



Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology¹

Javier Virués-Ortega² (*Instituto de Salud Carlos III, España*) y Rafael Moreno-Rodríguez (*Universidad de Sevilla, España*)

(Recibido 30 de octubre 2007/ Received October 30, 2007)
(Aceptado 11 de marzo 2008 / Accepted March 11, 2008)

ABSTRACT. This manuscript describes guidelines for writing clinical case reports in cognitive-behavioral therapy, behavior therapy and applied behavior analysis. Emphasis is laid upon the constraints to be applied in order to enhance the validity of clinical case reports. Lack of validity is a common shortcoming in clinical case reporting which limits research results interpretation and usability. A number of suggestions are made throughout the manuscript in order to strengthen single-subject designs validity. The manuscript makes the case for the contribution of clinical case reports to clinical research and empirically-based clinical practices. Guidelines for drawing up clinical case report are given. The following manuscript sections are suggested: abstract, introduction, patient identification and reason for referral, assessment strategies, clinical case formulation, treatments, study design, data analysis, effectiveness and efficiency of the intervention, and discussion. The paper provides a general and flexible framework for each of these areas. Consistency with the constraints of common clinical practices and settings is intended.

KEY WORDS. Guidelines. Single-case experiment. Case studies. Case series. Clinical case formulation. Theoretical study.

RESUMEN. El presente trabajo es una guía para la redacción de informes de casos clínicos en terapia cognitivo-conductual, modificación de conducta y análisis aplicado del comportamiento. La falta de validez es una limitación frecuente en los informes de casos clínicos; ello limita la interpretación y usabilidad de los resultados de investigación. El artículo ofrece guías específicas a objeto de mejorar la validez de informes de casos clínicos y los diseños de caso único. El manuscrito llama la atención sobre la contribución de los informes de casos en la investigación clínica y en el desarrollo de prácticas clínicas apoyadas en evidencias. Se ofrecen guías para la preparación de casos clínicos siguiendo la siguiente estructura de secciones: resumen, introducción, identificación del paciente y motivo de referencia, estrategias de

¹ Los autores quisieran agradecer al Dr. Stephen N. Haynes (University of Hawaii) sus comentarios sobre versiones previas de este manuscrito. Esta investigación ha sido financiada por la Red de Centros de Investigación Cooperativa en Epidemiología y Salud Pública (*Centros RCESP*) y la Red de Centros de Investigación en Enfermedades Neurológicas (*Red CIEN*) (España).

² Correspondencia: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. C/ Sinesio Delgado, 6. 28029 Madrid (España). E-mail: jvirues@isciii.es

evaluación, formulación clínica del caso, tratamientos, diseño del estudio, análisis de datos, efectividad y eficiencia de la intervención y discusión. El artículo ofrece un marco general y flexible para cada una de estas áreas intentando ser consistente con las posibilidades y limitaciones propias de la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE. Guía. Experimento de caso único. Estudios de casos. Series de casos. Formulación clínica de casos. Estudio teórico.

Los informes de casos clínicos (ICCs), también conocidos como estudios de casos o casos clínicos, son descripciones de la evaluación y/o el tratamiento de un cliente o grupo de clientes. Los ICCs permiten referir con gran detalle casos particulares, pudiendo por ello ser de mayor interés para los profesionales aplicados que los estudios de metodología grupal. El interés por los ICCs suele estar ligado a la comunicación de hechos y hallazgos no considerados por la metodología de grupos; suelen presentar nuevos métodos, nuevas aplicaciones de métodos ya conocidos, abordar conductas de baja frecuencia o resultados inesperados. Adicionalmente, los ICCs pueden aportar una primera información sobre efectos de una estrategia de evaluación o tratamiento ya conocida pero en una población diferente, o de una nueva forma de tratamiento o procedimiento de evaluación.

Estado actual de los ICCs en la literatura psicológica

A pesar de las aportaciones relevantes de los ICCs, algunos profesionales pueden considerar su propia práctica clínica como falta de interés científico, e incluso incompatible con los estándares de la ciencia (Borckardt y Nash, 2002). En este sentido cabe destacar que dos de las más prestigiosas revistas de psicología clínica que aceptan informes de caso “metodológicamente adecuados”, como *Journal of Consulting and Clinical Psychology* y *Journal of Abnormal Psychology*, no han publicado ninguno en los últimos años. Pese a ello, con ciertas restricciones metodológicas, los ICCs permiten realizar pruebas preliminares sobre la utilidad y efectividad de nuevos tratamientos y métodos clínicos. En tales circunstancias y en cuanto a costo-beneficio, el ICC es una opción preferible a la aplicación de métodos de investigación más complejos. Por ejemplo Jones, Ghannam, Nigg y Dyer (1993) mostraron que los ICCs con diseños de series temporales de larga duración son una opción adecuada para estudiar procesos interactivos terapeuta-cliente en psicoterapia y psicopatología. Adicionalmente, la aplicación de estrategias de formulación de casos clínicos ha mejorado notablemente la validez convergente entre terapeutas en la identificación de situaciones clínicas conductuales (Mumma y Smith, 2001). En resumen, los ICCs suponen una herramienta metodológica para probar aspectos del proceso terapéutico que difícilmente pueden ser abordados con métodos basados en grupos.

Los ICCs han sido usados y publicados frecuentemente en la investigación clínica (ver el Número Especial sobre Metodología de Caso Único en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, Vol. 61), tanto en análisis de conducta, terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, como en otros campos de la psicología en los últimos 50 años. Una simple búsqueda de documentos con metodología de “estudio de caso clínico” en PsycINFO (1997-2007) muestra 16.909 artículos revisados por pares (Estrategia de búsqueda: “Clinical case study” en el campo *Methodology* y “1997-2007” en el campo *Publication Year*). Además, numerosas

revistas, incluyendo *Behavior Therapy*, *Journal of Applied Behavior Analysis* y *Clinical Case Studies*, entre otras, aceptan ICCs.

El objetivo de este trabajo es presentar directrices útiles para el profesional aplicado para la redacción y presentación de ICCs fundamentalmente en la forma de artículos para revistas especializadas. Confiamos que las guías aquí sugeridas puedan incrementar la validez de los estudios de caso. El presente trabajo es una actualización del ya realizado por Buela-Casal y Sierra (2002) con el objetivo de clarificar la tarea de redacción de ICCs dirigidos a su publicación en *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

La variedad de orientaciones y subcampos existentes en psicología clínica dificulta un uso amplio de directrices sobre ICCs demasiado restrictivas o particulares. Considérese lo diferente que puede ser un estudio de caso en neuropsicología clínica de otro de terapia cognitiva o de análisis de conducta aplicado. Por ello, las directrices aquí sugeridas están adaptadas fundamentalmente a la evaluación y tratamiento conductuales y cognitivo-conductuales.

Secciones de los ICCs

Título

El título no debe tener más de 15 o 20 palabras. Debe mostrar claramente la conducta problema y el tipo de intervención, así como el resultado principal si fuera especialmente relevante o novedoso.

Resumen y palabras-clave

El resumen es un apartado clave en todo ICC. Debe mostrar las principales características del caso. Debería describir el número, edad y género de los pacientes, objetivo de la intervención, tipo de tratamiento, evaluación e instrumentos usados, diseño y análisis de datos, resultados y duración del seguimiento. Independientemente de su ubicación al comienzo del artículo, el sentido común aconseja elaborarlo una vez terminada la redacción del manuscrito. El resumen no debe tener más de 250 palabras. A objeto de facilitar la búsqueda en las bases de datos aparecerá entre las palabras-clave el término “experimento de caso único” (“single-case experiment”) (Montero y León, 2007).

Introducción

En este apartado, los autores deberían señalar el o los objetivos generales del ICCs, exponiendo en detalle la justificación de dichos objetivos. Todo ICC debe aparecer contextualizado en literatura empírica relevante. El conocimiento por parte del profesional aplicado de la literatura de los problemas de conducta y los procedimientos de evaluación e intervención es obviamente un estándar profesional y ético previo a cualquier abordaje (American Psychological Association, 2002). Los autores deben señalar explícitamente la laguna de conocimiento que el artículo pretende explorar, así como explicar el interés específico que tiene el ICCs en cuestión. El apartado de Introducción podrá ser más amplio cuando se informe sobre un nuevo procedimiento.

Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia

Los ICCs pueden incluir uno o varios casos. Cuando son varios los participantes, pueden compartir un factor común (*p. ej.*, el tipo de intervención o la

conducta problema). En tales estudios debería describirse cada sujeto por separado, mientras que el resumen y la introducción serán comunes. Los datos descriptivos de los pacientes pueden presentarse en forma tabular. Los autores deben señalar edad, género y cualquier otra característica personal relevante para la validez interna y externa de la modalidad usada en la evaluación y el tratamiento. Puede ser relevante incluir también antecedentes académicos, profesión, nivel educativo y situación familiar, así como diagnósticos actuales y previos.

Debería incluirse también información sobre tratamientos actuales y previos. Cuando existan tratamientos psicológicos simultáneos, los autores deberían detallar el tipo, duración, frecuencia de sesiones, resultados y/o objetivo de tales intervenciones (*p. ej.*, terapia sistémica; sesiones semanales; cinco meses previos; límites con figuras parentales). Si existe alguna intervención farmacológica simultánea, el autor o autores deben señalar el principio activo y dosis de los medicamentos que se estén usando junto a la medicación “si precisa” si es el caso (*p. ej.* haloperidol, 15 mg una vez al día; si precisa: levomepromazina). Puesto que en muchos pacientes es difícil obtener información fiable sobre tratamientos farmacológicos previos, debe informarse solo de la medicación actual.

Para pacientes institucionalizados, debe identificarse claramente el tipo de unidad o servicio en el que el paciente se encuentra admitido (*p. ej.*, hospital de día, unidad abierta de rehabilitación, hospital psiquiátrico con sesiones de grupo y terapia ocupacional).

Además, deben especificarse brevemente el motivo de consulta o la fuente de referencia en su caso (paciente, familia, unidad de salud mental, otro clínico). En casos en los que existan discrepancias entre el cliente o la fuente de referencia y el criterio del profesional sobre el objeto de la evaluación y el tratamiento, debe señalarse, aportando detalles de cualquier posible acuerdo alcanzado en cuanto al tratamiento. En este apartado también deben incluirse todos los detalles referidos a la confidencialidad y consentimiento del paciente o responsable legal.

Estrategias de evaluación

Para identificar las variables componentes de la formulación del caso clínico, se recomiendan especialmente las evaluaciones multimétodos (*p. ej.*, entrevista con varios informantes, evaluaciones en diferentes momentos, observación natural, observación análoga, análisis descriptivos, autorregistro y autoinformes) (ver definiciones en Haynes, 2005). Cuando se midan parámetros conductuales (*p. ej.* frecuencia, duración, latencia), debe aportarse un apoyo teórico para la elección realizada, añadiéndose estimadores de la fiabilidad o acuerdo entre observadores (ver Cooper, Heron y Heward, 2006, p. 114 y ss.). Cuando se usen tales parámetros, es recomendable la adición de alguna medida molar que informe la relevancia funcional de la intervención (*p. ej.*, CI, funcionamiento social, calidad de vida, carga familiar). Asimismo, se aconseja la realización de evaluaciones frecuentes o de series temporales. Cuando sea relevante, deberán evaluarse potenciales efectos secundarios negativos asociados a la intervención.

Los ICCs conductuales han usado escalas estandarizadas como medida de efectividad pre-post o como índices indirectos de la generalización de resultados (*p. ej.*, Sloan y Mizes, 1996; Virués-Ortega, 2004). Pero también pueden ser utilizadas como un método de verificación independiente (Sidman, 1960), al permitir comparar el impacto de una intervención en un informe de caso con el impacto medio encontrado en un ensayo clínico o en un diseño de grupo que utilice las mismas

medidas estandarizadas (p. ej. Moras, Telfer y Barlow, 1993). Cuando se usen autoinformes, los autores deben: a) señalar estudios de validación del instrumento preferiblemente en una población similar a la que pertenece el caso en estudio, b) aportar una explicación sobre las relaciones entre el constructo evaluado por la prueba y la evaluación e intervención en cuestión, añadiendo referencias sobre la validez predictiva del instrumento, y c) en los casos en los que se usen los instrumentos en diferentes momentos del proceso de tratamiento, especificar si se utilizaron formas paralelas de la prueba o si conforme a la literatura disponible se podría desestimar un posible efecto de la práctica. Pueden consultarse detalles adicionales sobre la evaluación en Haynes y Heiby (2004), y Moreno y Martínez (2005).

Formulación clínica del caso

Se denomina formulación del caso clínico al resumen de la información relevante que describe y explica los problemas de conducta de un determinado paciente. Dichas formulaciones implican una aproximación molecular a los problemas de conducta de los pacientes, y pueden incluir cuando así sea necesario componentes del problema, factores históricos, procesos biológicos y factores ambientales asociados. La formulación del caso clínico es el principal resultado del proceso de evaluación, y debería consistir en una descripción concisa que especifique la conducta o clase de conductas disfuncionales que serán objetos de la intervención. La citada formulación puede ser desarrollada desde una perspectiva funcional o no funcional (topográfica) (ver un comentario sobre la dicotomía topografía/función en Hayes, Strosahl, Luoma, Varra y Wilson, 2005). Existen varios modelos de formulaciones de casos clínicos; pueden consultarse los planteados por Haynes y O'Brien (2000) y Nezu, Nezu, Peacock y Girdwood (2004).

Los ICCs deben aportar una descripción detallada de la propia conducta problema. Deben informar sobre cuándo, cómo y bajo qué circunstancias aparecieron los problemas de conducta, si se dispone de tal información. Sin embargo, con relación al diseño de la intervención las variables que mantienen el problema actual son de mayor interés, pudiendo estas ser muy distintas de las variables asociadas a la adquisición inicial del problema.

Tratamientos

En este apartado debe detallarse el tipo de tratamiento considerado más apropiado al caso descrito, y también la justificación para su elección. Son también relevantes a este apartado factores ligados al terapeuta y la fidelidad o integridad del tratamiento.

Elección del tratamiento

Una cuestión clave es la conexión del tratamiento con la evaluación previa. La literatura destaca diversos métodos para la elección del tratamiento, incluyendo:

- Elección del tratamiento más efectivo para un determinado trastorno. Este procedimiento permite seleccionar el tratamiento considerado más efectivo partiendo de la descripción topográfica de la conducta problema de acuerdo con la literatura disponible sobre tratamientos apoyados empíricamente (Chambless y Hollon, 1998; Edwards, Dattilio y Bromley, 2004). La integridad o fidelidad del tratamiento señala el grado en el que un tratamiento ha sido aplicado tal como se pretendía. Cuando se sigue esta vía para la

selección del tratamiento, es especialmente recomendable aportar información sobre la integridad de dicho tratamiento (ver Perepletchikova y Kazdin, 2005).

- Análisis funcional de la conducta: permite la identificación de las variables causales actuales que afectan el problema de conducta del cliente. Esta metodología permite diseñar programas dirigidos a modificar dichas causas. El análisis funcional es realmente una forma de formulación de casos clínicos que aporta indicaciones para la elección y el diseño del tratamiento. Existen en la literatura diversos modelos de análisis funcional (ver las revisiones de Iwata, Kahn, Wallace y Lindberg, 2000, Sturmey, 2007; y Virués-Ortega y Haynes, 2005).
- Modelos transteóricos de elección del tratamiento: Algunos autores han sugerido modelos lógicos para dicha selección, basados sobre todo en un modelo mas o menos explícito de integración psicoterapéutica, o de características individuales de los pacientes (p. ej. Lazarus, 1989; Prochaska y Norcross, 1994).
- Otros procedimientos: como ya señalamos en casos en los que se implementen métodos, tratamientos o poblaciones que impliquen novedad (p. ej., Moras *et al.*, 1993). Si el autor no usa ninguno de los procedimientos arriba mencionados para la elección de tratamiento, debe especificar en todo caso las razones para ello.

Aplicación del tratamiento

Los autores deben describir el número, periodicidad, duración y contenido de las sesiones clínicas, este último elemento preferiblemente de forma tabular o abreviada (p. ej., Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006). Para garantizar que se exponen claramente las técnicas terapéuticas o algunas particularidades de las sesiones clínicas, podrían añadirse en este apartado breves transcripciones del diálogo clínico o descripciones de cada sesión (p. ej. Espada, van der Hofstadt y Galván, 2007). También podrían incluirse detalles de las técnicas usadas y la secuencia de su aplicación (Buela-Casal y Sierra, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Olivares y Méndez, 2001). Además, resultaría útil para los lectores incluir un cronograma, con indicación de las metas clínicas perseguidas, técnicas usadas y contenidos de la sesión (Echeburúa y Corral, 2001). Esta información ayuda al lector a valorar la fidelidad de la intervención.

Factores relacionados con el o la terapeuta

La relación terapéutica es un tema frecuentemente olvidado en los ICCs. Sin embargo, existe una abundante literatura que sugiere que los factores ligados a esa relación tienen un enorme impacto, a veces incluso mayor que la formación académica o teórica del terapeuta, sobre los efectos de la intervención (Kohlenberg *et al.*, 2005; Norcross, 2002). Por ello deberán mencionarse los procedimientos usados para mantener la adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica (p. ej., auto-revelación, feedback, *etc.*, ver una revisión en Norcross, 2002). Indicar también si participaron varios terapeutas si se trata de una serie de casos y de la formación reglada de estos (p. ej., titular de certificaciones profesionales específicas); ello permite al lector estimar el impacto de los factores relativos al terapeuta. Debe indicarse si la adherencia a la intervención y la alianza terapéutica se fomentaron

mediante procedimientos específicos. Las medidas de la adherencia pueden incluir el número de citas perdidas y el grado de cumplimiento de actividades entre sesiones, entre otras (ver una revisión de Maciá y Méndez, 1996).

Por otra parte, en los ICCs son particularmente relevantes los sesgos en la tomas de decisiones clínicas. Por ejemplo, los terapeutas podrían percibir mejoras cuando no las hubo, conceder una importancia excesiva a la información obtenida al principio del proceso de evaluación, o valorar indiscriminadamente información obtenida por procedimientos fiables y no fiables (ver monografía sobre decisiones clínicas en Godoy, 1996). Los sesgos en la toma de decisiones clínicas pueden minimizarse usando medidas dependientes objetivas, instrumentos de evaluación basados en la evidencia y estrategias de formulación de casos clínicos que tengan en cuenta los sesgos asociados a juicios clínicos (Haynes y Williams, 2003).

Diseño del estudio

La opción más sencilla son los diseños AB. A menudo es la única posibilidad para clínicos que hacen terapia con adultos en ámbitos públicos y privados; especialmente cuando aplicar una segunda fase A puede plantear problemas éticos y de costo-beneficio. Los diseños AB no incluyen la vuelta a la línea base que aportaría información sobre la dependencia causal entre la intervención y la variable dependiente. Por tanto, cuando sea posible, los diseños de los ICCs deberían permitir la comparación de los datos de las variables dependientes ligados a sucesivas condiciones o niveles de tratamiento. Ello permite observar la covariación entre tales condiciones y las variables conductuales dependientes. Las variables que pueden confundirse con el sujeto, contexto y el terapeuta han de ser controladas con el fin de poder defender la naturaleza causal (validez interna) de las posibles relaciones. Además, debería disponerse de una serie de datos de la variable dependiente para cada condición con el fin de facilitar una adecuada fiabilidad y representatividad de las conclusiones y permitir hacer interpretaciones sobre la tendencia de los datos.

Las comparaciones sobre los datos a objeto de concluir efectos de la intervención pueden establecerse conforme a una variedad de criterios: línea de base, número y tipo de condiciones del tratamiento, vuelta a condiciones previas o análisis paramétricos. De acuerdo a estos criterios aparece una amplia variedad de diseños de caso único: AB, reversión (*p.ej.*, ABAB, ABCB), línea base múltiple, criterio cambiante, entre otros (ver Franklin, Allison y Gorman, 1996; Himeline y Lattal, 2000; Kazdin, 2003).

Análisis de datos

El análisis visual de gráficos representando datos sesión a sesión es la forma más sencilla de comparar las fases en un ICC (Arnau, 1995; Parsonson y Baer, 1992; Poling, Methot y LeSage, 1995). El análisis visual puede ser factible cuando los cambios en niveles y tendencias son: a) amplios o claros; b) las series comparadas muestran baja variabilidad, y, c) la tendencia de la línea base es estable o muestra una tendencia inversa a la esperada como efecto del tratamiento. Es importante que la amplitud de la escala y el tipo de gráficos usados, ya sea por demasiado pequeños o grandes, no deberían sobredimensionar o minimizar las posibles diferencias en los datos (Bailey, 1984).

En la literatura de los ICCs es frecuente la falta de ajuste a los requisitos arriba mencionados (Borckardt, Murphy, Nash, y Shaw, 2004; Nugent, 2000). En este

sentido, Parker *et al.* (2005) informaron que el 66% de 77 ICCs en el estudio presentaban líneas de base con tendencias positivas o negativas, y que el 50% de los estudios tenían líneas de base con alta variabilidad. En estos casos, ciertas formas de análisis estadísticos pueden ser recomendables con el fin de complementar el análisis visual. Adicionalmente, los análisis estadísticos pueden ser de gran ayuda cuando se precisa compartir los resultados del estudio con profesionales de otras áreas (Kazdin, 2003).

Cuando se aplique el análisis estadístico a los datos de caso único, debe prestarse especial atención a la autocorrelación. Por autocorrelación se entiende la tendencia hacia la covariación que muestran los datos obtenidos de un mismo individuo en sucesivos momentos. Al poder confundirse con los potenciales efectos del tratamiento, la autocorrelación constituye una amenaza para la validez interna de las conclusiones. Se han propuesto diversas estrategias para evitar o controlar la autocorrelación, incluyendo análisis paramétricos y no paramétricos. Pueden consultarse más detalles de estos análisis en Arnau (1995).

Efectividad y eficiencia de la intervención

En este apartado deberán mostrarse los principales resultados. En la medida de lo posible, los autores señalarán: a) diferencias de nivel y tendencia de la línea base de las variables dependientes; b) tamaño del efecto si se dispone del dato, y, c) una descripción de la significación clínica de los resultados. A veces, pequeños efectos, detectados visual o estadísticamente, pueden ser relevantes o adaptativos para el individuo o su ambiente. Si las medidas dependientes han sido elegidas adecuadamente, aportarán información sobre la significación clínica. Cuando ello no ocurra, deberán añadirse medidas más significativas de los efectos de la intervención en la vida cotidiana del individuo (informes de terceras personas, observaciones análogas, mediciones pre y post estandarizadas). Incluso cuando no se disponga de análisis estadísticos, los autores deberían señalar la media y la desviación típica de los pre y postests y (si tiene sentido) la correlación de las variables dependientes en los pre y postests para facilitar la inclusión del estudio en meta-análisis de tamaños de efecto (Botella y Gambara, 2006; Morris y DeShon, 2002).

En este apartado es fundamental explicar cómo se espera mantener los resultados y generalizarlos a la vida cotidiana de los individuos, una vez deje de aplicarse el tratamiento. Deberá mencionarse el mecanismo por el cual se espera ocurra tal generalización (*p. ej.*, Fowler y Baer, 1981). Este apartado también puede describir el seguimiento del tratamiento. El seguimiento informa sobre el éxito a largo plazo de las estrategias de mantenimiento y generalización. Los autores pueden especificar si se aplicó una fase de seguimiento y durante qué periodo de tiempo.

Los periodos de seguimiento no deberían durar menos de tres meses, siendo recomendables periodos de un año o más, particularmente en estudios sobre problemas de conducta con una larga historia o con riesgos conocidos de recaída (como en adicciones a drogas). Recuérdese en este sentido que una de las ventajas de los ICCs es su capacidad para generar de datos longitudinales. Por otro lado si el estudio es una demostración de un efecto conductual del que no se espera que exista mantenimiento no es necesaria la adición de una fase de seguimiento.

Discusión

El apartado final del informe podría incluir una breve evaluación de los resultados en el contexto de la formulación clínica e intervención diseñada. En casos

en los que los resultados no se ajusten a lo esperado, las hipótesis que se hayan expuesto previamente podrían sugerir al lector algunas ideas sobre lo ocurrido. Además, podrían discutirse los resultados en el contexto de la literatura disponible sobre las topografías intervenidas o los mecanismos mediante los que actúa el tratamiento aplicado. Este apartado puede aportar detalles sobre la relevancia de los hallazgos y las limitaciones del estudio.

Conclusiones

La percepción entre numerosos profesionales del reducido valor científico de los ICCs, junto con la falta de directrices claras sobre su diseño y redacción de modo compatible tanto con la práctica diaria como con los estándares metodológicos han contribuyen a la escasa presencia de ICCs en numerosas publicaciones. Sin embargo, los ICCs representan una significativa contribución científica, con gran influencia en el desarrollo, difusión y evaluación de nuevas formas de intervención.

La Tabla 1 resume los contenidos planteados en estas directrices, pudiendo ser usada como una referencia fácil de consultar por parte de autores y evaluadores del *International Journal of Clinical and Health Psychology* y otras revistas. El ajuste a estos ítems facilitará el logro de ICCs útiles y científicamente válidos en los que evaluar la efectividad de los tratamientos psicológicos y plantearse los mecanismos por los que operan dichos tratamientos.

TABLA 1. Resumen de apartados y contenidos principales de los informes de casos clínicos

<i>Apartado</i>	<i>Contenidos</i>
Título (máx. 20 palabras)	Muy descriptivo
Resumen (máx. 250 palabras)	Información personal* Objetivo del estudio o la intervención* Método de evaluación* Tipo de tratamiento Diseño Análisis de datos Resultados principales* Seguimiento
Palabras-clave	Incluir “experimento de caso único”*
Introducción	Importancia de la intervención, objetivos* Antecedentes empíricos de importancia*
Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia	Información descriptiva: edad, género, educación, profesión, situación familiar* Antecedentes clínicos: diagnósticos y tratamientos previos y actuales (psicológicos y farmacológicos) Motivo de consulta o referencia* Consentimiento informado y confidencialidad*
Estrategias de evaluación	Selección de parámetros conductuales Acuerdo entre observadores Literatura empírica sobre los instrumentos usados Uso de medidas molares de significación clínica (funcionamiento general) Evaluación de posibles efectos secundarios
Formulación clínica del caso	Descripción del problema* Circunstancias de adquisición Variables de mantenimiento Resumen de la información relevante para describir y explicar el

	problema del paciente *
	Hipótesis*
Tratamientos	
Tratamiento de elección	Método de selección del tratamiento
Aplicación del tratamiento	Número, periodicidad, duración y contenido de las sesiones clínicas Cronograma Descripción sesión a sesión Transcripciones ilustrativas de las sesiones Medidas de fidelidad terapéutica
Factores relacionados con el terapeuta	Métodos para mejorar la adherencia al tratamiento Único/Varios terapeutas Información sobre la formación del terapeuta Variables para medir la adherencia Métodos para minimizar el impacto de sesgos en la toma de decisiones
Diseño del estudio	Medidas de series temporales Diagrama del diseño (AB, ABA, ABAB, etc.) Variables extrañas asociadas al sujeto, contexto y factores relacionados con el terapeuta y medidas de control
Análisis de datos	Motivos para usar análisis visual o estadístico*
Efectividad y eficiencia de la intervención	Distancia con relación a la línea de base Tamaño de efecto de la intervención Significación clínica de la intervención Se reportan datos pre y post Periodo de seguimiento
Discusión	Evaluación de los resultados en el contexto de la formulación clínica, la intervención diseñada y la literatura relevante * Aportación del estudio* Limitaciones* Cuestiones para investigaciones futuras*

(*) Información a incluir necesariamente

Referencias

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved July 20, 2007, from <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>
- Arnau, J. (1995). Análisis estadístico de datos para los diseños de sujeto único. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, and G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 151-174). Madrid: Síntesis.
- Bailey, D.B. (1984). Effects of lines of progress and semilogarithmic charts on ratings of charted data. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*, 359-365.
- Borckardt, J.J., Murphy, M.D., Nash, M.R. y Shaw, D. (2004). An empirical examination of visual analysis procedures for clinical practice evaluation. *Journal of Social Service Research, 20*, 55-73.
- Borckardt, J.J. y Nash, M.R. (2002). How practitioners (and others) can make scientifically viable contributions to clinical-outcome research using the single-case time-series design. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 50*, 114-148.
- Botella, J. y Gambara, H. (2006). Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 425-440.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Writing norms for clinical cases. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cooper, J.O., Heron, T.E. y Heward, W.L. (2006). *Applied behavior analysis* (2ª ed.). Nueva York: Prentice-Hall.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Edwards, D.J., Dattilio, F.M. y Bromley, D. (2004). Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 589-597.
- Espada, J.P., van der Hofstadt, C. y Galván, B. (2007). In vivo exposure and cognitive-behavioral techniques in a case of panic attacks with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 217-232.
- Fowler, S.A. y Baer, D.M. (1981). "Do I have to be good all day?" The timing of delayed reinforcement as a factor in generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 13-24.
- Franklin, R.D., Allison, D.B. y Gorman, B. S. (1996). *Design and analysis of single-case research*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Godoy, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico*. Madrid: Pirámide.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Luoma, J., Varra, A.A. y Wilson, K.G. (2005). *ACT case formulation*. Nueva York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Haynes, S.N. (2005). Glossary of psychometric and measurement terms. Retrieved October 27, 2007, from <http://www2.hawaii.edu/~sneil/ba/>
- Haynes, S. N. y Heiby, E.H. (Vol. eds.). (2004). En M. Hersen (Ed. de la serie.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol. 3. Behavioral assessment*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Kluwer.
- Haynes, S.N. y Williams, A.E. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Hineline, P.N. y Lattal, K.A. (2000). *Single-case experimental design*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Iwata, B.A., Kahn, S.W., Wallace, M.D. y Lindberg, J.S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. En J. Austin y J.E. Carr (Eds.), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (pp. 61-89). Reno, NE: Context Press.
- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T. y Dyer, J.F. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research designs in clinical psychology* (4ª ed.). Boston: MA: Allyn and Bacon.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en

- mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Maciá, D. y Méndez, X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 43-60). Madrid: Siglo XXI.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moras, K., Telfer, L.A. y Barlow, D.H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.
- Moreno, R. y Martínez, R. (2005). Teorías conductuales y Tests psicológicos [Special Issue]. *Acta Comportamentalia*, 13 .
- Morris, S.B. y DeShon, R.P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, 7, 105-125.
- Mumma, G.H. y Smith, J.L. (2001). Cognitive-behavioral interpersonal scenarios: Inter-formulator reliability and convergent validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 203-221.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Peacock, M.A. y Girdwood, C.P. (2004). Case formulation in cognitive-behavior therapy. En S.N. Haynes y E.H. Heiby (Vol. eds.) y M. Hersen (Series Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol. 3* (pp. 402-426). Hoboken, NJ: Wiley.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nugent, W.R. (2000). Single case design visual analysis procedures for use in practice evaluation. *Journal of Social Service Research*, 27, 39-75.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parker, R.I., Brossart, D.F., Vannest, K.K., Long, J.R., García-De-Alba, R., Baugh, F.G. y Sullivan, J.R. (2005). Effect sizes in single case research: How large is large? *School Psychology Review*, 34, 116-132.
- Parsonson, B. S. y Baer, D.M. (1992). The visual analysis of data, and current research into the stimuli controlling it. En T.R. Kratochwill y J.R. Levin (Eds.), *Single case research design and analysis* (pp. 15-40). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Perepletchikova, F. y Kazdin, A.E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 365-383.
- Poling, A., Methot, L.L. y LeSage, M.G. (1995). Basic research design in applied behavior analysis. En A. Polong y W. Fuqua (Eds.), *Research methods in applied behavior analysis: Issues and advances*. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O. y Norcross, J.C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3ª Ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Nueva York: Basic Books.
- Sloan, D.M. y Mizes, J.S. (1996). The use of contingency management in the treatment of a geriatric nursing home patient with psychogenic vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 57-65.
- Sturmey, P. (2007). *Functional analysis in clinical treatment*. New York: Elsevier.

- Virués-Ortega, J., (2004). Functional analysis and treatment of a patient with severe behavioral disturbances diagnosed with BPD. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 207-232.
- Virués-Ortega, J. y Haynes, S.N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.