

Willem Kuyken
Christine A. Padesky
Robert Dudley

CONCEPTUALIZACIÓN COLABORATIVA DEL CASO

Trabajar de forma eficaz con los clientes
en la Terapia Cognitivo-Conductual



SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

WILLEM KUYKEN
CHRISTINE A. PADESKY
ROBERT DUDLEY

CONCEPTUALIZACIÓN COLABORATIVA DEL CASO

**Trabajar de forma eficaz con los clientes
en la terapia cognitivo-conductual**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer**

Índice

| | |
|--|-----|
| Sobre los autores. | 11 |
| Prólogo de la edición española. | 13 |
| Prólogo de la edición original | 19 |
| Agradecimientos | 25 |
| 1. El dilema de Procusto | 31 |
| 2. El crisol de la conceptualización del caso: Un nuevo modelo | 65 |
| 3. Dos cabezas piensan mejor que una: El empirismo colaborativo | 111 |
| 4. Incorporar los puntos fuertes del cliente y crear resiliencia. | 157 |
| 5. «¿Puedes ayudarme?»: La conceptualización descriptiva del caso. | 195 |
| 6. «¿Por qué me sigue ocurriendo esto?»: Las conceptualizaciones explicativas transversales | 261 |

| | |
|--|-----|
| 7. «¿Se parece mi futuro a mi pasado?»: Las conceptualizaciones explicativas longitudinales | 321 |
| 8. Aprender y enseñar la conceptualización del caso | 361 |
| 9. Evaluar el modelo. | 445 |
| Apéndice: | |
| Formulario de Ayuda para la Elaboración del Historial. | 475 |
| Referencias | 489 |
| Índice de términos | 506 |

Sobre los autores

El **Dr. Willem Kuyken** es catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de Exeter, Reino Unido; cofundador del Mood Disorders Centre; y miembro de la Academy of Cognitive Therapy. Su investigación principal y sus intereses clínicos son la conceptualización del caso y los enfoques cognitivo-conductuales de la depresión, y ha publicado más de 50 artículos y capítulos de libros. El Dr. Kuyken recibió el premio May Davidson de la Sociedad Psicológica Británica.

La **Dra. Christine A. Padesky** es miembro fundador distinguido de la Academy of Cognitive Therapy y ganadora de su premio Aaron T. Beck. Es una ponente y una asesora reconocida a nivel internacional, así como coautora de seis libros, entre los que se incluye el *best seller*, *El control de tu estado de ánimo*. Entre los numerosos premios que ha recibido la Dra. Padesky se incluye el Distinguished Contribution to Psychology Award de la Asociación Psicológica de California. A través de su página web, www.padesky.com, produce programas audiovisuales sobre la conceptualización del caso y sobre otros temas que proporcionan formación sobre la TCC a terapeutas de más de 45 países.

El **Dr. Robert Dudley** es psicólogo clínico asesor para el Servicio de Intervención Temprana en Psicosis en Northumberland, Tyne, and Wear Mental Health NHS Foundation Trust, Reino Unido. En la

actualidad presta servicios como investigador en el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. El enfoque clínico e investigador principal del Dr. Dudley es la comprensión y el tratamiento de los síntomas psicóticos. Como profesional clínico, formador y supervisor, se interesó por la conceptualización del caso y emprendió varios proyectos de investigación en esta área.

Prólogo de la edición española

El texto, *Conceptualización colaborativa del caso. Trabajar de forma eficaz con los clientes en la terapia cognitivo-conductual*, escrito en colaboración por Willem Kuyken, Christine A. Padesky y Robert Dudley, sigue a los anteriores en la Serie de Psicoterapias Cognitivas, que poco a poco va introduciendo en nuestra área de referencia, traducciones o textos importantes para juzgar la contribución de las psicoterapias cognitivas al campo clínico, y facilitar la formación de los terapeutas.

Uno de los elementos que más ha caracterizado a las psicoterapias cognitivas desde sus inicios, ha sido la preocupación por la correcta aplicación del modelo en el día a día de la clínica. Incluso, desde siempre, se ha considerado esta cuestión como una habilidad clave del terapeuta cognitivo (Freeman, 1992)¹. Podríamos considerar este texto como un ejemplo magnífico de dicha preocupación. Como se ha señalado en repetidas ocasiones, que el clínico sea capaz de desarrollar una correcta formulación y conceptualización de casos ayuda de manera muy clara a potenciar los efectos de la psicoterapia cognitiva, al garantizar un proceso terapéutico lo más ajustado posible al cliente y una correcta traducción de la teoría a la

1. A. FREEMAN (1992). "Developing treatment conceptualization in cognitive therapy". En A. FREEMAN y F. DATTILIO (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 13-26). Nueva York: Plenum Press.

práctica. De ahí el subtítulo de este texto, “*trabajar de forma eficaz*”, que W. Kuyken, C. A. Padesky y R. Dudley nos presentan. Siempre se ha insistido en psicoterapia cognitiva clásica sobre la necesidad de saber hacia dónde debe ir el terapeuta, evitando ir dando palos de ciego, siguiendo una serie organizada y focalizada de estrategias de tratamiento (Blackburn & Twaddle, 1996)².

Estos tres autores llevan trabajando en esta área desde hace tiempo y su maestría se nota a lo largo de todo el texto. Willem Kuyken es Catedrático de Psicología Clínica en Gran Bretaña; cofundador del *Mood Disorders Centre*, y miembro de la *Academy of Cognitive Therapy*. Por su parte, Christine Padesky es miembro fundador distinguido de la *Academy of Cognitive Therapy* y ganadora de su premio *Aaron T. Beck*. Sus contribuciones a este tema son numerosas, al igual que su tarea de divulgar y certificar la correcta aplicación del modelo cognitivo. Finalmente, Robert Dudley trabaja e investiga en formulación y conceptualización de casos, siendo, en la actualidad, investigador en el *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*.

El texto desarrolla cómo conceptualizar casos a lo largo de 9 capítulos, y un Apéndice (*Formulario de Ayuda para la Elaboración del Historial*). Cada uno de estos capítulos está diseñado para conseguir traspasar el conocimiento acumulado sobre el tema a la práctica clínica, favoreciendo los procesos de tratamiento cognitivo. Un elemento importante para evaluar la utilidad de este libro es que ejemplifica, cuidadosamente, cada idea y sugerencia, con numerosos casos y viñetas clínicas, así como con ejemplos de tareas de clientes. A través de preguntas y de sus correspondientes respuestas se comprende mejor todo lo descrito. Los gráficos y cuadros desarrollados aportan una mayor claridad y facilitan retener los elementos principales. Además, cada capítulo termina con un resumen de los principales elementos expuestos en él.

El primer capítulo, titulado metafóricamente, *El dilema de Procasto*, sitúa a los terapeutas en la necesidad de adaptar el modelo y el tratamiento cognitivo a cada caso clínico, y no el caso al modelo o

2. I-M. BLACKBURN & V. TWADDLE (1996). *Cognitive therapy in action*. Londres: Souvenir Press.

tratamiento cognitivo. La correcta y cuidadosa conceptualización de casos nos protege frente a esta práctica incorrecta y poco ética. En este capítulo los autores nos dejan claro, cómo y por qué la conceptualización de casos nos facilita guiar la terapia. Este sería su fin prioritario: saber qué hacer, una vez que sabemos lo que le pasa al cliente y hemos podido explicarlo junto a su colaboración (*principio del empirismo colaborativo*). Siguiendo con las metáforas, la conceptualización sería como un crisol en donde se funden adecuadamente la experiencia del cliente, unida a las principales investigaciones y teorías cognitivas.

En el segundo capítulo, titulado, *El crisol de la conceptualización del caso. Un nuevo modelo*, esta cuestión de la conceptualización como un crisol se desarrolla de manera más extensa. En este capítulo los autores desarrollan un modelo que supone que la conceptualización debe proceder desde niveles más descriptivos, a niveles más explicativos, a lo largo de la terapia. Hacerlo así favorece cubrir las áreas principales, así como individualizar al máximo la terapia. Básicamente, se busca describir los problemas de los clientes en términos cognitivos, ofreciendo un marco explicativo que aúna situaciones disparadoras, ciclos de mantenimiento y factores protectores y predisponentes.

El tercer capítulo, *Dos cabezas son mejor que una. El empirismo colaborativo*, se centra en uno de los elementos clave del marco cognitivo más clásico: el concepto de *empirismo colaborativo*. Este concepto marca el tipo de relación terapéutica a establecer, de máxima colaboración, y un estilo terapéutico en donde cliente y terapeuta trabajan conjuntamente en la verificación y comprobación de los pensamientos, esquemas, creencias, etc. del cliente, convertidas en hipótesis (Caro, 2011)³. En este capítulo podemos aprender cómo integrar los datos de la literatura cognitiva con los propios del cliente, y cómo hacer posible gran parte del centro principal del tratamiento cognitivo, es decir, una adecuada observación, desarrollo del cuestionamiento socrático y de los ejercicios conductuales, relacionar cogniciones,

3. I. CARO (2011). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

conductas, emociones y estados físicos, detectar los elementos facilitadores que posee el cliente, su marco cultural, etc.

Uno de los elementos importantes de cualquier tratamiento es conseguir incorporar a la terapia aquellos aspectos fuertes y más destacados de los clientes y fortalecer la resiliencia. Esto sería, al mismo tiempo, una meta terapéutica. A este tema se dedica el capítulo 4 (*Incorporar los puntos fuertes del cliente y crear resiliencia*), siguiendo la claridad explicativa y el desarrollo clínico de todos los capítulos. Al buscar los puntos fuertes y saber cómo potenciar la resiliencia convirtiendo esta en una meta terapéutica no estamos más que favoreciendo un estilo proactivo de trabajo terapéutico.

Los capítulos anteriores sientan las bases necesarias de toda la conceptualización cognitiva de casos, en los siguientes se entra en cuestiones mucho más detalladas. Así, en el capítulo 5, *¿Puedes ayudarme? La conceptualización descriptiva del caso*, ya se nos presenta, de forma más extensa, el primer nivel de la conceptualización, es decir, el nivel en el que se describen los elementos o aspectos con los que un cliente acude a tratamiento, en términos cognitivos y conductuales. El modelo principal que guía todo ello se compone de cinco elementos que se deben plantear de forma integradora: pensamientos, estados de ánimo, conductas y reacciones físicas, dentro de un ambiente concreto. Estamos al comienzo del tratamiento, y una vez sentadas las bases de nuestra comprensión podemos establecer metas personalizadas para cada cliente. Este capítulo nos muestra cómo hacerlo con el trabajo en un caso clínico; caso que luego se va a seguir desarrollando en los capítulos siguientes. Además, el capítulo termina con un ejemplo del *Formulario de Ayuda para la Elaboración del Historial* (Apéndice), adaptado al caso clínico desarrollado.

Pasamos, con el capítulo 6 (*¿Por qué me sigue ocurriendo esto? Las conceptualizaciones explicativas transversales*), a aprender cómo darle a un cliente aquello que nos va a demandar, casi desde un principio: explicarle por qué le pasa lo que le pasa, qué precipita y dispara sus problemas. Para ello tenemos que ser capaces de ofrecer buenas explicaciones en un proceso de cuatro fases: 1) disponer de ejemplos muy claros de lo que se considera un foco de tratamiento; 2) dibujar

un modelo que identifique disparadores y factores de mantenimiento. Hecho lo anterior, podemos pasar a 3) seleccionar y poner en práctica la intervención; y 4) revisar el modelo, considerando su posible aplicación a otros problemas del mismo cliente.

El capítulo 7, *¿Se parece mi futuro a mi pasado? Las conceptualizaciones explicativas longitudinales*, se inicia con un diálogo terapéutico donde se ve el progreso en el caso que se está desarrollando desde capítulos anteriores. Sin embargo, a veces el cambio supone algo más: trabajar en profundidad supuestos y creencias centrales, sobre todo cuando es necesario para afianzar el progreso e impedir retrocesos. Entonces, se pasa a un nivel superior y diferente de conceptualización que busca entender los vínculos entre la historia evolutiva, las creencias centrales y los supuestos subyacentes, las estrategias conductuales y su vulnerabilidad a los retrocesos. Lograr estas vinculaciones representa el logro de la resiliencia a la que nos referimos anteriormente. Solo algunos clientes que tienen más dificultades para el cambio (por ejemplo, aquellos con trastornos de personalidad, aunque no solo) van a necesitar de este enfoque longitudinal.

Aprender y enseñar la conceptualización del caso, es el foco del capítulo 8. Es decir, en este capítulo se presenta un modelo para mejorar el conocimiento y poder transmitir a otros la conceptualización que se ha hecho de los casos. Los autores siguen el trabajo clave de Bennett-Levy (2006)⁴ adaptándolo hacia un modelo que supone un ciclo de aprendizaje en cuatro etapas: 1) evaluar las necesidades de aprendizaje; 2) establecer las metas personales de aprendizaje; 3) participar en procesos de aprendizaje de tipo declarativo, procedimental y reflexivo; y, finalmente, 4) evaluar el progreso de aprendizaje para determinar las necesidades adicionales. Termina este capítulo con tres importantes apéndices. En cada uno de ellos se plantean ejercicios a niveles de principiante, intermedios y avanzados de manejo de las técnicas cognitivas y conductuales. En el primero de ellos nos encontramos con ejercicios para desarrollar la competencia del empirismo colaborativo. En el segundo apéndice,

4. J. BENNET-LEVY (2006). "Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78.

ejercicios para la competencia relacionada con el establecimiento de niveles de conceptualización; y el tercero, plantea ejercicios, igualmente, en los tres niveles de práctica ya mencionados, buscando cómo incorporar los aspectos más destacados de un cliente a la conceptualización.

El texto termina con un noveno capítulo en donde se pretende, *Evaluar el modelo*. En él se revisan los aspectos más importantes tratados en el texto, a modo de resumen y para contribuir a su afianzamiento y, además, se presentan líneas de investigaciones futuras, evaluando el modelo conceptual y empíricamente.

En un marco académico en donde se da tanta importancia al desarrollo y aprendizaje de diversas competencias, el texto que aquí presentamos nos parece clave. De forma clara, los autores demuestran un modelo basado en la evidencia científica y, sobre todo, clínica, en donde se entiende la conceptualización de casos como una competencia y una habilidad terapéutica fundamental, ya que guía la terapia para aliviar el malestar del cliente y fomentar su resiliencia. Este texto contribuye a la formación de psicólogos clínicos en general, y de psicoterapeutas cognitivos en particular. Sin ninguna duda, cualquier terapeuta en ejercicio profesional, con independencia de su nivel de experiencia, va a extraer un valioso conocimiento, listo para aplicarlo en la práctica clínica diaria. Este texto sienta las bases para ello y para seguir afianzándolo con el paso del tiempo.

Isabel Caro Gabalda
Catedrática del Área de Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Valencia
En Valencia, abril de 2017

Prólogo de la edición original

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es, al mismo tiempo, un arte y una ciencia. Esto es aún más cierto en la conceptualización del caso, en la que los terapeutas prestan atención a las experiencias únicas de los clientes a la vez que tienen en cuenta las teorías científicas y la investigación que respaldan la TCC. Al igual que muchos terapeutas cognitivos, apreciamos de manera profunda la TCC precisamente porque tiende un puente entre el arte y la ciencia, entre la práctica y la teoría, entre las experiencias idiosincráticas y los aspectos comunes que encierran las teorías cognitivas y conductuales de la emoción. Nosotros permanecemos en este puente con nuestros clientes, trabajando junto a ellos para aliviar la angustia y crear resiliencia.

Nosotros tres nos conocimos por primera vez en 2002 en Warwick, Inglaterra, en una conferencia sobre la TCC titulada: «Conceptualización del caso: ¿está vestido el emperador?». Los organizadores de la conferencia habían programado el simposio en una sala de seminarios relativamente pequeña. El tema generó tanto interés que el salón se llenó, y muchas personas tuvieron que permanecer de pie en la parte trasera o sentadas en los pasillos. Un poco como el cuento alegórico de Hans Christian Andersen al que hacía referencia el título del coloquio, el simposio destacó varios «hechos» importantes.

En primer lugar, la conceptualización del caso se considera una habilidad fundamental de la terapia. A pesar de todo, muchos terapeutas carecen de la confianza necesaria para conceptualizar. En segundo lugar, el interés del terapeuta en la conceptualización del caso sobrepasa la escasa base empírica. En tercer lugar, las pocas investigaciones que existen desafían los supuestos sobre el valor positivo de la conceptualización del caso de la TCC. ¡El simposio concluyó que el emperador parecía estar desnudo!

Al terminar el simposio, los tres entablamos una conversación y comenzamos a hablar de la conceptualización del caso. A medida que conversábamos, nos dimos cuenta de que compartíamos un gran interés en la conceptualización del caso, y de que cada uno de nosotros aportaba perspectivas diferentes, valiosas y complementarias al tema. Aunque los tres enseñamos, supervisamos, asesoramos y dirigimos investigaciones de la TCC, cada uno de nosotros ha adquirido una experiencia especial en, al menos, una de estas áreas. Robert ofrece conocimientos clínicos profundos adquiridos en sus años de experiencia como terapeuta y como supervisor en su trabajo con casos clínicos complejos. Christine es una instructora e innovadora de la TCC reconocida a nivel internacional. Willem es un destacado investigador y profesor de la conceptualización del caso. Pensamos que esta combinación de experiencia y conocimiento podía mejorar la comprensión de cómo hacer más eficaz la conceptualización del caso en la TCC.

Este libro es el resultado de una colaboración permanente que comenzó en aquella conferencia. Nuestras ideas han evolucionado durante estos últimos 6 años. En primer lugar, *hicimos explícita* la investigación implícita no resuelta y los desafíos clínicos de la conceptualización del caso. El lector puede encontrar un resumen de ellos en el capítulo 1. A medida que debatíamos conjuntamente sobre el modo de responder a estos desafíos, nos dimos cuenta de que gran parte de nuestras soluciones eran insuficientes. Generamos nuevas ideas y las probamos entre nosotros; en debates con compañeros; en nuestro trabajo clínico; en nuestro trabajo como supervisores, asesores e instructores; y en relación con la investigación emergente.

Reducíamos ideas útiles hasta su forma más simple empleando el empirismo colaborativo como contrapeso para protegernos de los sesgos heurísticos. Después de algunos años, llegamos a un consenso sobre la conceptualización del caso, que sentíamos que abordaba de un modo apropiado los desafíos existentes.

Nuestro modelo se describe en el capítulo 2 junto a los tres principios que guían su práctica: el empirismo colaborativo, la incorporación de los puntos fuertes del cliente, y los niveles cambiantes de la conceptualización. Este modelo tiene su origen en las tradiciones conceptuales y empíricas de Aaron T. Beck, el fundador de la TCC y un mentor y un amigo de todos nosotros. Nos basamos en el rico empirismo de la terapia conductual, en especial del análisis funcional. Además, nuestras ideas se inspiran en la investigación contemporánea sobre la resiliencia y sobre los puntos fuertes. En todo momento, nuestro objetivo consiste en proporcionar un enfoque de la conceptualización que los terapeutas puedan emplear de forma colaborativa con los clientes a fin de aliviar la angustia y de crear resiliencia de un modo más eficaz.

Este libro enseña nuestro enfoque de la conceptualización del caso y lo convierte en una realidad con ejemplos de casos prácticos, con consejos clínicos prácticos y con diálogos de muestra. Paso a paso, mostramos el modo de desarrollar una conceptualización que, en primer lugar, describa los problemas que presenta el cliente y que, a continuación, ahonde en el poder explicativo a medida que avanza el tratamiento. Los puntos fuertes del cliente se detectan y se aprovechan a lo largo del proceso de conceptualización para contribuir a una mejora eficaz y duradera. Describimos el modo en que el terapeuta y el cliente pueden colaborar para cocrear y probar de forma explícita las conceptualizaciones en el transcurso de la terapia.

El capítulo 3 traza nuestro primer principio de la conceptualización, el *empirismo colaborativo*, y muestra a los lectores cómo un enfoque colaborativo y empírico de la terapia conduce a una resolución eficaz de determinados desafíos de la conceptualización. En el capítulo 4 mostramos cómo nuestro segundo principio, la *incorporación de los puntos fuertes del cliente*, amplía la importancia de la

conceptualización del caso para abarcar los objetivos del restablecimiento y de la creación de resiliencia en el cliente. Los capítulos 5-7 ilustran nuestro tercer principio, los *niveles de la conceptualización*, y siguen el caso de un cliente, Mark, durante el transcurso de la terapia a medida que hace frente a una depresión, a un trastorno obsesivo-compulsivo, a preocupaciones sobre su salud, a dificultades en el trabajo y a problemas familiares.

Aunque Mark es una combinación de muchos clientes, su caso representa una presentación clínica común que requiere una conceptualización individualizada: experimenta altos niveles de angustia en el contexto de muchos problemas diagnósticos que se superponen. Los lectores aprenden el modo en que Mark y su terapeuta progresan desde conceptualizaciones del caso más simples y descriptivas (capítulo 5), pasando por conceptualizaciones explicativas de aquello que desencadena y mantiene los problemas que presenta (capítulo 6), hasta una consideración longitudinal de lo que le predispuso a este conjunto concreto de problemas y de los puntos fuertes que le protegieron de las peores dificultades (capítulo 7). El ejemplo detallado de Mark demuestra que nuestro enfoque puede ayudar a disminuir la angustia psicológica y a promover la resiliencia de forma simultánea.

Como instructores, supervisores y asesores de la TCC, creemos que aprender a emplear la conceptualización del caso de forma eficaz es uno de los mayores desafíos que afrontan los terapeutas. En el capítulo 8, desmitificamos el proceso de aprendizaje y sugerimos un enfoque sistemático para que los terapeutas y los instructores aprendan y enseñen las habilidades de la conceptualización del caso. En nuestro último capítulo, consideramos algunas de las dificultades a las que los terapeutas podrían enfrentarse al emplear nuestro modelo en diversos entornos terapéuticos. De conformidad con nuestro compromiso con el empirismo, también proponemos un programa de investigación para poner a prueba los supuestos y los principios centrales de nuestro modelo.

Una de las formas de medir la utilidad de una colaboración es el grado de compromiso de las partes durante el proceso. Según este

parámetro, nuestra colaboración como autores tiene un gran valor. Cada uno de nosotros está, si cabe, más entusiasmado e interesado en la conceptualización del caso ahora que al comienzo de este proyecto. Hemos hecho todo lo posible por capturar para los lectores la esencia de los animados debates y deliberaciones que infundieron nuestras interacciones durante los últimos años. Este libro está ahora en manos de los lectores. Esperamos que mejore tu comprensión de la conceptualización del caso, que te muestre el modo de colaborar activamente con tus clientes durante estos procesos, y que fomente la investigación para evaluar nuestras ideas. Durante los próximos años esperamos mantener una conversación más amplia que incluya a muchos de vosotros, a medida que continuamos explorando los límites y las profundidades de la conceptualización colaborativa del caso.

1

El dilema de Procusto

El personaje mitológico Procusto era un anfitrión que invitaba a la gente a su casa, afirmando que todos los visitantes, sin importar su estatura, se adaptarían a la cama de su habitación de invitados. Una alegación tan ambiciosa y mágica llamó la atención. Sin embargo, Procusto no les decía a sus huéspedes que estaba dispuesto a cortar sus piernas o a estirarlas para que se ajustasen a la cama. La historia de Procusto podría ser un ejemplo admonitorio para los clientes de la psicoterapia. Pese a que existen muchos modelos probados empíricamente para comprender la angustia psicológica, pocos clientes quieren ver a un terapeuta que corte o que deforme la experiencia del cliente para que se ajuste a teorías preexistentes.

Los clientes se presentan con manifestaciones complejas y concomitantes para las que ningún enfoque único se adapta al 100%. Este libro enseña a los terapeutas el modo de adquirir destreza en métodos de la conceptualización del caso que ofrecen una hospitalidad hecha a medida para los clientes que buscan ayuda. Los clientes aprenden a darle forma a las conceptualizaciones del caso que combinan los aspectos individuales de un caso dado con una investigación y una teoría relevantes, sin necesidad de recurrir a las medidas de Procusto.

A modo de ejemplo, Steve es un hombre soltero de 28 años derivado a una clínica ambulatoria para la terapia cognitivo-conductual (TCC). El escrito de derivación señala que Steve experimenta dificultades para adaptarse a su disfrute del travestismo. En la evaluación, Steve confirma que el travestismo es algo de lo que quiere hablar en la terapia, pero que es más prioritario hablar de haber sido «aterroizado en la ciudad en la que vivía hasta hace poco... y... estoy teniendo problemas para superarlo, pese a haberme mudado». Steve sufría ataques físicos violentos repetidos en la ciudad en la que vivía, y cambió su residencia porque no había evidencias de que estos ataques fuesen a remitir. Steve es de constitución delgada, tiene una voz suave y carece de energía. En el estudio diagnóstico, Steve cumplía los criterios para un trastorno por estrés postraumático (TEPT), un trastorno depresivo mayor, y agorafobia con pánico. En lo que respecta al Eje II, hay indicios de rasgos de una personalidad por evitación. Su terapeuta supuso que la constitución delgada y la voz dulce, así como su falta de asertividad, provocaron que los acosadores de su barrio lo victimizaran. Su TEPT era una reacción a los ataques físicos repetidos que era incapaz de impedir. Replegarse en su apartamento exacerbó los síntomas del TEPT y contribuyó a que Steve se deprimiese más y a que se volviese más agorafóbico.

Steve y el terapeuta acordaron comenzar la terapia centrándose en los síntomas del TEPT de Steve. En la sexta sesión, Steve reveló que, durante el último año, los vecinos le habían visto en su casa vestido con ropa de mujer. Rápidamente corrió la voz por el barrio de que Steve se travestía. Con esta revelación, un grupo de jóvenes inició una campaña violenta contra él. Los ataques físicos repetidos le llevaron a adoptar la decisión de mudarse.

Las cuestiones a las que se enfrentaba el terapeuta de Steve son similares a las que hacen frente los terapeutas al principio de la terapia con cada cliente:

- «Teniendo en cuenta las diferentes cuestiones presentes y los diagnósticos del Eje I y/o del Eje II, ¿cuál debería ser el enfoque principal de trabajo?».

- «¿Debo abordar los problemas del Eje I, los de Eje II, o ambos? En este último caso, ¿en qué orden?».
- «¿Cómo se relacionan entre sí los problemas que presenta Steve, si es que lo hacen?».
- «¿Qué protocolo de la TCC debo emplear aquí? ¿Qué tengo que hacer cuando ningún protocolo determinado parece apropiado?».
- «¿Cómo debo tratar su travestismo? ¿Cómo lo hago sin exacerbar su miedo?».
- «¿Cómo puedo trabajar de forma colaborativa con Steve para entrelazar sus prioridades y mi juicio clínico en nuestra adopción de decisiones sobre la terapia?».
- «¿Cómo puedo trabajar con mis propias creencias, valores y reacciones si, en ocasiones, son diferentes de los de mi cliente?».

En resumidas cuentas, el terapeuta de Steve se enfrenta a la cuestión a la que se enfrentan todos los terapeutas al comenzar la terapia: «¿Cómo puedo emplear mi formación y mi experiencia, además de los enfoques terapéuticos basados en la evidencia, para tratar los problemas concretos que presenta esta persona?». El libro responde a esta pregunta al demostrar el modo en que una conceptualización hábil del caso proporciona modos de trabajar de forma colaborativa con los clientes para (1) describir las cuestiones que presenta, (2) comprenderlas en términos cognitivo-conductuales, y (3) encontrar formas de aliviar la angustia y de crear resiliencia en el cliente.

¿Qué es la conceptualización del caso?

Definimos la conceptualización del caso de la TCC de la siguiente manera:

La conceptualización del caso es un proceso por el cual el terapeuta y el cliente trabajan de forma colaborativa para describir en primer lugar los problemas que un cliente presenta en la terapia y, a continuación, para explicarlos. Su función principal consiste en guiar la terapia a fin de aliviar la angustia de los clientes y de crear resiliencia en ellos.

Recurrimos a la metáfora de un crisol para enfatizar varios aspectos de nuestra definición (figura 1.1). Un crisol es un recipiente resistente que permite combinar diferentes sustancias, las cuales se transforman en algo nuevo. Por lo general, calentar el crisol facilita el proceso de cambio. El proceso de la conceptualización del caso es así en la medida en que combina las experiencias y las cuestiones que presenta el cliente con la teoría y la investigación de la TCC, para formar una nueva comprensión original y única del cliente. La teoría de la TCC y la investigación son ingredientes esenciales en el crisol; la integración del conocimiento empírico es lo que diferencia la conceptualización del caso de los procesos naturales en que habitualmente damos significado a la experiencia en la que las personas participamos todo el tiempo.

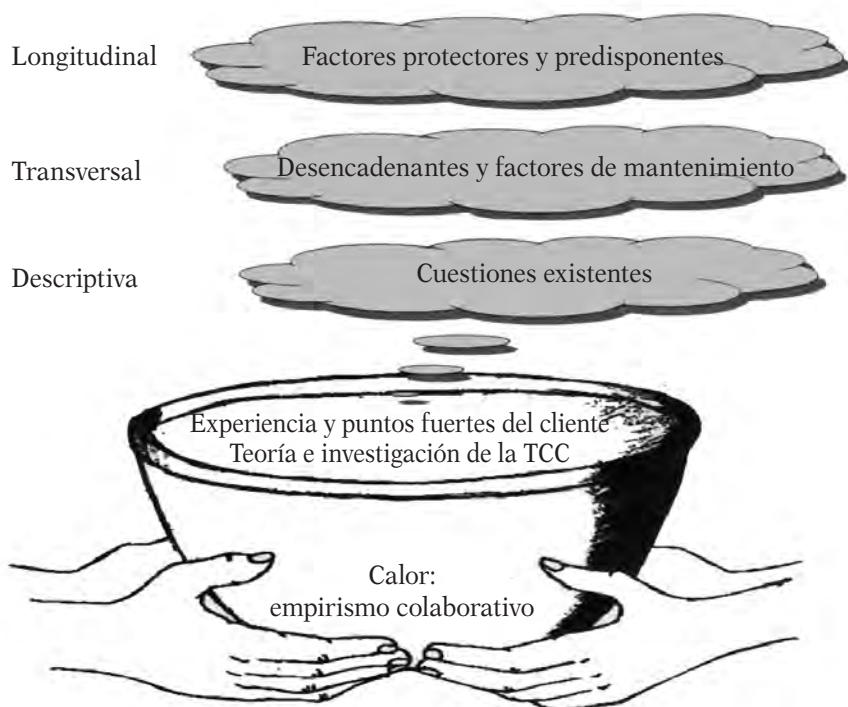


Figura 1.1. El crisol de la conceptualización del caso.