

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Importancia de la conceptualización del caso | en la terapia cognitiva: un ejemplo clínico.

Fernandez, Leandro.

Cita:

Fernandez, Leandro (2024). *Importancia de la conceptualización del caso | en la terapia cognitiva: un ejemplo clínico*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/527>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/0xz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

IMPORTANCIA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO EN LA TERAPIA COGNITIVA: UN EJEMPLO CLÍNICO

Fernandez, Leandro

GCBA. Hospital General de Agudos “Dr. C. Durand”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La conceptualización del caso es el proceso a través del cual se organizan todos los datos obtenidos durante las primeras consultas, con el objetivo de comprender de qué, cómo y por qué sufre el consultante. En este sentido constituye una herramienta clínica de gran relevancia para entender cómo se manifiesta un trastorno en un individuo determinado, y para guiar al terapeuta en la conducción del tratamiento. Teniendo en cuenta esto, en el presente escrito me propuse como objetivo realizar una breve y general introducción a la teoría cognitiva y a la noción de conceptualización del caso que me permitió luego llevar a cabo una articulación clínica con el caso de una paciente que atiendo en el marco de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave

Conceptualización de caso - Terapia cognitiva - Psicología clínica - Utilidad clínica

ABSTRACT

IMPORTANCE OF CASE CONCEPTUALIZATION IN COGNITIVE THERAPY: A CLINICAL EXAMPLE

The case conceptualization is the process through which all the data obtained during the first consultations are organized, with the aim of understanding what, how and why the consultant suffers. In this sense, it constitutes a clinical tool of great relevance to understand how a disorder manifests in a specific individual, and to guide the therapist in conducting treatment. Taking this into account, in this paper I set out as my objective to make a brief and general introduction to cognitive theory and the notion of case conceptualization that later allowed me to carry out a clinical articulation with the case of a patient that I care for in the framework of a general acute hospital in Buenos Aires City.

Keywords

Conceptualization of the case - Cognitive therapy - Clinical psychology - Clinical utility

Introducción

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una familia de psicoterapias que comparten los mismos supuestos teóricos fundamentales que se pueden resumir en la premisa de que la cognición, la emoción y la conducta son sistemas interdependientes, por lo que la modificación de cualquiera de ellos llevará a cambios en los otros (Keegan & Holas, 2009). Stefan Hofmann (2014) expone que, para entender la psicopatología, estas terapias adoptan el modelo diátesis-estrés que supone que el desarrollo de un trastorno puede ser generado por la combinación de una vulnerabilidad individual (diátesis) y factores ambientales estresantes (estrés) cuyo contenido guarde alguna relación con el tipo de vulnerabilidad que presenta la persona. Tener en cuenta los factores de inicio (la vulnerabilidad individual) y los factores desencadenantes (situación estresante) es importante, sin embargo el interés de la psicopatología cognitiva-conductual está puesto en identificar y abordar los factores de mantenimiento, ya que son los responsables de que el trastorno persista en el tiempo (Keegan, 2012). La TCC es considerada como el Gold Standard de la psicoterapia actualmente disponible por ser el tratamiento más estudiado, más aceptado y el que ha demostrado mayor eficacia en la mayoría de los trastornos (Hofmann y Hayes, 2018). Teniendo en cuenta esto, y que fue la primera en ser evaluada con criterios más estrictos (utilizando por ejemplo ensayos clínicos aleatorios y controlados) es considerada como la primera terapia basada en la evidencia (David et al., 2018).

Sentimos como pensamos

Desde este enfoque se plantea una premisa fundamental: La cognición cumple una función mediadora entre la situación y el afecto (Beck y Clark, 2012). La forma en que una persona interpreta un suceso, influirá en cómo se sentirá y comportará: Es por esto, que se considera que el procesamiento de la información cumple un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

¿Por qué distintas personas interpretan la misma situación de manera diferente?

Beck et al. (1979) describe diferentes “niveles” cognitivos: esquemas, creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Estos fenómenos en ocasiones pueden tornarse disfuncionales y rígidos volviéndose así fuente de malestar para las personas y, por lo tanto, principal foco en el tratamiento.

Se entiende a los **esquemas** como aquella estructura cognitiva a través de la cual se interpreta y procesa la realidad. De esta manera guían nuestros pensamientos, emociones y conductas. El contenido de los esquemas son las creencias. Las **creencias centrales** son ideas generales acerca de uno mismo, de las otras personas y del mundo, que se desarrollan a partir de la infancia en la interacción con el entorno. Son tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar y son consideradas verdades absolutas. En un siguiente “nivel” se encuentran las **creencias intermedias** entendidas como actitudes, reglas o presunciones generalmente no expresadas. Estas son más situacionales, influyen en la manera de interpretar una situación y por lo tanto en la manera de sentir y comportarse. Por último, en el “nivel más superficial” de la cognición se ubican los **pensamientos automáticos** que pasan por la mente de cada persona en cada situación en particular generando cambios emocionales, fisiológicos y comportamentales. Estos surgen de las creencias y suelen ser automáticos, breves y veloces por lo que muchas veces son tomados como verdades sin ser sometidos a crítica alguna.

Conceptualización del caso

La conceptualización del caso es el proceso a través del cual se organizan todos los datos obtenidos durante las primeras consultas, con el objetivo de comprender de qué, cómo y por qué sufre el consultante. Para lograr esto es necesario previamente realizar una exhaustiva evaluación que permita puntualizar los problemas y síntomas, y plantear hipótesis acerca de los factores de vulnerabilidad, desencadenantes y de mantenimiento de ellos (Persons, 2012). Estas primeras entrevistas de evaluación resultan imprescindibles dado que los datos recabados y el modo en que estos se ordenan y se priorizan, determinará la comprensión de lo que le ocurre al paciente, y por lo tanto la hipótesis de trabajo para abordar dichas problemáticas.

Es un proceso que comienza durante el primer contacto con el paciente, pero que no se limita a esos primeros encuentros. Es permanente y dinámico, se revisa con el paso de las sesiones y está sujeto a modificaciones en la medida en que se presenten nuevos datos y que las hipótesis previas se confirmen o se rechacen.

“Una formulación basada en la terapia cognitivo conductual debería poder responder la siguiente pregunta: ¿Cuáles fueron las creencias activadas y cuáles fueron los factores desencadenantes de las mismas, y que pensamientos disfuncionales, estados de ánimo y conductas disfuncionales han generado?” (Keegan y Holas, 2009).

Más allá de haber diferentes modelos de conceptualización del caso, todos ellos incluyen los siguientes componentes: lista de problemas, diagnóstico según dsm 5, perfil cognitivo (pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares), factores predisponentes o de vulnerabilidad, factores desencadenantes, factores de mantenimiento, Obstáculos previsibles para el tratamiento e hipótesis de trabajo.

Caso Ines

Ines es una mujer de 48 años, vive en la ciudad de Buenos Aires con su hija Pia de 17 años y trabaja como asistente en una institución geriátrica. Llega en diciembre del año 2022 al servicio de salud mental del hospital Durand por recomendación de la psicóloga de su hija.

Al indagar acerca de su motivo de consulta, refiere sentirse angustiada y triste la mayor parte del día desde hace poco más de seis meses cuando Pia comienza a manifestar problemas de salud mental. Agrega que desde entonces tampoco está pudiendo dormir y no tiene apetito, por lo que su peso corporal se vio disminuido en los últimos meses. Expresa que llora mucho, principalmente por la noche para que su hija no la vea, y que suele despertarse por la madrugada y quedarse pensando. Asimismo, evidencia sentimientos de culpa “*Mi hija está así porque yo hice las cosas mal*” (sic), de soledad y desesperanza.

Refiere que ha dejado de realizar actividades que solía disfrutar como por ejemplo andar en bicicleta, salir a caminar y pasar tiempo con sus compañeras de trabajo. Siempre ha sido una persona centrada en su hija, pero últimamente a raíz de esto, el resto de las áreas de su vida se han visto descuidadas.

Ines nació en la provincia de Santiago del Estero, tiene tres hermanos mayores y tres hermanas menores. Debido a la delicada situación económica en la que se encontraban, a sus 14 años dejó sus estudios y se mudó a Buenos Aires junto con sus tres hermanos para trabajar y ayudar económicamente a su familia enviando cada mes parte de su sueldo a su padre.

Ha mantenido un vínculo de pareja con el padre de su hija, en el cual sufrió violencia psicológica hasta hace 15 años cuando decidió finalizar la relación.

Niega antecedentes de salud mental en familiares. No obstante, relata que su padre expresaba sistemáticamente que “se quería matar” (sic). Nunca ha tenido episodios maniacos o hipomaníacos y no consume sustancias.

Conceptualización caso Ines

· Lista de problemas:

Sentimientos de tristeza, desesperanza y soledad.
Dificultades para dormir
Pérdida de apetito
Aislamiento social
Disminución del peso corporal
Rumiación
Sentimiento de culpa
Crisis de llanto generalmente por la noche
Relación de dependencia con su hija

· Diagnóstico

Ines cumple con los criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado.

· Perfil cognitivo

A partir del análisis y de la indagación cognitiva de las situaciones problemáticas para la consultante (por ej, ¿Qué estabas pensando en el momento en el que te empezaste a sentir de esa manera?) se despliegan los siguientes pensamientos automáticos más recurrentes

Pensamientos automáticos: “Soy una mala madre” “Esto no tiene solución” “Mi hija está así porque yo hice las cosas mal” “No hablo con nadie de lo que me pasa para no molestar” “Mi hija no me puede ver mal” “A mi hija le hubiera hecho bien crecer con el padre” “Nunca voy a volver a estar bien”

Preguntando directamente sobre una regla o actitud que la paciente tenga o analizando la presencia de temas comunes en los pensamientos automáticos, se pueden identificar las siguientes creencias:

Creencias intermedias: “No debería mostrarme vulnerable” “Si hubiera hecho las cosas bien, entonces mi hija no estaría mal” “Como el resto de las personas son vulnerables, tengo que estar para ellos.”

A partir de lo anterior y de su historia de vida, se podría hipotetizar que Ines se percibe a sí misma y al resto de las personas de la siguiente manera:

Creencias nucleares: “Soy insuficiente” “Soy una persona vulnerable” “El resto de las personas son vulnerables”

· Factores predisponentes o de vulnerabilidad

A sus 14 años Ines tuvo que venir a trabajar a Buenos Aires separándose así de sus padres y sus hermanas menores, para poder ayudar económicamente a su familia. Esta experiencia temprana pudo haber gestado la creencia de que los demás son vulnerables y que ella debe hacerse cargo, expresándose posteriormente en el desarrollo de vínculos de dependencia (donde dedica todo a la persona que la necesita).

Asimismo, el mantenimiento de la precariedad económica a pesar de sus esfuerzos pudo haber generado en ella la creencia de ser una persona insuficiente.

Se podría hipotetizar también que esa separación temprana pudo haber generado esquemas con foco en lo vincular constituyendo una vulnerabilidad sociotrópica.

Por otro lado, las expresiones de ideas de muerte de su padre, podrían sugerir también cierta predisposición genética.

· Factores desencadenantes

La problemática de salud mental de su hija como estresor pareciera ser el principal factor desencadenante de los problemas actuales de la consultante.

· Factores de mantenimiento

La rumiación, el aislamiento social y las distorsiones cognitivas estarían actuando como factores de mantenimiento.

· Obstáculos previsible para el tratamiento

La paciente impresiona dificultades en la comunicación asertiva. Esto, trasladado a la imposibilidad de comunicar alguna discrepancia, disconformidad o expectativas en relación al proceso terapéutico podría ser un obstáculo para la continuidad del mismo.

· Hipótesis de trabajo

Inés consulta porque desde hace más de seis meses se siente angustiada, con sentimientos de desesperanza y soledad. También sufre insomnio de conciliación y mantenimiento, disminución del apetito y de su peso corporal. Pareciera estar cursando un episodio depresivo mayor, episodio único, moderado.

Propio de los trastornos del espectro depresivo se puede observar en ella una visión negativa sobre sí misma y el futuro: Ines se considera una mala madre y tiene la convicción de que esta situación no tiene solución.

Las condiciones de crianza adversas y las experiencias tempranas vividas en relación a la mudanza y la necesidad de trabajar pudieron dar lugar a la conformación de esquemas sociotrópicos. Esta vulnerabilidad específica en interacción con la problemática de salud mental de su hija, dieron lugar a pensamientos automáticos disfuncionales tales como “Soy mala madre”, “Esto no tiene solución”, “Mi hija está así porque yo hice las cosas mal”, “A mi hija le hubiera hecho bien crecer con su padre”, vinculados a determinadas creencias intermedias rígidas como “Si hubiera hecho las cosas bien, entonces mi hija no estaría mal” “Como el resto de las personas son vulnerables, tengo que estar para ellos.”

Asimismo muchos de los pensamientos automáticos recurrentes identificados en Ines constituyen sesgos cognitivos, que junto con la rumiación y el aislamiento social estarían manteniendo la sintomatología depresiva.

Teniendo en cuenta esto, la dirección del tratamiento apuntaría a la evaluación y cuestionamiento en un principio de los pensamientos distorsionados para lograr alivio sintomático, y luego de las creencias centrales e intermedias para disminuir las posibilidades de recaídas en el futuro. Esto llevaría como objetivo final a lograr flexibilización y reestructuración cognitiva.

Distorsiones cognitivas

Beck, A. (1963) propone el concepto “distorsiones cognitivas”, definiendo a las mismas como desviaciones o errores sistemáticos en el pensamiento realista y lógico que tienen los sujetos con depresión.

Dada la interdependencia de los tres sistemas (emoción, conducta y pensamiento), y la función mediadora de la cognición (la forma de interpretar los hechos influye en la forma de sentir y comportarse), los errores en el pensamiento son los principales responsables de que la sintomatología depresiva persista en el tiempo, ya que la presencia de sesgos negativos derivará necesariamente en un estado de ánimo decaído en el plano

emocional, y en el plano conductual en una disminución de la actividad (Keegan, 2007). En el caso de nuestra paciente, podemos identificar una serie de distorsiones cognitivas, que tiene consecuencias en el plano afectivo (Ines se siente triste y angustiada la mayor parte del día con sensación de desesperanza por el futuro) y en el plano comportamental (hipobulia, hiporexia, disminución del sueño y aislamiento social).

¿Cuáles son las distorsiones cognitivas presentes en Ines?

Personalización: Es la tendencia a atribuirse a sí mismo algún resultado negativo sin estar justificado. Los recurrentes pensamientos de culpa de Ines en relación al estado de salud de su hija son un ejemplo de este tipo de distorsión. “Mi hija está así porque yo hice las cosas mal”.

Inferencia arbitraria: Tendencia a extraer una conclusión en ausencia de evidencia o en presencia de datos que lo contradigan. Los pensamientos de la paciente haciendo referencia a su mala función de madre o a la idea culpabilizante de que Pía necesitaba crecer con su papá a pesar de las características violentas de este, son algunos ejemplos de este tipo de sesgo. “A mi hija le hubiera hecho bien crecer con el padre”, “Soy una mala madre”.

Pensamiento catastrófico: La paciente suele creer que el peor resultado es el único posible. “Nunca voy a volver a estar bien” “Esto no tiene solución”

Adivinación del futuro: “Nunca voy a volver a estar bien” “Esto no tiene solución”

Identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas (previo a un trabajo de psicoeducación y socialización del modelo cognitivo) es necesario, pero no suficiente. Posteriormente de lo que se trata (a muy grandes rasgos y sin entrar en detalles) es de un trabajo colaborativo donde paciente y terapeuta en equipo buscan cuestionar dichos pensamientos buscando corroborar o refutarlos contrastándolos con los datos de la realidad con la finalidad de desarrollar interpretaciones alternativas. Las siguientes son algunas preguntas genéricas para la evaluación de los pensamientos: ¿Cuál es la evidencia a favor de este pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra? ¿Hay alguna explicación alternativa?

Conclusión

Entender de qué y por qué sufre un paciente implica no sólo el desarrollo de hipótesis estableciendo una relación entre los síntomas y los mecanismos psicológicos que pudieron haber participado en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de ellos; también implica no tomar esas hipótesis como verdades absolutas. Así como incitamos a los pacientes a tomar sus propios pensamientos como hipótesis a ser verificadas, el psicoterapeuta debe hacer lo mismo con sus explicaciones plasmadas en la formulación del caso, por lo que este debe estar abierto a la observación de fenómenos que podrían ser congruentes o discrepantes con dichas conjeturas

Una buena formulación del caso permite entender cómo se manifiesta un trastorno (o un conjunto de conductas problema) en un individuo determinado, y por lo tanto guía al terapeuta en la conducción del tratamiento. Es por esto que la principal razón de su uso es su utilidad clínica. Sin este proceso no hay tratamiento posible. ¿Cómo abordar lo que no se comprende? ¿Sobre qué intervenir si no se sabe qué mecanismos están participando en la problemática?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T. (1963). Pensamiento y depresión: I. Contenido idiosincrásico y distorsiones cognitivas. *Psiquiatría Arch Gen*. 9 (4): 324-333. doi: 10.1001 / archpsyc.1963.01720160014002. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Clark, D. A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Ciencia y Práctica. Desclée de Brouwer.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry*, 9, 4.
- Hofmann, S. F. (2014). Hacia un sistema de clasificación cognitivo-conductual de los trastornos mentales. *Behavior Therapy*.
- Hofmann, S. F., & Hayes, S. C. (2018). The history and current status of CBT as an evidence based therapy. En *Process-based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*, Hayes, S. C., & Hofmann, S. F. (Eds.), capítulo 1 (pp. 7-21).
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Eudeba.
- Keegan, E. (2012). ¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales? La perspectiva cognitivo-conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 221-226.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). *Terapia cognitivo comportamental: Teoría y práctica*. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). Springer. Traducción: Ariel Dalla Valle.
- Persons, J. B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
- Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Teoría y terapia cognitiva. En E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression* (pp.329-351). Guilford Press. Traducción: Leonora Lievendag.
- Tolin, D. (2016). Crear conceptualizaciones sustanciosas. En D. Tolin, *Doing CBT. A Comprehensive Guide to Working with Behaviors, Thoughts, and Emotions* (pp. 94-108). The Guilford Press. Traducción: Alicia Facio.