

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Trastorno Distímico en un hombre de 27 años, atendido en el
área de Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Layza Lucila Diéguez Díaz

Guatemala, junio 2019

**“Estudio de caso: Trastorno Distímico en un hombre de 27 años, atendido en
el área de Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)**

Layza Lucila Diéguez Diaz

M.A. Diana Carolina Sierra de Gamalero(Asesora)

M.A. Eugenia García (Revisor)

Guatemala, junio 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

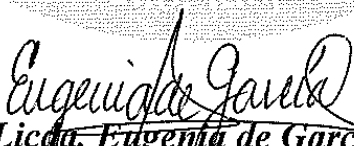
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes febrero del año 2019.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida **“Estudio de caso: Trastorno distímico de un hombre de 27 años atendido en el área de Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos”**, Presentado por el (la) estudiante: **Layza Lucila Diéguez Díaz** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Diana Carolina Sierra De Nés de Gamalero
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de mayo del año 2019.

En virtud de que la presente Sistematización de la Práctica Dirigida: “Estudio de caso: Trastorno Distímico en un hombre de 27 años, atendido en el área de Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos”. Presentada por la estudiante: Layza Lucila Diéquez Dias previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Eugenia de García
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del 2019. -----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: **"Estudio de caso: Trastorno Distímico en un hombre de 27 años, atendido en el área de Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos"** Presentado por el (la) estudiante: **Layza Lucila Diéguez Diaz** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Visión	3
1.6 Misión	4
1.7 Programas establecidos	4
1.8 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Distimia	10
2.2.1 Criterios Diagnósticos del DSM V	11
2.2.2 Desarrollo	12
2.2.3 Etiología	12
2.3 Distimia y Familia	13
2.4 Pareja y conflicto	13
2.4.1 Comunicación	15
2.4.2 Satisfacción Sexual	15
2.4.2.1 Rechazo	16
2.4.2.2 Causas del rechazo	18
2.5. Dificultades desde la teoría del apego	19
2.6 Tratamiento para el rechazo sexual	19
Capítulo 3 Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	21

3.2	Pregunta de investigación	22
3.3	Objetivo General	22
3.4	Objetivos Específicos	22
3.5	Alcances y límites	22
3.6	Método	23
Capítulo 4	Presentación de Resultados	
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	29
4.2	Análisis de Resultados	41
	Conclusiones	43
	Recomendaciones	44
	Referencias	45
	Anexos	
Lista de Cuadros		
	Cuadro No. 1 Pruebas aplicadas	34
	Cuadro No. 2 Resultados Whodas	37
	Cuadro No. 3 Presentación del plan terapéutico	40
Lista de Imágenes		
	Imagen No. 1 Genograma	33

Resumen

Mediante este informe se presenta el estudio de caso que fue realizado, como parte de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, campus central, Zona 16 ciudad capital. La cual corresponde a la alumna Layza Lucila Diéguez Diaz, misma que se realizó en el área de psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos, ubicada en 14. calle 9-53, zona 1, Ciudad de Guatemala, en un periodo de ocho meses, de marzo a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, como marco de referencia presentalos antecedentes de la institución, así como la ubicación, organización, visión, misión, los programas establecidos y la justificación de la investigación.

En el capítulo 2, llamadomarco teórico se describen los fundamentos teóricos relacionados con el trastorno distímico y los problemas derivados del mismo. Así como el abordaje más adecuado según la problemática.

El marco metodológico en el capítulo 3, muestra el planteamiento de problema, los objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitantes seguido de la metodología utilizada en el caso. Además, se da a conocer las herramientas que se utilizaron en la fase inicial del proceso terapéutico. Fase que fue indispensable para poder obtener un diagnóstico certero y poder elaborar un plan terapéutico.

El capítulo 4, presenta la información más importante obtenida del paciente durante todo el proceso terapéutico, luego se describe el análisis que se realiza basado en la información anteriormente descrita, con relación a la investigación, finalizado con las conclusiones y recomendaciones.

Introducción

La distimia es un concepto poco conocido en la cultura guatemalteca, a pesar de ser un trastorno del estado de ánimo que está ocupando un puesto significativo en los porcentajes altos de las enfermedades mentales. La distimia es un subtipo de la depresión, comparten varios síntomas, sin embargo, al no ser tratada por un especialista pueda pasar a ser un trastorno depresivo mayor. Según Rodríguez (2012) y la Organización Mundial de la Salud, la distimia afecta a 350 millones de personas en el mundo, cifra que con el paso del tiempo ha ido aumentando. Lo positivo de este trastorno es que al ser abordado de manera apropiada la enfermedad tiene buen pronóstico.

Según el Manual Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV-TR las diferencias entre la distimia y la depresión son pocas, una de ellas es que la distimia es de larga duración, su evolución generalmente es de más de dos años. Mientras que el estado depresivo mayor es de corto tiempo. Sin embargo, ambas provocan malestares significativos en el área social, laboral y familiar, o pueden conducir a la persona al suicidio.

El estudio de caso se desarrolló a partir de una pregunta :¿Cómo vive el rechazo sexual un paciente quien es diagnosticado con el trastorno distímico? de la cual surgió el objetivo general y los específicos. A partir de allí, se inició con la investigación. El paciente sufre de rechazo constante por parte de la esposa, el rechazo es físico y sexual, la mayor parte del tiempo. La investigación muestra el impacto que tiene el rechazo, a nivel general, y como es percibida la relación por el mismo, la cual puede dar lugar a una ruptura familiar. El paciente se ve afectado en diversas áreas, principalmente en la familiar, ha tenido dificultades para el control de impulsos y tiene miedo de reaccionar inadecuadamente.

Durante la práctica profesional dirigida se atendió, al paciente G.S. de 27 años quien había presenciado conflictos de pareja por parte de los padres lo cual fue uno de los factores que desencadenó el trastorno distímico, sintiéndose la mayor parte de su vida insatisfecho e infeliz, con sentimientos de ira y arranques de agresividad. Los síntomas anteriormente descritos lo motivaron al paciente a buscar ayuda profesional. El proceso se llevó a cabo en cuatro fases, en

la cuales el paciente se mostró comprometido con dicho proceso, asistiendo continuamente a las sesiones y mostrando interés y confianza en el mismo.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La figura de Procurador de los Derechos Humanos nace a raíz de la creación de la Constitución de Guatemala en 1985. El Congreso de la República nombra al primer procurador, en el año de 1987. Según la Hemeroteca de Prensa Libre (2017), describe a la figura del Procurador de la siguiente manera:

“El Procurador de los Derechos Humanos es un Comisionado del Congreso de la República para la defensa de los Derechos Humanos establecidos en la Constitución Política de la República de Guatemala, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Tratados y Convenciones Internacionales aceptados y ratificados por Guatemala.” (p. 8)

La Procuraduría de Los Derechos Humanos, cuenta con una profesional de la salud mental en la cual la Licenciada Andrea Martínez, quien es encargada del área, comenta en una entrevista realizada sobre cómo se inició el servicio :A lo largo de los años se fueron creando, dentro de la Procuraduría, diferentes defensorías, una de ellas es la de la mujer.

Es en esta defensoría donde nace, en el año 2013, el área de atención Psicológica. Ésta proporciona apoyo emocional y psicológico a las mujeres víctimas de abusos a sus derechos. Luego en el año 2015 las demás defensorías, solicitaron que tal servicio también estuviera al alcance de sus usuarios. Por lo que a partir de ese año se les comenzó a brindar a las mismas el servicio de atención psicológica. El área de Psicología de esta institución comienza a aceptar la participación de practicantes de la Carrera de Psicología Clínica de diferentes Universidades de Guatemala.

1.2 Descripción

Actualmente el área de atención psicológica de la Procuraduría de los Derechos Humanos, no solo trata a personas derivadas de las distintas defensorías, sino también atiende a personas referidas por pacientes egresados de la misma sin costos; lo único que el paciente tiene que hacer, es comprometerse a asistir a las citas semanales acordadas con el terapeuta. Así mismo, ofrece este servicio a personas que llaman vía telefónica solicitando apoyo psicológico. Estas últimas se enteran del servicio por medio de publicidad que la Procuraduría de Los Derechos Humanos ha publicado en distintas redes sociales. Además, se acepta a pacientes referidos por los practicantes de las universidades, éstos apoyan durante el ciclo universitario a esta entidad.

Al mismo tiempo, las prácticas de los estudiantes de Psicología son supervisadas por la Licenciada Andrea Martínez, encargada de esta área. Los practicantes elaboran un registro de cada sesión en el sistema de cómputo de la entidad mencionada. Por lo tanto, cada paciente cuenta con un número de referencia. (Entrevista realizada a la Licenciada Andrea Martínez, encargada del área de Psicología de la Procuraduría de Los Derechos Humanos, el día 5 de octubre de 2017).

1.3 Ubicación

El área de atención psicológica de la Procuraduría de Los Derechos Humanos se encuentra ubicada en la 14 calle 9-53 Zona 1 de la Ciudad de Guatemala.

1.4 Organización

De León, (2013) describe que la Procuraduría de los Derechos Humanos, es la encargada de intervenir en casos de reclamo o quejas sobre violaciones de los derechos humanos en todo el territorio guatemalteco. Así mismo, dentro de sus funciones se encuentra: Proteger los derechos

civiles sociales, individuales y políticos establecidos en la Constitución Política de Guatemala, de manera fundamental la vida, libertad, justicia, paz, dignidad y la igualdad del ser humano.

Por lo tanto, esta entidad está conformada por: El Procurador de los Derechos Humanos, dos Procuradores Adjuntos, auxiliaturas Regionales de los Derechos Humanos a nivel nacional divididas y coordinadas mediante zonas geográficas, auxiliaturas Municipales, auxiliaturas móviles y 16 Defensorías en diferentes áreas:

- Defensoría de la Diversidad Sexual
- Defensoría de la Juventud
- Defensoría de la Mujer
- Defensoría de la Niñez y Adolescencia
- Defensoría de la Población Desarraigada y Migrante
- Defensoría de la Salud
- Defensoría de las Personas con Discapacidad
- Defensoría de las Personas Mayores
- Defensoría de las Personas Trabajadoras
- Defensoría de las Personas Víctimas de Trata
- Defensoría del Consumir y Usuario
- Defensoría del Debido Proceso
- Defensoría del Derecho a la Alimentación
- Defensoría de los Pueblos Indígenas

1.5 Visión

Ser una Institución con amplia credibilidad, con énfasis en la acción preventiva, con un alto grado de desarrollo profesional y técnico, con capacidad de intervención: territorial, pronta, oportuna y efectiva, cuya labor realiza con ética, imparcialidad, compromiso y pertinencia cultural.

1.6 Misión

Promover y defender el respeto a los Derechos Humanos mediante acciones de promoción, difusión, procuración, mediación, educación y supervisión de la labor de las instituciones del Estado, en observancia de la Constitución y las leyes de Guatemala y tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos.

1.7 Programas Establecidos

La Procuraduría de Los Derechos Humanos como autoridad reguladora a participar responsablemente en la gestión pública ha realizado para el 2016, un total de 277 visitas de supervisiones a sujetos obligados en todo el país. Y ha atendido un total de 43,147 solicitudes. Así mismo, dicha institución cuenta con actividades que tienen el propósito de promocionar y divulgar los derechos humanos. Los mismos se han realizado a través de diversas actividades como:

- Capacitación en toma de decisiones, para facilitar la exigibilidad de los mismos.
- La dirección de Promoción y Educación ha realizado importantes actividades en relación a la educación de los derechos humanos de manera institucional.
- Diplomados para capacitar a los trabajadores de la Procuraduría.
- Colaboran con el centro Carter en actividades de promoción y formación que tiene como objetivo garantizar el ejercicio equitativo de las mujeres de sus derechos de acceso a la información (De León. 2016).

La licenciada Martínez refiere, que la Procuraduría de Los Derechos Humanos, cuenta con una clínica de atención psicológica. La misma es atendida por un Psicólogo de planta y un grupo de alumnos practicantes de cuarto y quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica de diferentes Universidades de la Ciudad de Guatemala. Además, el área de atención psicológica ha proporcionado los siguientes servicios a sus usuarios:

- Apoyo psicológico y de consejería social.
- Talleres promotores de salud mental.
- Talleres al voluntariado de persona mayores
- Escuela para padres: éste es un espacio de apoyo para padres relacionada con la educación de los hijos.

Para el año 2017 se atendieron 115 pacientes aproximadamente con diez sesiones de una hora, y 22 personas que asistieron solo una vez, de lo cual da un total de 137 personas atendidas en general.

1.8 Justificación de la Investigación

El trabajo de campo se ha realizado con el propósito de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y consejería Social, en la casa de Estudios de Universidad Panamericana. Por lo tanto, estudiantes de quinto año de la carrera en mención, realizaron el proceso de práctica profesional dirigida en el área de Psicología de La Procuraduría de Los Derechos Humanos.

Se pretendía realizar el estudio de caso de uno de los pacientes atendidos en dicho proceso, para comprender la problemática del paciente a profundidad, e implementar el método y estrategias adecuadas para el mejoramiento y estabilidad de mismo. Una de las razones por las cuales se le prestó más interés a dicho caso, es por la contradicción aparente entre lo que realmente el paciente está viviendo con lo que refleja.

Generalmente en nuestro contexto guatemalteco cuando existen conflictos de pareja es la figura femenina quien sufre de abuso físico y quien busca la ayuda. Sin embargo, en este caso fue todo lo contrario, ya que el paciente comenta que sufre de abuso físico y rechazos constantes. Es por ello que surge la inquietud de saber que hay de trasfondo en una persona que permite el abuso y el rechazo.

Capítulo 2

Marco Teórico

En este capítulo se describe la conceptualización relacionada con la problemática que presenta el paciente G.S. quien fue atendido en la Procuraduría de los Derechos Humanos. Se plantean los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) desde la clasificación del DSM V. Además se describen problemáticas derivadas como el rechazo sexual, basándose sobre investigaciones realizadas por diversos autores.

Según investigaciones realizadas por la organización mundial de la salud -OMS- la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. La Depresión y los trastornos relacionados afecta al 15% de la población a nivel mundial, lo que significa que 340 millones de personas lo padece. Mientras que el departamento de Epidemiología de Guatemala (2016) muestra que los trastornos depresivos se encuentran en el segundo puesto en la tasa de los diagnósticos de los trastornos mentales de Guatemala. De los cuales la consulta realizada por el sexo femenino es de 8 % y un 2% consultas del sexo masculino.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud- OPS/OMS- (2012) indica que la depresión será en el año 2010, la segunda causa de discapacidad y que luego pasará a ser en el 2030, la principal causa de enfermedad ya que no discrimina sexo, edad, etnia o estatus social, afectando a toda la población.

Es importante mencionar que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo. Técnicamente cuando las personas dicen que se sienten deprimidos con “baja energía” están experimentado un estado de ánimo deprimido y no un Trastorno del estado del ánimo. Regularmente estos sentimientos desaparecen ya que están basados en situaciones temporales.

Según Rojas (2006) son enfermedades hereditarias que tienen cambios de conducta conductual, somáticos y psicológicos. Mientras que desde la perspectiva cognitiva de Beck, A. (2005), se

basa en el supuesto que el paciente con depresión, maneja una conducta determinada por sus cogniciones, presentado un esquema compuesto por una visión negativa de si mismo del entorno y del futuro, llamada por el autor como la triada cognitiva. Según el Beck el depresivo considera no tener los recursos emocionales, cognitivos ni conductuales para enfrentarse a la vida, creándose como una persona incompetente y fracasada.

Según el Manual Diagnostico Estadístico DSM 5, incluye la depresión dentro de los trastornos del estado del ánimo. Esta categoría incluye los siguientes :el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el Trastorno depresivo mayor (que incluye el episodio depresivo mayor), el Trastorno depresivo persistente (distimia), el Trastorno disfórico premenstrual, el Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el Trastorno depresivo debido a afección médica, otro Trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Para llegar a un diagnostico certero, es necesario diferenciar entre el trastorno depresivo mayor, el cual puede ser confundido con facilidad con el trastorno depresivo persistente (distimia) ya que tienen algunos síntomas similares, para ello es necesario identificar los criterios diagnóstico de cada uno. A continuación, se describen cada trastorno con los criterios correspondientes de cada uno, para su mejor comprensión.

Trastorno depresivo mayor según Manual Diagnostico Estadístico DSM 5

El rasgo principal del trastorno depresivo mayor es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida de interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar, además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o intentos de suicidio.

Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. Aunque en algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, esta se puede

reconocer posteriormente a través de la entrevista. En algunos otros pacientes se puede deducir la presencia de ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas en lugar de manifestar sentimientos de tristeza.

Criterios diagnósticos:

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, o casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidades excesivas o inapropiadas (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: la respuesta a una pérdida significativa (p- ej., duelo, ruina económica, pedida debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave). Puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida e peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la perdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La prevalencia en los sujetos diagnosticados con trastornos depresivo mayor es de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. En cuanto a su desarrollo y curso, el trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. Así mismo la distimia es un trastorno del estado de animo que puede aparecer en la pubertad. En el siguiente enunciado hablaremos acerca del trastorno depresivo persistente llamado también distimia para comprender como este trastorno puede afectar la vida de una persona.

2.1 Distimia

A través del tiempo el concepto de distimia ha sido modificado, según los autores Gallardo, Jiménez, Gonzales, y Villaseñor, (2013) afirman:

Se originó en la antigua Grecia donde la dieron el significado de mal humor. Por su parte Galeno (128-201 d.c) describe la melancolía como una condición crónica y recurrente, que podría ser una enfermedad del cerebro. Seguidamente en Alemania el concepto se introdujo de nuevo, para describir las depresiones que tiene un curso crónico. Posteriormente Karl Ludwing, en 1863, utilizó el término para referirse a diversas melancolías que presentaban una fase, debido a que en el siglo XIX se agrupaban los trastornos del humor dentro de los psicosis maniaco-depresivos. Ya en los años 90 surge un cambio en el DSM III, donde se sustituye el nombre de Depresión Neurótica a Trastorno Distímico, (p 216).

La distimia aparece actualmente en el DSM 5 (2014) como: Trastorno Depresivo Persistente, en el apartado de los Trastornos Depresivos, el cual describe que el rasgo principal del trastorno es un estado de ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante al menos dos años o al menos durante un año en niños y adolescente.

Los pacientes con este trastorno describen un estado de ánimo como triste. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente es posible que se confunda fácilmente con otro trastorno del estado del ánimo, para poder diferenciar es importante utilizar como referencia los criterios diagnósticos que se exponen a continuación.

2.2.1 Criterios Diagnósticos del DSM 5

- A. Estado del ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años
- B. Presencia de la depresión, de dos de los síntomas siguientes:
 - Poco apetito o sobrealimentación
 - Insomnio o hipersomnia
 - Poca energía y fatiga
 - Baja autoestima
 - Falta de concentración y dificultad para tomar decisiones
 - Sentimientos de desesperanza
- C. Durante un periodo de dos años de la alteración el individuo nunca a estado sin los síntomas de los criterios A y B.
- D. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.
- E. La alteración no se mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otros trastornos especificados o no especificados del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- F. Los síntomas no se pueden atribuir a síntomas fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
- G. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.2.2 Desarrollo

Según el DSM 5 (2014) el trastorno puede iniciar en la infancia, adolescencia y juventud llamado inicio temprano el cual se asocia a tener comorbilidad con los trastornos de personalidad y de uso de sustancias. Así mismo está el inicio tardío que se da después de los 21 años.

2.2.3 Etiología

Se desconoce con exactitud la razón que pueda describir la causa en cada caso, por lo cual se sugiere que el origen es diverso ya que involucra aspectos sociales, ambientales, biológicos. Una de las hipótesis sobre las causas es la carga genética; donde se propone que existe una vulnerabilidad a la depresión en la cual hay una deficiencia de serotonina, noradrenalina o dopamina en el sistema nervioso central o en la neurotransmisión de uno de ellos.

Otro factor puede ser las experiencias o situaciones que causan estrés provocan cambios neuroquímicos. Los eventos estresantes producidos en la infancia están asociados con el trastorno distímico. Existen tres sistemas en el cerebro que se ven afectados, los cuales son: el eje hipotalámico, el hipocampo, y el sistema noradrenérgico. Sin embargo, no todos los pacientes han sufrido en la infancia un evento que les genere dicho malestar, y no todos tienen antecedentes genéticos lo cual dificulta generalizar la causa (Gallardo, Jiménez, Gonzales Garrido, Villaseñor 2013).

Según Riso (2002) uno de los factores puede ser el abuso sexual, físico, en la niñez. Así como las malas relaciones con las figuras paternas al igual que las relaciones conflictivas que se dan entre la pareja, donde el menor está expuesto a las discusiones. Fernández (2009) expone que la familia de origen y las relaciones entre los mismos son un elemento que puede aumentar la posibilidad de enfrentarse con estrés y la manera en que los percibe y les hace frente. Además, existe diversos estudios que comprueban las repercusiones que se tiene cuando uno de los padres es depresivo, sobre el carácter de su desarrollo. El abordaje del problema de alguna psicólogo ,

evidencian en la recuperación sobre los hijos, pero no lo es tanto ante la existencia de conflictos de pareja.

2.3 Distimia y la Familia

Fernández (2009) expone que para que la distimia se desarrolle como tal, necesita que la persona haya vivido un tipo de pérdida que puede ser circunstancial, o puede estar presente desde la infancia. Este tipo de pérdida puede ser una triangulación manipuladora, en la que el niño recibe mensajes superpuestos o contradictorias que son los que provocan distanciamiento ante alguno de los padres. En este tipo de dinámica de vida es que se inicia los síntomas de la distimia, luego presentan sus primeros episodios en la adolescencia. Los síntomas que se presentan regularmente influyen en las relaciones lo cual aumenta su intensidad a tal punto de tener ideas suicidas, con probabilidades de llegar a ser una depresión mayor.

2.4 La pareja y el conflicto

García (2013), describe a la pareja como “la unión de dos seres completos, con los componentes físicos y psíquicos de sus respectivos sexos, los cuales portan no solo portan un sexo genético anatómico y fisiológico, sino también un sexo psíquico, social y cultural”.

García(2013), también comenta que la falta de equilibrio en la pareja es lo que provoca que se disuelva, para encontrar este equilibrio un factor importante es la cercanía y la atracción, ya que un factor determinante de la satisfacción de las relaciones de pareja. García (2013), cita a Watzlavick y Barragán y describe los tipos de pareja conyugales los cuales son:

- La pareja complementaria: es el tipo de matrimonio tradicional donde la conducta de ambos es distinta. Uno de los dos es quien ejerce el poder y predomina y toma las decisiones.

- Relación Paralela: este tipo es que cambia constantemente entre la relación simétrica y la complementaria adecuándose a las exigencias que se van dando.
- Relación Simétrica: es la relación que se da donde ambos actúan igual, también reciben y dan órdenes.

Peralta (2015), expone que existe una diversidad de temas que pueden perjudican las relaciones de pareja los cuales incluyen, el género, cultura, orientación sexual y otros temas sexuales. Además, Dichas diversidades se ven afectadas e influenciadas por las tecnología y cambios que se han dado a nivel sociocultural, en el que la mujer ha alcanzado independencia.

Para todo conflicto de pareja lo idóneo es que el abordaje sea a través de terapia de pareja. Según Pinto (2000) la terapia de pareja está enfocada a la pareja, abandonando la problemática individual y poder enfocarse en el sistema de la pareja, cuya acción siempre está encaminada a la solución de los problemas de la relación. Por lo tanto, se toma como base la diversidad del contexto. El proceso terapéutico puede ser basado en varios modelos, de los cuales continuación se describen algunos de ellos:

Peralta (2015) sugiere utilizar la psicología de Carl Jung, la cual plantea la relación de pareja como una relación psicológica, mencionando la idea de la conciencia del yo en cada uno de los componentes de la pareja. La terapia de pareja desde la perspectiva de Jung está enfocada a lograr la maduración de la pareja con el propósito de vincularse con amor, lo que implica separarse del ánima animus. El cual es un proceso que se alcanza a través de la particularización de cada uno. El objetivo del enfoque es; que sea la pareja la que defina el ritmo, y que fluya en relación con las necesidades de la pareja y poder recodificar, replantear el motivo de consulta.

Otra manera de abordar los problemas de pareja puede ser desde el enfoque sistémico o terapia familiar. Minuchin, (2011) afirma: “la terapia se centra en la familia como contexto para entender cómo se desarrollan sus miembros y modifican el concepto que tienen de sí mismo y de los demás, y por otro lado observar el poder que tiene la familia para influir en la experiencia y comportamiento de sus miembros.” (p.27)

2.4.1 Comunicación

La comunicación es un elemento básico dentro de la pareja, para que sea funcional, sin importar el tipo, o etapa en que se está viviendo. Por medio de la comunicación se pueden expresar sentimientos, pensamientos, o llegar a solucionar un conflicto. Las parejas generalmente se encuentran en conflicto por diversas causas como: la economía, diversidad de culturas, valores creencias, o expectativas de vida. Cada persona se comunica dependiendo de su personalidad. La comunicación está íntimamente ligada a la satisfacción sexual, varios estudios lo han demostrado (Flores, 2011).

2.4.2 Satisfacción Sexual

En un estudio realizado por Morales(2007), en la ciudad de México, reporta que la satisfacción sexual resulta independiente de la frecuencia de relaciones sexuales en la mujer, sin embargo, no es así en los hombres. Mientras que ambos consideran el enamoramiento como una necesidad para encontrar la satisfacción sexual. Un dato muy importante que demostró el estudio fue que la inhibición de la satisfacción masculina es causada por influencias religiosas.

Offman y Matheson, citado por Morales (2007), afirman que “la satisfacción sexual es la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones del individuo, de su relación sexual a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales tanto propias como de su pareja” (p. 42).

Así mismo Loving y Aragón (2002) comentan que la satisfacción sexual depende de la percepción que se tiene; la cual la fundamentan por la cantidad de eventos sexuales, la comunicación que utilizan, los valores culturales o religiosos, y la satisfacción de las necesidades. Por lo tanto, toda pareja vive su sexualidad de manera única, por lo cual no se pueden establecer una muestra o un modelo, ya que cada individuo la vive basado en el autodescubrimiento de sí

mismo. Sin embargo, refiere García (2013) si existe un objetivo común al cual puede ser la búsqueda del placer o la procreación.

2.4.2.1. Rechazo

Según la REA, el rechazo es la acción y efecto de rechazar. Así mismo, Martínez (1970), describe el rechazo como una experiencia que se pudo vivir en la infancia o edad adulta, la cual es una de las experiencias más dolorosas. El rechazo está relacionado con la falta de satisfacción de las necesidades básicas.

Desde la perspectiva psicológica el rechazo según Winch(2013): “son los cortes que cuarteán nuestra piel emocional y penetran en nuestra carne. Algunos rechazos son tan dolorosos que producen cortes que sangran profundamente y requieren atención urgente. Otros son como sajaduras de papel que se escuecen poco, pero apenas sangran”(p.17).A su vez los rechazos provocan daños psicológicos, desequilibrando el sistema de creencias y sentido de pertenencia, generando en la persona sentimientos de enojo.

Desde el punto de vista de la teoría del apego, Becerril y Álvarez (2012) refieren, que el rechazo se da como consecuencia de una alteración de los vínculos afectivos. La teoría del apego explica la inclinación que tiene el ser humano a crear vínculos efectivos con otro individuo. La persona con quien se tiene el apego es utilizada como fuente de apoyo, seguridad, consuelo en situaciones que se perciben como amenazantes. Al no existir un apego seguro no se crean los vínculos afectivos sanos, dando a lugar al apego inseguro-evitativo, el cual es expresado mediante actitudes frías, rechazo hacia los demás y represión de sentimientos.

Wich (2013) explica que los efectos que provoca el rechazo son distintos en cada individuo, sin embargo existen efectos que se dan con regularidad en la mayoría de los individuos. El autor sigue comentando que el rechazo puede ser de varias formas incluso existe el rechazo hacia sí mismo.

No importa de dónde vienen, siempre ocasiona daños desequilibrando a la persona. Los impactos que puede provocar el rechazo son:

- Dolor emocional: diversos estudios han demostrado que las personas sufren de dolor emocional cuando no son tomados en cuenta para participar en algún juego. Se diferencia de todas las emociones negativas, por la cantidad de dolor que este produce.
- Áreas del cerebro se activan cuando la persona experimenta rechazo, de la misma manera que cuando se siente algún tipo de dolor físico. Según el autor esa es una de las razones por las cuales duele tanto el rechazo.
- Se puede revivir más el dolor emocional que el dolor físico, ya que el cerebro al recordar responde como respondió en el momento en que sufrió el rechazo.
- Desestabiliza la necesidad de pertenecer, el cerebro le da prioridad al rechazo, razón por la cual se desconecta y causa más malestar.
- Genera enojo, e induce a las personas a ser agresivos.
- Destruye la autoestima, lo cual se da generalmente por el rechazo amoroso, en el cual la persona se culpa del fracaso de la relación creando así auto atacándose que generan dolor emocional.
- El coeficiente intelectual se ve afectado al sentirse rechazado, la persona se desestabiliza, y no puede pensar con claridad.

Según Martínez (1970), las parejas que permanecen en constantes conflictos crean heridas en cada uno de sus miembros, las heridas pueden llegar a provocar que los hijos repitan los mismos patrones de comportamiento como el de los padres. La mayoría de personas que han vivido en dinámicas conflictivas, caen en el deseo de querer olvidar y de no cometer los mismos errores o imitar los comportamientos de los padres, sin embargo, ese pensamiento se vuelve una trampa, ya que para poder ser lo contrario de lo que vivió, tiene que tener de alguna manera el recuerdo de lo que un día le provocó algún tipo de herida emocional.

2.4.2.2 Causas del rechazo sexual

Solís (2009), comenta que el rechazo sexual de la pareja es una situación difícil de comprender, en especial de la persona que sufre el rechazo. El autor, se refiere al rechazo de pareja cuando ambos tienen buena relación en varias facetas de su vida, con excepción de su vida sexual. La cual puede irse deteriorando, utilizando varias excusas para evitar el encuentro sexual. Y describe las siguientes causas del rechazo de la pareja:

- La falta de amor, interés y atracción; las cuales son una de las principales causas ya que la carencia de algunos de los componentes antes descritos, el deseo no aparece.
- La falta de creatividad en la relación hace que la persona caiga en la monotonía y no se estimule.
- Una de las principales causas también es la infidelidad.
- El rencor o resentimiento hacen que la persona anteponga el malestar y utilice el rechazo sexual como venganza o castigo por el malestar.
- Otra de las posibles causas puede ser la homosexualidad, donde la pareja se siente inconforme con su pareja heterosexual, sin embargo, siente cómodo con la vida familiar.
- El estado de ánimo deprimido, ya que los niveles bajos de serotonina influyen en el deseo sexual.

En contraparte, los psicólogos Godoy y Godoy (2013) comentan: que uno de los factores que provoca el rechazo sexual está relacionado con la cantidad de estrés, y por el estilo de vida en el cual los roles de la pareja se han invertido. Así mismo explica que se tiene una idea equivocada al pensar que la disfunción que se presenta en las mujeres es porque cae en la rutina; explicando que existen consensos donde explican que este concepto se tiene por que el sexo femenino no tenía acceso o se le dificultaba tener el poder, utilizando así el sexo como su único modo de ejercer el poder. Indican que los cambios de roles si son un factor que ha provocado el desequilibrio en las parejas, ya que el desbalance afecta en la intimidad emocional.

2.5. Dificultades sexuales desde la teoría del apego

Gómez, (2014) comenta que el deseo sexual se activa después de que la persona realiza una análisis o evaluación del entorno, el cual puede ser consciente o inconsciente. Al percibir que se encuentra en un entorno seguro se activa el deseo sexual. Por otra parte, se encuentran dificultades con respecto al deseo cuando la persona percibe ese entorno como inseguro lo cual lo puede generar una enfermedad, un problema de trabajo, problemas financieros y otros relacionados a situaciones que provoquen estrés o ansiedad

Ortiz, Gómez, Apodaca (2014) comentan que “existen personas incapaces de colocarse en la situación de recepción de placer erótico, sin antes estar absolutamente seguros de que la pareja ha recibido su parte. Esta situación hace que el comportamiento hacia la otra persona sea extremadamente ansioso centrándose en estimular obsesivamente a la otra persona con el fin de lograr lo antes posible su satisfacción de este modo poder acceder a su propia satisfacción” (P. 470). Este comportamiento puede llegar a dificultar las relaciones creando malestar e insatisfacción para ambos.

3. Tratamiento para el rechazo sexual

Gómez (2014) comenta que Aristóteles y Galeno, filósofos del siglo V estudiaron y relacionaron la sexualidad con la psique, quienes opinaban que muchos de los trastornos mentales dependían de la insatisfacción de las necesidades sexuales. Más tarde en el siglo XIX Freud, elabora técnicas psicológicas para conocer más sobre las relaciones de la sexualidad con los Trastornos Mentales. Así mismo se puede considerar la terapia sexual desde un enfoque sistémico donde se consideren la figura de apego de cada uno. El propósito será establecer los vínculos basados en las figuras de apego seguras.

Gallardo, Jiménez, Gonzales Garrido, Villaseñor,(2013) consideran que el abordaje terapéutico de la distimia se realiza de manera similar al trastorno depresivo mayor, en su mayoría los

antidepresivos funcionan y causan efectos positivos para tratar la distimia. Así mismo se deben de tomar en cuenta múltiple factor como la respuesta y adaptación al medicamento. Sin embargo, los antidepresivos solo mejoran en un porcentaje menor del 70%, ya que en varios estudios de casos se ha evidenciado que la distimia es resistente a los antidepresivos.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Tanto en la actualidad como en siglos anteriores las personas han padecido episodios de extrema tristeza, sin embargo, existen algunas personas que dicha tristeza le acompaña la mayor parte del tiempo, sin tener una explicación sobre la razón, teniendo siempre la esperanza de que algún día se le desaparece y otras se acostumbran a vivir con ella. Al darse cuenta de que su estado no mejora buscan ayuda profesional y es allí donde se dan cuenta y le dan nombre a su padecimiento, el cual es la trastorno Distímico llamado actualmente como trastorno depresivo persistente.

Según el DSM 5 el trastorno depresivo persistente (distimia), es un tipo de depresión menos grave, que comprende síntomas crónicos a largo plazo, que no lo incapacitan, pero le impide funcionar al máximo de su energía. Uno de los síntomas que más afectan al paciente del presente estudio de caso es la dificultad para disfrutar de las cosas positivas de la vida prestándole, atención a los eventos que le causan malestar debido a los altibajos del estado de ánimo. Las personas con distimia suelen estar irritadas, agresivas, con facilidad de entrar en discusión y con poca tolerancia a la frustración.

Una persona con irritabilidad y con facilidad para entrar en discusión puede generar un rechazo de la familia y en particular de la pareja, el rechazo puede ser de varias formas y es el presente caso el rechazo se ha dado a nivel sexual. Ocasionado malestar significativo en el paciente.

Sarah Hunter(2016), realizó una investigación en hombres entre 30 y 65 años que tenía un promedio de 14 años de relación, a quienes se les preguntó que, si sienten menos deseo o la ausencia de este, respondieron que tanto el deseo y el autoestima disminuía cuando eran rechazados. Según los entrevistados opinan que si la pareja no lo desea demuestra que no tiene

interés sobre él y no le gusta. La mayoría de los entrevistados mostraron un patrón de percepción en que la falta de deseo de tener sexo de parte de su pareja se traduce en un sentimiento de no ser querido. Según la doctora las relaciones sexuales no solo son vista por el hombre para liberar energía y tensión sexual si no también buscan la conexión y deseo de recibir validación.

3.2Pregunta de investigación

El propósito de esta investigación fue:¿Cómo experimenta la distimia un hombre que sufre rechazo sexual por parte de su pareja?

3.3Objetivo general

Comprender como influye en un hombre con trastorno distímico, el rechazo sexual por parte de su pareja.

3.4Objetivos específicos

- Identificar características diagnósticas y el origen del trastorno distímico
- Comprender cómo el ambiente familiar y contexto social, puede influir en el afrontamiento ante el rechazo.
- Describir qué factores sociales influyeron en la personalidad de un paciente diagnosticado con distimia.
- Identificar estrategias para afrontar el rechazo.

3.5Alcances y límites

Alcances

- Entre los alcances evidenciados desde el inicio de la investigación con fecha 30 de marzo al 5 de noviembre del año 2017, en el caso de estudio de la Práctica Profesional Dirigida de Psicología Clínica se menciona el establecimiento del encuadre que propicio una relacional profesional entre paciente y terapeuta.
- Familiarizarse con la problemática del paciente ayudó a poder abordar de manera precisa y funcional al paciente.
- Se logró culminar con el número de sesiones establecidas y necesarias para el caso, lo cual demuestra que el paciente se apegó el plan de tratamiento, logró disminuir significativamente los síntomas que les ocasionaba malestar, alcanzando un equilibrio emocional. Esto se logró a través del autoconocimiento y la ejecución de los recursos internos que poseen adaptándose al proceso terapéutico.

Limitantes

- La falta de documentos relacionado con el tema dificultó la comprensión del padecimiento por lo cual el proceso tuvo retrasos por lo que se tuvieron que abordar otros temas.
- El orden que utiliza la universidad para dicho estudio de caso causó limitaciones ya que se considera que la investigación debería ser desde los inicios y con los pasos adecuados con el propósito de encontrar un orden lógico y congruente.

3.6 Metodología

Dicha investigación se realizó por medio del método cualitativo, siendo parte de la asignatura de Sistematización de Practica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología

yConsejería Social. La misma se fundamenta en el estudio de caso, en el cual el paciente busca ayuda debido a los conflictos constantes que ha tenido con su pareja.

3.7 Procedimiento

La investigación se fundamentó en el estudio del paciente G. S, mismo que se le llevó a cabo en el área de Psicología de la Procuraduría de los derechos Humanos. El paciente laboró en dicha institución y es por esa la razón que se hizo consciente de que la manera de relacionarse con su esposa no era la adecuada, ya que la institución vela por los derechos de las personas.

Para ayudar al paciente se necesita determinar de que sufre y para poder diagnosticar se debe hacer una recolección de todos aquellos datos que indiquen la presencia del problema o patología. En el presente estudio de caso se inició con el psicodiagnóstico: mediante el cual se hizo uso de la observación objetiva, examen mental, al mismo tiempo la entrevista, luego en cada sesión se fueron aplicando pruebas proyectivas como la figura humana, familia, árbol y persona bajo la lluvia. Por último, se aplicóCAQ, y cuestionario WHODAS 2.0.

Los resultados de la batería de test aplicados proporcionaron datos con los cuales se pudo constatar que el paciente evidencia afecciones psicológicas emocionales y conductuales. Las pruebas reflejan sentimientos de inferioridad y tendencias hacia el retraimiento, inhibición de los impulsos, y sentimiento de inseguridad. Esto lo lleva a sentirse insatisfecho con la vida y a acoger pensamientos autodestructivos. Se muestra muy preocupado e intranquilo por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, evidenciando poca energía para actuar. Por lo que se diagnosticó el trastorno Distímico, ya que cumplía con los criterios de diagnóstico establecidos en el DSM-V.

3.8 Descripción de las pruebas

Con el propósito de obtener un fundamento para comprobar la posible hipótesis que se tiene sobre el diagnóstico del paciente, se realizaron una serie de pruebas. Las cuales fueron aplicadas en diversas sesiones. Cada prueba tiene un objetivo distinto y están diseñadas para conocer el inconsciente del paciente de una manera indirecta. Para su mejor comprensión a continuación, se describe cada una de ellas.

Observación:

Es una técnica que se utiliza generalmente en la investigación, todo proceso terapéutico implica realizar una investigación de los acontecimientos, para encontrar un causante y una solución. El objetivo principal es observar al paciente y todo su entorno, con el propósito es tener un estudio total del paciente. En el este caso se realizó la observación no estructura, que consiste en la observación sin la ayuda de elementos técnicos específicos. Y la vez la observación estructurada utilizando el examen mental como herramienta de apoyo.

Durante cada sesión se observó desde el inicio hasta el final de la sesión, la conducta del paciente al relatar cada suceso y al realizar las actividades planificadas. En cada sesión el paciente se mostraba de diferente ánimo, en sus inicios se mostró apático, abatido, decepcionado, con poca energía, lo cual lo reflejaba en su postura, tono de voz y vestimenta. En algunas ocasiones mostraba tener altibajos, sin embargo, al finalizar el proceso su semblante fue de esperanza.

Examen mental:

Según Duran y Barlow (2007). “el examen del estado mental implica la observación sistemática del comportamiento del individuo”. Consiste en un registro que describe las observaciones de las funciones mentales y psicológicas que permite la exploración de los signos, síntomas y área de funcionamiento presentes en un paciente. Es realizada en el momento en que se hace la entrevista

y se realizan registros el curso de la terapia para evaluar si el paciente ha evolucionado. Para estos autores el examen mental abarca cinco categorías principales como; apariencia y comportamiento, procesos de pensamientos, estado de ánimo y afecto, funcionamiento intelectual, sensorio.

Al inicio y al final del proceso se realizó un exhaustivo examen mental del paciente, prestando especial atención a los signos y síntomas, a través del cual se pudo constatar la evolución que tuvo el mismo. Ya que inició el proceso con un semblante de tristeza y pensamientos de desvalorización. Así mismo se consideraba una persona con poca atractiva y con pocas posibilidades de superarse. Manejaba pensamientos obsesivos los cuales le eran ansiedad de los cuales fueron reduciendo gracias al darse cuenta de los logros obtenidos a lo largo del proceso.

Entrevista:

Según Nahoma (1985) la entrevista psicológica es una “técnicas de estudio y observación del comportamiento humano con miras a la solución de problemas que atañen a la psicología, sociología, o la medicina mental”. El propósito principal es indagar sobre la vida del paciente para comprender y conocer diversos aspectos de su vida. Dentro de las mismas existen diversos tipos de entrevista, y en este caso se utilizó la semiestructurada la cual consiste en preguntas planificadas con un objetivo y a la vez se pueden realizar preguntas que puedan surgir en el momento.

Durante las primeras sesiones con el paciente se realizaron varias preguntas de manera indirecta sobre la historia clínica del mismo, quien colaboró otorgando la información solicitada. La entrevista se logró completarse alrededor de tres sesiones, ya que, al ser realizada de manera semiestructurada, daba paso a que el paciente se pudiera expresar ampliamente. A partir de la entrevista se pudo obtener una posible hipótesis sobre la razón del problema que presenta.

Genograma:

Es un recurso que generalmente se utiliza en la terapia familia, sin embargo, es muy aplicable en cualquier paciente, en el cual se registran datos de la familia del paciente algunos de ellos son; edad, ocupación, grado escolar, salud, puntos relevantes de las historias individuales. Es utilizado para ampliar la información del mismo sobre aspectos como; tipos de familia, tipo de relaciones que se dan, patologías, patrones que se repiten.

Para McGoldrick (1985) y Gerson el genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante al menos tres generaciones. La elaboración de genograma fue realizada junto con el paciente, al completarlo el paciente se pudo dar cuenta de como se pueden repetir patrones de comportamiento, y que su vez le han perjudicado tanto a el como a su esposa. Así mismo se pudo constatar que la depresión es una enfermedad que la padece la madre, y que a desestabilizado el núcleo familiar.

Pruebas proyectivas, figura humana, árbol y familia:

Son herramientas que permiten identificar elementos de la personalidad como conflictos del inconsciente, impulsos, y ansiedades. En la interpretación se deben de tomar en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental, características de la personalidad e indicadores que denotan necesidades del inconsciente, El principal objetivo es formarse una visión clara del paciente para derivar un tratamiento específico a sus necesidades.

Es de fácil aplicación e interpretación y de bajo costo. Por lo cual es utilizada en la mayoría de los procesos de diagnóstico. A través de la aplicación de las pruebas proyectivas se identificó en el paciente como se ha manifestado la ansiedad desde la niñez, así como la baja estima y falta de confianza en si mismo, durante la aplicación el paciente se mostró muy triste, ya que trajo al presente recuerdos desagradables sobre su relación con los padres.

Cuestionario de Apreciación Temática (CAQ):

El cuestionario de análisis temático fue diseñado por Kung para analizar conductas psicopatológicas. Puede ser aplicado a adolescentes y adultos el cual consta de 144 ítems de tres alternativas de cada respuesta. Evalúa las siguientes escalas; hipocondría, depresión, agitación, depresión baja energía, culpabilidad, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajustes psicológicos. Durante la aplicación de la prueba el paciente se presentó relajado y cooperador, sin embargo, se mostraba bajo de energía, más de lo habitual, comenta que las peleas constantes con su esposa no le permiten concentrarse en el trabajo razón por la cual se atrasa e invierte más tiempo del esperado. La prueba se completó en una segunda sesión debido a la necesidad de expresar los sentimientos que lo invadían en ese momento.

WHODAS 2.0:

Es un instrumento de evaluación genérica y práctica que puede medir la salud y la discapacidad de las personas. Para los seis dominios Whodas proporciona un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad, que es confiable y aplicable culturalmente en todas las poblaciones adultas. Al aplicar la prueba el paciente tuvo la inquietud de saber que media dicha prueba, después de explicarle, comenta que aparentemente el labora y se mantiene estable, sin embargo, internamente no se siente competente debido a las dificultades familiares económicas que maneja la mayor parte del tiempo.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

Datos generales

Nombre: G. S. T.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 11 de octubre de 1989

Edad: 27 años

Estado Civil: Casado

Escolaridad: Universitario

Profesión: Auditor

Religión: católica

Dirección: Chimaltenango / Zona 1

Referido por: Él solicitó la ayuda

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 30 de marzo de 2017

4.1.1 Motivo de Consulta

El paciente comenta que desde pequeño ha sido tímido, distraído y que últimamente los problemas que tiene con su esposa le están afectando por lo que se muestra más distraído que antes. Expresa: “Desde que nos casamos hemos tenido peleas con mi esposa peleas con golpes yo he dejado de empujarla, pero ella continúa, no se como hacer para que esto deje de pasar” (SIC).

4.1.2 Historia del problema actual

El paciente comenta que desde que es adolescente se dio cuenta que es muy distraído y olvidadizo, razón por la cual el padre siempre lo castigaba y pegaba expresándole que ha sido un mal hijo. El paciente vivió en un hogar con mucha violencia física y psicológica, a la edad de 20 años se casa con Cristi, quien es su novia de la infancia, y quien también proviene de un hogar con mucha violencia al igual que el paciente. Al momento de casarse y vivir juntos inician los conflictos con agresiones verbales y físicas entre ambos. Las peleas han sido constantes durante los siete años, sin embargo, el paciente es consiente que lo que esta pasando no es normal y deja de responder a los golpes de la esposa, pero sigue siendo agredido.

Estresores o factores precipitantes: a principios de año el paciente fue ascendido un puesto en su trabajo, sin embargo, por cometer un error por lo distraído que se ha mantenido, lo regresaron de nuevo a su puesto, esta situación lo desestabilizó ya que una de sus mayores metas es tener un puesto mejor para que sus ingresos incrementen.

Impacto del problema: el paciente expresa que al inicio de su matrimonio al ver que no encontraba la felicidad empezó a manifestar ideas suicidas. Así mismo, al prestarle atención a la situación en la que viven con su esposa se dio cuenta que no está satisfecho, pues la esposa lo sigue tratando mal y la vida sexual se ha deteriorado a tal punto que él le insiste o ruega para que tengan relaciones. Ambos viven en apartamentos distintos entre semana debido a la distancia del trabajo, sin embargo, a pesar de no verse la esposa no muestra tener ningún deseo para estar en intimidad con el paciente

El paciente manifiesta estar preocupado, porque ha aumentado su deseo sexual y la esposa no le responde como pareja. Para reducir su deseo y dejar de pensar en lo mismo, decidió asistir al gimnasio, expresa que le ha ayudado sin embargo no es una solución a sus problemas razón por la cual busca ayuda.

4.1.3 Historia clínica

La madre del consultante todavía no estaba casada, y por miedo de los padres quería abortar. Luego decidió tenerlo porque lo regalaría a un familiar. Al nacer se dio cuenta que si lo quería y el padre se hizo cargo de los dos. Al nacer fue parto normal sin complicaciones, nació sano.

Desde pequeño tuvo dificultades para aprender por lo que cada etapa se demoraba en superar. El paciente comenta que la madre indica que siempre fue tímido por lo que se le dificulta expresarse verbalmente

En el desenvolvimiento escolar tuvo dificultades, durante toda su niñez fue distraído, olvidadizo, despreocupado, el padre lo castigaba y golpeaba constantemente. Al pasar a los básicos, el paciente decide estudiar para ser Sacerdote y se va a estudiar a un internado. Durante ese período escolar sus notas no fueron sobresalientes sin embargo no perdía las clases. Al graduarse de perito contador decidió no seguir con la carrera de sacerdocio y abandonó la institución.

El paciente no tiene muchas amistades, las pocas que tiene son del ambiente del trabajo. Al igual que en su adolescencia, durante esta etapa vivió interno. Expresa que la decisión de estar interno la tomó por huir de la problemática familiar en la que vivía.

A la edad de 17 años inició a trabajar en Prensa Libre, el cual renunció por el horario que era de noche. En 2011 trabajó en el Gallo más Gallo en reclutamiento de personal el cual abandonó porque se le presentó la oportunidad de obtener mejor salario en Citibank, de donde lo despidieron por no llegar a sus metas de venta. En el tiempo que trabajó en el Gallo más Gallo, fue donde el paciente considera que su autoestima se elevó un poco, ya que desde pequeño ha tenido la autoestima muy baja. En el 2014 inició a trabajar en la PDH, donde actualmente trabaja, el paciente comenta que la relación con su jefe es un poco distante y conflictiva ya que el paciente se siente inconforme con la carga de trabajo que es más de lo que le corresponde.

El paciente comenta que en la adolescencia era una persona con muchos deseos sexuales, y que se dio cuenta que le gustaba ver pornografía excesivamente. Al momento de casarse el deseo disminuye, sin embargo, actualmente se siente de nuevo preocupado ya que considera que mantiene mucho deseo sexual y su esposa no le corresponde. La relación con la esposa es muy conflictiva a tal punto que han llegado a los golpes, en varias ocasiones, hace cuatro años que él ya no reacciona igual, sin embargo, la esposa lo muerde, pellizca o le pega.

La mayor parte del tiempo la pasan distantes y los pocos momentos que tienen para tener intimidad, la pareja lo rechaza, alejándose de él y expresándole que se siente incomoda y molesta cada vez que pretende tener relaciones sexuales con ella. Comenta que su esposa a imitado el comportamiento de la madre, quien también rechaza constantemente a su pareja, sin embargo, el paciente considera que no se merecen el mismo trato, ya que él ha sido responsable con su familia todo el tiempo. Expresa que en varias ocasiones a tratado de ganarse el cariño de su esposa a través de regalos, elogios, apoyándola en casa con los niños, sin embargo, la respuesta de la esposa es siempre de desprecio.

El paciente comenta que a tenido dificultades económicas, de trabajo y con su esposa, razones por las cuales se ha sentido decepcionado de si mismo, considerándose una persona fracasada, lo cual lo a llevado a tener pensamientos recurrentes de desesperanza y pocos deseos de vivir.

4.1.4 Historia familiar

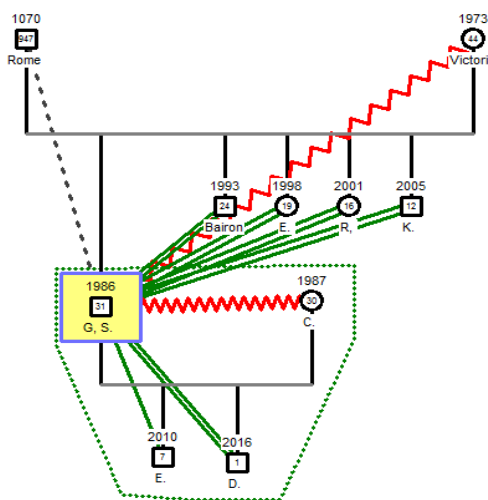
Estructura familiar: el paciente vive con su esposa y sus dos hijos, la relación entre la pareja es conflictiva donde hay abuso físico entre ambos. La relación que tiene con su hijo mayor es armoniosa y con el hijo pequeño es más cercana y unida. La relación del paciente con el padre es distante mientras que con la madre es conflictiva. Con los hermanos es armoniosa con los cuatro.

El paciente tiene una relación más cercana con los suegros quienes lo apoyan de la toma de decisiones. El paciente. Viven en casa propia con ambientes separado sin embargo tienen dificultades económicas lo que está provocando más estrés entre la pareja.

Antecedentes familiares: el paciente vivió con sus padres violencia psicológica y familiar, el padre numerosas veces los echó de la casa cuando llegaba alcoholizado, el padre trabaja como policía y abusaba de su autoridad, amenazando y agrediendo. El paciente es el más grande de cinco hermanos, luego de él sigue Byron de 24 años, Evelyn de 19, Rosmeri de 16, y Kevin de 12 años. La relación entre ambos es cercana. Actualmente los padres se separaron. El paciente tiene una relación más cercana y afectiva con sus suegros a diferencia con sus padres, considera que tiene cierto resentimiento hacia su padre.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales: el paciente refiere que el padre fue alcohólico, actualmente lleva más de 5 años de no tener recaídas. Cuando el paciente era adolescente la madre intentó suicidarse y actualmente la madre está padeciendo de depresión.

Imagen No. 1
Estructura Familiar



Fuente: elaboración propia en base a los resultados obtenidos del paciente (2017)

4.1.5 Examen del estado mental

El paciente se presentó con un atuendo adecuado, acorde y aseado. La conducta que manifiesta es de cooperación, abierta y amable e inseguro. Funciones del sensorio se orienta en tiempo, persona, lugar, se mantiene atento y concentrado. Mantiene su memoria a corto, mediano y largo plazo, sin embargo, presenta dificultades para expresar sus ideas.

Características del lenguaje, habla fluido con expresiones precisas y palabras apropiadas. Su mirada y expresión era de preocupación. Es congruente con su discurso, el estado del ánimo es el adecuado para el contenido del pensamiento expresando verdaderos deseos y sentimientos, los cuales son de tristeza, culpa, enojo. La actitud del paciente hacia su situación es realista y preocupado manifestando que necesita ayuda para superar el problema.

La actitud que presenta hacia la familia es de responsabilidad, sumisa, sensible, agresivo, reservado inseguro y dependiente. Y las actitudes que tiene hacia sí mismo es de indulgente y preocupado. Ante las actitudes morales y religiosas es permisivo, flexible y conformista. Sus intereses en la actualidad son familiares y compañeros de trabajo. Las reacciones a situaciones sí mismo son; preocupado, crítico y sus ambiciones son tener un mejor puesto en su trabajo.

4.1.6 Interpretación y Resultados de pruebas

Cuadro No.1
Pruebas aplicadas

Prueba Aplicada	Fecha de la Aplicación
Figura Humana	20 de abril de 2017
Familia	4 de Mayo de 2017
Árbol	4 de Mayo de 2017

Persona bajo la lluvia	4 de Mayo de 2017
CAQ	11 de Junio de 2017
CAQ/ WHODAS	18 de Junio de 2017

Fuente: elaboración propia en base a los resultados obtenidos del paciente (2017)

Figura Humana: la prueba proyecta conflicto con actividades, así como las conductas impulsivas (excitables). Se observa necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas, introversión, tendencia hacia la regresión, inmadurez, ánimo deprimido y sentimientos de inadecuación. Refleja posible ansiedad, por el deseo de perfeccionamiento, y la inseguridad. Muestra evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva. Una conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual. Ambición deseos de proeza o adquisición. Pánico a la homosexualidad.

Familia: la prueba muestra delicadeza e inhibición de sentimientos, timidez. Ansiedad por lo sexual y conflictos emocionales. Inhibición de la expiación vital, proyecta fuerte tendencia a replegarse en sí mismo. Posible pérdida de espontaneidad; proyecta rasgos de carácter obsesivo. Muestra tener determinación, carácter y asertividad. Se encuentra ubicado y en contacto con la realidad. Muestra una identificación con su hijo mayor, y le da más valor a la pareja. La prueba muestra estar evadiendo, sentir preocupaciones por el rendimiento académico, sentimientos de devaluación, ansiedad y dificultades para conectarse con el mundo. Proyecta tendencias hacia el retraimiento y la inhibición de los impulsos, sentimiento de inseguridad.

Árbol: la prueba refleja relación con lo espiritual, impaciencia por el deseo de superar el sentimiento de inferioridad, muestra falta de apoyo o estabilidad; así como fuerza por compensación del sentido de impotencia con tendencia a la violencia, explosividad, carga y descarga instantánea. Proyecta un fuerte deseo de triunfo y mostrar capacidades.

Persona Bajo la Lluvia: la prueba proyecta sentimientos de inadecuación, autodesvalorización, timidez, inseguridad, introversión, humildad y falta de vitalidad. Refleja sensación de encierro o incomodidad y una inadecuada percepción de sí mismo. Proyecta fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico, lo cual repercute en posible tensión y ansiedad.

Se muestra equilibrado, constante armonioso con agilidad y excitabilidad. Posible sentimiento de amenaza por el entorno, sin tener libertad para actuar; así como necesidad de crecer y un comportamiento positivo para avanzar hacia el futuro, dispuesto a enfrentar el mundo.

Proyecta tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas, posible sufrimiento fetal. Refleja falta de defensas, con potencia sexual y vitalidad. Muestra signos de evasión falta de compromiso, egoísmo, falta de seguridad de sí mismo, tristeza y resignación.

CAQ: a nivel de la estructura básica de la personalidad, el paciente presenta una conducta altamente tímida y tiende a perder constantemente su aplomo con pensamientos de inferioridad. Por lo mismo, evita los contactos interpersonales y no se halla confortable con los demás. Esto lo lleva a sentirse insatisfecho con la vida y a acoger pensamientos autodestructivos. Se muestra muy preocupado e intranquilo por la salud, los desarreglos y las funciones corporales y se evidencia muy poca energía para actuar.

Existe alta tendencia a mostrarse autocrítico, acusándose de errores y con fuertes sentimientos de culpabilidad. Tendencia a mostrar impulsos repentinos o incontrolados que lo alejan de la realidad, por lo que se le dificulta evaluar con realidad a las personas, en ocasiones lo hace con conductas regresivas; algunas veces le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos. Cree que se le persigue espía o controla.

Por lo general busca excitación, acepta riesgos e intenta lo nuevo, sin embargo, es muy sensato y evita implicarse en algo ilegal o romper las normas. Tiende a mostrarse tenso, con poca habilidad y destreza, perturbable y tiene sueños molestos.

Whodas:El paciente evidencia discapacidad en el cuidado personal, en la relación con otras personas y la participación social.

Cuadro No.2
Resultados Whodas

NO	Área	Porcentaje de Discapacidad	Interpretación
1.	Comprensión y comunicación.	21%	No muestra discapacidad
2.	Capacidad para moverse en su alrededor.	35%	No evidencia discapacidad
3.	Cuidado Personal.	75%	Evidencia discapacidad
4.	Relacionarse con otras personas	60%	Evidencia discapacidad
5.	Actividades de la vida diaria.	62%	Evidencia discapacidad
6.	Participación en sociedad.	75%	Evidencia discapacidad

Fuente: elaboración propia en base a los resultados obtenidos del paciente (2017)

4.1.7 Impresión diagnóstica

El paciente y su esposa provienen de hogares disfuncionales donde los golpes eran parte de la dinámica familiar, razón por la cual ambos continuaron con el mismo patrón de comportamiento. El estilo de vida que llevan, de vivir separados a contribuido a la problemática ya que esto la distancia física, afectiva y sexualmente.

El paciente tiene características de déficit de atención, lo cual ha contribuido a la baja autoestima e inseguridades. El deseo de alcanzar sus metas u objetivos y de demostrar sus capacidades, le genera ansiedad y le produce desánimo al no poder alcanzarlo. Las pruebas proyectan sentimientos de inadecuación, autodesvalorización, y falta de vitalidad. Dificultad en el cuidado personal, en las relaciones con otras personas, y las actividades de la vida diaria. Sin embargo, tiene muchos deseos de superación que es lo que le motiva y le ayudara a salir adelante.

4.1.8 Diagnóstico

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

Con ansiedad, en remisión total, inicio temprano, con síndrome puro, moderado.

4.1.9 Recomendaciones

Es indispensable que el paciente inicie un proceso terapéutico, enfocado a técnicas cognitivas de manera vivencial con material de apoyo para cada sesión y tareas para casa.

Se recomienda combinar algunas técnicas gestálticas con el propósito de incentivar el uso de sus propios recurso y capacidades.

Es importante trabajar en el reconocimiento de las emociones en cuanto a la relación de pareja incentivando al paciente al fortalecimiento, comprensión, y autoconocimiento a través de la lectura del libro Perdidos en la traducción del Dr. Steve Stephens.

Para lograr un bienestar en el paciente es importante la elaboración de un plan de tratamiento acorde a sus necesidades que contribuya a lograr los objetivos planteados. Para ellos se utilizó la siguiente perspectiva.

Perspectiva Cognitiva Conductual

Lega, Caballo y Ellis (1998), sugieren que el término cognitivo conductual se refiere a las terapias que incorporan dentro de la práctica técnicas conductuales y cognitivas. Ambas se basan en la afirmación de que un aprendizaje anterior está repercutiendo en la conducta produciendo cambios desadaptativos. Este enfoque terapéutico tiene como objetivo reducir el malestar desaprendiendo lo aprendido o aprendiendo nuevas experiencias de aprendizaje, más adaptativas. Asimismo, la teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo.

La autoestima según la terapia cognitiva conductual. Walter Riso (2013), señala que las investigaciones realizadas teniendo como base la terapia cognitiva han demostrado que la visión negativa que se tiene de sí mismo es un factor determinante para que se lleguen a desarrollar trastornos psicológicos, tales como: somatizaciones, fobias, depresión, estrés, ansiedad, inseguridad, problemas de pareja, bajo rendimiento académico y laboral, abuso de sustancias, problemas de imagen corporal, poca inteligencia emocional, etc. Por lo que se da como conclusión que, si la autoestima no se encuentra fortalecida, llega a repercutir en todas las áreas fundamentales del ser humano. Menciona que tener una buena autoestima tiene múltiples beneficios.

Modelo terapéutico

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son un acercamiento útil y eficaz para el manejo de una gran variedad de trastornos emocionales como la depresión, los trastornos de ansiedad, la hipocondría, los trastornos adaptativos y para una variedad extensa de síntomas emocionales no clasificados (estrés, ira, frustración).

Esta perspectiva sostiene que las personas deprimidas tienden a: (1) pensar negativamente sobre sí mismas, (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y (3) tener una visión pesimista del futuro. Lo que se denomina “tríada cognitiva”. Parte del tratamiento es para los pensamientos negativos automáticos que interfieren en el estado de ánimo de la persona. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento adecuado reemplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva en sí.

El tiempo estimado de la terapia es de 4 meses, aproximadamente 16 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

**Cuadro No.3
Presentación plan terapéutico**

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Estado de ánimo deprimido	Mejorar el estado emocional, así como reducir la emocionalidad negativa, corrigiendo algunas estrategias de afrontamiento desadaptativo	Se utilizarán técnicas cognitivas para reducir la frecuencia de pensamientos negativos.	Se realizará una actividad en cada sesión aplicando una técnica por día. Aproximadamente en 5 sesiones	Computadora bocina de música Hojas de ejercicios. marcadores
Falta de Perdón	Trabajar el perdón para propiciar la liberación de sentimientos que le han ocasionado inestabilidad emocional	Se utilizarán técnicas gestálticas de tipo vivencial para que descubra los mecanismos que utiliza.	Dichas técnicas se presentarán en 3 sesiones, en consulta y se asignan como tarea para casa	Silla, cojín, hojas de papel, lapiceros.
Baja autoestima	Fortalecer sentimientos como: confianza, amor propio, autoconcepto, y así mejorar la autoestima	Se utilizarán técnicas cognitivas conductuales para modificar la percepción de sí mismo	La intervención será a lo largo de todo el proceso. Del cual se leerá en casa y se discutirá en la siguiente sesión. La duración será de 8 sesiones.	Guía física, para mejorar la autoestima Hojas de trabajo. Auto registro Cuestionario Trampa Vital

Fuente: elaboración propia en base a los datos obtenidos del paciente (2017)

4.2 Análisis de Resultados

En su mayoría las personas que son diagnosticadas con Distimia consideran como parte de su vida, el hecho de sentirse deprimidos y consideran que nunca son felices. Según Sarason y Sarason (2006), es una condición en la cual el estado de ánimo deprimido persiste la mayor parte del tiempo con síntomas crónicos y leves del trastorno depresivo. Es un trastorno muy común y en algunas ocasiones las personas ignoran que lo padecen. Se estima que un 5% a 6% de la población general lo padece.

En el estudio del caso del paciente G.S. se comprueba que el sentimiento de infelicidad y estado deprimido predomina en el paciente desde la adolescencia, así como los síntomas diagnósticos descritos en el manual de diagnóstico DSM-V (2013), tales como; poca energía y fatiga, baja autoestima, falta de concentración en especial en el trabajo, dificultad para tomar decisiones y desesperanza.

La dinámica familiar en la que vivió el paciente provocó en él un tipo de pérdida, la cual Fernández (2009), la describe como la triangulación manipuladora; que se caracteriza por mensajes contradictorios que el niño recibe que provocan distanciamiento con alguno de los padres. En este caso el distanciamiento se dio con la madre, de quien recibía reproches constantes e insultos, que con el tiempo provocaron una baja autoestima y la iniciación de los síntomas de la distimia.

Se considera que lo descrito por Fernández (2009) es muy válido ya que el paciente presentó el mismo orden de los síntomas que provoca la tribulación, sin embargo, gracias a la intervención que se realizó con el consultante se logró hacer conciencia de su problemática abordarla y así disminuir la posibilidad de pasar a una depresión mayor.

Como consecuencia de los síntomas de la distimia el paciente ha manifestado un alto grado de insatisfacción en relación con la vida sexual con su pareja, provocándole problemas significativos.

Loving y Aragon (2002) comentan que la satisfacción sexual depende de la percepción que se tiene. Por lo tanto, si el paciente esta presentado una percepción negativa de la vida y baja autoestima, no encontrara características positivas de su vida sexual, sintiéndose rechazado e insatisfecho.

En este caso se considera muy certero, la explicación que realizan Godoy y Godoy (2013), quienes comentan que el rechazo sexual esta muy relacionado con el nivel de estrés y los roles de pareja los cuales han cambiado, donde ambas parejas salen a trabajar y en ocasiones cambian los roles. Con relación al paciente, esta situación se ha dado ya que ambos trabajan y manejan una demanda de trabajo que les genera estrés.

Por otra parte, desde la teoría del apego se comprende una de las razones por las cuales el consultante manifiesta un grado alto de insatisfacción. Gómez (2014), explica desde la teoría del apego, que el deseo sexual se activa después de que la persona realiza un análisis del entorno, y el mismo si es percibido como inseguro genera estrés. El paciente durante toda su niñez, se desarrollo en una relación de apego inseguro con ambos padres, posiblemente es la razón por la cual ha desencadenado una percepción negativa de todo su entorno, sintiéndose siempre insatisfecho, desarrollando un deseo impulsivo hacia el sexo, que ocasiona malestar en la pareja quine lo rechaza constantemente.

Se esta de acuerdo con Wich (2013), quien explica que el rechazo no importa de donde provenga siempre ocasiona un daño psicológico, y la gravedad dependerá de la situación emocional en la que se encuentre, lo anterior descrito se pudo corroborar en el proceso terapéutico del paciente ya que en varias sesiones el paciente retrocedía en su proceso al sentirse rechazado por su pareja, o por su madre. Lo cual comprueba que el rechazo independientemente de donde provenga produce dolor y desequilibrio emocional.

Conclusiones

La causa principal del desarrollo de la distimia fue la dinámica familiar conflictiva y la falta de apego seguros en la infancia, las cuales provocaron un alto grado de insatisfacción con la vida, así como dificultades en las relaciones sociales, y baja autoestima

Cuando el paciente se hace consciente de su padecimiento, a través de la intervención de técnicas cognitivas conductuales el paciente comprende la razón de sus reacciones y percepciones, obteniendo un autoconocimiento que contribuye en la mejora de su estado emocional.

Es evidente que el aumento de la autoestima contribuye a la modificación de las percepciones, mejorado sus relaciones interpersonales, reduciendo la agresividad, y el pánico escénico, sin embargo, en este caso, no fue lo suficiente, para mejorar la vida sexual de la pareja. Ya que es necesaria la participación y contribución de ambos para las mejoras.

En el estudio de caso, la falta de motivación, falta de sentido de vida y pensamientos suicidas, son consecuencias de la estructura familiar disfuncional que vivió al paciente. Esto es debido a la contienda que prevalecía entre ambos padres, madre con depresión y pensamientos suicidas y padre autoritario.

La atención psicológica brindada al paciente de manera individualizada permitió aportar recursos yoicos, al conocerse así mismo, sus fortalezas y debilidades, y así poder tener la experiencia de poner límites en su relación de pareja.

Recomendaciones

Cuando el conflicto está íntimamente relacionado con la pareja es necesario abordar los problemas desde un enfoque sistémico familiar. Así mismo apoyarse de las teorías del apego, identificando figuras positivas y sanando las negativas de cada miembro. Es importante que la familia este familiarizada con el diagnóstico del paciente, para poder contar con fuentes de apoyo, un pilar importante para el equilibrio emocional.

Se recomienda que los pacientes diagnosticados con distimia continúen con terapias por lo menos una vez al mes, para evitar recaídas, ya que la distimia es una condición que generalmente no se cura, solo se controla. Si después de llevar un proceso psicológico se tienen recaídas es de vital importancia continuar con un proceso multidisciplinario, con el apoyo de un médico psiquiatra.

En la actualidad para reducir los conflictos de pareja, es necesario realizar una reestructuración de la dinámica familiar, como en la responsabilidades o cambios de roles. Así mismo, darles importancia a las actividades familiares y de recreación. Estas actividades recreación podrían ser con un grupo de la iglesia, salidas frecuentes em pareja y aparte en familia.

Finalmente se evidencia que la sociedad también puede ser involucrada ya que es el entorno de los diferentes pacientes por lo que se sugiere que, por medio de las redes sociales y otros medios, se formen grupos de apoyo para personas que padecen de distimia o depresión, para que puede medio de compartir experiencias con otras personas y se obtenga información del padecimientos.

Referencias

American Psychological Asociación. (2010). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR* (2001). Barcelona: Masson

American Psychological Asociación. (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. México: Editorial Panamericana

Beck, A. (2005) *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brower, S.A.

Becerril, E. & Álvarez. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida*. Informe final de grado. Universidad de Cantabria.

Godoy, A. & Godoy, A. (2013). *Te amo, pero no te deseo*. España: Grijalbo.

Krug, S. (2004). Manual, Cuestionario de análisis clínico CAQ. España Madrid: Tea ediciones.

Minuchin, S. (2007). *Evaluación de familias y parejas del síntoma al sistema*. México: Paidós.

Ruiz, A. Diaz, G. & Villalobos, A. (2009). *Manual de Técnicas de investigación Cognitivo Conductual*. Madrid: Descleé

Rojas, E. (2016). *Adiós depresión, en busca de la felicidad razonable*
Madrid. Temas de hoy.

Sánchez, D. (2006). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

De León J. (2013). *Acuerdo para crear la organización de las auxiliaturas a nivel nacional* Guatemala. Recuperado de http://www.dip.mindef.mil.gt/docs/IAC_2017.pdf

De León, J. (2016). *Informe Anual Circunstanciado*. Procurador de los Derechos Humanos. Recuperado de: <file:///C:/Users/lyzdi/Downloads/IAC%202016.1.f.pdf>

Errázuriz. L, & Godo, A. (2013). *El nuevo fenómeno “te amo, pero no te deseo*. Recuperado de: <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2013/11/21/739602/Alejandra-Godoy-El-nuevo-fenomeno-te-amo-pero-no-te-deseo.html>

Flores, M. (2011). *Comunicación y Conflicto. Qué tanto impactan en la Satisfacción Marital*. *Acta de Investigación Psicológica- Psychological Reserch Records*. 1, 2017-2019
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358933579003.pdf>

Gallardo, Jiménez, Gonzales Garrido, & Villaseñor. (2013). *La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epistemológicas, etiológicas y del utilidad diagnóstica*. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 14, 2016-2020. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/10/Nm134-07.pdf>

García, H. (2013). *Intimidad sexual marital y temas de conversación en el subsistema del paciente con diabetes mellitus tipo 2, en la unidad de medicina No. 64:012*
Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13978/396220.pdf?sequence=2>

Gómez, J. (2014). *Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja*.
Recuperado de: file:///C:/Users/lyzdi/Documents/Seminario%202017/Aportaciones_apego_terapia.pdf

Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://newpsi.bvpspsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Jiménez, M. Gallardo. M, Gonzales G, Villaseñor C (2012). La distimia en el contexto Clínico. *Revista colombiana Psiquiátrica*. 42, 213-216. Recuperado de: file:///C:/Users/lyzdi/Downloads/S0034745013700088_S300_es.pdf

Morales, J. (2007). *Predicción de la satisfacción sexual en mujeres y hombres*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2011/mip1111i.pdf>

Murray, S. (2016). *Como afecta el rechazo sexual a los hombres*. Recuperado de: http://www.harmonia.la/sexualidad/como_afecta_el_rechazo_sexual_a_los_hombres

Nahoum, C. (1958). *La entrevista psicológica*. Argentina: Editorial Kapeluz
Recuperado de: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/la_entrePsico.pdf

Ortiz, D. (2008). *La terapia Familiar Sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. Cuenca Ecuador: Abya-Yala. Recuperado de: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemica.pdf>

Peralta. F (2015). Universidad Autónoma del estado de México *Conociendo los arquetipos, persona, sombra, anima, y nimus. En el camino de la individualización de los integrantes de la pareja de la mediana edad, desde la Psicología Junguina*. (Tesis para grado de Magister). Universidad de Chile.

Recuperado

de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144370/Tesis_Magister%20Psicolog%C3%ADa%20Cl%C3%ADnica%20Adultos_Shirley%20Peralta%20Flores.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pinto, B. (2000). Terapia de pareja: una perspectiva cognitiva sistémica. *Revista Ciencia y Cultura*. 8, 79-83. Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200008

Polaino, A, & Martínez, P. (2002). *La comunicación en la pareja: errores psicológicos más comunes*. España: Ediciones Rialp, S.A. Recuperado de:

<https://books.google.com.gt/books?id=aUdnjTsZ6wcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Rodríguez, J. (2017). Organización Mundial de la Salud. *Día mundial de la salud mental* 2017. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

Solís, E. (mayo de 2009). *El rechazo de Pareja*. Tu espacio por Claudia Elizabeth Solís. Recuperado

De: <http://tuespacioclaudiaelizabethsolis.blogspot.com/2009/05/el-rechazo-de-pareja.html>

Winch, (2013). Primeros auxilios emocionales. *Consejos prácticos para tratar el fracaso, el rechazo, la culpa, y otros problemas psicológicos cotidianos*. España: Paidós.

Recuperadode: http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/29/28639_Primeros_auxilios_emocionales.pdf

Anexos

Anexo 1
Tabla de Variable

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima ✓ Conducta catastrófica ✓ Problemas de pareja. 	Trastorno Distímico	1. Trastorno Distímico	¿Cómo experimenta la distimia un hombre que sufre rechazo sexual por parte de su pareja?	Comprender como influye en un hombre con trastorno distímico, el rechazo sexual por parte de su pareja.	1. Identificar características diagnósticas y el origen del trastorno Distímico
		2. Factores familiares que influyen en la distimia			2. Comprender cómo el ambiente familiar y contexto social, puede influir en el afrontamiento ante el rechazo.
		3. Factores sociales que influyen en la distimia.			3. Describir qué factores sociales influyen en la personalidad de un paciente diagnosticado con distimia.
		4. Recursos de afrontamiento en paciente con distimia.			4. Identificar estrategias para afrontar el rechazo.