

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



**Estudio de caso: Trastorno depresivo persistente en una mujer de 24 años y su
relación con conflictos familiares, atendida en Centro de Atención
Permanente, Sibinal, San Marcos**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Eleazar Donaciano Santizo Bartolón

San Marcos, noviembre 2018

**Trastorno depresivo persistente en una mujer de 24 años y su relación con
conflictos familiares, atendida en Centro de Atención Permanente, Sibinal,
San Marcos**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Eleazar Donaciano Santizo Bartolón

Lic. Carlos Grijalva Barrios (Asesor)
M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisora)

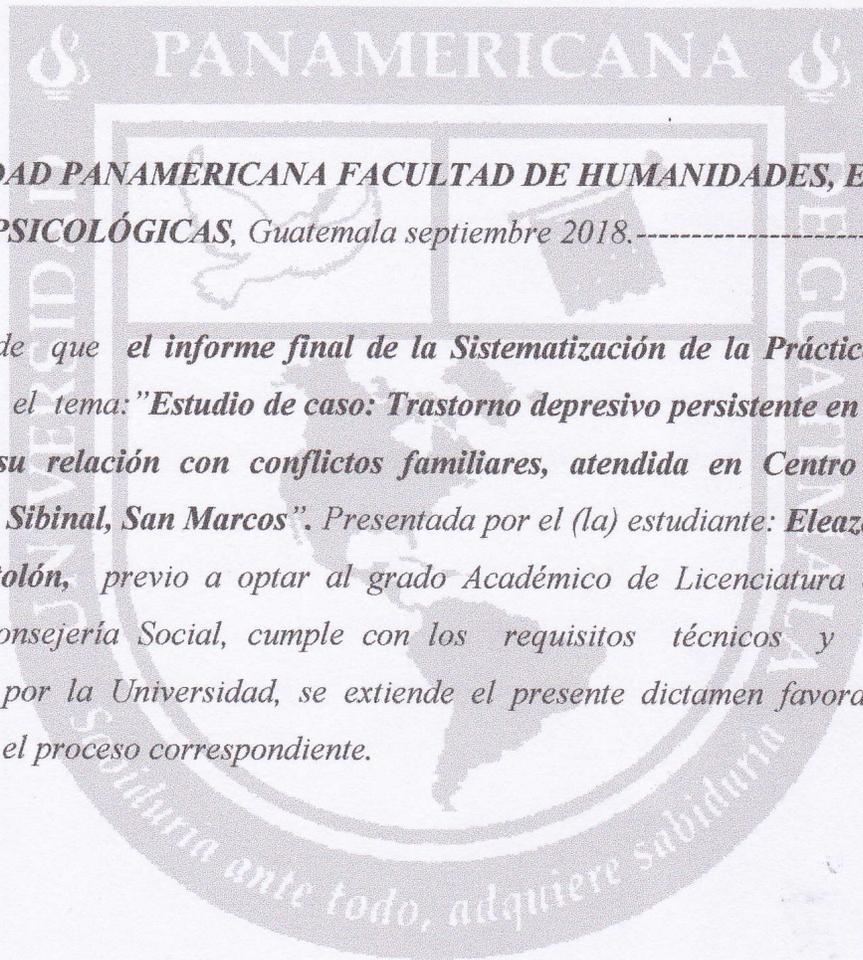
San Marcos, noviembre 2018

Autoridades de 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
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades de Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín



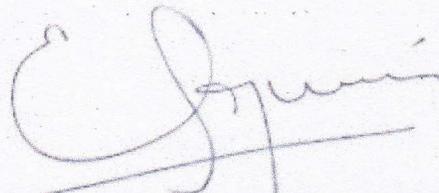
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala septiembre 2018.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Trastorno depresivo persistente en una mujer de 24 años y su relación con conflictos familiares, atendida en Centro de Atención Permanente, Sibinal, San Marcos". Presentada por el (la) estudiante: Eleazar Donaciano Santizo Bartolón, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, 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.


Lic. Carlos Grijalva
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del año 2018.

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Trastorno depresivo persistente en una mujer de 24 años y su relación con conflictos familiares, atendida en Centro de Atención Permanente, Sibinal, San Marcos”. Presentado por el (la) estudiante: **Eleazar Donaciano Santizo Bartolón**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, 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.*



M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala noviembre del dos mil dieciocho. -----

En virtud que el informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Trastorno depresivo persistente en una mujer de 24 años y su relación con conflictos familiares, atendida en Centro de Atención Permanente, Sibinal, San Marcos"**, presentado por el (la) estudiante **Eleazar Donaciano Santizo Bartolón** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la 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”.*

Dedicatoria

Muy especialmente a mis padres, que bajo su amor incondicional e infinito han sacrificado enormemente sus vidas por el anhelo de abrigar y acompañarme en el camino hacia mi realización personal. A mis hermanos, por su complicidad y apoyo constante en las diferentes circunstancias de mi vida.

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	3
1.5 Programas establecidos	4
1.6 Visión	4
1.7 Misión	5
1.8 Justificación de la investigación	5
Capítulo 2. Marco Teórico	7
2.1 Trastorno depresivo persistente (distimia)	7
2.2 Causas del trastorno depresivo persistente	8
2.3 Consecuencias	9
2.4 La mujer es más propensa a sufrir ante los conflictos	10
2.5 Criterios diagnósticos	11
2.6 Tratamiento	14
Capítulo 3. Marco Metodológico	17
3.1 Planteamiento del problema	17
3.2 Pregunta de la investigación	19
3.3 Objetivos	20
3.3.1 Objetivo General	20
3.3.2 Objetivos Específicos	20
3.4 Alcances y límites	20
3.5 Método	20
Capítulo 4 Presentación de resultados	23

4.1 Sistematización de estudio de caso	23
Conclusiones	31
Recomendaciones	33
Referencias	35
Anexos	37

Resumen

La presente investigación responde al proceso de formación académica de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, sede San Marcos. Se realizó en el Centro de Atención Permanente -CAP- del Distrito Municipal de Salud, ubicada en la Zona Uno del municipio de Sibinal, departamento de San Marcos. En virtud de no prestarse dentro de la Institución, el servicio de atención psicológica, fue necesario habilitar durante los meses de abril, mayo, junio y julio del año dos mil diecisiete un espacio para atender de manera profesional los casos concernientes a la salud mental.

Se presenta en el primer capítulo información relacionada con el Centro de Atención Permanente, los servicios que presta, los programas relacionados con la salud que trabajan con la población y la estructura organizacional, siendo esta última fundamental porque está ligada al personal que labora en la institución de salud y se debe a ello el cumplimiento y alcance de la misión, visión y objetivos.

En el segundo capítulo se enfoca en la información relacionada al trastorno depresivo persistente (distimia) el cual fue objeto de investigación. Resalta la definición, síntomas, signos, criterios diagnósticos y el tratamiento desarrollado.

En el tercer capítulo se plantea un análisis del proceso de investigación, resaltando el planteamiento del problema, los límites y alcances, finalmente, el proceso de intervención utilizado.

Se finaliza con el cuarto capítulo, con la presentación de los resultados del caso investigado valiéndose para ello del el informe psicológico.

Introducción

La definición aunque trillada, de que la familia es la base de la sociedad, parece que el paso de los años aún con sus vertiginosos cambios sociales, no logra modificar. Es bien sabido que en la familia se inicia el primer aliento de vida y es en ella donde se definen muchas cosas que determinan la personalidad. Acudamos por ejemplo al rol que los padres representan: son los responsables de guiar adecuadamente los primeros pasos de sus hijos, fortaleciendo sus tres dimensiones: biológico, psicológico y espiritual.

Muchos niños, en infortunio nacen y crecen en familias desintegradas, con padres alcohólicos, relaciones familiares tóxicas, patrones culturales y religiosos que propician prácticas como: el abuso sexual, la preferencia hacia los hijos hombres, la discriminación, la pobreza y más. La pérdida por separación o muerte de alguno de las personas que son figuras importantes en la vida, como: el padre, la madre, los hermanos o abuelos; son eventos estresantes que lleva a la persona experimentar emociones y sentimientos que van acumulando tristeza, y sin el acompañamiento adecuado a la persona que está pasando por situaciones como esas, puede llevar a desatar trastornos relacionados con la afectividad, como lo son los trastornos depresivos.

Tal es el caso de las personas que por esas experiencias y circunstancias, van acumulando cierto grado tristeza y displacer de la vida. Lo ideal en ese momento, especialmente si el grado de afeción es bastante, se debe acudir a un profesional de la salud mental para recibir asistencia y apoyo. En el trastorno depresivo persistente “distimia” se requiere realizar un proceso adecuado de evaluación diagnóstica para poder diseñar un proceso de tratamiento adecuado.

A la clínica, asistió la paciente N.N.R., mujer de veinticuatro años, madre de una niña, y su esposo migró a los Estados Unidos hace siete años en busca de mejorar la economía familiar; sin embargo tras el paso de los años la relación de pareja sufrió cambios para mal, siendo este el desencadenante, para que la paciente llegara a padecer del trastorno depresivo persistente (distimia). La determinación del trastorno fue evidenciada en el proceso de evaluación diagnóstica, y gracias ello se realizó un plan de apoyo.

Dentro del plan psicoterapéutico para apoyar el proceso de sanación de la paciente, se trabajó con la técnica catártica del psicoanálisis, y la técnica ABC de la Terapia Racional Emotiva del modelo terapéutico Terapia Cognitivo Conductual -TCC-, proceso que llevó a la paciente a lograr satisfactoriamente sentirse y reincorporarse a sus actividades diarias en las diferentes áreas de su vida.

Finalmente, un proceso adecuado para fomentar la resiliencia de las personas desde la niñez permite un adecuado afrontamiento a las adversidades de la vida. Un ambiente adecuado que se fomenta desde la familia permite gozar la tan anhelada salud mental, y por el contrario, un ambiente insano favorecerá un desequilibrio en alguna o todas las dimensiones.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Durante el tiempo que se efectuó la práctica profesional dirigida en el Centro de Atención Permanente -CAP- del municipio de Sibinal, departamento de San Marcos, fue referida la señora N.R.R. de 24 años de edad, indicando que sufre de un estado de ánimo decaído desde hace 2 años, problemas de autoestima, dificultad para dormir, dificultad para relacionarse con las demás personas, dolores de cabeza y en general, una disminución del goce de calidad de vida; ello debido a conflictos con su familia actual y peleas constantes con su esposo. El diagnóstico para el caso fue Trastorno Depresivo Persistente, más conocido como Distimia.

Las mujeres debido a su proceso hormonal, son mayormente propensas a sufrir depresión. En ese sentido, debido a los paradigmas culturales en el municipio de Sibinal, factores como el machismo, el bajo o nulo nivel de escolaridad, la edad temprana en que inician su vida de pareja, la pérdida de seres queridos, la ausencia del esposo, entre otros; son factores que permiten que se vaya acumulando tristeza en la mujer, a tal punto de llevarlas a creer que vivir con tristeza es normal o que forma parte de su personalidad.

Sin embargo, al analizar con mayor profundidad el ámbito psicológico de muchas mujeres, se puede evidenciar el estado de infelicidad constante con la que viven muchos años.

Haciendo un análisis del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales que por sus siglas en inglés se conoce como DSM, en su edición número cinco –DSM V-, referente a la diferencia existente entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente, más conocido como “distimia”, se puede constatar que el segundo, es un tipo de depresión en la cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión, es decir son crónicos que se pueden llegar a

presentar por un período mínimo de dos años; sin embargo, la severidad e intensidad de los síntomas es menor.

En cuanto al estudio de la distimia, Jiménez, Gallardo, Villaseñor y González (2013) en la revista colombiana de psiquiatría, la distimia en el contexto clínico, afirman: “La distimia es una condición poco estudiado en los trastornos depresivos, pero que se considera puede tener peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor y por lo tanto puede producir igual o mayor limitación disfuncional en la persona” (p. 213). Pero ¿por qué peor pronóstico? Por la sencilla razón que cuesta romper patrones de conducta a las que se han habituado. En este caso por tomar la tristeza o el grado de infelicidad como algo normal.

1.2 Descripción

El lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida fue el Centro de Atención Permanente -CAP- del Distrito de Salud del municipio de Sibinal, departamento de San Marcos. Este es un establecimiento de salud de atención paramédica y médica las veinticuatro horas del día, todos los días del año. Entre los servicios que presta con mayor frecuencia se encuentran: promoción y educación en salud, atención de partos con pertinencia cultural, atención integral para jóvenes, agua y saneamiento, vacunación, atención a la demanda, referencia y contra referencia, entre otros.

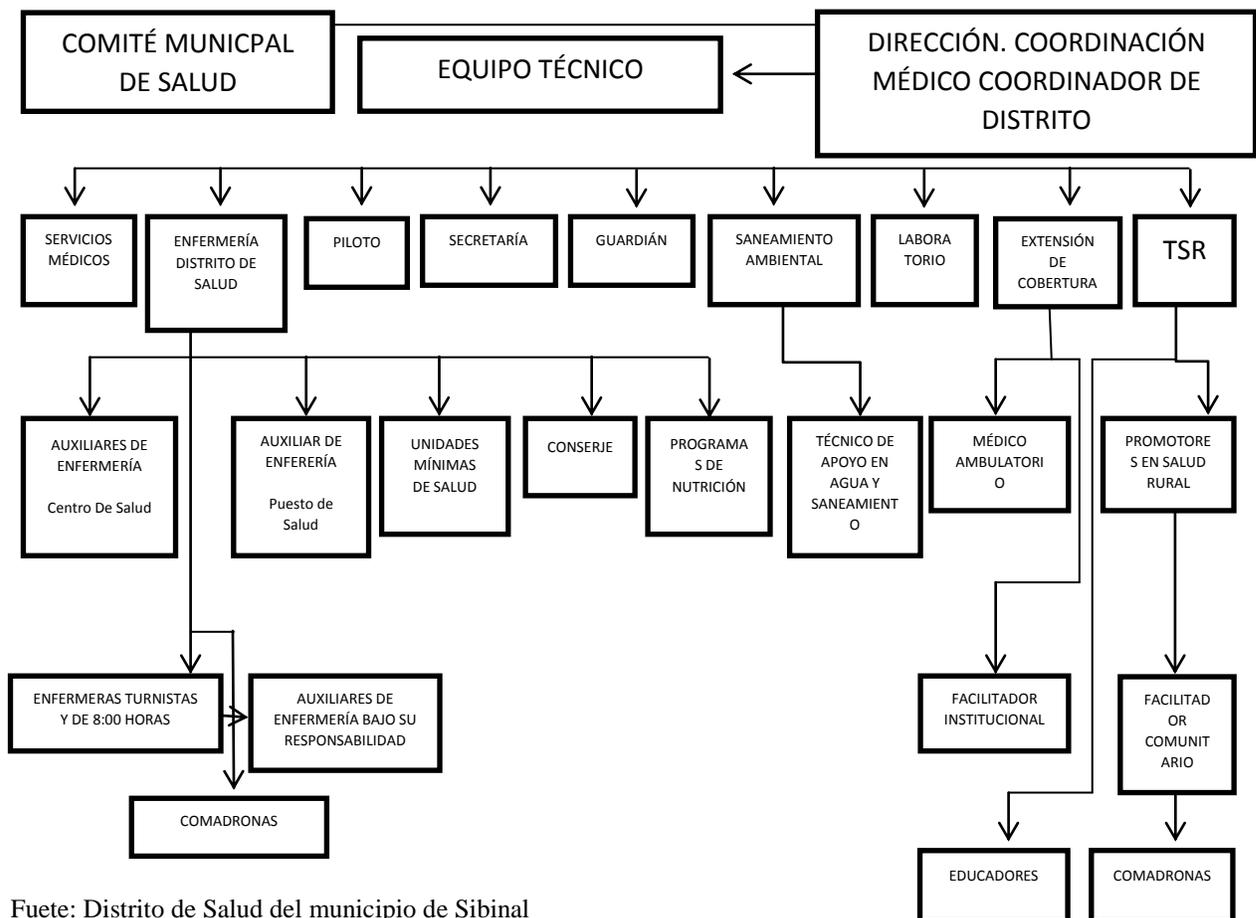
1.3 Ubicación

El Centro de Atención Permanente -CAP- se encuentra ubicado en la Zona 1 del municipio de Sibinal, departamento de San Marcos, país de Guatemala.

1.4 Organización

El Distrito de Salud del municipio de Sibinal, para su correcto funcionamiento cuenta con una organización jerárquica que permite el correcto funcionamiento en cada una de sus áreas: administrativas y técnicas. Cuenta con setenta trabajadores, distribuidos entre personal médico, paramédico, administrativo y operativo. Gracias a ello, se cubren las 39 comunidades del municipio, a través de tres puestos de salud y tres unidades mínimas en comunidades claves que trabajan ocho horas diarias de lunes a viernes y el CAP, que atiende las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año. A continuación y con el objetivo de comprender mejor su estructura, se ilustra el organigrama institucional.

Imagen 1
Organigrama



Fuete: Distrito de Salud del municipio de Sibinal

1.5 Programas establecidos

Entre las normas de atención establecidas dentro de los protocolos de salud implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, se contabilizan varios programas encaminados a mejorar la salud de la población en general, entre ellos están:

- Planificación familiar.
- Tuberculosis.
- VIH.
- Esquema de vacunación de niños en edades entre 0 a cinco años, mujeres en edad fértil y vacunación canina.
- Desparasitación.
- Suplementación con micronutrientes a niños y mujeres en edad fértil.
- Atención al adulto mayor y atención a adolescentes.
- Seguimientos de casos especiales.
- Atención a embarazadas.
- Hipodermia, enfocada a rehabilitación y curación.

1.6 Visión

Los habitantes del municipio de Sibinal tienen acceso a los diferentes servicios de salud, previenen enfermedades, reconocen peligros, son tratados y rehabilitados a tiempo, en base a normativas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; sus necesidades en salud son cubiertas. Reciben un trato digno, amable, con calidad, calidez, pertinencia cultural, equidad de género, sin discriminación; practican el autocuidado personal y comunitario, existen comités de salud en todas las comunidades las cuales activan ante situaciones que ponen en peligro la vida de la población, salvando vidas, también se realizan acciones a nivel interinstitucional para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica. Han disminuido las tasas de morbimortalidad materno infantil y general.

1.7 Misión

Somos un distrito de salud que atiende a la población del municipio de Sibinal en base a normativas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, garantizando la satisfacción del usuario, brindando un trato digno, amable, con calidad, calidez, pertinencia cultural, equidad de género y sin discriminación; de acuerdo a sus necesidades que incluye la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación, promoviendo estilos de vida saludable en las diferentes etapas de la vida. Se coordinan actividades a nivel interinstitucional, se fomenta la organización y participación comunitaria, para contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno infantil y general.

1.8 Justificación de la investigación

Debido a la carencia de estudios sobre el trastorno depresivo persistente (distímico, se hace necesario investigar sobre este trastorno puesto que es uno de los males que afecta silenciosamente en la vida de muchas personas en el municipio de Sibinal, especialmente la vida de muchas mujeres. Debido al tema cultural, se ve a la mujer con cierto grado de discriminación, por lo que desde la familia y desde la niñez se empieza a vedar sus derechos y tratarlas con cierto grado de sumisión, de tal manera que cuando adultos, no tienen creado sus criterios personales y deciden vivir en lo incierto, aunque sea caótico, pensando que ese tipo de vida es su suerte.

Por tal razón, es necesario empezar a educar adecuadamente a las personas sobre este tema, puesto que quienes estén pasando por un trastorno distímico, encuentren respuestas adecuadas a sus dudas y la oportunidad de buscar un proceso de ayuda que les permita sanar todo tipo de heridas psicológicas y fortalecer su nivel de resiliencia y con ello afrontar de manera positiva las adversidades ante las que se verán expuestas.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente (distimia)

El trastorno depresivo persistente es uno de los males silenciosos que afectan la vida de las personas durante mucho tiempo. A pesar de que tienen signos y síntomas en común con la depresión mayor, su diferencia está en el tiempo y grado de afección en la vida de la persona.

Gallardo, Jiménez, González, y Villaseñor (2013) sobre la distimia, afirman:

La distimia es un trastorno afectivo crónico que se asocia con estrategias inadecuadas de adaptación a situaciones estresantes, sensibilidad al estrés, baja productividad en el trabajo, incremento del riesgo de admisión hospitalaria, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y la presencia de otras enfermedades, por lo que representa un considerable costo social y económico que lo convierte en un problema de salud que necesita ser identificado con mayor eficacia. (p. 215)

Según el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales V (DSM V), el trastorno depresivo persistente (distimia), forma parte de los trastornos depresivos junto al trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento y trastorno depresivo debido a otra afección médica. Sus características descriptivas son parecidas a los del trastorno depresivo mayor. Puede afectar a muchas personas que aunque no puede paralizar, sí puede llegar a mermar la calidad de vida de la persona que lo padece.

Entre los signos y síntomas que presenta una persona que sufre de distimia, se encuentran: estado de ánimo decaído durante al menos 2 años. En niños o adolescentes, 1 año, alteración de alimentación, alteración del sueño (insomnio e hipersomnias), fatiga. A nivel cognitivo: problemas de autoestima, dificultad de las relaciones sociales (interés, poco deseo de hacer las cosas),

disminución de la libido sexual, problemas de concentración y la tendencia a somatizar (dolores de cabeza, vértigo) y puede haber o no llanto, pero no en el grado como en la depresión mayor. Ello se traduce en que la persona pierde la capacidad de disfrute.

Los síntomas de la distimia típicamente aparecen y desaparecen en un período de años, y su intensidad puede variar con el tiempo, también. Pero, en general, puede que le resulte difícil ser optimista incluso en ocasiones felices. Es posible que se caracterice por tener una personalidad melancólica. (Distimia.org, 2016)

Los síntomas no deben atribuirse a abusos de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier otro evento de la vida que pueda causar tristeza.

2.2 Causas del trastorno depresivo persistente

El trastorno depresivo persistente es multicausal, es decir son varias las causas que puede llevar a una persona a experimentar este trastorno, entre las más comunes están: la genética, el factor social y las experiencias estresantes continuadas. Sobre ello, Gallardo, Jiménez, González, y Villaseñor (2013) sobre la distimia, afirman: “La etiología de la distimia es compleja y multifactorial, involucrando mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, aunque no se ha llegado a una conclusión categórica” (p. 218)

¿Cómo funciona lo genético? Si en la familia existe tendencia a la depresión o la distimia, existen mayores probabilidades que una persona lo padezca. Los casos en que pueden generar la distimia pueden ser: cuando la familia es pesimista, negativa, que afronta la vida con mucho desánimo o depresión, normalmente todo ello va a generar ese aprendizaje en su familia.

En el factor social pueden ser varios, como ejemplo puedo mencionar: los problemas laborales, económicos u otros.

Otra de las causas que no podemos pasar por desapercibido, pueden ser las experiencias estresantes continuadas, por ejemplo y volviendo al tema de la familia, un ámbito familiar disfuncional, es decir existen continuos conflictos, continuas peleas, siempre hay problemas, puede haber problemas de alcoholismo, problemas de violencia de género y muchos más.

Existe también una hipótesis aminérgica, que sostiene que la deficiencia de serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central es causa de los trastornos depresivos.

2.3 Consecuencias

La distimia como condición crónica afecta las distintas áreas de vida del paciente y las personas con quienes convive. Las consecuencias o complicaciones que padece una persona con el trastorno depresivo persistente “distimia”, según la página en internet, Distimia.org, 2016, menciona:

- Reducción de la calidad de vida
- Depresión mayor
- Comportamiento suicida
- Abuso de sustancias
- Dificultades en las relaciones
- Conflictos familiares
- Aislamiento social
- Problemas en la escuela y el trabajo
- Disminución de la productividad

2.4 La mujer es más propensa a sufrir ante los conflictos

Louann Brizendine, es una neuropsiquiatra, que ha hecho importantes aportes sobre las diferencias del funcionamiento del cerebro, tanto femenino como masculino. En relación a la forma en como una mujer reacciona ante un conflicto, Brizendine (2006) afirma: “El cerebro

femenino reacciona con una alarma mucho más negativa ante el conflicto y el estrés de las relaciones que el cerebro masculino” (p. 62).

Considero muy importante poder citar las palabras de la Doctora Brizendine, puesto que eso nos lleva a la conclusión de que efectivamente, una mujer es mayormente propensa a sufrir sentimientos que crear una realidad de negatividad ante los conflictos y que al no ser manejados correctamente, la puede llevar directo a sufrir algún trastorno relacionado con el estado de ánimo, en este caso, la depresión. La depresión traerá consigo sus propias reacciones hormonales en el cerebro de una mujer, una realidad hormonal que le crea sentimientos de estrés, alteración y frustración. En el aspecto de alteración hormonal, Brizendine, (2006), afirma:

Cuando una relación está amenazada o perdida, caen en picado algunas de las sustancias neuroquímicas del cerebro femenino –como la serotonina, la dopamina, y la oxitocina (la hormona de las relaciones)- y pasa a dominar la hormona del estrés, el cortisol. La mujer empieza a sentirse angustiada, aislada y temerosa de verse rechazada y aislada. Pronto empieza a buscar cualquier relación en demanda de la beneficiosa droga de la intimidad, la oxitocina. Experimenta sensación de proximidad cuando fluye la oxitocina, potenciada por el contacto social, pero, en el momento en que el contacto social desaparece y la oxitocina toca fondo, sufre una perturbación emocional (ps. 62,63).

Al analizar sólo la frase “cuando una relación está amenazada o perdida...” Brizendine, no especifica qué tipo de relación. Puede ser una relación familiar, de pareja, de amistad, de trabajo u otro; siempre va afectar al estado emocional de la mujer y mucho más, si esa relación es muy importante para la persona. Una relación puede verse amenazada por ejemplo, tras la muerte de las figuras cercanas e importantes como papá, mamá, hermanos, hijos o amistades, también por las probabilidades de una separación que puede darse en una relación de pareja. Es decir, existen diversas formas en las que una mujer puede verse amenazada.

Y llama bastante la atención que cuando eso pasa y la realidad emocional le crea un ambiente negativo, busca el contacto social para poder refugiarse y poder desahogarse para estabilizar su

estado hormonal y con ello su estado emocional. Pero ¿Qué pasa cuando es un medio hostil y nadie parece acogerla? Es allí cuando muchas veces las mujeres que no encuentran ese apoyo, deciden callar sus sentimientos y sus emociones y las guardan, pero eso repercutirá posteriormente en su estado emocional. Si ello se repite una y otra vez, las probabilidades de caer en una depresión es mayor.

En el tema de las relaciones, ya sea de padres e hijos o de pareja, uno de los factores que generan problemas o conflictos, es el desconocimiento del funcionamiento del cerebro masculino y femenino. Por supuesto que hay diferencias, y lamentablemente existe la tendencia de resaltar lo negativo del sexo opuesto. Los hombres de las mujeres dicen: “hablan mucho”, “quien las entiende, un momento están felices y luego enojadas”, mientras las mujeres de los hombres dicen: “sólo piensan en sexo” “nunca les gusta platicar”. Evidentemente esas diferencias cuando no son correctamente manejadas, llevarán tarde o temprano a tener lesiones graves de la relación. Por eso como vulgarmente se dice: “muchas parejas viven como perros y gatos en un costal”.

Otro de los factores de gran dimensión que se puede evidenciar es que en las familias disfuncionales, tanto hombres como mujeres que no recibieron desde pequeños la afirmación de su propio ser, es decir, tener una correcta autoestima, los lleva a improvisar en sus relaciones futuras ¿por qué? Porque la autoestima corroída está relacionada con la poca capacidad de la persona para desenvolverse con seguridad en su medio. Esa inseguridad le permite ser menos asertivo y por tanto, en lugar de encontrar soluciones reales a sus problemas, termina hundiéndose más en el problema al que se enfrenta.

2.5 Criterios diagnósticos

Según el DSM V, los criterios que se requieren para un diagnóstico del Trastorno depresivo persistente (distimia) son:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la desinformación subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo un año.

B. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca han estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento

durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con inicio en el parto.

Especificar si:

En remisión parcial, en remisión total.

Especificar sí:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: no se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con síndrome de depresión mayor persistente: se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos ocho semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual: Leve, moderado y grave.

2.6 Tratamiento

El tratamiento va a depender del grado de afección de la persona. Puede hacerse una combinación entre psicofármacos (antidepresivos) y por supuesto, psicoterapia; sin embargo, los medicamentos si bien pueden tener un efecto especial en la regulación de químicos en el cerebro, no cambia el sistema de pensamiento. Aunque no es discutido el hecho del efecto positivo que tienen los psicofármacos, debe incluirse psicoterapia para trabajar a nivel de cognición, es decir, a nivel de pensamientos.

Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, (2005) afirman: “La combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia pueden ser el tratamiento efectivo para este trastorno” (p. 10)

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC), es lo mejor que va para la reestructuración de pensamientos, es decir que la persona empiece a pensar diferente. Pensamiento-conducta. El propio paciente debe llegar a la capacidad de lo que le está pasando y para ello se debe conocer cuáles son las características de ese pensamiento depresivo. El primer paso a una sanación es que el paciente se dé cuenta y acepte lo que está pasando y qué factores posiblemente han afectado al paciente. Aunque puede ser complejo para el paciente llegar a esa determinación, por ello es necesario el apoyo profesional.

La terapia conductual (TC) que forma parte de la terapia TCC, según ha resultado ser una terapia eficaz para tratar la depresión.

“La TC se basa en el supuesto de que la forma en que las personas piensan sobre situaciones de la vida influye en cómo se sienten y en lo que hacen. Cuando las personas están deprimidas manifiestan modos problemáticos de pensamiento que aumenta su depresión. La TC se centra en ayudar a las personas para que identifiquen dichos pensamientos y opiniones

depresivos, para que valoren cómo estos pensamientos influyen en ellas y para que realicen cambios en dichos patrones de pensamiento. La hipótesis primaria de la TC es que cuando las personas piensan de forma realista, se sienten mejor. (Martell, Dimidjian y Herman, 2010, p. 23).

Existe una diversidad de recomendaciones a través del cual se puede apoyar el paciente para su proceso de recuperación.

- Tener un horario flexible para hacer las cosas y no recargarse demasiado de responsabilidades. Incorporar tiempo de disfrute y ocio.
- El ABC de los sentimientos, pensar de una forma determinada nos lleva a sentirnos de una forma determinada y esto termina en una conducta. Pensar de una manera sana, los sentimientos serán mejores y por tanto las conductas.
- El ejercicio físico. Permite tener los niveles normales en todos los ámbitos y eso hace que la persona se sienta bien consigo mismo. No precisamente lleva la intención estética, es decir tener una buena musculatura, sino que se disfrute hacerlo, simplemente. Por ejemplo, nadar, correr u otras.
- Fijarse metas realistas.
- Tratar de estar acompañado y buscar confiar en alguien, obviamente una persona que pueda traer positivismo, no negativismo a la vida del paciente.
- Practicar actividades que hagan sentirse mejor. Esto es muy importante en depresión o en distimia puesto que hay algunas personas que dicen, o quizás o nos pasa a todos en algún determinado momento “no siento que disfruto esto que estoy realizado” “no disfruto caminar, no disfruto descansar, no disfruto... etc.” Entonces, aunque no se disfrute en el momento, por lo menos, empezar a practicar algo que nos llame la atención, eso ya es un buen inicio y ya poco a poco se puede ir encontrando ese goce de lo que se hace.
- Asistir a grupos de autoayuda.

Los fármacos como ya se mencionó anteriormente, deben considerarse en el tratamiento de la depresión para regular los químicos en el cerebro que están implicados directamente con la depresión.

Gallardo, Jiménez, González y Villaseñor (2013), respecto a los antidepresivos, afirman:

La mayoría de las clases de antidepresivos se han mostrado efectivos para tratar la distimia en diversos estudios, especialmente los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), pero los ISRS se toleran mejor y, por lo tanto, son los medicamentos de primera elección.

Es necesario tomar en consideración que los médicos o psiquiatras pueden recetar fármacos y el psicólogo no, por lo que si es necesario tratamiento farmacológico, lo recomendable es que el psicólogo y psiquiatra o neurólogo, trabajen de la mano para que esa combinación pueda ser totalmente efectiva en el paciente.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Problemas de autoestima, dificultad para dormir, dificultad para relacionarse con las demás personas, dolores de cabeza, tristeza que predomina durante el día, son algunos de los síntomas que la señora N.R.R. de 24 años de edad mencionó como motivo de consulta al asistir al Centro de Atención Permanente –CAP- del municipio de Sibinal, departamento de San Marcos. Ha tenido dos niñas, de las cuales la primera falleció y la segunda tiene seis años y medio, su esposo se encuentra en los Estados Unidos desde hace siete años y vive actualmente en casa de sus suegros. Su padre está fallecido, su madre vive con otra pareja, tiene una hermana de padre y madre y dos hermanos más solo por parte de su mamá.

Desde hace dos años se ha sentido constantemente triste, no le agrada mucho la idea de salir de la casa porque no quiere hablar con las demás personas, siente que nadie la quiere, no disfruta de las cosas que hace; son parte de la sintomatología que la señora N.R.R. manifiesta.

Según indica, fue hace dos años que empezó a sentirse triste luego que empezó a discutir con su esposo y él la amenazó que se separaría de ella. Desde entonces, su esposo empezó a desconfiar de ella, las llamadas se hicieron menos frecuentes y cada vez que llama es para agredirla emocionalmente. Dice tener miedo de no saber qué hacer si eso pasara y que sigue aguantado sólo por su nena porque no le gustaría que ella crezca sin la presencia de su padre.

Unido a ello, la relación con los familiares con quien vive actualmente empeora día tras día, puesto que son como dieciséis personas las que viven en la misma casa y se generan muchos conflictos sin resolverse adecuadamente. La relación con su madre es débil y de poca confianza, pues cuando tenía tres años la abandonó. Entonces, siente que no tiene apoyo por ninguna parte y

eso le genera mayor tristeza y sinsentido de vida. El pronóstico aumenta al analizar la muerte de su padre que murió por problemas de alcohol cuando ella tenía dos años de vida.

Son varias las causas que contribuyen a la acumulación de tristeza en la vida de una mujer en toda su vida. La parte genética y el medio ambiente, son factores fundamentales que crean las condiciones favorables o desfavorables. Las pérdidas significativas, experiencias estresantes (físicas y emocionales), incorrecta razón de elección de pareja, práctica de patrones culturales, conflictos continuos, economía, etc.

Cada vez que se tienen pérdidas de personas significativas ya sea por muerte, ausencia o separación se pasa por un proceso de duelo, y su recuperación dependerá de muchos factores, por ejemplo: el nivel de resiliencia personal y el apoyo real por parte de las personas más cercanas, en este caso, los familiares. Sin embargo, cuando no se logra superar esas experiencias, se corre el riesgo que las emociones y sentimientos que causan tristeza y negativismo se acumulen y tarde o temprano tendrán sus consecuencias.

Cuando existe la ausencia de la figura paterna y materna en la vida de la persona desde la niñez, al no haber recibido amor y disciplina, creará mucha inseguridad y eso lo hace vulnerable a tomar decisiones equivocadas que pueden afectar su vida de manera negativa. Lacasse (1994), afirma:

“La inseguridad afectiva es la que más afecta a un niño, pues concierne a la relación con su madre y su padre, su único universo. Cuando esta relación se ve amenazada, es su vida la que está en juego. El niño vive en fusión con sus padres; perderlos es lo peor que puede ocurrirle”
(p. 67)

Y cuando hablo de ausencia no precisamente es por separación o abandono, sino también cuando los padres actúan con negligencia en la educación de sus hijos. Un ejemplo de ello, es cuando un padre, una madre o ambos padres tienen problemas de alcoholismo, se convierten primeramente en un mal ejemplo y significará que corregir las conductas inadecuadas de sus hijos puede que simplemente no funcione.

Fundamental hablar sobre la elección de una pareja en función de las heridas emocionales, la presión familiar y/o social y los patrones culturales y no por amor, definitivamente será una relación que tarde o temprano creará caos. Entre los casos que se dan en estos contextos: mujeres que se casan a temprana edad por “patrón cultural”, por querer “sanar” una herida del pasado o peor aún, el caso de las mujeres que quedan embarazadas y sus padres la obligan a casarse. Este análisis nos lleva a la siguiente pregunta ¿sientan bases sólidas para una relación de pareja y familiar estos factores acaso? La respuesta es rotunda, No.

Finalmente no puedo dejar de mencionar la pobreza que afecta un gran porcentaje de familias en nuestro país de Guatemala, hecho que permite y obliga a muchas personas a perseguir el sueño estadounidense en afán de mejorar las condiciones económicas de la familia y brindarles una vida digna. Sin embargo y sin hacernos ajenos, sabemos que el fenómeno de migración a otros países es causa de ruptura de muchas familias.

En un periodo de tristeza, hay un descenso de los neurotransmisores que están encargadas de la felicidad, como la serotonina, la oxitocina y la dopamina. En su lugar, el cortisol, que es la hormona relacionada con el estrés invade el cerebro y por supuesto eso creará un halo de negativismo, miedo, frustración y desdicha en la vida de la persona.

3.2 Pregunta de investigación

¿La separación y los conflictos familiares pueden generar distimia?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Aportar a través del estudio de este caso, información sobre el trastorno depresivo persistente (distimia) en mujeres y aportar a la creación conciencia de prevención e intervención.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Conocer la sintomatología del trastorno depresivo persistente
- Analizar y profundizar sus causas y consecuencias
- Plantear un plan de tratamiento psicoterapéutico eficaz

3.4 Alcances y límites

La limitación más evidente fue el estigma referente al apoyo psicológico. La paciente insistía que por temor a crear más conflictos en su familia, que jamás se enteraran del apoyo psicoterapéutico que estaba recibiendo. Por al motivos, dejó de asistir en algunas ocasiones a las sesiones que habían sido anteriormente fijadas en clínica.

3.5 Método

Se implementó temporalmente un espacio dentro del Centro de Atención Permanente -CAP- para atender casos de personas que necesitaran de intervención o apoyo psicológico, ello debido a que en el CAP no tiene servicio de atención psicológica.

Como en todo proceso de apoyo psicoterapéutico, se procedió a evaluar, diagnosticar y formular el tratamiento a través de un proceso sistematizado para garantizar el apoyo psicológico eficiente y eficaz de la paciente.

La entrevista psicológica: su aplicación es mediante una relación entre dos personas y su objetivo principal es el de recabar datos completos sobre la conducta del paciente o del consultante. La entrevista puede ser estructurada, semiestructurada o no estructurada. Sin importar la clasificación, siempre se tendrá como objetivo la recolección de datos básicos para la comprensión del caso en el que se interviene.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Se utilizó el DSM V para un diagnóstico acertado con base en la sintomatología, criterios diagnósticos y para la clasificación multiaxial, lo que a su vez permite la elaboración de un plan terapéutico adecuado.

Psicoterapia: Como parte del tratamiento psicoterapéutico se hizo uso del psicoanálisis, específicamente la técnica de la catarsis, con la finalidad de lograr un desahogo de las emociones del paciente. Así también, mediante técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual se trabajó los pensamientos, especialmente los irracionales y modificación de conducta, lo que permitió a la paciente mejorar su coherencia entre pensamientos, sentimientos y actitudes.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

Ficha clínica

a) Datos Generales

Terapeuta: Eleazar Donaciano Santizo Bartolón

Fecha de consulta: 10/04/2017

Nombre de la paciente: N.R.R.

Lugar y fecha de nacimiento: Sibinal, San Marcos 07/04//1993

Edad: 24 años

Sexo: femenino

Estado civil: soltera (vive con su pareja)

Ocupación: Ama de casa

Dirección: Aldea Vega del Volcán, Sibinal, San Marcos.

Religión: Católica

Escolaridad: 4to. Primaria

Referencia:

b) Motivo de consulta

“Yo no sé bien cuál es motivo por el que estoy aquí, lo que sé es que necesito ayuda. Desde hace tiempo me he sentido triste, muchas veces no me da sueño por las noches, me dan dolores de cabeza, ya no quiero salir de la casa, me enoja siempre, tengo un carácter que ni yo misma entiendo y siento que todo eso me está haciendo demasiado daño. Siento que mi vida ya no la disfruto y tengo miedo de vivir así”

c) Breve historia del problema actual

Tiene miedo a que su esposo termine la relación con ella y por tanto no tiene ni la más mínima idea de qué hacer en caso de que eso pase, eso le genera mucha angustia. Unido a ello, N.R.R. indica que en la casa no se relaciona muy bien con sus suegros y conuñas. A veces siente que nadie la quiere y eso le genera tristeza y coraje a la vez. Tiene problemas para dormir bien y en ocasiones no tiene apetito suficiente para comer. Además, siempre tiene pensamientos obsesivos y compulsivos y que constantemente le duele la cabeza.

Fecha de inicio y duración: Desde hace dos años pelea constantemente con su esposo que se encuentra trabajando en Estados Unidos.

Factores precipitantes: Dice que su esposo cambió mucho porque ya no la escucha como antes y que se queja siempre de que ella es la culpable de que la relación no está bien.

d) Impacto de la enfermedad

- A nivel social: Poca confianza en otras personas.
- Personal: Ideas irracionales
- Físico: Disminución de apetito.
- Espiritual: No asiste a la iglesia

e) Historia clínica o antecedentes

Personales no patológicos

Historia pre-natal: Nunca preguntó a su madre por eso y dice que tampoco lo piensa hacer ahora.

Desarrollo psicomotriz: normal

Adolescencia: Abandonó sus estudios y se fue a trabajar de manera informal a Tapachula, Chiapas, México, puesto que no contaba con el apoyo económico por parte de sus abuelos. No recuerda bien a qué edad tuvo su primera menstruación, sólo dice que se acuerda que se asustó mucho porque no sabía nada sobre ello.

Historia psicosexual: En la familia siempre se consideraba el sexo como algo desagradable y nadie podía hablar de ello. Cuando se fue a trabajar es que miraba escenas de sexo en las telenovelas y su primera relación sexual fue con su esposo. Ella indicó que tener relaciones sexuales era la mejor forma de saber si ella era amada o no.

Personales patológicos: Su padre consumía alcohol e incluso falleció por eso y su madre la abandonó cuando se fue a vivir con otro hombre.

f) Historia personal y familiar

El padre de N.R.R. falleció cuando ella tenía dos años y su madre, tras la unión con otro hombre, la dejó viviendo desde los tres años con sus abuelos por parte de su mamá. Tiene una hermana de padre y madre y dos hermanos sólo por parte de su madre. Estudió cuarto primaria pero sus sueños se vieron frustrados por la economía y el poco apoyo que le brindaron sus abuelos. A los 13 años empezó a viajar a Tapachula para poder trabajar y ganar dinero. Con lo poco que ganaba apoyaba económicamente para que estudiara su hermana.

Tras dos años de noviazgo resultó embarazada y eso forzó la situación para que se uniera con su actual esposo que al principio no quería hacerse responsable de su bebé y por supuesto, de ella; Aun así se unieron cuando ella tenía 16 años. Perdió en un aborto a su primer bebé. Luego resultó embarazada por segunda ocasión de su niña actual que lleva seis años y medio a quien ama mucho. Su esposo viajó a los Estados Unidos con el objetivo de mejorar su economía familiar y tiene siete años que está trabajando allá. Al principio todo estaba bien, sin embargo la relación con su esposo tiene dos años que empezó a deteriorarse y desde entonces ella no se ha sentido bien.

Actualmente vive con sus suegros, cuñados, concuñas y sobrinos. La relación con quienes viven en la casa no es muy buena, especialmente con sus suegros y concuñas que constantemente se ven envueltos en discusiones por cosas que aún, según ella, no tienen importancia. Su esposo, es quien sostiene económicamente a la familia que vive en la casa, que suman en total 16 personas.

Respecto a la relación con su mamá, cuenta que no existe confianza y existe cierta distancia que no les permite ser una excelente relación. Con su hermana de padre y madre es muy buena, pero que le causa tristeza que su hermana que estudia la Universidad se ve constantemente envuelta en aprietos económicos y sólo su padrastro lo apoya con poco dinero.

Examen mental o evaluación semiológica:

- Apariencia: Vestimenta un poco descuidada y casi siempre utiliza prendas de color negro.
- Actitud: Desconfiada
- Conducta: Se victimiza y se muestra ansiosa.
- Lenguaje: Fluido, el tono de voz es normal o veces alta.
- Curso del pensamiento: Normal
- Contenido del pensamiento: maneja ideas irracionales.
- Percepción: Es sensible a lo que le dicen (audición)
- Humor: Se confunde constantemente sobre lo que siente.
- Afecto: muestra sentimientos de inutilidad
- Inteligencia: bajo
- Orientación: Ubicada en tiempo, espacio y lugar.
- Memoria: Largo plazo
- Bajo control de impulsos: Actúa en ocasiones sin pensar, especialmente cuando le gana la ansiedad.
- Capacidad de juicio crítico: Piensa que su esposo tiene la culpa de los problemas por los que han pasado. Le cuesta reconocer sus errores y responsabilidades.
- Capacidad de insight: normal
- Confiabilidad: Aceptable

g) Discernimiento para el diagnóstico

Criterios diagnósticos: Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0).

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B. Presencia, durante la depresión de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito
 - 2. Poca energía o fatiga
 - 3. Baja autoestima
 - 4. Dificultad para tomar decisiones.
 - 5. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Diagnóstico semiológico: Sentimientos de incompetencia, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, pérdida generalizada de interés.

Diagnóstico psicodinámico: Es juntar criterios, síntomas y signos y como es la interacción con el medio. (ejemplo a nivel familiar, interacción con la figura paterna).

h) Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1).

Eje II: Racionalización

Eje III: Ninguna

Eje IV: Problemas con el grupo primario de apoyo, su familia.

Eje V: 50

i) Diagnóstico diferencial:

Trastorno depresivo mayor.

j) Evaluación pronóstico: Bueno

i) Plan terapéutico

A través del psicoanálisis se buscó trabajar con las emociones y sentimientos reprimidos en la niñez, utilizando para ello, la técnica de la catársis,

La catarsis es un método psicoanalítico que consiste en la eliminación o expulsión de recuerdos que perturban la consciencia del paciente y fue utilizado sistemáticamente por Breuer y Freud en el tratamiento de la histeria. (Castanedo, 2008, p. 5)

Como complemento del tratamiento para la distimia, se trabajó el modelo cognitivo conductual para contrarrestar los pensamientos irracionales, lo que significó que fue aceptando su realidad actual. En la depresión, según, Vergara e izquierdo (2008) al respecto, afirman: “consiste en entrenar sistemáticamente a un paciente para distinguir o diferenciar entre hechos y creencias como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar estas conductas” (p. 73)

Dicho entrenamiento se distribuye en cuatro pasos. En el primer paso se analizan los errores cognitivos, traducidos por ejemplo a que el paciente considera sólo los elementos negativos ante una situación. En el paso dos, se demuestra al paciente como esos errores operan en el pensamiento y cómo ello distorsiona la realidad. En el paso tres se incita al paciente a que genere conclusiones y actitudes nuevas y que lo refleje en sus relaciones diarias. Finalmente, en el paso cuatro, el paciente debe ejercitar las nuevas habilidades adquiridas, acordes a la realidad.

Se trabajó con la Terapia Racional Emotiva, la técnica del ABC para contrarrestar sus pensamientos irracionales y con ello darse cuenta de la realidad, lo que significó que fue

aceptando su realidad actual y disfrutar de su vida día tras día. También a través del diálogo socrático de la logoterapia, se desafió las interpretaciones de la paciente sobre su situación para apoyar su reestructuración cognitiva y finalmente el diálogo existencial en el que se apoyó para identificar nuevas posibilidades hacia el descubrimiento del sentido, metas y tareas significativas, encaminadas a tener experiencias de plenitud.

j) Notas evolutivas

Sesión No.1: Se hizo la ficha clínica y el motivo de la consulta, así como la exploración de su problema actual.

Sesión No. 2: Se trabajó su historia individual y familiar en su niñez, constatando que tenía muchas emociones reprimidas por los sucesos drásticos en su vida cuando pequeña, apoyado del psicoanálisis.

Sesión No. 3: Se trabajó su historia individual, familiar y social de su adolescencia hasta la actualidad, descubriendo estresores que desataron su enfermedad actual.

Sesión No. 4: En esta sesión se trabajó con los pensamientos irracionales que manejaba a través del método ABCDE de la TRE, en este caso el catastrofismo, la impulsividad exagerada y desvaloración de sí misma.

Sesión 5: A través del diálogo socrático se buscó que la paciente lograra comprender por sí misma el daño que se ha causado por sus propias interpretaciones a la realidad y el daño que ello significa, llegando a la conclusión de cambios a nivel cognitivo. Por ejemplo, que indiscutiblemente si la relación con su esposo sea o no funcional, ella puede por sus propios medios encontrar y luchar por subsistir muy bien día a día.

Sesión 6: Apoyado del diálogo socrático, esta vez se guió a la paciente a un análisis de su propia existencia, encontrando por sí misma motivos y actividades reales que la devolverán su sentimiento de utilidad y lucha por una vida con goce pleno a pesar de las adversidades.

Sesión 7: Se evaluó el progreso de la paciente, constatando que su nivel de ansiedad disminuyó considerablemente y ha experimentado momentos de alegría y goce en sus actividades. Entonces a nivel cognitivo se logró bastante, logrando una considerable mejora en su autoestima. La relación con su esposo mejoró considerablemente aunque no del todo, puesto que la comunicación con él no es muy buena.

Conclusiones

El trastorno depresivo persistente (distimia) tiene síntomas y signos comunes con el trastorno depresivo mayor, con la diferencia que en la distimia la duración de los síntomas son de largo tiempo y para su diagnóstico debe haber pasado dos años que el paciente las experimente, así también, aunque sus síntomas no producen disfunción total, si bajan la calidad de vida de las personas.

Los factores como causa más estudiados del trastorno depresivo persistente se encuentran: lo genético y el ambiente; en ese sentido, una familia disfuncional, con prácticas de patrones conductuales de tristeza, desaliento, negativismo y pesimismo, es fácil que los hijos puedan adquirirlos, y los factores ambientales tienen una gran participación sobre todo lo que sucede alrededor del paciente: problemas familiares, laborales, sociales.

Los cambios hormonales son constantes en la mujer desde la niñez hasta la vejez y esa variación contribuye con mayor frecuencia a sus altibajos emocionales, lo que significa que es más propensa a padecer trastornos depresivos durante su vida.

Existen un estigma muy grande sobre pedir apoyo psicológico y especialmente si es mujer, ello debido a la poca sensibilización y educación sobre la salud mental en las áreas más alejadas del área urbana, lo que significa que muchas personas pueden tomar ideas equivocadas respecto a sus problemas, como: tomar la tristeza y el displacer como un estilo de vida o en el peor de los casos, quitarse la vida.

El apoyo psicoterapéutico debe realizarse con base a una correcta evaluación y diagnóstico, eso supone mayor probabilidad de mejorar considerablemente la salud mental del paciente y prepararlo a enfrentar positivamente los embates de la vida.

Recomendaciones

Debe considerarse una madurez física y emocional para iniciar una relación de pareja y familiar, y no dejarse llevar por los patrones culturales, ello llevará a tomar decisiones con madurez y manejar adecuadamente los conflictos que se generen en el ámbito de pareja y familiar.

Lo más sano al momento de estar pasando por situaciones difíciles en la vida que superan la capacidad de enfrentarlos adecuadamente, es buscar apoyo profesional para restablecer la armonía psicológica, de lo contrario, se puede ir directamente al camino de padecer un enfermedades mentales.

Brindar educación sobre los cambios hormonales y sus repercusiones emocionales en la mujer, debe ser un trabajo que no se debe descuidar en la salud y que mejor si se implementan programas estratégicos que puedan llegar a todas las personas, especialmente las del área rural que tienen menos probabilidad de acceso.

Tener metas personales y perseguirlos, es una forma adecuada de buscar la realización personal para no ser blanco fácil de lo incierto de la vida o dejar que las demás personas decidan por la vida de uno.

Se debe implementar en la vida diaria momentos para practicar ejercicio físico y en general momentos de disfrute o goce, puesto que en ese proceso se liberan neuroquímicos como las endorfinas y serotonina, relacionadas con la alegría y la felicidad.

El entrenamiento, aún en las adversidades, de practicar pensamientos positivos, favorecerá un mundo interno y una conducta mayormente positiva.

En la medida posible, fortalecer la espiritualidad personal puesto que es esta dimensión humana la que puede favorecer un contacto íntimo con un ser superior y en ello encontrar valentía y sabiduría para encontrar respuestas que favorezcan soluciones adecuadas ante un conflicto.

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (2013). Washington, DC London England.

Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 1-14.

Brizendine, L. (2006). *El cerebro femenino*. RBA Libros, S.A.

Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Equipo editorial, O. (s.f.). *Psicología para todos*. MMXIII Editorial OCEANO.

Gallardo, G., Jiménez, M., González, A., & Villaseñor, T. (2013). Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *La distimia como entidad nosológica*, 215-222.

Jimenez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T., & González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 212-218.

Lacasse, M. (1994). *Tengo una cita conmigo*. Editorial SAL TERRAE Santander.

Martel, C., Dimidjian, S., & Herman, R. (2010). *Activación Conductual para la depresión*. The Guilford Press. Nueva York, USA: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A. 2013.

Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, F. (2010). *Tratado de Psicofarmacología*. Editorial Media Panamericana S.A.

Anexos

Anexo 1
Fotografía



Fuente: Carlos Grijalva

Eleazar Santizo, practicante en el Centro de Atención Permanente, ubicada en Zona Uno del municipio de Sibal.