

## Normas para la redacción de casos clínicos<sup>1</sup>

Gualberto Buela-Casal<sup>2</sup> y Juan Carlos Sierra (*Universidad de Granada, España*)

(Recibido 15 enero 2002 / Received 15 January 2002)  
(Aceptado 1 marzo 2002 / Accepted 1 March 2002)

**RESUMEN.** En este artículo se hace una propuesta de las normas que se pueden seguir para la redacción de un caso clínico dentro del contexto de la evaluación y tratamiento psicológico en el modelo cognitivo conductual. Se proponen doce apartados que permiten una mejor descripción y comprensión del caso: resumen, identificación del paciente, análisis del motivo de la consulta, historia del problema, establecimiento de las metas del tratamiento, análisis y descripción de las conductas problema, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del tratamiento más adecuado, selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase, aplicación del tratamiento, evaluación de la eficacia del tratamiento, seguimiento y observaciones de cualquier tipo que ayuden a la descripción del caso.

**PALABRAS CLAVE.** Normas de redacción de casos clínicos. Estudios de casos.

**ABSTRACT.** This article provides a possible set of norms to follow in order to present a clinical case dealing with a psychological evaluation and treatment context within the cognitive behavioral model. The twelve provided areas allow for a better case description and understanding: summary, patient identification, consultation motive analysis, problem history, treatment goal setting, analysis and description of the problem behavior, study of the therapeutic objectives, selection of the most adequate treatment, selection and application of the evaluation techniques and analysis of the results obtained in this

<sup>1</sup> Los autores agradecen los comentarios sobre este trabajo realizados por Paulo Machado, Oscar Gonçalves, Marino Pérez, Enrique Cervantes y Guillén Feixas que han contribuido de forma considerable a la mejora de la versión final de estas normas.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada (España). E-mail: [gbuela@ugr.es](mailto:gbuela@ugr.es)

phase, treatment application, evaluation of treatment effectiveness, follow-up, and any type of observation that helps to describe the case.

**KEYWORDS.** Writing norms for clinical cases. Case studies.

**RESUMO.** Neste artigo apresenta-se uma proposta das normas que se podem seguir para a redacção de um caso clínico dentro do contexto da avaliação e intervenção psicológica, segundo o modelo cognitivo-comportamental. São propostas doze fases que permitem uma melhor descrição e compreensão do caso: resumo, identificação do paciente, análise do motivo da consulta, história do problema, estabelecimento das metas de tratamento, análise e descrição dos comportamentos problema, estudo dos objectivos terapêuticos, selecção do tratamento mais adequado, selecção e aplicação das técnicas de avaliação e análise dos resultados obtidos nesta fase, aplicação do tratamento, avaliação da eficácia do tratamento, seguimento e observações de qualquer tipo que ajudem à descrição do caso.

**PALAVRAS CHAVE.** Normas de redacção de casos clínicos. Estudos de casos.

### Introducción

Los autores disponen habitualmente de una gran variedad de normas para la publicación de trabajos científicos, bien sean investigaciones básicas o aplicadas. Sin embargo, las normas convencionales no tienen en cuenta los casos clínicos. De hecho, los psicólogos clínicos que intentan publicar estudios de casos se encuentran con la dificultad añadida de lo que supone publicar en una revista científica con la ausencia de normas específicas para este tipo de publicaciones. Quizá esta sea una de las razones que contribuya a que los psicólogos clínicos sean reticentes a publicar casos. Este mismo problema se encuentran los revisores de las revistas, quienes reciben unas normas por parte de la dirección de la revista que difícilmente se pueden adaptar a la evaluación de los casos clínicos o estudios de casos. Los estudios de casos son una de las metodologías utilizadas en la investigación en Psicología (véase Montero y León, 2002), y sin duda, una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan entenderlas y discutir las, lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica. Los investigadores de la psicología clínica necesitan conocer las experiencias de los psicólogos clínicos profesionales y estos necesitan las directrices de los investigadores para planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares para que sea comprensible en la comunidad profesional. La ausencia de unas normas específicas para la redacción de estudios de casos quizá sea una de las causas que explican la mínima participación de psicólogos clínicos profesionales en las publicaciones de estudios de casos. Otra razón importante es la ausencia en muchas revistas de psicología aplicada de una sección de «estudios de casos».

Este artículo pretende paliar las deficiencias comentadas anteriormente, para lo

cual se ofrecen unas normas o directrices para la redacción de los estudios de casos. Aunque las normas que se proponen se ajustan preferentemente al proceso que se sigue en las intervenciones psicológicas en el modelo cognitivo conductual (Buela-Casal, Verdugo y Sierra, 1997; Godoy, 1996), en mayor o menor medida pueden ser útiles a otros modelos de intervención psicológica. Es evidente que no todos los casos clínicos pueden ajustarse fielmente al esquema aquí propuesto; sin embargo, el hecho de seguir estas normas en la medida de lo posible sin duda contribuye a una mejor exposición y comprensión del caso.

### **Normas a seguir en la redacción de los estudios de casos en psicología clínica**

A continuación se hace una propuesta de los pasos que se deben seguir para la redacción de los estudios de casos. Además de una descripción de cada fase se recomienda una bibliografía específica que sirve de consulta o asesoramiento para una mejor aplicación de estas normas. La Tabla 1 muestra estas fases.

**TABLA 1.** Pasos a seguir en la redacción de un caso clínico.

- 
- Título del caso
  - Psicólogo
  - Centro
  - Resumen
  - Identificación del paciente
  - Análisis del motivo de la consulta
  - Historia del problema
  - Análisis y descripción de las conductas problema
  - Establecimiento de las metas del tratamiento
  - Estudio de los objetivos terapéuticos
  - Selección del tratamiento más adecuado
  - Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase
  - Aplicación del tratamiento
  - Evaluación de la eficacia del tratamiento
  - Seguimiento: especificar si se realizó y en qué periodos
  - Observaciones
- 

### *Resumen*

De forma resumida se presenta el caso con los datos de la evaluación, selección del tratamiento, tipo de tratamiento, número de sesiones, resultados obtenidos, seguimiento, etc. Este resumen debe tener entre 200-250 palabras. En el resumen es necesario además hacer explícito que se trata de un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002).

### *Identificación del paciente*

Debe indicarse la edad, sexo, estado civil, hijos, profesión, nivel de estudios, nivel sociocultural/económico, procedencia geográfica, así como cualquier otro aspecto de interés que ayude a entender las características de la persona. Se puede incluir además un genograma de la familia en el que se indica con quien vive cada miembro, pues el contexto interaccional o sociafectivo (familiar) en el que ocurre el problema puede ser muy relevante.

### *Análisis del motivo de la consulta*

Aquí se describe el problema que plantea el paciente y lo que interpreta el psicólogo. En ocasiones el paciente no sabe muy bien cual es el problema. En esta fase se recoge información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita por el paciente a nivel cognitivo, fisiológico y motor (para más información véase Bruch y Meyer, 1996). No obstante, no sólo hay que centrarse en el problema, pues también es importante analizar la demanda del paciente y la resistencia al cambio (Feixas, Sánchez, Laso y Gómez-Jarabo, 2002).

### *Historia del problema*

Se debe detallar el origen del problema, cuando se inició y en que circunstancias, como evolucionó y cuando y porqué comenzó a ser desadaptativo para el paciente. Para una mejor comprensión de la situación también es importante la historia de la persona, pues algunos acontecimientos vividos, tales como situaciones familiares (divorcio, adopciones, emigración, enfermedades, problemas anteriores y su tratamiento, abusos, etc.) pueden ayudar a comprender no sólo el problema sino a la persona. La historia del problema debe centrarse más en la «situación problemática» que en el problema concreto. Es importante una descripción amplia y global de toda la situación, ya que es poco frecuente que el problema sea muy específico.

### *Análisis y descripción de las conductas problema*

Se definen de forma operativa las conductas problema y las variables relacionadas: otras conductas, variables biológicas, ambientales (físicas y sociales). Además, debe especificarse si se trata de eliminar o disminuir, implantar o incrementar una o más conductas (Buela-Casal et al., 1997).

### *Establecimiento de las metas del tratamiento*

Se trata de establecer metas clínicamente relevantes, que deben ser negociadas con el paciente, teniendo en cuenta que se considera un comportamiento adaptativo y con los propios planes, objetivos y proyectos vitales del paciente. Esto debe estar en función del ambiente en el que interactúa el paciente, pues un comportamiento puede ser más o menos adaptativo en función de cada sujeto y del ambiente en el que interactúa (para más información véase Godoy, 1996). Además del nivel de adaptación, deben tenerse en cuenta los beneficios directos e indirectos que de alguna manera mantienen dichas conductas y la necesidad de modificarlas.

*Estudio de los objetivos terapéuticos*

Aquí hay que describir cuales son las conductas objeto de intervención, diferenciándolas de las conductas meta (las que se pretenden cambiar, eliminar o implantar). Para alcanzar las metas de tratamiento es necesario intervenir sobre las conductas objeto (Buela-Casal et al., 1997). Teniendo en cuenta que en la realidad no hay linealidad en la acción, se debería poder explicar las variables tanto a nivel de características como de repertorios o condiciones, de manera que el objetivo terapéutico, que en sí es difícil de establecer, pueda ser mejor especificado en función de criterios de logro en relación a lo que el paciente necesita, desea o puede. Esto plantea el principio de realidad, que por supuesto condiciona todo el método de aplicación e influye en el rigor metodológico.

*Selección de los tratamientos más adecuados*

Especificar que tipo de tratamiento se considera más adecuado para el caso en concreto y en función de que se ha seleccionado:

- Estrategia de conducta clave. Se trata de intervenir sobre una conducta muy relacionada con la conducta problema, y ello hasta tal punto que modificando la conducta clave se modifica la conducta problema (Buela-Casal et al., 1997). Puede ser útil y preciso para cierto tipo de problemática o cierto tipo de intervención. Su aplicación dependerá de la situación problemática y de las condiciones individuales y particulares de cada caso.
- Selección del tratamiento más eficaz para cada trastorno. Esto se establece en función de estudios clínicos que siguen un protocolo estandarizado y riguroso de laboratorio que garantiza la validez interna.
- Selección del tratamiento más efectivo para cada trastorno. Este puede establecerse en función de juicio de expertos o bien por metaanálisis de publicaciones sobre tratamientos psicológicos. En estos se potencia la validez externa pues se estudia la efectividad de las técnicas en situaciones clínicas habituales y no de laboratorio. Para más información sobre los dos anteriores véase Bados, García y Fuste (2002), Beutler (1998), Echeburúa y Corral (2001), Fernández-Hermida y Pérez Alvarez (2001), Hamilton y Dobson (2001), Méndez (2001), y Pérez Alvarez y Fernández-Hermida (2001).
- Análisis funcional. Análisis de los factores causales: conductas, variables sociales, ambientales y orgánicas que tienen relación y que por tanto son causa y/o mantienen la conducta problema. El análisis funcional debe ser entendido aquí en su sentido más amplio, dando incluso cabida a exposiciones narrativas sobre las cuales puede hacerse un análisis funcional. No debe limitarse al modelo lineal del análisis funcional, pues también puede considerarse un análisis contingencial, en el que no sólo influyen conductas, consecuencias, etc., sino también repertorios, competencias, etc., como condición básica para poder explicar las «razones» de los comportamientos.
- Modelo de selección diferencial del tratamiento psicológico. Seleccionar el tratamiento más adecuado en función de: a) las variables predeterminantes, éstas se refieren a las variables relacionadas con el diagnóstico y otras

variables (variables interpersonales, factores ambientales y las expectativas); b) el contexto del tratamiento; c) la relación paciente-terapeuta; y d) la intervención específica (Beutler, 1989).

- Otros. Si la selección no se realizó en relación a las estrategias anteriores, explicar en función de que se seleccionó el tratamiento.

Explicar además el motivo por el que se selecciona un determinado procedimiento: mejor conocimiento de la técnica por el terapeuta, menor coste económico y/o de tiempo, se adapta mejor al tipo de paciente, etc. En esta fase también debe hacerse explícito con quien se trabajó. Muchos problemas es mejor trabajarlos incluyendo la familia o la pareja en el tratamiento. A veces un tratamiento grupal puede ser el más conveniente, u otros, redes, comunidad, etc. En muchos casos es útil trabajar con las relaciones para abordar síntomas individuales (véase por ejemplo Jones y Asen, 2000).

Es necesario aclarar que puede parecer una incongruencia el hecho de seleccionar primero el tipo de tratamiento y luego las técnicas de evaluación. Sin embargo, esto es correcto, pues distintos tipos de tratamiento predeterminan la evaluación, por ejemplo, no es lo mismo diseñar y aplicar una autoobservación con una finalidad de evaluación pre-post de la conducta problema que una autoobservación para planificar un análisis funcional.

#### *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase*

En función del tipo y características de paciente, del problema y del tipo de selección del tratamiento se seleccionan las técnicas de evaluación. Se exponen los resultados obtenidos y en función de ello se revisan las fases anteriores, pues podría ocurrir que en función de la evaluación se replantee la información en una o más de las fases anteriores (para más información véase Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Buela-Casal y Sierra, 1997, 2001; Jensen, 1996).

#### *Aplicación de los tratamientos*

Explicar en que consistían las sesiones, número de sesiones y su duración (es importante indicar si el número de sesiones aplicadas de una técnica es suficiente para alcanzar el umbral de eficacia de la técnica), como se aplicaron, dificultades del seguimiento de la técnica por el paciente, etc. Si se aplicó más de una técnica explicar si se aplicaron secuencialmente o de forma combinada (para más información véase Buela-Casal y Sierra, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Olivares y Méndez, 2001).

#### *Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos*

Aquí se deben utilizar dos criterios para ver si el tratamiento fue eficaz y/o efectivo: a) las diferencias con respecto a la línea base de las variables meta, y b) si se alcanzaron las metas de tratamiento y en caso negativo plantear posibles explicaciones y recomendaciones a seguir para alcanzarlas. Puede ser útil incluir un cronograma de actuación que explique las áreas trabajadas, técnicas empleadas y la secuencia de las sesiones de trabajo (véase Echeburúa y Corral, 2001; Goncalves, Machado, Sierra y Buela-Casal, 1996).

### Seguimiento

Especificar si se ha realizado y en que periodos. En el caso de producirse cambios en el seguimiento, tratar de explicar los motivos y dar recomendaciones de como proceder. Se recomienda utilizar periodos de seguimiento de 3, 6, 9 ó 12 meses. Es evidente que los tiempos de seguimiento deben adecuarse al problema.

### Observaciones

Cualquiera que considere importante el psicólogo, por ejemplo, si el seguimiento de las pautas del programa de tratamiento por parte del paciente fue adecuado (Maciá y Méndez, 1996). También debe comentarse como evolucionó el trastorno y el tratamiento con respecto a lo esperado en función de lo que se plantea en los estudios publicados. También es importante especificar si se realizó el «consentimiento informado», es decir, si se le explicó al paciente los efectos, ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación del tratamiento seleccionado, las distintas opciones de tratamiento y si el paciente aceptó este tipo de tratamiento y sus efectos.

NOTA. Los autores solicitan a los lectores cualquier tipo de comentario que contribuya a la mejora de estas normas.

### Referencias

- Bados, A. García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 479-504.
- Beutler, L. (1989). Differential treatment selection: The role of diagnosis in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 271-281.
- Beutler, L. (1998). Identifying empirically supported treatment: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Bruch, M. y Meyer, V. (1996). La entrevista conductual. En G. Buela-Casal, V. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 85-108). Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (dirs.) (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (eds.) (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela-Casal, G., Verdugo, M. A. y Sierra, J. C. (1997). El proceso de evaluación psicológica. En G. Buela-Casal, G. y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (pp. 163-171). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Feixas, G., Sánchez, V., Laso, E. y Gómez-Jarabo, G. (2002). La resistencia al cambio en psicoterapia: El papel de la reactancia, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 235-286.

- Fernández-Hermida, J. R. y Pérez Alvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344.
- Godoy, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Gonçalves, O., Machado, P., Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 61-84). Madrid: Siglo XXI.
- Hamilton, K. E. y Dobson, K. S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Jensen, B. J. (1996). Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 109-127). Madrid: Siglo XXI.
- Jones, E. y Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. Londres: Karnac.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dikinson.
- Maciá, D. y Méndez, X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 43-60). Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, F. X. (2001). Prólogo. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra, *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 21-24). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 505-510.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.