboral, etc.), el primer dato que debe recogerse es su problema principal (desde su punto de vista, o desde el punto de vista de los que lo han traído a consulta), problema por el que ha acudido a nosotros. El segundo paso a dar consiste en considerar si dicho problema está produciendo una molestia o una interferencia en la vida del paciente de tal magnitud que, por ello, puede ser considerado como parte de un trastorno clínico. Si éste es el caso, el siguiente paso es ver, no en qué diagnóstico, sino en qué diagnósticos (en plural) se da dicho tipo de problema (por ejemplo, de acuerdo con los criterios diagnósticos descritos en el DSM o en el CIE). A continuación se comienza a explorar sistemáticamente el resto de los síntomas que constituyen dichos diagnósticos hasta concluir con el que le resulte más aplicable al paciente. Es importante tener en cuenta que *nunca* se debe pensar en un único diagnóstico. Por ejemplo, quien únicamente piensa en el diagnóstico de depresión (depresión mayor) cuando el paciente le dice que se encuentra deprimido, lo más probable es que termine dando dicho diagnóstico, aun cuando el conglomerado de problemas reales que presenta el paciente pueda ser diagnosticado con mayor corrección como reacción de duelo, distimia, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o mixto (con ansiedad y depresión), trastorno bipolar, trastorno ciclotímico, etc. El consejo general que puede darse a este respecto es que *siempre* se deben plantear tantas hipótesis diagnósticas como resulten sensatamente posibles. La información más valiosa es aquella que nos permite reducir en grado máximo el número de hipótesis posibles.

Si se concluye que los problemas del paciente constituyen un trastorno y se le puede aplicar un diagnóstico formal a dicho trastorno (v. g., depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, etc.), el paso siguiente es ver si existe un tratamiento que empíricamente se haya mostrado eficaz en dichos casos. Si existe ese tratamiento (ver, por ejemplo, el número 3 del volumen 13 de *Psicothema*, año 2001), nuestra propuesta consiste en lo siguiente: si el diagnóstico de los problemas del paciente permite elegir un tratamiento que se sabe que es eficaz y dicho tratamiento resulta aplicable, debe elegirse ese tratamiento. En este caso la evaluación puede limitarse a recoger y combinar la información necesaria para realizar el diagnóstico y para determinar de forma concreta cómo se debe utilizar dicho tratamiento en nuestro paciente particular.

Cuando el paciente presenta varios trastornos clínicos fuertemente ligados entre sí (comorbilidad), constituyendo un caso extremadamente complejo, cuando no existen tratamientos con apoyo empírico para el trastorno diagnosticado o, si existen, ninguno resulta aplicable a nuestro paciente, o cuando el problema a tratar no constituye un trastorno clínico (como ocurre con muchos problemas de los que se presentan a consulta), conviene realizar una formulación clínica del caso que permita averiguar con precisión qué problemas deben tratarse, en qué orden y de qué forma. En este caso, la evaluación se hace mucho más compleja, ya que se han de explorar con detenimiento la naturaleza y características de los distintos problemas del paciente y de sus causas, así como la interrelación entre unos y otras.

Sin embargo, realizar una formulación del caso no es algo fácil. Por ello le vamos a dedicar el resto de las páginas que siguen. En ellas expondremos el procedimiento propuesto por Haynes para generar y representar la formulación de un caso clínico. Hemos elegido el modelo de Haynes porque, sin duda alguna, es el mejor articulado de todos los que conocemos. Quien quiera profundizar en este procedimiento de formulación de casos clínicos, puede consultar Haynes, Godoy y Gavino (en prensa).

La propuesta de Haynes es, en teoría, bastante simple. En primer lugar, consiste en realizar un análisis funcional de los problemas del paciente. Este análisis funcional puede ser de corte conductual o cognitivo-conductual, pero no necesariamente ha de seguir una determinada corriente teórica. Lo que sí debe, siempre, es fundamentarse en teorías con fuerte base empírica o en resultados bien asentados en la investigación. Dicho análisis puede realizarse siguiendo los pasos descritos en cualquier manual de evaluación en psicología clínica (v. g., Graña, 2005; Fernández Ballesteros, 1994; Haynes, 2005). Tras la realización de dicho análisis funcional, éste se representa de forma pictórica me-

diante un diagrama analítico-funcional. El papel de este diagrama es representar de forma clara y precisa cuáles son los problemas del paciente y qué factores causales son los más adecuados para elegirlos como foco del tratamiento a aplicar. Este diagrama, además, ayuda a apreciar si hay algo que falta o que sobra en el análisis funcional realizado, así como a comunicar nuestros juicios clínicos de una forma muy intuitiva y comprensible, bien al propio paciente, bien a otros miembros del equipo terapéutico.

## APRENDIENDO A CONSTRUIR DIAGRAMAS CAUSALES ANALÍTICO-FUNCIONALES

Vamos a describir cómo los diagramas causales de tipo pictórico, a los que denominaremos Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos (FACCD, por sus iniciales en inglés: *Functional Analytical Clinical Case Diagrams*), pueden ser una manera efectiva y eficiente de relacionar los datos de la evaluación de un caso clínico. Para ello presentaremos mediante ejemplos cuáles son sus componentes y cómo se los une entre sí.

## LOS DIAGRAMAS ANALÍTICO-FUNCIONALES DE CASOS CLÍNICOS (FACCD)

La finalidad principal de la evaluación de un caso clínico es averiguar dos cosas: cuál es el problema (o problemas) del paciente y qué variables causales, si se modifican, podrían mejorarlo(s). Tras reunir la información necesaria, el psicólogo clínico debe combinarla de alguna forma para tener una visión lo más precisa posible del caso. Dicha visión debe constar precisamente de esos dos componentes: qué le ocurre al paciente y de qué variables causales depende lo que le ocurre. Por "formulación clínica del caso" entenderemos dos cosas: *el proceso* mediante el que combinamos la información disponible y *el resultado* de dicho proceso: la visión que nos hemos formado sobre qué está ocurriendo y por qué está ocurriendo eso. Con la formulación clínica del caso, pues, pretendemos establecer las variables sobre las que resulta más beneficioso intervenir para solucionar los problemas del paciente.

Generalmente, seguir alguno de los modelos que se han propuesto para realizar la formulación de casos resulta complicado para el psicólogo clínico, ya que son muchos y muy complejos los juicios que hay que integrar. Así, por ejemplo, para saber qué le ocurre al paciente no basta con haber descrito con precisión que tarda en dormirse tras haberse acostado, o que se despierta con frecuencia a lo largo de la noche, o que ha perdido el apetito y come mucho menos que antes, habiendo bajado en el último mes bastantes kilos, etc. Estas observaciones deben clasificarse de alguna forma para que adquieran sentido clínico-psicológico. Por ejemplo, se las puede clasificar como síntomas de la depresión mayor, como reacciones ante la pérdida del objeto amoroso, o como reacciones ante un proceso de extinción. Sólo tras su clasificación es posible saber qué podríamos o deberíamos hacer, siendo al mismo tiempo capaces de justificar por qué hacer eso produciría efectos positivos para el paciente.

Aunque este proceso, así descrito, puede parecer fácil para el que no lo ha realizado nunca, quien sí que lo ha llevado a cabo sabe perfectamente que no está exento de dificultades, especialmente en algunos casos. Esta complejidad de las tareas a realizar conlleva el peligro evidente de equivocarse, puesto que son muchas las fuentes de error que pueden actuar al formarse los juicios que el clínico debe formular.

El método que más utilizan los psicólogos clínicos es el tradicional, que consiste en presentar la formulación de un caso a través de un texto escrito (o de una intervención hablada), generalmente en forma de historia del caso. Sin embargo, este método suele ser largo y, con frecuencia, contiene información irrelevante para la formulación clínica del caso (v. g., excesivos detalles que no influyen en el tratamiento a aplicar).

Una alternativa eficaz es la representación pictórico-diagramática, ya que permite entender y comunicar mejor datos con interrelaciones complejas.

La finalidad de los Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos es precisamente ésta.

Un Diagrama Analítico-Funcional de un Caso Clínico (FACCD) es un diagrama causal que representa visualmente los componentes del análisis funcional.

## DIAGRAMAS CAUSALES Y FACCD

Los diagramas causales (también llamados gráficos orientados, diagramas de vías o análisis de vías) son representaciones visuales esquemáticas de las relaciones causales más importantes de un determinado fenómeno. En general suelen emplearse tanto para explicar como para describir un fenómeno y los factores que lo afectan.

Los diagramas causales son bastante comunes en muchos campos. Se han utilizado, por ejemplo, para explicar y predecir las cosechas (v. g., en función de las precipitaciones o del empleo de pesticidas), el grado y severidad de los huracanes (v. g., en función de las temperaturas y corrientes oceánicas), o los índices de mortalidad (v. g., en función de la desnutrición o de enfermedades).

Los diagramas causales son representaciones visuales de los elementos más importantes de un modelo causal. Un modelo causal es una descripción generalizable, simplificada e hipotética de un fenómeno complejo, que con frecuencia implica múltiples "inputs" (causas) y "outputs" (efectos), así como la interrelación entre ambos. Los FACCDs son un tipo de diagrama que representa visualmente el modelo causal, propuesto por el clínico, de los problemas de un paciente o de los objetivos del tratamiento.

Todos los diagramas causales tienen varios elementos centrales, representados generalmente mediante símbolos: (a) las variables de "input" o de entrada, (b) las variables de "output" o de salida, y (c) la conexión entre variables.

Estos elementos son los componentes de un FACCD y codifican la información esencial del caso. Las variables de "input" son aquellas cuyos valores pueden modificarse o se consideran precedentes de las variables de "output". En los casos clínicos, los "inputs" son las variables causales que se supone están produciendo los problemas de comportamiento del paciente.

Las variables de "output" son aquellas cuyos valores varían en función de cambios en los "inputs". En clínica, las más frecuentes son la probabilidad, la duración y la gravedad de los problemas de un paciente.

En los diagramas causales, la relación entre variables se representa mediante flechas, que describen la forma y la fuerza de las relaciones entre las causas y los problemas.

Un FACCD consta de tres elementos:

- (a) Problemas de comportamiento que es necesario modificar.
- (b) Causas importantes y modificables de los problemas.
- (c) Flechas que expresan la fuerza y la forma de las relaciones entre las causas y los problemas.

Pongamos un ejemplo. Supongamos un paciente que, cuando se está durmiendo, tiende a despertarse por completo, sobresaltado por preocupaciones (imágenes y pensamientos) sobre los acontecimientos estresantes que ha vivido durante el día. La variable de "input" en este caso es los pensamientos e imágenes del duermevela sobre los acontecimientos estresantes del día, que hacen que se despierte sobresaltado. La variable de "output" podría ser el tiempo que necesita el paciente para volver a dormirse (es decir, cuánto tiempo permanece despierto). La secuencia de acontecimientos, pues, sería la siguiente: pensamientos e imágenes del duermevela → despierta sobresaltado → tarda en dormirse. Las flechas del diagrama causal para representar estas relaciones y que van desde los pensamientos o imágenes hasta el despertarse sobresaltado, y desde el despertarse sobresaltado hasta volver a dormirse, pueden representar relaciones débiles, moderadas o fuertes, y unidireccionales o bidireccionales. Es decir, los pensamientos del duermevela pueden tener efectos relativamente débiles, moderados o fuertes sobre el grado de sobresalto y sobre la duración del tiempo durante el que el paciente permanece despabilado. Lo mismo ocurre con la relación entre el grado en que se sobresalta y el tiempo que tarda en dormirse de nuevo. El que estos efectos sean débiles, moderados o fuertes, puede depender en gran medida de otros factores que también pueden afectar al sueño, como el consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio o el ambiente de la habitación.

El FACCD de un paciente permite prever los efectos más probables que se producirán si se cambia cada una de las variables causales propuestas (v. g., disminuyendo la intensidad del estrés diario, cambiando las atribuciones negativas que pueda estar haciendo sobre los pensamientos o imágenes del duermevela, disminuyendo el grado en que el paciente se sobresalta o la activación que dicho sobresalto produce, etc.). Esto, a su vez, permite apreciar los pros y los contras de cambiar una variable causal en comparación con cambiar otras variables.

Hay que tener en cuenta que los elementos que se representan en un FACCD deben tener como finalidad la de señalar cuál es el mejor tratamiento posible, indicando al mismo tiempo los efectos esperables si se interviniera sobre cada una de las variables causales representadas.



La finalidad principal de los FACCDs es la estimación de la magnitud relativa del efecto del tratamiento cuando se dirige la intervención sobre cada una de las variables causales del problema.

Así pues, de los elementos representados en el FACCD debe ser posible inferir (a) cuál es el mejor tratamiento para el paciente, (b) qué otros posibles tratamientos podrían aplicarse, y (c) por qué esos otros tratamientos alternativos no es esperable que sean tan efectivos como el considerado mejor.

El FACCD ayuda al clínico a organizar y comunicar sus juicios y permite que se haga una idea precisa de los efectos que probablemente producirá el tratamiento si se centra sobre una u otra variable causal.

Para que el lector pueda comprender el funcionamiento y la construcción de los diagramas analítico-funcionales, vamos a ir describiendo, paso a paso, sus elementos y la forma de representarlos.

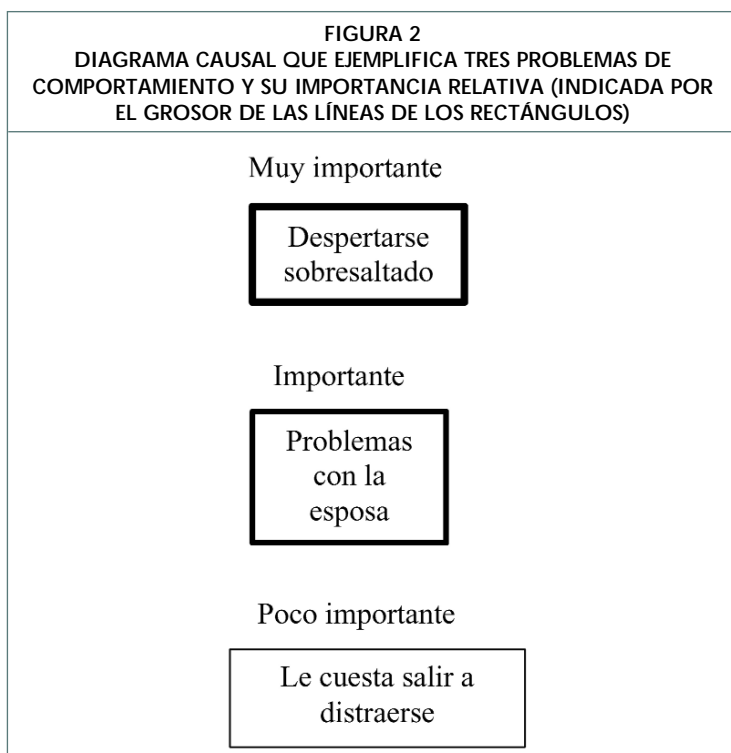
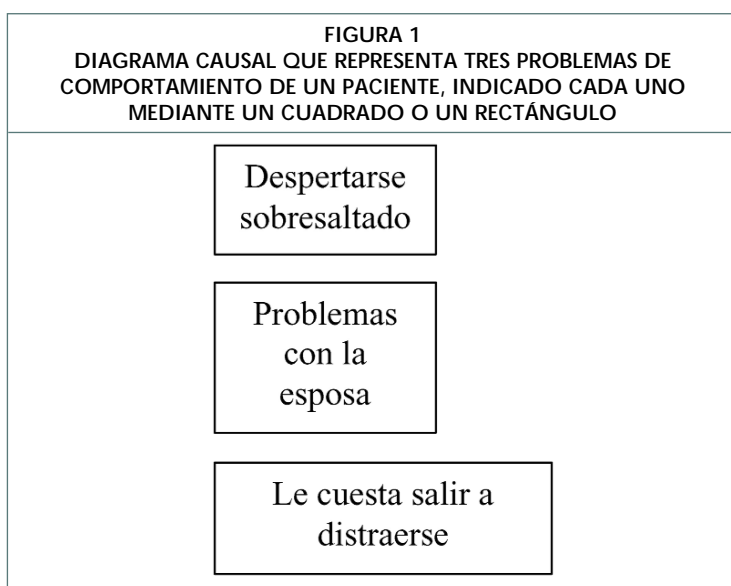
### Elementos de un FACCD

**1. Los problemas de comportamiento.** La mayoría de los pacientes que buscan tratamiento psicológico presentan más de un problema. En los FACCDs, los problemas de comportamiento se representan mediante cuadrados o rectángulos en cuyo interior se escribe el nombre del problema. La Figura 1 es un ejemplo. En esta figura, el paciente manifiesta tres problemas, que se representan enmarcados en cuadrados: (a) cuando se está durmiendo, tiende a despertarse por completo sobresaltado por imágenes o pensamientos de los acontecimientos estresantes que ha vivido durante el día. A partir de ese momento le cuesta volver a dormirse. (b) Tiene problemas en la relación con su mujer. (c) Desde hace un tiempo le cuesta salir para distraerse.

El mismo símbolo (un cuadrado o un rectángulo) se utiliza para representar las metas del tratamiento (esto es, se puede representar, por ejemplo, el problema "estado de ánimo deprimido" o la meta de tratamiento "estado de ánimo positivo").

Hay que subrayar que los problemas de comportamiento pueden ser, en algunos casos, hipotéticos. Esto es, el terapeuta sospecha que existe un problema, pero carece de información suficiente para asegurarlo, o la información disponible es contradictoria. Por ejemplo, en el caso del paciente del ejemplo, el terapeuta podría sospechar que los problemas del trabajo le están afectando en su vida privada, sin embargo, el paciente dice que su trabajo le satisface y que no le preocupa más allá de lo normal.

**2. La importancia relativa de los problemas de comportamiento.** La importancia de cada problema se atribuye en función del riesgo para uno mismo o



para otros, del grado de malestar personal, o de la importancia subjetiva que le da el paciente, el terapeuta, o los resultados de la investigación previa en psicopatología. La magnitud del efecto de un tratamiento será tanto mayor cuanto más importantes sean los problemas sobre los que actúa. La importancia de un problema se indica mediante el grosor de las líneas del cuadrado que lo representa: a más grosor, más importancia (ver Figura 2).

Tal como se representan en el ejemplo de la Figura 2, las preocupaciones que lo despiertan sobresaltado y lo llevan a tardar en conciliar el sueño de nuevo son muy importantes. Los problemas con su mujer son importantes. Finalmente, la reducción de salidas de ocio, en este caso concreto, es poco importante.

3. *Dirección de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento.* Un problema de comportamiento puede afectar a otro. Entre ambos pueden tener relaciones causales unidireccionales (representadas por una flecha) o bidireccionales (representadas por una flecha con dos puntas). Las posibles relaciones existentes entre los problemas son importantes, ya que si un tratamiento afecta a un problema que, a su vez, afecta a otro, el efecto del tratamiento será mayor.

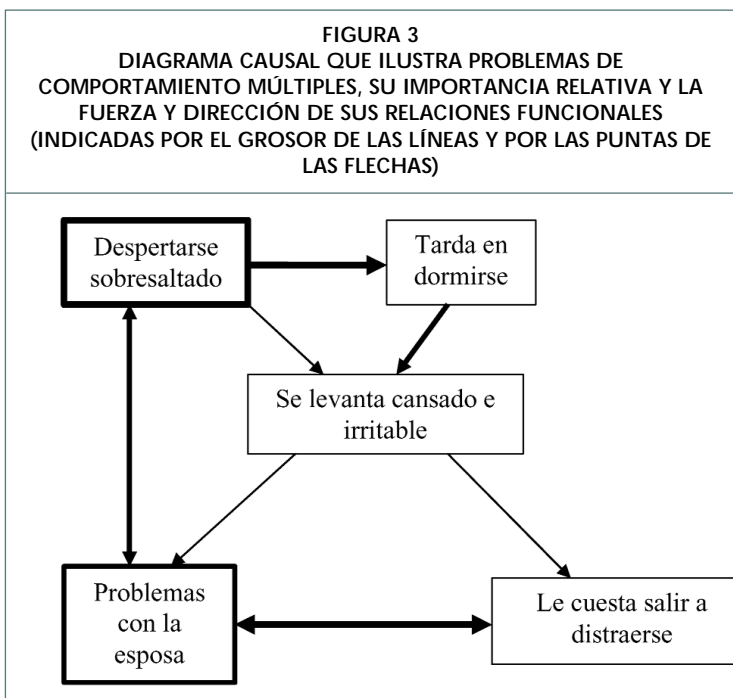
4. *Fuerza de las relaciones funcionales entre problemas de comportamiento.* Las relaciones causales pueden variar en su fuerza relativa. En el ejemplo de la Figura 3 se distinguen tres tipos en la fuerza de la relación (o grado de influencia) entre los problemas: fuerte (representada mediante el mayor grosor de la flecha), medio (representada por una flecha de grosor intermedio) y débil (una flecha fina).

La Figura 3 representa que el despertarse sobresaltado (problema importante para el paciente) tiene una influencia grande sobre el tardar en dormirse y algo menor sobre los problemas con la mujer (ya que, al despertarse él, la despierta a ella). El tardar en dormirse influye bastante en que se levante cansado e irritable. El levantarse cansado e irritable produce que le cueste salir a distraerse y que se desencadenen problemas con la mujer. Por último, los problemas con la mujer contribuyen a que, por la noche, le vengan pensamientos e imágenes que lo despiertan sobresaltado. El despertarse sobresaltado y los problemas con la mujer mantienen una relación causal bidireccional e importante. Tal como se representan en el diagrama, el tardar en dormirse depende fundamentalmente de despertarse sobresaltado (relación unidireccional). El levantarse cansado e irritable depende principalmente del tardar en dormirse (relación unidireccional) y, en menor medida, del haberse despertado sobresaltado (también relación unidireccional). El que le cueste salir a distraerse depende algo (aunque de forma débil) de haberse levantado cansado e irritable (relación unidireccional). Por último el que le cueste salir a distraerse se relaciona también, de forma fuerte y bidireccional, con los problemas con la esposa.

5. *Secuelas, consecuencias y efectos de los problemas de comportamiento.* Los problemas de comportamiento suelen conllevar consecuencias importantes. Por ejemplo, riesgos para la salud, bajada del rendimiento, problemas económicos, riesgos de ser detenido, efectos negativos sobre otras personas (v. g., las consecuencias de los gastos realizados durante un período maníaco), riesgos legales asociados al uso de drogas, etc. Debido a que estas consecuencias son problemáticas, también se representan mediante cuadrados o rectángulos y también pueden diferir en su importancia. La magnitud del efecto de una intervención aumenta cuando el problema de comportamiento tratado estaba produciendo consecuencias negativas importantes.

En el ejemplo que estamos siguiendo (véase la Figura 3), el tardar en dormirse es una consecuencia de las preocupaciones que despiertan sobresaltado al paciente. El tardar en volver a dormirse tiene como consecuencia que se levante cansado e irritable, etc. Por último, los problemas de relación con la esposa son, a la vez, causa y consecuencia de sus preocupaciones y pensamientos nocturnos.

6. *Variables causales.* En clínica, una variable causal es aquella cuyos cambios se acompañan



de cambios en los problemas del paciente. Existen muchos tipos de variables causales y cada problema suele venir influido por muchas variables causales distintas. Para tomar decisiones acerca del tratamiento, sin embargo, únicamente son de interés las variables causales que son modificables y que tienen una fuerte influencia sobre el comportamiento-problema. Las variables causales que no resultan modificables, o que influyen poco sobre el problema, resultan de poco interés para elegir el mejor tratamiento (aunque podrían ser importantes desde algún otro punto de vista –por ejemplo, para realizar predicciones, o para describir o explicar de forma más completa o convincente lo que le ocurre al paciente). Ejemplos de variables causales de interés clínico son las contingencias positivas de la respuesta, los estímulos antecedentes, el contexto que influye sobre el problema, los pensamientos, las reacciones fisiológicas, los esquemas emocionales, las expectativas, o la reducción de estados internos negativos. Las variables causales se representan mediante círculos u óvalos. Como veremos más adelante, cuando una determinada variable es, a la vez, problema y variable causal de otro problema (como ocurre en la Figura 3, por ejemplo, con levantarse cansado e irritable) se puede representar mediante un rectángulo o mediante un óvalo.

**Modificabilidad de las variables causales.** La utilidad clínica de una variable causal depende en gran medida de su modificabilidad, esto es, de que el clínico pueda cambiarla. Ejemplos de variables poco modificables son las lesiones cerebrales, las experiencias traumáticas tempranas; la vulnerabilidad genética, factores externos poco modificables (por ejemplo, en algunos casos, la cooperación de la pareja o de otra persona o personas relevantes, o las dificultades inevitables de la vida); y algunas variables del propio paciente (v. g., sus capacidades perceptivas o cognitivas).

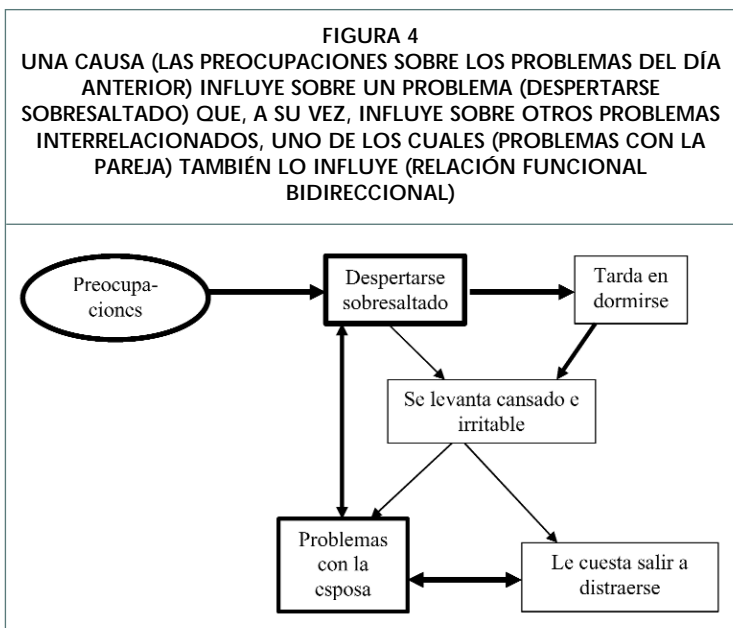
El tratamiento que se dirige a variables poco modificables suele tener un efecto menor que el tratamiento que precisa la misma cantidad de esfuerzo pero que cambia variables más modificables.

La modificabilidad de una variable causal se indica mediante el grosor del círculo u óvalo que la representa: a mayor grosor, mayor modificabilidad. Las variables inmodificables se indican en forma de rombo. Nótese que la modificabilidad de una variable causal depende tanto de la naturaleza de dicha variable y de las circunstancias en que ocurre como de los conocimientos y habilidades profesionales del clínico.

**8-9. Dirección y fuerza de las relaciones funcionales entre las variables causales y los problemas de comportamiento.** La dirección y la fuerza de las relaciones funcionales entre las causas y los problemas del comportamiento se representan de la misma forma que la relación de unos problemas con otros: mediante flechas cuya punta indica la dirección de la relación y cuyo grosor indica la fuerza de la relación. Por ejemplo, en la Figura 4 las preocupaciones (pensamientos e imágenes) sobre los factores estresantes del día se han representado como una causa modificable que influye de forma importante sobre el despertarse sobresaltado.

**10-11. Dirección y fuerza de las relaciones entre variables causales.** Las variables causales pueden influirse mutuamente, formar cadenas y afectar los problemas de comportamiento, a través de múltiples vías causales, tanto directas como indirectas. La dirección y fuerza de las relaciones entre las variables causales se representan también mediante flechas.

Llegados a este punto y antes de seguir adelante, queremos hacer algunas precisiones. Antes hemos dicho que cuando una determinada variable es, a la vez, causa y problema, puede representarse, bien mediante un óvalo (causa), bien mediante un rectángulo (problema). Por ello, dado que en la Figura 3 todas las variables son a la vez causas (ya que influyen sobre algún problema) y problemas (ya que son comportamientos<sup>1</sup> problemáticos del paciente), todas ellas se podrían representar, bien mediante rectángulos (tal como aparecen en la Figura 3), bien como óvalos. ¿Cuándo representarlas de una forma y cuándo de otra?



<sup>1</sup> Entendemos por “comportamiento” cualquier acción, emoción, pensamiento, o reacción psicofisiológica del paciente.

Las variables que pueden constituir el foco del tratamiento (esto es, aquéllas sobre las que va a incidir el tratamiento directamente) se deben representar mediante óvalos. Las variables que quedarán modificadas indirectamente por el tratamiento (es decir, a través de otras variables), se pueden representar mediante rectángulos.

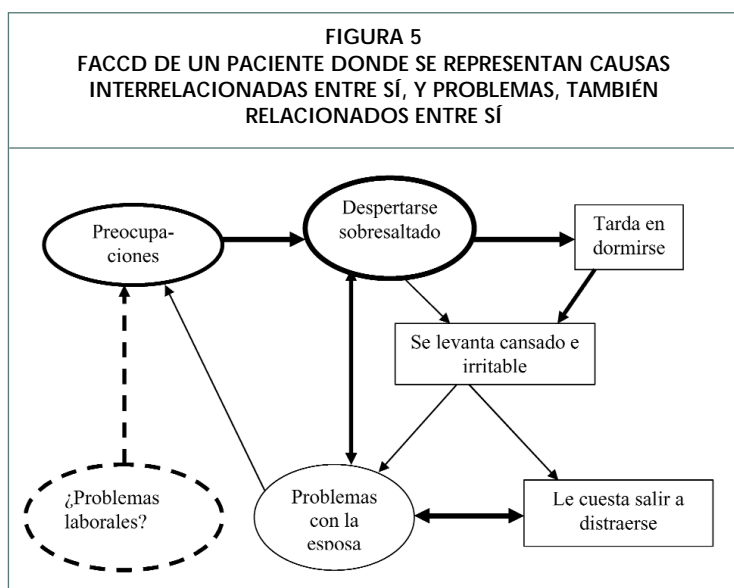
La Figura 5 ha sido realizada por un clínico que se siente capacitado para modificar (con una dificultad intermedia) las preocupaciones del paciente (por ejemplo, mediante algún tipo de técnica cognitiva). También se siente capacitado para modificar fácilmente el que el paciente se despierte sobresaltado (por ejemplo, mediante la toma de algún somnífero). Por último, también cree ser capaz de modificar (aunque no tan fácilmente como en los dos casos anteriores) las relaciones de la pareja.

En el ejemplo de la Figura 5, tal como ha formulado el caso el terapeuta, queda claro que le sería posible aplicar tres tipos de tratamientos. Por una parte, podría actuar sobre la preocupaciones (por ejemplo, mediante alguna técnica cognitiva adecuada para ello), con lo que debieran desaparecer (si su formulación del caso es correcta y ha tenido en cuenta todas las variables causales importantes) que el paciente se despierte sobresaltado y, consecuentemente, el resto de los problemas que esto desencadena. Por otra parte, podría utilizar terapia de pareja para mejorar las relaciones ente el paciente y su mujer. Según su formulación del caso, al mejorar la relación entre los esposos deberían disminuir las preocupaciones y las veces que se despierta sobresaltado. Por último, si logra que, a pesar de todos los demás factores causales, el paciente no se despierte sobresaltado (por ejemplo, porque le administra un somnífero), si su formulación del caso es correcta, deberían mejorar todos los problemas, incluidos aquéllos que se conciben también como causas (preocupaciones y problemas con la pareja), ya que, directa o indirectamente, están influidos por el despertarse sobresaltado y tardar en dormirse de nuevo.

¿Qué tratamiento debería aplicar? ¿Cuál es el mejor tratamiento? Veámoslo.

Despertarse sobresaltado es la variable que este terapeuta ve más fácil de modificar, ya que darle al paciente un somnífero, por ejemplo, es un tratamiento que este terapeuta ve como fácil y potente, ya que haría desaparecer el tardar en dormirse (y el resto de problemas que esto acarrea), influyendo, además, de forma moderada sobre los problemas con la esposa. Sin embargo, sus preocupaciones disminuirían algo, pero no mucho, ya que el efecto del despertarse sobresaltado sobre las preocupaciones se realiza, en último extremo, a través de los problemas con la esposa. Sin embargo, estos problemas influyen, pero no mucho, sobre sus preocupaciones. Algo semejante ocurre si trata los problemas con la esposa mediante terapia de pareja, por ejemplo. Dichos problemas con la mujer se ven menos modificables que el despertarse sobresaltado y que las preocupaciones. Además, influyen algo, pero no demasiado, sobre las preocupaciones. Por tanto, es poco probable que mejorando las relaciones de la pareja, las preocupaciones desaparezcan (y con ellas el resto de los problemas). El mejor tratamiento, por tanto, es aquél que actúa sobre las preocupaciones. Aunque éstas son algo menos modificables (es menos fácil modificarlas) que el despertarse sobresaltado, su cambio debería seguirse de un cambio generalizado de todos los problemas, incluyendo las propias preocupaciones. En este momento, pues, el terapeuta tiene claro cuántas variables puede modificar, qué tratamientos conoce y podría aplicar a cada una de las variables causales modificables, qué efectos cabe esperar de la modificación de cada una de dichas variables causales y, en definitiva, cuál es el mejor foco de tratamiento y por qué dicho foco es mejor que el resto que, en principio, también sería capaz de modificar de forma eficaz (aunque menos).

Como fácilmente puede apreciarse, el FACCD de este paciente ha ayudado al terapeuta a clarificar qué conviene hacer y qué cabe esperar si se hace. No obstante, como más adelante veremos, representar la información de que se dispone mediante un FACCD no asegura que la formulación del caso sea correcta y completa, pero sí ayuda a completarla y precisarla, ya que, por ejemplo, para dibujar el grosor (esto es, para establecer la fuerza de la influencia de la flecha que va desde el óvalo de las preocupaciones al de despertarse sobresaltado) ha



debido responder a la siguiente pregunta: ¿en qué medida, al disminuir la preocupaciones, disminuye el despertarse sobresaltado? E igual en el resto de los casos. Por ejemplo, ¿en qué medida, cuando las relaciones con la mujer son mejores, le cuesta menos salir a distraerse?, etc.

12-15. *Otros tipos de variables causales.* Existen otros tipos de variables causales que conviene tener en cuenta cuando se realiza un FACCD. En clínica, las tres más relevantes son las siguientes:

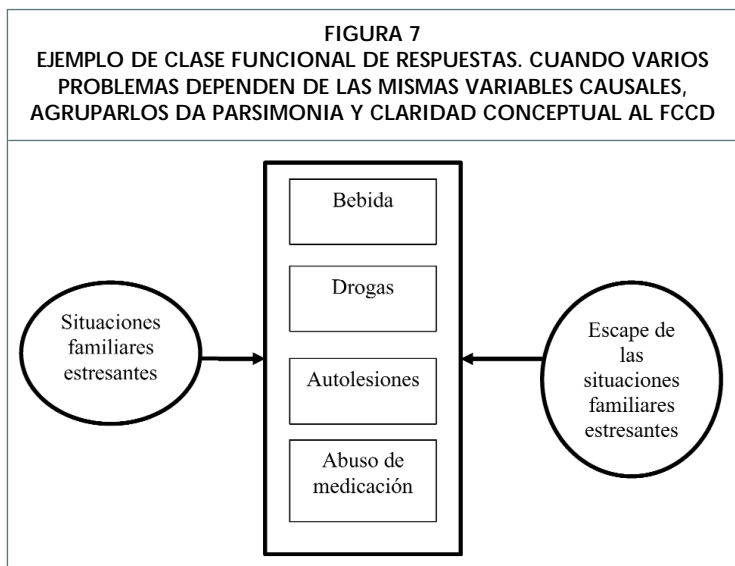
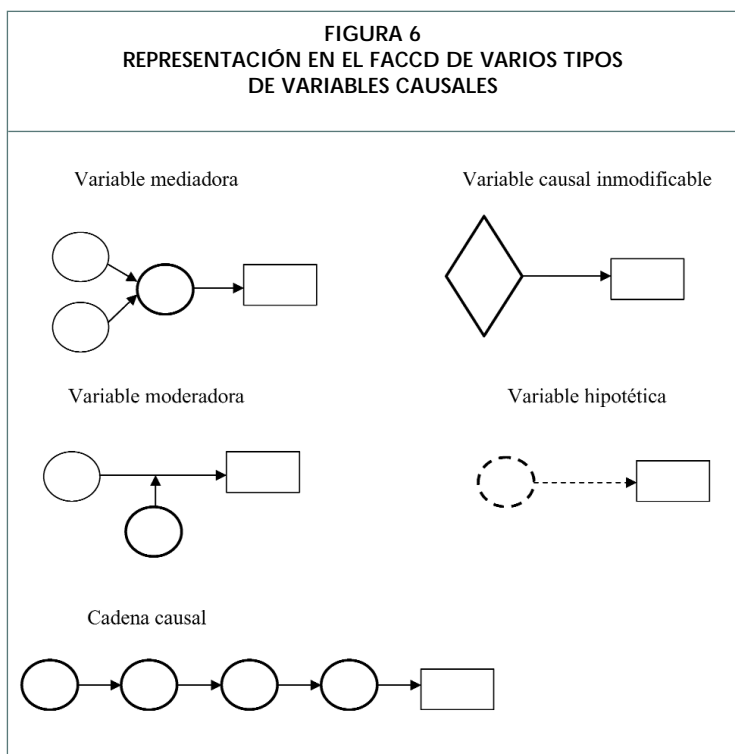
*Variables moderadoras:* son aquéllas que afectan la relación entre otras dos variables, haciendo que dicha relación aumente o disminuya. Por ejemplo, cuando un tratamiento resulta más útil en niños que en adultos (o al revés), se dice que la edad actúa como variable moderadora de la efectividad de dicho tratamiento. Variables moderadoras frecuentes en clínica pueden ser la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y cultural, etc. En general, las variables que interfieren o favorecen los efectos del tratamiento (v. g., motivación del paciente, colaboración en la terapia de las personas de su medio, etc.) pueden considerarse como variables moderadoras. Estas variables con frecuencia afectan la fuerza con la que determinadas causas se relacionan con los problemas, la frecuencia con la que aparecen dichos problemas y dichas causas, la efectividad de un determinado tratamiento sobre un cierto tipo de problemas, etc. Esto es, son variables que "moderan" (aumentan o disminuyen) la relación entre otros dos factores. Las variables mediadoras se representan lo mismo que el resto de las causas, mediante un óvalo.

*Variables mediadoras:* explican o señalan cómo se da la relación entre otras dos variables; por qué o a través de qué vías se produce la relación. Por ejemplo, en la Figura 5, el levantarse cansado e irritable media la relación entre el tardar en dormirse y los problemas con la esposa (y el que le cueste salir a distraerse). Este tipo de variables también se representa mediante un óvalo

*Variables causales hipotéticas:* son variables que se sospecha que están influyendo sobre el problema, aunque no se las ha podido observar y que, de poderse, convendría evaluar. Normalmente vienen sugeridas por la investigación previa en psicología clínica. Las variables causales hipotéticas se representan mediante un óvalo de línea discontinua, tal como aparecen los problemas laborales hipotéticos (sospechados, pero no evaluados) en la Figura 5.

En la Figura 6 aparece la forma de representar estos y otros tipos de variables causales frecuentes en la práctica clínica.

16.- *Clases de respuestas funcionales.* Cuando varios problemas dependen por igual de las mismas variables causales, conviene agruparlos todos, por parsimonia y claridad, en una única clase de problemas, tal como aparece en la Figura 7. En este caso, el terapeuta ha comprobado que el consumo de alcohol y otras drogas, el abuso de medicación, y las autolesiones que se infringe este paciente se utilizan todas como un medio de escape de situaciones familiares fuertemente estresantes.



## REFERENCIAS

- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (1994). Validez *a posteriori* de los diagnósticos clínicos. *Psicothema*, 6, 139-153.
- Godoy, A. (1996). *El juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (2004). *El estudio psicológico del diagnóstico clínico*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Graña, J. L. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 99-120). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la formulación del análisis funcional. En Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N., Godoy, A., y Gavino, A. (en prensa). *Cómo elegir el mejor tratamiento en psicología clínica. Formulación de casos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ramírez Maestre, C., Esteve, R., y Godoy, A. (2002). Fiabilidad interjueces en el proceso de evaluación conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (117), 43-68.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (1996). *El juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (2004). *El estudio psicológico del diagnóstico clínico*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Graña, J. L. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 99-120). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la formulación del análisis funcional. En Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N., Godoy, A., y Gavino, A. (en prensa). *Cómo elegir el mejor tratamiento en psicología clínica. Formulación de casos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Llavona, L. (1984). El proceso de evaluación conductual. En J. Mayor y F. Labrador, *Manual de modificación de conducta*, (pp. 93-123). Madrid: Alhambra.
- Silva, F. (1999). *Avances en evaluación psicológica*. Valencia: Promolibro.
- Westmeyer, H. (2001). *Evaluación y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.

# Ficha 1.

## Utilidad de los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos

¿Vale realmente la pena utilizar los FACCD en los casos clínicos? ¿No es un método demasiado entretenido y complejo? ¿Qué utilidad tiene dedicar tanto tiempo y esfuerzo a la realización del FACCD de nuestro paciente?

En esta ficha vamos a exponer las ventajas e inconvenientes que conlleva la realización del FACCD de un paciente

### VENTAJAS DE LOS DIAGRAMAS ANALÍTICO-FUNCIONALES DE CASOS CLÍNICOS

Entre las ventajas más importantes de los FACCDs destacan las siguientes:

1. Permiten ver con claridad en un modelo visual las variables causales y sus influencias, de tal forma que resulta posible decidir cuál es el foco de tratamiento que probablemente va a producir un mayor beneficio al paciente. Todos los elementos del FACCD deben contribuir a tomar esta decisión.

La principal ventaja de un FACCD es la de permitir al clínico *hacerse una idea clara de los efectos de diversos focos de intervención*.

2. Los FACCDs favorecen la *parsimonia* en la formulación de casos clínicos. Es decir, explicar satisfactoriamente los fenómenos de interés con el mínimo número posible de variables. La parsimonia se refleja en el número de variables y de relaciones entre variables que se representan y es un objetivo de todos los modelos causales de fenómenos complejos.

Un FACCD parsimonioso es aquél que incluye variables importantes y modificables y excluye variables causales poco importantes para mejorar los efectos del tratamiento. Un FACCD parsimonioso también facilita la comunicación del análisis funcional a otros profesionales y a los propios pacientes.

3. Con frecuencia, los clínicos con experiencia se ven obligados a hacer presentaciones de casos clínicos al personal en formación, al resto del equipo de trabajo o en conferencias. En muchos casos, la información sobre casos complejos puede ser difícil de transmitir con claridad. El FACCD es un sistema visual y eso lo convierte en un medio efectivo y eficiente, (es decir, parsimonioso) para *comunicar a otros los juicios del clínico* sobre los problemas de comportamiento y las metas de tratamiento de un paciente. La naturaleza gráfico-visual del FACCD proporciona *validez aparente*, permitiendo hacer una presentación plausible de los juicios del clínico sobre los factores que afectan el problema de un paciente y los mejores focos de tratamiento.

4. La construcción de un FACCD favorece que el clínico *reflexione sobre el caso de una manera más cuidadosa, precisa y ordenada*. El FACCD, exige seguir un procedimiento cuidadoso, secuencial y basado en datos, por lo que es menos probable que los clínicos introduzcan sesgos, terminen con una formulación prematura del caso y omitan datos o estrategias importantes de evaluación. Desde este punto de vista, la realización del FACCD del paciente puede estar especialmente recomendada para los clínicos con menos experiencia, así como en los casos menos rutinarios.

5. Los profesionales con experiencia también funcionan con frecuencia como supervisores o responsables clínicos. Animar a los clínicos supervisados a que construyan un FACCD de sus pacientes permite que éstos realicen una formulación clínica del caso más sistemática y cuidadosa, ya que les *ayuda a examinar la solidez y precisión de los datos y la sensatez de los juicios clínicos formulados*.

6. Los FACCDs también sirven para poner de manifiesto qué variables causales, potencialmente importantes, en realidad no están influyendo en un paciente concreto. Aunque un problema de comportamiento puede tener causas múltiples, es probable que sólo un subconjunto de estas causas influya en un determinado paciente y, por tanto, deba ser representado en el FACCD. De esta manera, el FACCD *reduce la probabilidad de focos de tratamiento inadecuados* y favorece que se

preste atención a las variables y relaciones causales más importantes. Un ejemplo de esto se puede ver en la depresión bipolar. Algunos estudios han sugerido que los episodios depresivos de las personas que experimentan ciclos de manía y de depresión pueden desencadenarse por un ambiente familiar muy crítico. No obstante, las interacciones familiares de algunos pacientes con un diagnóstico bipolar pueden ser muy positivas y, por tanto, no aparecerán en su FACCD. Por ello, una intervención focalizada en la familia podría no ser la más beneficiosa para este paciente concreto.

7. Puede indicar *cuándo se necesita seguir evaluando*. Los FACCDs suelen incluir variables y vías causales hipotéticas importantes, sobre las que se necesita más información. Estas variables hipotéticas suelen venir sugeridas por la investigación en psicología clínica con personas que tienen problemas similares a los del paciente. A veces, durante la evaluación inicial, hay "pistas" de que una variable causal importante podría estar influyendo, o de que podrían existir problemas adicionales que hay que seguir investigando. El examen del FACCD puede también llevar al clínico a desarrollar hipótesis adicionales sobre variables y relaciones causales probables.

8. Los FACCDs, al obligar a especificar cada variable y cada relación, *favorecen que se sigan buenas estrategias de evaluación*. Los clínicos que utilizan estrategias de evaluación con fuerte apoyo empírico para derivar sus juicios clínicos tienen más probabilidad de realizar buenos diagnósticos y propuestas de tratamientos eficaces.

9. Aunque a lo largo del tema nos hemos centrados en los problemas de comportamiento de los pacientes, el FACCD se puede utilizar en contextos constructivistas para *identificar variables causales importantes y modificables de los objetivos o metas positivas del tratamiento*. El FACCD puede identificar las variables que afectan, por ejemplo, el objetivo de un paciente de tener relaciones interpersonales más satisfactorias y agradables, de convertirse en un mejor padre, de contribuir mejor al bienestar de su familia, de resistir mejor ante los desafíos de la vida, lograr llevar una dieta más sana, o de aumentar su vida espiritual.

10. Un objetivo intermedio de los FACCDs es emparejar las variables causales que afectan el problema de comportamiento de un paciente concreto con los *mecanismos del tratamiento* que podrían solucionarlo. Un FACCD ayuda al clínico a entender los mecanismos del tratamiento. Y ello por dos motivos:

- (a) Exige que el clínico comprenda los mecanismos de actuación de los tratamientos aplicables, lo que resulta esencial para estimar la modificabilidad de las variables causales.
- (b) Conocer los mecanismos de actuación de los posibles tratamientos aplicables al paciente sugiere al clínico qué variables deben evaluarse. Así, por ejemplo, si el clínico sabe que uno de los tratamientos posibles se centra en las habilidades de comunicación, o que uno de los prerrequisitos del tratamiento es la capacidad de relajarse, entonces debe averiguar si en los problemas del paciente están implicados déficits en las habilidades de comunicación, o si el paciente es capaz de relajarse.

## OBSERVACIONES SOBRE LOS FACCDs

Antes de comenzar a elaborar un FACCD, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. *La realización de un FACCD no siempre resulta rentable*. Su desarrollo suele requerir mucho tiempo y mucho esfuerzo. Por ello, resultan más imprescindibles en unas situaciones que en otras. El desarrollo de un FACCD es más rentable en: (a) los casos más complejos, (b) los casos menos rutinarios o sobre los que se posee poca experiencia, (c) los que provienen de un fracaso terapéutico previo, (d) cuando se han de comunicar a otros clínicos casos difíciles, y (e) cuando se entrena a clínicos inexpertos para que hagan formulaciones de sus propios casos de forma cuidadosa, estructurada y bien fundamentada.

Los FACCDs son menos útiles con pacientes que tienen pocos problemas de comportamiento o que sus problemas implican pocas variables causales, así como en los casos rutinarios, sobre los que se posee una amplia experiencia.

2. *Los FACCDs pueden aparentar más precisión de la que tienen*. Los modelos causales visuales que representan el grado de importancia y de modificabilidad, así como la fuerza de las relaciones funcionales, pueden sugerir un nivel de precisión más allá del que realmente tienen y del que resulta posible en las ciencias del comportamiento. El clínico debe ser consciente, y así comunicárselo a los demás, que *el FACCD representa un resumen de sus juicios clínicos*, juicios realizados en un determinado momento y que, por tanto, pueden cambiar con el tiempo.

3. *Los FACCDs no señalan todas las variables necesarias para decidir cuál es el mejor tratamiento posible*. El FACCD sugiere qué variables son las que más afectan los problemas del paciente. Pero no puede tener en cuenta aspectos que también son importantes en las decisiones terapéuticas, tales como la aceptabilidad del tratamiento por parte del paciente o de su entorno, las conocimientos del terapeuta sobre la existencia de dicho tratamiento, las posibles limitaciones de tiempo o de dinero, o la normativa que rige en el Centro en que se está trabajando.

4. *Realizar un análisis funcional claro y preciso requiere inteligencia, tiempo y esfuerzo*. Ninguna de estas cosas proporciona el FACCD. Es más, realizar un FACCD requiere las tres cosas.



## Ficha 2.

### Ejemplos de casos clínicos con su correspondiente FACCD

En esta ficha, para poder apreciar cómo queda un FACCD real, presentamos la descripción de dos casos clínicos y del FACCD realizado sobre cada uno de ellos.

#### CASO DE MARÍA

En la Figura 1 presentamos el FACCD (tomado, con permiso, de Haynes, Godoy y Gavino, en prensa) de una mujer, María, con múltiples problemas, que acude a consulta acompañada de su marido por sufrir episodios fuertes de depresión que la mantienen encerrada en casa y, con frecuencia, acostada.

La evaluación y el posterior análisis funcional señalan que la paciente se había criado en un ambiente muy semejante al que ahora se repite en su propia familia. Su madre también había sufrido episodios depresivos recurrentes que le habían hecho descuidar bastante la crianza de sus hijos. En la actualidad, el marido de la paciente y ella misma se encuentran muy preocupados por estar pasando por apuros económicos graves, ya que el bar que poseen no rinde lo suficiente para cubrir los gastos más imprescindibles de la familia y no logran acceder a créditos bancarios. Esta penuria económica ha llevado al marido a beber bastante y con frecuencia. Cuando llega a casa bebido son usuales las riñas familiares ante las quejas de la mujer, tanto por lo que bebe el marido como por el perjuicio económico que esto supone, así como porque su comportamiento en el bar cuando está bebido “espanta” a los clientes. Ambos carecen de unas mínimas habilidades de solución de problemas, así como de las habilidades necesarias para la crianza de sus tres hijos pequeños. Aparte del problema de estado de ánimo que presenta, la mujer sufre igualmente problemas de sueño (tarda mucho en dormirse por darle “muchas vueltas a la cabeza”) y de fuertes sentimientos de culpa por el mal desempeño de su papel de madre y de esposa.

#### CASO DE PABLO

Pablo es un hombre de 42 años que acude a consulta de un psicólogo clínico porque, según comenta, *ya no puede seguir viviendo con su problema*.

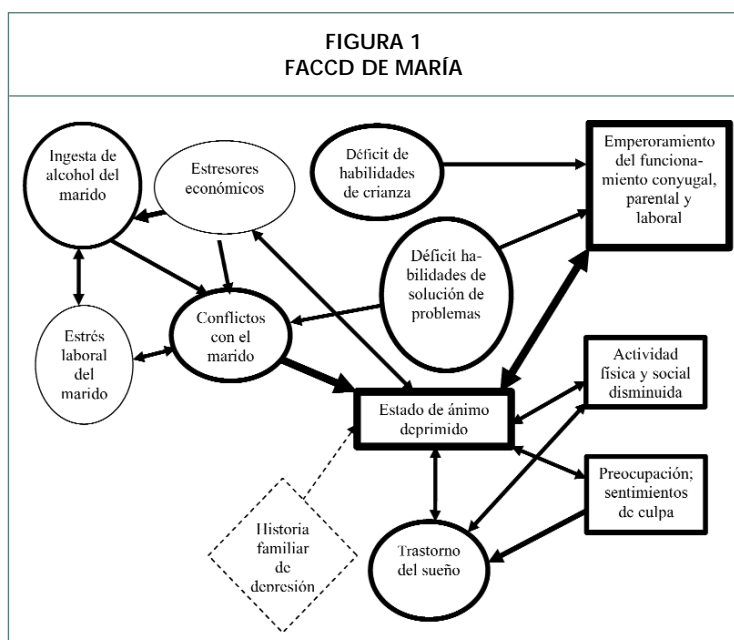
La información que obtiene el terapeuta en su evaluación (entrevistas con él y con la mujer, registros, cuestionarios y observación) es la siguiente.

Pablo está casado y tiene dos hijos, una niña de 10 años y un niño de 8. Se siente a gusto con ellos, no hay conflictos y el ambiente en casa suele ser bueno. Dice estar enamorado de su mujer y que se llevan bien.

Nunca ha pedido ayuda a un profesional. De hecho, acude ahora animado por su médico de familia. Nadie de su entorno sabe su problema, ni tan siquiera su mujer (aunque está muy preocupada y supone que lo sospecha), a quien le ha dicho que el médico le ha mandado al psicólogo porque tiene mucho estrés y le va a enseñar a relajarse.

Es profesor de historia en un instituto y actualmente está de baja por “ansiedad”.

Recuerda que cuando tenía unos diez u once años tenía manías de limpieza. No tocaba muebles ni personas que le producían malestar o le daban “asco” sin saber muy bien por qué. Dice que no se trataba de que estuvieran sucios, no se podía explicar



el motivo. Su madre no le hizo caso mientras duró este comportamiento y sencillamente decía "que le había tocado un hijo raro". No podía sentarse en una silla sin limpiarla antes y evitaba besar a sus padres. En el caso de que se viera obligado a hacerlo, luego se iba al cuarto de baño y se lavaba la cara con jabón.

Al cabo de un tiempo se le pasó y hasta los quince años no tuvo más problemas.

A los quince años le volvió de nuevo esa "manía" y su reacción fue aislarse de los amigos, los compañeros y la familia. Bajó en el rendimiento escolar que hasta ese momento era muy bueno. No obstante, consiguió seguir con sus estudios y aprobar la selectividad.

Los comienzos en la Universidad fueron buenos y sus "manías" se redujeron mucho, aunque siempre le quedó algo de su preocupación por la limpieza. Allí conoció y se hizo novio de la que ahora es su mujer.

A lo largo de su vida adulta ha tenido diferentes etapas, unas más problemáticas que otras. Desde los 25 años, más o menos, es constante lo siguiente:

1) Se lava las manos con jabón cada vez que saluda a alguien o toca objetos que considera "contaminados". No puede soportar la ansiedad que siente cuando toca algo que considerado "contaminado", teniendo que lavarse lo antes posible.

2) Cuenta las matrículas de los coches y los números de los portales. No le importa el resultado, pero no puede evitar sumar los números. Si no lo hace, la ansiedad lo invade y tiene que volver atrás para sumarlos.

3) Hay calles que son "tabú" y no pasa por ellas. No sabe el motivo pero "me genera ansiedad pasar por allí".

4) Cada vez que llega a su casa ha de entrar y salir tres veces, cerrando cada vez la puerta y volviendo a abrir. Pone excusas como "se me ha olvidado una carpeta en el coche" y cosas así para que su mujer y sus hijos no sospechen. Ha de hacerlo porque, de lo contrario, siente como una "intuición" muy fuerte que le puede pasar algo malo a uno de sus hijos.

Desde hace unos meses todo esto se ha agravado en frecuencia y en duración. Además, es más intenso su temor a causar "daño" o "a poner en peligro" a alguien de su familia.

No puede pronunciar la palabra "cuerda", y cada vez que le viene a la cabeza ha de neutralizar el peligro que implica con otra palabra u otro pensamiento positivo: "Irene" (el nombre de su hija). Ha de decir "Irene" porque, de lo contrario, le viene un fuerte "presentimiento" de que le puede pasar algo malo a su familia (mujer e hijos).

El médico de familia lo lleva tratando desde hace siete años. No ha conseguido que consultara con un especialista durante todo este tiempo. El tratamiento farmacológico durante los primeros años fueron distintos tipos de ansiolíticos. Al tercer año se lo cambiaron por Lexatin (dos al día), Seroxat (20 mgr. por la mañana) y Orfidal (antes de acostarse). En los últimos meses está tomando lo mismo, pero ahora son tres Lexatin y Prozac, en lugar de Seroxat.

Lleva un mes que no sale prácticamente de casa, pasando en la cama el mayor tiempo posible. A su mujer le dice que le duele la cabeza, que simplemente necesita descansar y que no se preocupe, ya que le han hecho pruebas médicas y todo está bien.

Pablo comenta que lo del dolor de cabeza no es cierto, pero es la excusa para que su mujer no le pregunte más. De hecho, comenta, cuando ésta intenta sonsacarle qué le ocurre de verdad, si se queja de la cabeza y hace muecas de dolor intensa, ella suele dejarlo tranquilo aunque permanezca preocupada. También es cierto que ha descubierto que estando a oscuras no hay nada que lo lleve a contar o a hacer algún otro ritual y, además, no se "contamina". Y si duerme, no piensa.

Dice que no le vale la pena vivir. Lloro en consulta, no cree que pueda trabajar nunca más ni disfrutar de sus hijos. Siempre le ha gustado su trabajo, pero ahora piensa que no sirve.

El FACCD del caso de Pablo que aparece en la Figura 2 representa la información obtenida y las conclusiones que se tienen en un momento determinado de la evaluación. Por eso, en línea discontinua aparecen algunas variables que el terapeuta considera necesario explorar. Por una parte, a la derecha de la figura y debajo de donde aparecen el resto de consecuencias de los comportamientos-problema, aparece representada la opinión del terapeuta de que hay que evaluar con más detenimiento si el comportamiento de Pablo está afectando a las relaciones con su mujer y sus hijos. Aunque Pablo ha manifestado que se lleva bien con la mujer, efectivamente parece sensato explorar más el área de la convivencia familiar, ya que actualmente Pablo está de baja laboral y permanece casi todo el día acostado.

Por otra parte, una vez que el terapeuta ha catalogado todos sus comportamientos problemáticos como una clase o patrón de conductas (al que ha denominado "rituales"), es lógico que recurra a sus conocimientos acerca de las causas que la investigación clínica ha propuesto que pueden producir este tipo de clase de respuestas. Así, además de las causas que ya han aparecido en la evaluación realizada (escapar de la ansiedad que siente mediante la ejecución de

los comportamiento problema y neutralizar el fuerte "sentimiento" de que puede dañar o poner en peligro su familia), el terapeuta ha propuesto varias causas hipotéticas (procedentes de la investigación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo) que con- vendría explorar:

(a) Si los rituales de Pablo podrían estar mante- niéndose por estar sometido a una situación de aprendizaje por reforzamiento negativo (teoría bi- factorial de Mowrer, 1960), en la que los comporta- mientos-problema se mantienen porque funcionalmente actúan como escape de la situación productora de ansiedad.

(b) Si los rituales podrían estar influidos por creen- cias obsesivas, tales como responsabilidad excesi- va, intolerancia de la incertidumbre, perfeccionismo o importancia dada a los propios pensamientos y a la necesidad de controlarlos (teo- rías cognitivas del trastorno obsesivo-compulsivo, como las descritas por el *Obsessive Compulsive Cognition Working Group*, 1997).

(c) Si los rituales podrían estar afectados por creen- cias de fusión pensamiento-acción (TAF: *Thought-action fusion*), por las que se actúa como si pensar algo fuera equivalente a hacerlo realmen- te (Shafran, Thordarson y Rachman, 1997).

(d) Si los comportamientos-problema podrían de- pender de la repugnancia que siente el paciente por determinados objetos y situaciones (teoría emocional de la repugnancia como causa del trastorno obsesivo-compulsi- vo; v.g., Olantunji, et al., 2010).

No cabe duda de que, tras evaluar con detenimiento si estas hipótesis causales son plausibles en el caso de Pablo, el terapeuta podría decidir eliminar algunas de las causas hipotéticas propuestas reflejadas en el FACCD, o incluso mo- dificar alguna otra parte como, por ejemplo, concluir que no todos los rituales dependen de las mismas causas y, por lo tanto, modificar su juicio de que todos los problemas constituyen una única clase. En este último caso, debería eli- minar el rectángulo que los incluye a todos ellos y trazar flechas desde cada causa a cada comportamiento problema con el que dicha causa se relaciona.

## REFERENCIAS

- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Be- havior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Olantunji, B. O., Moretz, M. W., Wolitzky-Taylor, K. B., McKay, D., McGrath, P. B., y Ciesielski, B. G. (2010). Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: descriptive tests of incremental specificity. *Behavior The- rapy*, 41, 475-90.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.

**FIGURA 2**  
**FACCD DE LOS PROBLEMAS DE PABLO Y SUS RELACIONES**  
**FUNCIONALES**

