

# ESTUDIO DE CASO DE UNA PERSONA CON DEPRESIÓN

## *CASE STUDY OF A DEPRESSED PERSON*

**Claudia Cancio-Bello Ayes**

**Luis Amaury Quintana Velarde**

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

### RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar a una persona que necesitaba ayuda psicológica en el Centro de Orientación y Atención Psicológica (COAP) Alfonso Bernal del Riesgo, de La Habana, debido a un trastorno depresivo mayor a partir de la muerte de su madre. El diagnóstico se realizó a través de entrevistas y observando los síntomas. Se utilizó el método clínico y las siguientes técnicas: entrevistas en profundidad y tareas terapéuticas, con el fin de comprender la complejidad de este trastorno, así como el impacto psicosocial que representa para la propia persona. Los resultados permitieron una descripción del trastorno depresivo mayor: estado de ánimo triste, pérdida del apetito y de deseos de realizar las actividades cotidianas durante varios meses.

**Palabras clave:** duelo, estrategias de afrontamiento, psicología clínica, trastorno depresivo.

### ABSTRACT

*This work was carried out with the objective of characterizing a person who needed psychological help in the Alfonso Bernal del Riesgo Center for Guidance and Psychological Care (COAP), in Havana, due to a major depressive disorder after her mother's death. The diagnosis was made through interviews and observing the symptoms. It was used the clinical method and the following techniques: in-depth interviews and therapeutic tasks, in order to understand the complexity of this disorder, as well as the psychosocial impact it represents for the person herself. The results allowed a description of the major depressive disorder: sad mood, loss of appetite and desire to perform daily activities for several months.*

**Keywords:** *duel, resistance strategies, clinic psychology, depressive disorder.*

### INTRODUCCIÓN

La depresión, según Cao (2005), se caracteriza por “ser un sentimiento de tristeza y de abatimiento que produce intenso malestar y sufrimiento. La persona tiende a juzgarse mal a sí misma, a subvalorarse, y

puede manifestar ideas de autoacusación. El estado depresivo presenta distintos niveles o grados de manifestación” (p. 53). Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (American Psychological Association, 2002) y el DSM-V (American Psychological Association, 2015), los trastornos depresivos son trastornos del humor. Asimismo, el episodio depresivo mayor se caracteriza por los siguientes síntomas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo que dice la propia persona.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante del peso corporal sin hacer régimen o aumento de peso o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnía.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida.

Uno de los conceptos claves en la teoría de Beck, Rush, Shawn y Emery (1983) es el de pérdida. Este fue tomado de la formación psicoanalítica, en concreto del escrito de Freud “Duelo y melancolía”, publicado en 1917. Para Freud, el depresivo melancólico siente la pérdida personal y la humillación por parte de otra persona significativa, pero no puede tolerar sus propios impulsos agresivos por estar herido. La persona incorpora al otro en el sí mismo psicológicamente y castiga de forma simbólica a la otra persona por el propio sufrimiento del ego. Freud modificó esta cuestión con el tiempo, considerando algo normal la tendencia a internalizar los objetos perdidos y a la depresión como una consecuencia de un super-yo excesivamente estricto.

La aflicción es una reacción a la pérdida de un ser amado. En este estudio de caso la pérdida de la madre es la causa de esta tristeza. “Lo esencial del duelo es el cariño (apego) y la pérdida. La muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, de su irreversibilidad [...] Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás” (Meza *et al.*, 2008, p. 29).

La melancolía se caracteriza, psíquicamente, por ser un estado de ánimo profundamente doloroso, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio y problemas de autoestima con respecto a la imagen corporal. Esta última se traduce en reproches y acusaciones que la persona se hace a sí mismo y puede llegar incluso a una espera delirante de castigo. Según Beck *et al.* (1983), una situación de pérdida hará que se activen los esquemas y producirá la tríada cognitiva.

## 1. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es la cualitativa de investigación psicológica y el método clínico. Este permitió una investigación profunda de la persona, además de un acercamiento a las características de la personalidad, así como a su conformación y dinámica. Lo más importante no es la enfermedad misma, sino la persona que la padece, pero esta debe ser comprendida en relación a la primera.

La técnica de estudio de caso posibilitó que se insertasen de forma ordenada todos los datos significativos que correspondían al caso y se estudiaran en profundidad. Su uso fue necesario, ya que se buscaban los nuevos elementos que pueden aparecer en el transcurso de la investigación, así como su análisis en

contexto para comprender la relación de la problemática y el momento, por ejemplo, en el que se desarrolla, exacerba o reduce (Alonso, 2007).

El trabajo clínico se basa en un modelo de psicoterapia integrativa, debido a la valiosa perspectiva que le ofrece al terapeuta. La tarea del clínico integracionista es ofrecer un servicio psicoterapéutico en donde impacten los diversos motivos de consulta de los pacientes, tomando como soporte las fortalezas que pueden ofrecer diversos modelos, dado que existen limitaciones inherentes al uso de una sola teoría. No cabe duda de que no todas las terapias son igual de efectivas y que se pueden aplicar diversas técnicas de intervención de forma sistemática, independientemente de las teorías que les dieron base. Sin embargo, es válido aclarar que esto no implica un eclecticismo al azar ni una selección indiscriminada. Se trata de un proceso sistemático, resultado de la evaluación de los diferentes niveles y áreas de funcionamiento de cada paciente, los factores y variables particulares y el contexto terapéutico, que incluye el formato o estrategia.

## **2. RESULTADOS**

### **2.1. Presentación del caso**

La paciente (seudónimo CRER) es una mujer blanca de 55 años de edad y formación universitaria que se desempeña como trabajadora por cuenta propia. Está casada y convive con sus dos hijas y esposo en La Habana, Cuba. Es atendida en el Centro de Orientación y Atención Psicológica (COAP). Los antecedentes patológicos familiares (APF) son la hipertensión y el trastorno de personalidad de su madre y el cáncer de pulmón que derivó en la muerte del padre. Sus antecedentes patológicos personales (APP) indican que recibió atención y ayuda psiquiátrica a raíz de la muerte de la madre, pero le mandaron tratamientos farmacológicos que decidió abandonar luego de un mes.

El motivo de la consulta fue la presencia, en determinadas ocasiones, de crisis de falta de aire y miedo a morir como su madre: sola y sin el cuidado de sus hijas. La paciente se sentía culpable por el fallecimiento y pensaba que no la había cuidado lo suficiente.

A raíz de la muerte, el problema empezó con síntomas de taquicardias, padecimiento similar al que condujo al fallecimiento: falta de aire e infarto. Al cabo del tiempo, la paciente empezó a atenderse con la misma psiquiatra de su madre, que, por un tema de conocimiento del caso, le aconsejó medicamentos y análisis fisiológicos. La paciente abandonó el tratamiento por asuntos personales, pero realizó los análisis físicos, que mostraron estabilidad en el organismo. No obstante, continuó con la falta de aire en determinadas circunstancias. Finalmente, decidió buscar ayuda gracias a la propuesta de su hija menor, quien buscaba una explicación de sus síntomas y depresión.

### **2.2. Análisis por sesiones**

#### **2.2.1. Sesión 1**

Esta sesión se enfocó en conocer, de manera general, la problemática traída a consulta, así como la historia del problema y otros temas que pudieran estar relacionados. La actuación terapéutica comenzó por una presentación, se recogieron los datos de la paciente y se realizó un encuadre de cómo se iba a trabajar durante los encuentros. Después comenzó, mediante una entrevista semiestructurada, la exploración del problema y otros aspectos que pudieran estar relacionados.

La principal idea de la sesión fue cómo se sentía, por qué decidió ir a consulta, conocer un poco la historia del problema y de qué manera ella lo afrontaba en ese momento. En esta primera sesión exploratoria no

se trazaron hipótesis explicativas del problema, debido a su carácter introductorio. No obstante, en la base del discurso de la paciente se reflejaron indicios de temor a su padecimiento.

La estrategia terapéutica se basó en una breve historia de su vida, desde la adolescencia hasta la actualidad, donde la paciente relacionó los sucesos que le provocaron malestar emocional y físico con su madre y su influencia en sí misma. Como tarea terapéutica, se le orientó reflexionar sobre el proceso de elaboración de una pérdida, para trabajar con su sentimiento de culpa por la muerte. Se pudo observar que durante la sesión estuvo muy emotiva: lloraba y demostraba tristeza al explicar todo el proceso de su madre.

### **2.2.2. Sesión 2**

En este segundo encuentro se trató cómo se había sentido la paciente desde la primera sesión. Los temas fueron la elaboración de la pérdida, su relación con su familia –específicamente con sus hijas– y la necesidad de buscar el bienestar emocional. La sesión comenzó con un recuento de cómo se había desenvuelto y sentido durante las dos semanas sin atención psicológica. Se trabajó en conjunto con el surgimiento de la sensación no real de muerte, producto de una extracción de muela. Afloró además el tema familiar, relacionado con sus hijas, y la necesidad de compañía por parte de la paciente, específicamente de la mayor, quien la había acompañado al centro en estos dos encuentros.

La sesión se centró en cómo CRER se sentía con estos pensamientos de miedo a la muerte. Se le mostró que extraerse una muela es una acción necesaria, pero sin consecuencias para la vida. Además, se buscaron alternativas para tener un canal comunicativo eficiente con su familia y se enfatizaron los puntos y acontecimientos positivos que tuvieron lugar en ese tiempo. Se incentivó la incorporación de nuevos hábitos y actividades personales para crear un espacio independiente a sus hijas, de manera que la paciente pudiera disfrutar su vida también en los momentos de soledad.

Una hipótesis explicativa del problema fue que el miedo se refleja en la extracción de una muela porque teme desangrarse y morir. Se refiere a la posibilidad de su muerte como repetición de la de su madre. Eran tantas las ganas de no sentirse sola, que la paciente llegó a cambiar el turno del dentista porque su hija no podía asistir, lo que demuestra dependencia del otro y temor a fallecer en soledad.

La sesión se basó en reflexiones críticas sobre su miedo a sacarse una muela, específicamente a la muerte, seguido de la ausencia a la consulta de estomatología para evitar ir sin compañía. Por tanto, se empleó un recurso psicoterapéutico de experiencia emocional-correctiva que consiste en brindarle al paciente la oportunidad de enfrentarse, de una manera diferente en el presente, a una situación que en el pasado le resultó traumática (la muerte de su madre). La reestructuración cognitiva fue otro de los recursos empleados. Consiste en que, con la ayuda inicial del terapeuta, el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En vez de decir a CRER cuáles son los pensamientos alternativos válidos, se formularon preguntas y se diseñaron experimentos conductuales para que ella evaluara y sometiera a prueba sus pensamientos negativos, para llegar así a una conclusión sobre su validez y utilidad. La tarea terapéutica fue reflexionar sobre lo tratado en la sesión.

### **2.2.3. Sesión 3**

En este tercer momento se abordó cómo se sentía la paciente con la nueva situación, en la que era necesario apelar a ideas nuevas, no hacer tantas conexiones con la muerte y ayudar al flujo de la comunicación con su familia, sin saturarla con sus pensamientos negativos.

La sesión comenzó con un recuento de cómo se había desenvuelto y sentido CRER durante la semana. Luego, se trabajó de conjunto en cómo ella podría notar que todo era un ciclo, en la promoción de acciones que le brindaran bienestar –aunque fueran cosas de trabajo–, en pensar estrategias para cumplir con las normas impuestas y en cómo poder lidiar con estar afuera de su casa sin pensar que algo sucedería. Además, se continuó reflexionando sobre la necesidad de tener a alguien a su lado.

El principal tema de la sesión fue el sentimiento y la creencia de que le daría un infarto del miocardio, producto del consumo de noticias en redes sociales como Facebook (leyó un artículo sobre este tema). Además, fueron discutidos el hecho de dormir fuera de casa por trabajo pero lejos de su familia y no sentirse bien estando sola y la proyección en su cuerpo de lo que sucede en su psiquis. El conjunto de todos los malestares se observó en su somatización: problemas estomacales y pérdida del apetito. Otro tema importante para CRER fue la autovaloración, ya que también se entristeció con su cuerpo, lo que devino en vergüenza al tener relaciones sexuales con su pareja.

La hipótesis explicativa del problema marcada en esta sesión fue que la paciente revivió la muerte de su madre inconscientemente. No se alimentaba bien y trabajaba todo el día, por lo que estaba débil, lo que provocó a su vez que se sintiera mal con su físico y tuviera una autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración, hasta tal punto que no tenía relaciones sexuales con su esposo, aunque él las deseara.

La estrategia terapéutica de la sesión se basó en reflexiones críticas sobre su vida y los sucesos que le provocaban malestar. Los recursos empleados incluyeron la ventilación de emociones, mediante la creación de condiciones que facilitarían que CRER pudiera expresar libremente sus tensiones y emociones negativas vinculadas a sucesos presentes o pasados. La respuesta fue escuchar con actitud aceptante y paciente, lo que contribuye a liberar sentimientos que tienen un carácter consciente pero desagradable. El apoyo fue otro recurso efectivo, con el cual se trató de incrementar la autoconfianza de la paciente y asistirle en el análisis de las situaciones problemáticas o conflictivas en las cuales su capacidad de introspección y autoanálisis se encontraban comprometidas.

Los objetivos alcanzados fueron la reducción de la ansiedad, la agresividad, la frustración o cualquier otro estado afectivo negativo presente. Se incrementó la capacidad de análisis de las relaciones e intercambios que el paciente mantiene con otras personas, con el entorno en general y la capacidad de introspección. Como tarea terapéutica se indicó realizar acciones concretas planteadas antes de irse de consulta.

#### **2.2.4. Sesión 4**

En esta sesión se abordó nuevamente la problemática inicial de CRER: la falta de aire y presión en el pecho en determinadas ocasiones, mientras se encontraba sola con una de sus hijas. Esto se desencadenó debido a una operación de mínimo acceso que tenía su hija menor en días próximos, lo que le causaba mucha ansiedad, por miedo a que le sucediese algo negativo. Se discutieron los procesos de duelo y el tema de tener un espacio de reflexión solo para ella.

Se comenzó con un recuento de cómo se había desenvuelto y sentido CRER durante las tres semanas anteriores, debido a que no pudo asistir a consulta porque se encontraba enferma y tenía mucho trabajo. Se sentía muy apenada por no asistir y presentaba malestar emocional, pues la consulta era espacio para ventilar emociones negativas. La observación y entendimiento del proceso de operación de su hija y la explicación de cada etapa del duelo, que se utilizó como recurso psicoeducativo, funcionó mejor. Además, se le llamó a la reflexión de todo lo que había sucedido en su vida. Al final de la sesión se hizo énfasis en la búsqueda de estrategias para que sus concepciones puedan ser modificadas.

Una de las hipótesis explicativas del problema que podemos construir es que CRER estableció una conexión con el hospital y su padre, además de la preocupación y la inseguridad que se vive al esperar fuera de un salón de operaciones. Esto está asociada con la muerte, tema latente en la paciente. La falta de aire es evidencia de un vínculo entre la muerte y la forma de morir de la madre.

Entre las estrategias terapéuticas se encontraba brindarle información y educarla sobre las etapas del duelo, para que se diese cuenta e identificara cuál es su situación. Una vez identificada, se trabajaría con ella en otra sesión. Como recursos psicoterapéuticos se le proporcionó a la paciente la información relevante para tratar de corregir o eliminar algunas distorsiones en sus conocimientos y representaciones. Esto se correspondió con el carácter didáctico y educativo de las psicoterapias. Con respecto a su relación con su hija, se trataron de reducir los estados emocionales negativos, tales como ansiedad, depresión, frustración, etc., a niveles tolerables para la paciente. Se emplearon técnicas como la reestructuración cognitiva.

Como tarea terapéutica se le indicó buscar un lugar donde pudiera relajarse y analizar con más calma todo lo que ha ocurrido y su vida actual. Durante esta sesión se pudo observar su angustia y la falta de aire al hablar de su hija menor, pero se alegró más cuando habló de la defensa de maestría de su otra hija y su planificación de fin de año.

### 2.3. Seguimiento del caso

El caso aún mantiene seguimiento, ya que la paciente no logra identificar completamente las estrategias de afrontamiento propias que le permitan desenvolverse de manera cómoda, sin ayuda especializada, de forma tal que disminuya el malestar que estas situaciones le provocaban. No obstante, se notó una transformación y ella se sentía conforme y era capaz de proponer nuevas estrategias de afrontamiento, lo que dio indicios de su evolución y de que estos espacios eran provechosos para su bienestar psicológico.

## CONCLUSIONES

En este estudio de caso la paciente presentó un trastorno de depresión mayor, con síntomas como sentimientos de tristeza, pérdida de peso y de apetito, acompañados a menudo por inquietud y ansiedad, sentimientos de minusvalía, pena y culpa. Además, dejó de interesarse, o lo hacía de manera muy superficial, por personas o aspectos de la realidad ante los cuales reaccionaba vivamente antes de la muerte de su madre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A. (2007). *Estudio de casos clínicos. Selección de lecturas*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- American Psychological Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Barcelona, España: Arlington
- American Psychological Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Barcelona, España: Arlington
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shawn, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Cao, N. (2005). *Psicopatología general. Semiología*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Meza, E. G., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. y Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), pp. 28-31. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2008/rmq081g.pdf>