



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TITULO DEL TRABAJO

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CASO CLÍNICO, EL MODELO HISTÓRICO CULTURAL Y PSICOTERAPIA INTERPERSONAL EMPLEADOS EN UN CASO CON TRASTORNO DEPRESIVO.

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN DE GRADO DE CARÁCTER COMPLEXIVO ORDINARIO DIMENSIÓN PRÁCTICA PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGA CLINICA

AUTORA:

ASTUDILLO MAPOSITO ANDREA ELIZABETH

MACHALA, OCTUBRE-2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO DEL TRABAJO

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CASO CLÍNICO, EL MODELO HISTÓRICO CULTURAL Y PSICOTERAPIA INTERPERSONAL EMPLEADOS EN UN CASO CON TRASTORNO DEPRESIVO.

**TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN DE GRADO DE CARÁCTER COMPLEXIVO ORDINARIO DIMENSIÓN PRÁCTICA
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA:

ASTUDILLO MAPOSITO ANDREA ELIZABETH

0703726976

MACHALA, OCTUBRE-2015

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, ASTUDILLO MAPOSITO ANDREA ELIZABETH, con C.I. 0703726976, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CASO CLÍNICO, EL MODELO HISTÓRICO CULTURAL Y PSICOTERAPIA INTERPERSONAL EMPLEADOS EN UN CASO CON TRASTORNO DEPRESIVO.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 16 de noviembre de 2015

ASTUDILLO MAPOSITO ANDREA ELIZABETH
C.I. 0703726976

FRONTISPICIO

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CASO CLÍNICO, EL MODELO HISTÓRICO CULTURAL Y PSICOTERAPIA INTERPERSONAL EMPLEADOS EN UN CASO CON TRASTORNO DEPRESIVO.



ANDREA ELIZABETH ASTUDILLO MAPOSITO

C.I. N° 0703726976

AUTORA

COMITÉ EVALUADOR



PS.ZAIDA ZAMBRANO

0701881492



PS.YADIRA SÁNCHEZ

0705349025



PS. GEOVANNY BLACIO

0701894065

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a:

Mis padres, que me dieron la vida, cariño, y siempre se esforzaron por brindarme la mejor educación.

Mis tíos, Fernando, Juan, Luis, Ana, Juana, a mis primos Daniel, Jose Luis, Kiara por acompañarme en cada momento de mi vida.

Al Padre Víctor Condor porque siempre me motiva a dar mi mayor esfuerzo.

A todos los docentes que formaron parte de mi proceso académico y de quienes conservo muy gratos recuerdos.

Agradecimiento

Al culminar esta hermosa etapa universitaria agradezco a Dios, por ser mi fuente de inspiración a no desesperar.

Al psicólogo Geovanny Blacio, por el compromiso y responsabilidad que tiene con los estudiantes, por orientarnos en cada momento que lo necesitamos, especialmente en el desarrollo de este trabajo.

A mis padres, por su cariño, por su apoyo para continuar adelante en cada proyecto.

A mis tíos, les agradezco infinitamente por creer en mí.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo se desarrolla en la Universidad Técnica de Machala, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología Clínica y corresponde a la parte práctica de la modalidad de titulación, Examen Complexivo.

Es un estudio de caso bibliográfico, se encuentra dirigido a enfatizar la importancia de realizar un buen estudio de caso como método de investigación en psicología, en orientarse a un modelo psicológico, dominarlo y conocer las diversas psicoterapias que cada uno propone, pretende también conocer los síntomas de la depresión, cómo estos pueden afectar en el área personal, familiar, social, laboral de una persona, y su intervención a través de Psicoterapia Interpersonal, detallando su historia, características, estrategias y técnicas. También destaca la importancia de conocer el trastorno depresivo mayor, sus criterios diagnósticos, signos y síntomas asociados, que se encuentran en el DSM- IV.

Para realizarlo se contó con la predispuesta tutoría del psicólogo Geovanny Blacio, se utilizó diferentes fuentes de consultas, como artículos científicos, libros como el Manual Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, Libro de Casos del DSM- IV-TR entre otros; además de encuestas a profesionales para conocer su opinión acerca de la depresión.

A través del presente trabajo se espera adquirir conocimiento significativo sobre el Trastorno depresivo Mayor, el estudio de casos clínicos además de conocer la terapia interpersonal y compartir acerca de ella.

Palabras claves: estudio de caso, modelos psicológicos, trastorno depresivo mayor, terapia interpersonal.

EXECUTIVE SUMMARY

This work is developed at the Technical University of Machala, Faculty of Social Sciences, Clinical Psychology Race and corresponds to the operational mode of qualification, complexive exam

It is a study of bibliographic case, It's aim is to emphasize the importance of making a good case study as a research method in psychology, directed to a psychological model, to master and know the various psychotherapies that each case propesses. This study also helps identify the symptoms of depression, how these can have a serious Impact in the person's occupational, social and personal interaction; and the importance of Interpersonal Psychotherapy intervention, explaining it's history, characteristics, strategies and techniques. Finally, the study highlights the importance of knowing the major depressive disorder, diagnostic criteria, associated signs and symptoms found in DSM-IV.

To develop and complete this study, the mentorship of Ph, Geovanny Blacio Spencer, was incorporated and highly considered. Different sources of consultations were used, such as: scientific articles, books and the Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, Casebook DSM-IV-TR and professional surveys that were done with the purpose to know their opinion about depression.

Through this work is expected to acquire significant knowledge about Major Depressive Disorder, the study of clinical cases and to describe interpersonal therapy and to ultimately share the acquired knowledge.

Keywords: case study, psychological models, major depressive disorder, interpersonal therapy.

INTRODUCCIÓN

El estudio de casos clínicos, es un método de investigación de gran importancia en psicología clínica, permite realizar un estudio exhaustivo de la historia y problemática del sujeto, ya que permite recabar mayor información, a fin de explicar, comprender, pensamientos, conductas, y la afectividad del individuo. Para lo cual se apoya de técnicas debidamente fundamentadas. Barban (2012) afirma. “El estudio de casos es un método utilizado para organizar el conjunto de datos disponibles en una investigación” (p.73).

Los modelos psicológicos, describen los postulados de una teoría, indicando su exponente principal, y las contribuciones que ha recibido para su desarrollo, cada modelo evalúa al hombre desde diferente perspectiva, aporta con los métodos y técnicas a emplear por el psicólogo para llegar a un diagnóstico, según el modelo que se oriente, y brinda el fundamento hipotético para elegir una terapia adecuada a las necesidades del cliente.

La depresión es una enfermedad que se puede presentar en cualquier persona, se caracteriza por una alteración en el estado afectivo, con sentimientos de tristeza, e infelicidad la mayor parte del día, casi todos los días, provocando un malestar significativo en las áreas de interés del individuo; por esta razón se hace necesario conocer y empoderarnos de esta problemática, sus causas, criterios diagnósticos, y terapia requerida para intervenir, se puede destacar la Terapia Interpersonal como una de las que ofrece mejores resultados.

La finalidad de analizar los temas mencionados es que el futuro profesional de psicología adquiera destrezas y habilidades necesarias para la investigación psicológica, diagnóstico y tratamiento

DESARROLLO

1. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS

La psicología como ciencia utiliza diferentes métodos de investigación científica. Entre ellos: el método experimental, el método clínico y el método estudio de casos (Liebert, Spiegler, 2000).

El método estudio de casos

En el contexto del método estudio de caso, encontramos a autores como Robert Stake y Robert Yin, siendo los más citados en investigaciones sobre este método. Desde la perspectiva del primer referente entendemos que “el estudio de casos es el estudio de la particularidad y complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 2007, pág. 11). Según este autor el objetivo del estudio de casos es realizar una investigación del objeto lo más completa posible, que permita entender su actuar en situaciones concretas.

También se puede decir, que el estudio de casos es la estrategia preferida cuando se plantean preguntas del cómo y porqué de los hechos; cuando el investigador tiene poco control sobre los eventos y cuando el objeto de estudio está en un fenómeno contemporáneo; dentro de un contexto natural las fuentes de datos pueden ser cuantitativas, cualitativas o ambas (Yin, 2003).

Antecedentes históricos:

El estudio de casos es un método de investigación ampliamente utilizado en las ciencias humanas y sociales, se expondrá brevemente su recorrido hasta las ciencias psicológicas.

Gunderman citado en (Díaz et al., 2011) anota que entre los principales pioneros se encuentra Marx y sus estudios sobre el capitalismo en Inglaterra; Weber y sus investigaciones sobre el caso de la ética protestante y el capitalismo en específico sobre el calvinismo que pusieron las bases para el desarrollo del estudio de caso.

Otro de los pioneros en el uso de los estudios de casos fue el médico convertido en psicólogo Sigmund Freud, quien se basó en ellos para el posterior desarrollo de su teoría psicoanalítica. Su famosa paciente, Anna O., y sus observaciones detalladas acerca de su condición mediante el uso de la asociación libre como método para el tratamiento de la histeria y otras condiciones, dieron origen al estudio de caso en el campo de la Psicología.

En psicología “el estudio de caso es un cuadro global en el que se insertan y disponen ordenadamente los datos significativos” (Alonso, Roja, Cairo, 2007, pág. 39).

Las técnicas empleadas en este método investigación para la evaluación psicológica son:

Observación:

Es una técnica de gran importancia en todo tipo de investigación, “permite conocer la actividad que realiza el sujeto tanto en condiciones experimentales como naturales con el fin de obtener mayor información del individuo. (Alonso et al., 2007, pág. 119).

La observación participante no participante

El observador participante es el que se integra a un grupo y, por decirlo realiza sus observaciones desde adentro.

La observación no participante, ideal por la no intervención en los hechos.

Entrevista:

La entrevista clínica es una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro entre el profesional y el paciente, cuya finalidad es recolectar información global del paciente y principalmente del problema o trastorno de este. Es insustituible en el trabajo clínico, la elaboración de la historia clínica, y el examen del estado mental (Orellana D. C., 2009).

La entrevista puede ser:

Entrevista Estructurada.- se elabora una guía de preguntas que direccionan la entrevista.

Entrevistas No Estructuradas.- No tienen un plan o guía de lo que se va a preguntar.

Historia clínica:

La historia clínica es el instrumento de registro de datos disponibles, que se obtienen de la observación, la entrevista, entre otros, permiten descifrar, explicar el curso de la vida del paciente y su relación con la enfermedad. Sirve como documento bibliográfico para el seguimiento del individuo (Orellana C. , 2009). Se incluyen los siguientes datos:

Datos de filiación, motivo de consulta o internamiento, anamnesis, entrevista, el examen del estado mental, hábitos y encuesta psicosocial, psicobiografía, árbol familiar, exámenes complementarios, diagnóstico, tratamiento y evolución del caso. Es un instrumento que guarda todo cuanto concierne con la enfermedad y tiene valor no solo clínico sino también legal. (Orellana D. C., 2009, pág. 3)

Test:

Son instrumentos de evaluación psicológicas cuyo objetivo es recoger los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas, estos instrumentos son estandarizados, orientados por teorías preestablecidas, mediante las cuales se interpretan la información obtenida (Gonzales, 2007).

Los test se pueden clasificar en:

Test psicométricos: los test psicométricos se encargan de medir habilidades cognitivas y rasgos de la personalidad.

Técnicas proyectivas: aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo y da libertad de respuesta al sujeto, sin que él sea consciente del objetivo que se persigue, de modo que a través de la respuesta el sujeto proyecte rasgos de la personalidad o sus estados transitorios. (Gonzales, 2007, págs. 13-14)

Examen del estado mental

Necesario en la evaluación de una persona, indispensable su empleo para psiquiatras y psicólogos. Es el estudio transversal del psiquismo del paciente, consiste en una descripción de todo el aspecto que habla, las acciones, los pensamientos del paciente durante la entrevista, evalúa las funciones mentales: Conciencia, atención, lenguaje, orientación, memoria, inteligencia, pensamiento, sensopercepción, afectividad, motricidad, con una descripción previa del aspecto externo del paciente, se añade también los cuatro instintos principales: vida, nutrición, sexo y sueño (Orellana D. C., 2009).

En conclusión el estudio de caso es el método de investigación frecuentemente utilizado en las ciencias psicológicas, su importancia radica en el estudio profundo y holístico de un individuo en su contexto natural, además que brinda abundante información sobre sucesos significativos de su vida, busca responder a preguntas sobre el que, como y porque de ellos. Es de carácter descriptivo – explicativo, sus datos se pueden reunir de forma cuanti- cualitativa. Para la evaluación de la personalidad, conducta se pueden emplear diferentes técnicas como: la observación, entrevista, historia clínica, test, y el examen del estado mental. Su propósito orientar principalmente al diagnóstico y referir un tratamiento para el problema. Cabe resaltar que los resultados de este método no son generalizables, ya que la dinámica de cada individuo es única, pero puede servir de apoyo en casos similares.

2. UN MODELO PSICOLÓGICO COMO PUNTO DE PARTIDA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, SON UN REFERENTE PARA LA BUENA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

Modelo psicológico:

“Un modelo describe o significa algo” (Dicaprio, 1989, pág. 10).

Existen diversos modelos psicológicos como el modelo psicoanalítico, modelo humanista, modelo de aprendizaje social, etc. cada uno de ellos con su complejidad, orientan al psicólogo con los métodos, técnicas e instrumentos para desempeñar su labor; como evaluar, diagnosticar, y brindar psicoterapia a fin de lograr un cambio productivo en el cliente.

Vigotsky (1896-1934) desarrolló el modelo histórico cultural, entre sus principales aportes se destaca la “determinación histórico- social de lo psíquico y el principio de la actividad” (Fernandez, 2009, pág. 71). considera el psiquismo como un producto social, un proceso de apropiación a través de toda la historia cultural que lo antecede; el principio de actividad afirma la transformación de lo social a lo psicológico a través de la interiorización.

Según este modelo el sujeto tiene un papel activo con su realidad social, transformándola, generando nuevos conceptos que influyen en la unidad de lo afectivo y cognitivo, expresados a través de sus pensamientos, emociones, conducta.

De acuerdo a este modelo la interiorización negativa que tuvo su actual realidad social (el abandono de su carrera profesional por la maternidad- transición de rol) afectó su psiquis y la interrelación de los procesos afectivos y cognitivos, expresándose en: sentimientos de infelicidad, fracaso, anhedonia, etc. este conflicto en la adaptación y manejo de su nuevo rol, le ocasionó problemas interpersonales, entre ellos con su esposo, aislamiento hacia el entorno social, siguiendo este modelo y las características que presenta Laurel se hace necesario pensar en una terapia de tiempo limitado, que centre su atención en los acontecimientos actuales de la vida del cliente y en el análisis del funcionamiento social e interpersonal, para la comprensión y el tratamiento de los síntomas, entonces se estaría hablando de intervenir con Psicoterapia Interpersonal.

Entonces el modelo histórico cultural permite organizar la información recogida, orienta la investigación, toma de decisiones del profesional, frente a la demanda, y brinda las referencias para una psicoterapia. Hay que recordar que el psicólogo debe mantener una postura flexible frente al modelo psicológico seleccionado, ya que este puede ser modificado o transformado según las necesidades que se presenten en el desarrollo de la intervención psicológica.

3. IMPORTANCIA DE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS EN LA ELECCIÓN DE UNA BUENA PSICOTERAPIA

Un modelo psicológico, tiene como objetivo explicar la conducta, personalidad, conflictos y trastornos que pudiera manifestar la persona que se está estudiando, además que “organiza la información adquirida, facilita la comunicación con otros profesionales” (Bados, 2008, pág. 10). Es necesario desatacar la complejidad de la dinámica del ser humano, razón por la cual en psicología existen varios modelos psicológicos como: el psicodinámico, aprendizaje social, humanismo, etc. que nos pueden guiar en la toma de decisiones durante el proceso de evaluación, además de referir las características necesarias que debe tener la psicoterapia para lograr un cambio en base a su fundamento teórico.

A continuación una breve descripción de los modelos psicológicos según Morris y Maisto (2005)

Modelo psicodinámico

Afirma que la conducta es el resultado de fuerzas psicológicas que interactúan dentro del individuo, a menudo fuera de la consciencia.

Terapia psicodinámica destaca la importancia de las experiencias inconscientes y el pasado en la conformación actual de la conducta, alienta al individuo a explorar problemas no resueltos.

Modelo de aprendizaje social:

Conciben la conducta como el producto de la interacción de cogniciones, aprendizaje y experiencias y el ambiente inmediato.

Terapia cognitivo conductual “se focaliza más en los significados conscientes, interesándole más los cómo y los para qué que los por qué” (Roca, 2013, pág. 169).

Modelo humanista

Afirma la bondad fundamental de la gente y su esfuerzo por alcanzar niveles superiores de funcionamiento y autorrealización.

La terapia humanista está centrada en la persona. La terapia parte de la base de que todas las personas son capaces de ser amadas, ser creativas y tienen capacidad para asimilar información.

• ACTIVIDADES

CASO: UNA SOPRANO QUE SE MUDA A LAS A LAS AFUERAS.

Psicoterapia interpersonal en los trastornos de depresión mayor.

Caso tomado del libro de casos del DSM – IV (Spitzer, First, Williams, Gibbon, 2006, pág. 143)

a) Indicadores patológicos de la historia del caso en análisis.

b) Formulación de la hipótesis respecto a la patología que se pudiera estar presentando. Referente, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

a) Indicadores Patológicos:

- Tres meses de sentimientos de infelicidad
- Sentimiento de infelicidad la mayor parte del tiempo.
- Ya no disfruta de las cosas que le gustaban anteriormente (Anhedonia)
- Fatiga
- Dificultad para conciliar el sueño (Insomnio)
- Comía excesivamente (Alteración en la conducta alimentaria).
- Lloraba con facilidad y se sentía mal consigo misma.
- Sensación de fracaso y culpa por haber abandonado su carrera (Infravaloración).
- Previamente sufrió varios episodios depresivos leves.
- Movimientos lentos. (Hipocinesia)
- Vestía de manera deportiva con pantalones de chándal y sudadera (poco interés en vestir bien)
- Lenguaje Grandilocuente. (Spitzer, First, Williams, Gibbon, 2006, pág. 143).

b) Hipótesis:

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, los indicadores patológicos que presenta Laurel nos conduce al diagnóstico presuntivo de Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único de gravedad Moderada por la presencia de un episodio depresivo, en el cual la característica principal es que los síntomas exceden las dos semanas y tiene sentimientos de infelicidad la mayor parte del tiempo, que no se deben a enfermedad médica, consumo de sustancias; además no hay la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, ni la presencia de un episodio diferente (maniaco, hipomaniaco, mixto).

c) Criterios diagnósticos del trastorno que se acerca al diagnóstico definitivo.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, págs. 398,399)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 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 cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Según el DSM-V Laurel presenta:

F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único gravedad moderada, con síntomas melancólicos (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, pág. 419)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

De gravedad moderada porque los síntomas de incapacidad funcional se encuentran entre leves y graves.

Con síntomas melancólicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente.

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

- 1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
- 2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

B. Tres (o más) de los siguientes:

- 1. una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
- 2. La depresión es habitualmente peor por la mañana
- 3. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
- 4. Enlentecimiento o agitación psicomotores
- 5. Anorexia significativa o pérdida de peso
- 6. Culpabilidad excesiva o inapropiada

Para especificar síntomas melancólicos, Laurel presentó: dos síntomas del criterio A (pérdida de placer en todas o casi todas las actividad, falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros) y tres síntomas del criterio B (una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo, enlentecimiento psicomotor, culpabilidad excesiva o inapropiada).

Tomando como referencia la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM – 5 el diagnostico seria:

Trastorno De Depresión Mayor, De Gravedad Moderada-Grave Con Características Melancólicas; que se encuentra en la categoría Trastornos Depresivos.

d) Análisis del modelo psicológico en el que se sustenta el análisis al paciente, en concordancia con el fundamento teórico de la terapia aplicada al mismo.

El análisis del caso, Una Soprano que se Muda a las Afueras se fundamenta con los postulados del modelo Histórico –Cultural.

Un referente se constituye, Lev Vigotsky es el fundador del modelo histórico cultural, nació en Bielorrusia en 1896 y murió en 1934 su postulado fundamental es:

El origen de los Procesos Psicológicos Superiores (PPS)

Afirma que los PPS se originan en la vida social, es decir, en la participación del sujeto en las actividades compartidas con otros. Propone analizar el desarrollo de los procesos psicológicos superiores a partir de la internalización de prácticas sociales específicas.

Además de **proponer la categoría de vivencia** donde se expresa lo que el sujeto experimenta en función de las influencias que recibe y lo que este aporta de estas como proceso de su interiorización (Fernandez, 2009). Es decir plantea que el sujeto debe ser comprendido en función de sus vivencias, “así las influencias externas se transforman en fuerzas motrices del desarrollo en la medida en que originan vivencias en el proceso de interacción del sujeto con la realidad” (Fernandez, 2009, pág. 72).

Según la teoría histórica cultural el contexto social (la relación con su esposo, frustración en el área laboral), la transición hacia el rol ocasionó que Laurel interiorice todo este cambio en vivencias negativas, alterando la unidad de lo afectivo y cognitivo en Laurel.

En el caso, Laurel se propone la terapia Interpersonal desarrollada por Klerman, Weissman, diseñado para intervenir sobre los trastornos depresivos, el objetivo de la terapia es identificar y buscar solución a las dificultades que tiene el paciente con depresión en su funcionamiento interpersonal. La TIP considera que los cuadros depresivos que van tratarse con ella tienen que ver con problemáticas que se manifiestan en una de las siguientes áreas problemas: duelos, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales (Fernández ,Rodríguez, Diéguez, 2010); analizando la historia de Laurel podemos determinar que existe un conflicto en la transición de rol (abandono de su profesión para dedicarse completamente a su hija) por lo se pudo beneficiar del tratamiento con TIP.

Por su énfasis en buscar solución al conflicto en las relaciones interpersonales de la TIP, podemos decir que está en concordancia con el modelo psicológico mediante el cual se evaluó a Laurel, que corresponde al modelo Histórico Cultural.

e) Análisis de los trastornos que se detalla en el caso, con criterios diagnósticos, signos, síntomas, síndromes, trastornos asociados o comórbidos, del caso.

Laurel presentó:

Episodio depresivo.

Criterios para el episodio depresivo mayor. (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, págs. 398-399)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
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 cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Síntomas y trastornos asociados. (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, pág. 394)

Síntomas que presento Laurel	Síntomas y trastornos asociados.
Llanto tristeza, Problemas matrimoniales	Presentan a menudo llanto, irritabilidad, tristeza,
Laurel no presento crisis de angustia	Algunos sujetos presentan crisis de angustia
Presentó problemas en las relaciones personales, interacciones sociales desarrollo una actitud de aislamiento.	Refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias
Se presentó problemas matrimoniales (desacuerdos y expectativas no realistas con su esposo)	Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), , abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos
No manifestó tentativas de suicidio	Tentativa de suicidio o el suicidio consumado
El episodio depresivo de Laurel fue precedido por (abandono de su carrera profesional).	Van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio).

Trastorno depresivo mayor

Criterios para el diagnóstico F32. Trastorno depresivo mayor, episodio único (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, pág. 419)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Síntomas y trastornos asociados. (DSM-IV-TR 4th ed., text rev., 2002, pág. 414)

Síntoma de Laurel	Síntomas y trastornos asociados.
No presentaba ideas suicidas	El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta.

Su actividad, social y personal se encontró notablemente deteriorada.	Enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.
No presento otros trastornos mentales.	Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad.

Además de los síntomas que se mencionó anteriormente, Laurel manifestaba, rasgos histriónicos, que se expresan en su lenguaje grandilocuente, se frustraba, porque consideraba no tener la suficiente atención de su esposo, asumía un rol de víctima, no valorada por su trabajo materno.

f) Consulta a profesionales expertos en la temática, comentario personal de esta actividad.

Se realizó una entrevista a cuatro psicólogos clínicos y se obtuvo la siguiente información:

Según los profesionales entrevistados, El modelo psicológico frecuentemente utilizado es el cognitivo conductual, porque permite cambiar, pensamientos e ideas irracionales, además permite apreciar las conductas normales y patológicas. Después se encuentra el modelo psicodinámico definiéndolo como el modelo que permite entender aquellos motivos psicológicos que determinan la personalidad.

Además los profesionales entrevistados, Consideran la depresión como un trastorno del estado de ánimo que afecta al individuo significativamente en el desarrollo de sus actividades cotidianas: laborales académicas e interpersonales, causado por factores ambientales y personologicos. Señalan también la importancia de reconocer el nivel de la depresión, si el cliente manifiesta una profunda depresión, sería necesario remitir al psiquiatra para que prescriba los fármacos que estabilicen biológicamente al sujeto, para que la psicoterapia logre sus objetivos.

De cuatro entrevistados, dos de los profesionales, refieren no conocer sobre la terapia interpersonal; los dos siguientes consideran conocer la terapia pero no la aplican, entre tanto que, consideran que la terapia cognitiva conductual es utilizada por ellos para abordar la depresión, ya que permite modificar pensamientos distorsionados, emociones y conductas, con la consecuente mejoría del sujeto. Un profesional considera que su utilidad es muy limitada, ya que solo se puede abordar la depresión desde sus tres diferentes áreas problemas (duelos no elaborados, conflicto interpersonales, transiciones de rol)

En conclusión la depresión es un trastorno del estado de ánimo, que afecta significativamente la vida de las personas en sus diferentes áreas, causado por factores externos o internos, para intervenir con cualquier psicoterapia se debe reconocer el nivel de complejidad que presenta la misma presenta.

En nuestro contexto social la terapia interpersonal no es aplicada por los profesionales, quienes conocen el tema, pero no la consideran factible a la hora de intervenir con trastornos depresivos. Sin embargo estudios realizados han demostrado eficacia en

tratar este trastorno, un pronto alivio en los síntomas, la reestructuración del área social y personal del sujeto.

g) Técnicas psicoterapéuticas propuestas, fundamento de las técnicas planteadas.

Protocolos de intervención terapéutica.

Tratamiento realizado al paciente.

Análisis del tratamiento realizado al paciente, breve revisión de la psicoterapia Interpersonal

TERAPIA INTERPERSONAL (Fernández ,Rodríguez, Diéguez, 2010, págs. 31-43)

Fue diseñada principalmente para tratar pacientes depresivos, con un formato breve en torno a 20 sesiones semanales de una hora de duración. Según sus autores tiene sus notas características a tres niveles:

- a) Estrategias
- b) Técnicas
- c) Actitud terapéutica

Estrategias TIP

Supone la consideración de tres fases: inicial, intermedias y de terminación.

Fase inicial:

Se acometen cuatro tareas.

Se ocupa de la depresión.- a través de una revisión de minuciosa de los síntomas depresivos, del cual puede darse el nombre de un síndrome. Se instruye al paciente sobre la depresión y tratamiento, se le otorga el rol del enfermo, evalúa la necesidad de medicación o no.

Relaciona la depresión con el contexto interpersonal.- revisa exhaustivamente con el paciente sus relaciones interpersonales en orden presente y pasado.

Determinar cuál de las áreas es el problema.

Explicar los conceptos básicos de la TIP.

Fase intermedia:

El concepto básico de la TIP, es considerar que los cuadros depresivos que van a tratarse con ella tienen que ver con problemas que se manifiestan en las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol, déficits interpersonales.

Transiciones de rol.- la persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos por el nuevo rol, se suelen a pérdidas de apoyo y vínculos familiares, sociales y manejo de las emociones.

Las estrategias para el trabajo en esta área comprenden una:

Revisión de los síntomas depresivos

Relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para desenvolverse frente algún cambio vital reciente
Revisión de los aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos.
Exploración de los sentimientos ante lo que se ha perdido
Exploración de los sentimientos ante el cambio mismo.
Exploración de las oportunidades que brinda el nuevo rol.
Evaluar realísticamente lo perdido.
Animar una adecuada liberación de afectos
Propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas por el nuevo rol

Fase de terminación:

Debe abordarse explícitamente al menos dos sesiones antes de producirse el cese de la terapia. Si el paciente se resiste a terminar se le dirá que puede ofrecérsele más tratamiento pero debe dejar transcurrir un periodo de 4-8 semanas para comprobar si realmente lo necesita.

Técnicas:

El desempeño de este tipo de tratamiento requiere el dominio de algunas técnicas generales de entrevista.

Técnicas exploratorias
Propiciación de los afectos
Clarificación
Análisis comunicacional
Uso de la relación terapéutica
Modificación de conducta
Técnicas auxiliares (contrato encuadre)

Actitud terapéutica:

El terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral.
La relación terapéutica no es una relación de amistad.

El tratamiento realizado a Laurel, se efectuó siguiente los niveles señalados de la TIP:

La fase inicial:

Se le explico el enfoque terapéutico, el tiempo del tratamiento.
Se exploró los síntomas y se utilizó la escala de depresión de Hamilton.
Se le realizo un inventario interpersonal, para comprender la relación con los demás.
Se le dio nombre a los síntomas como Trastorno depresivo mayor, episodio único.
Pisoceducación sobre el trastorno.

Fase intermedia:

Con la información recabada se estableció que la depresión se manifestó por: transacción de rol.

La estrategia utilizada fue ayudarlo a lamentar la pérdida de su antiguo rol en el que ella se había sentido en general más feliz. (Describir su experiencia en aquella etapa, y que contara que echaba de menos en aquella etapa. Después se le pregunto si no hubiera algo que no echara de menos.) Como también a reconocer y a ajustar sus posibilidades en su nuevo rol (Se le animó a considerar lo que podría retener de su antiguo rol. Todavía tiene la oportunidad de cantar, juego de roles con el terapeuta; se evaluó las opciones de reunirse con otras madres, juego de rol sobre la presentación. Se animó a integrarse a clase de música dirigida a madre son niños pequeños.)

Fase de terminación:

Análisis de la comunicación (la reconstrucción y evaluación de las circunstancias vitales recientes y con carga emocional.)

Señalo que su estado de ánimo había mejorado

La puntuación del Ham – D era de 5

Se revisó los progresos (ahora acepto mi papel de madre. Se sentía bien por haberse autoafirmado de manera más afectiva y haber conseguido relaciones sociales más satisfactorias)

Sintió que la relación con su esposo tenía que mejorar se le ofreció terapia semanal durante algunos meses hasta que al final se redujo la frecuencia a una sesión mensual. La actitud terapéutica en las sesiones fue: amigable, comprensivo, optimista, alentador y empática.

h) Discusión del caso, aspectos importantes indicados en este segmento.

Recalca la particularidad de cada paciente.

Laurel logro progresos significativos, aunque aparecieron síntomas de angustia en contextos sociales muy íntimos, se sentía motivada, entender la depresión como una enfermedad le ayudo a no sentirse culpable y a entender los síntomas que presentaba. Los juegos de rol, resultaron muy significativos en la terapia con Laurel.

CONCLUSIONES:

Mediante el desarrollo del estudio de caso bibliográfico, correspondiente a la parte práctica del examen complejo, se ha mencionado conceptos que requieren de gran atención, y comprensión del estudiante de psicología clínica, para su correcta práctica profesional.

El estudio de caso es la fuente de mayor información para el clínico, nos permite explorar todas las áreas del sujeto, aplicar las diferentes técnicas y pruebas para llegar a un diagnóstico, por esa razón es importante que en el proceso académico universitario se conozca a y emplee.

La entrevista inicial con el cliente, nos da las pautas del modelo psicológico que se puede emplear en el caso, este modelo psicológico dirige la actuación del profesional, con el método, técnicas, instrumentos de aplicación, proporciona información para establecer un diagnóstico, y orienta la intervención terapéutica de acuerdo a las necesidades del cliente.

La importancia que tiene los modelos psicológicos en la elección de una terapia, es que de acuerdo a la evaluación del sujeto, se plantean objetivos, que serán intervenidos, siguiendo los postulados de la terapia, el desempeño de la misma, responde a la elección del modelo psicológico, por tal razón es trascendental la correcta elección de un modelo psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, Roja, Cairo. (2007). *Psicodiagnostico seleccion de lecturas*. La Habana.
- Association, American Psychiatric. (2002). *DSM-IV-TR 4th ed., text rev.*; España: Masson.
- Bados, A. (2008). *La Intervencion psicologica: Caracteristicas y Modelos*. *Uversidad de Barcelona*, 10.
- Barrio,Gonzáles, Padín, Peral, Sánchez, Tarín. (2011). Estudio de casos. *Metodo de investigacion educativa 2*.
- Díaz De Salas Sergio Alfaro, M. M. (2011). Una guía para la elaboración de estudios de caso. *Razón y palabra* , 3.
- Dicaprio, N. (1989). *Teorias de la Personalidad*. Mexico: McGraw-Hill.
- Fernández ,Rodríguez, Diéguez. (2010). Terapia interpersonal. *Revista de la Asociacion Española de Neuropsiquitría*, 627-635.
- Fernandez, D. L. (2009). *Pensando en la personalidad*. La Habana: Félix Varela.
- Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de evaluacion psicologica*. La Habana: Editorial Ciencias Medicas.
- Liebert, Spiegler. (2000). *Personalidad , estrategias y temas*. Mexico: Thomson.
- Morris y Maisto. (2005). *Psicologia* . Mexico: Pearson Educación .
- Orellana, D. C. (2009). *Clases de Psicopatologia*.
- Roca, D. (2013). *La terpia de la conducta*. La Habana.
- Spitzer, First, Williams, Gibbon. (2006). *Libro de casos*. Washintong: Elsevier Masson.
- Stake, R. (2007). *Investigacion conestudio de casos*. Madrid: Morata.
- Yin, R. (2003). *Investigacion sobre estudios de casos . Diseño y metodos* . London: Sage.

ANEXOS:

GUÍA DE PREGUNTAS.

OBJETIVO: Indagar en el criterio de los profesionales acerca de la depresión.

DIRIGIDO: Docentes de la carrera de psicología clínica.

¿Qué enfoque psicológico utiliza Ud. para la evaluación de la personalidad, u otros trastornos y porque?

¿Desde el enfoque psicológico que Ud. Utiliza qué opinión tiene acerca de la depresión?

¿Qué conocimiento tiene acerca de la TIP. (Terapia Interpersonal) desarrollada por Gerald Klerman y Mirna Weissma)?

¿Cuál es su opinión acerca de la intervención con TIP en depresión.