

# Formulación de caso

## *Una plantilla para ordenar el pensamiento clínico*

La formulación de caso es la columna vertebral del tratamiento: es la hipótesis articulada de por qué este paciente, con esta historia, desarrolló y mantiene estos problemas, y qué lo ayudaría a cambiar. Sin formulación, la terapia se vuelve una sucesión de intervenciones sueltas. Con formulación, cada intervención tiene un para qué. Esta ficha ofrece una estructura que integra la formulación clínica general con el modelo biosocial de DBT.

### **Por qué formular (y por qué reformular)**

La formulación no es un documento que se completa una vez y se archiva. Es una hipótesis viva que se ajusta con cada sesión, cada dato nuevo, cada respuesta (o falta de respuesta) al tratamiento. Una buena práctica es revisarla explícitamente cada cierto número de sesiones, y siempre que el caso se estanque. Muchas veces el estancamiento es señal de que la formulación necesita una corrección.

### **Los componentes**

#### **Datos generales**

Lo básico que enmarca todo lo demás: edad, composición familiar y con quién vive, situación laboral y educativa (si estudia, trabaja, está desempleada/o). Estos datos no son un trámite administrativo — el contexto vital determina qué intervenciones son viables, qué presiones está atravesando la persona, y con qué recursos cuenta.

#### **Motivo de consulta**

Qué trae al paciente, en sus palabras y en las tuyas. Sumá también datos contextuales que importan: red de apoyo, tratamientos previos, medicación actual.

#### **Historia relevante**

No la biografía completa, sino los eventos y patrones que aportan a entender el cuadro actual: experiencias tempranas de invalidación, trauma, vínculos significativos, episodios previos.

#### **Hipótesis diagnósticas**

Diagnóstico(s) presuntivos, comorbilidades, diagnóstico diferencial pendiente. Recordá que el diagnóstico orienta pero no reemplaza la formulación individual.

#### **Modelo biosocial**

---

El corazón de la formulación en DBT. La desregulación emocional surge de la transacción entre una vulnerabilidad emocional de base (alta sensibilidad, alta reactividad, retorno lento a la línea de base) y un ambiente invalidante (que ignora, castiga o responde erráticamente a la experiencia emocional). Formulá cómo esta transacción específica operó —y opera— en este paciente.

**Factores de mantenimiento**

Qué sostiene el problema en el presente: refuerzos (alivio inmediato de conductas desadaptativas), déficits de habilidades, contingencias del ambiente actual, evitación experiencial, creencias.

**Objetivos y plan**

Objetivos jerarquizados (ver ficha P3) y el plan de tratamiento que se desprende de la formulación: qué habilidades priorizar, qué intervenciones, qué encuadre.

→ *Plantilla para completar en las páginas siguientes.*

RECURSOS PROFESIONALES · PLANTILLA P1

# Formulación de caso

*Plantilla de trabajo*

Paciente (iniciales o código) · Fecha de formulación

## Datos generales

Edad

Composición familiar / con quién vive

Situación laboral y educativa (estudia, trabaja, desempleada/o, otra)

Red de apoyo social (con qué vínculos y recursos cuenta)

## Motivo y antecedentes

Motivo de consulta

Tratamientos previos y medicación actual

Historia relevante (eventos y patrones que aportan al cuadro actual)

---

**Hipótesis diagnósticas y diferenciales**

---

## **Modelo biosocial**

**Vulnerabilidad emocional de base (sensibilidad, reactividad, retorno a línea de base)**

---

**Ambiente invalidante (histórico y/o actual)**

---

**Transacción: cómo operó —y opera— entre ambos en este caso**

---

---

RECURSOS PROFESIONALES · PLANTILLA P1

# Formulación de caso

*Plantilla de trabajo (continuación)*

---

**Factores de mantenimiento (refuerzos, déficits, contingencias, evitación, creencias)**

---

**Objetivos terapéuticos (jerarquizados — ver ficha P3)**

---

**Plan de tratamiento (habilidades a priorizar, intervenciones, encuadre)**

---

**Revisión: fecha de próxima revisión de esta formulación**

---