

## **Estudio de caso de una paciente diagnosticada con distimia**

**Alma G. Brito**  
*Universidad del Sinú.*

### **RESUMEN**

En este estudio de caso único se presenta una propuesta de intervención para una paciente diagnosticada con distimia. El propósito de esta intervención es modificar la percepción que tiene la paciente sobre sus relaciones interpersonales y disminuir los síntomas depresivos que presenta. Teniendo esto en cuenta, la evaluación estuvo basada en el análisis funcional de la conducta, entrevistas semiestructuradas y el Inventario de depresión de Beck. A partir de lo anterior, se concluye que la paciente cumple con los criterios diagnósticos de distimia y se propone un tratamiento para esto. Siendo así, por medio de las sesiones realizadas la paciente logra mejorar su nivel de introspección acerca del trastorno de *Distimia* y sus consecuencias.

**Palabras clave:** depresión, adolescente, distimia, percepción de relaciones interpersonales.

### **INTRODUCCIÓN**

El concepto «Trastorno» (disorder) es un término amplio «que abarca tanto los daños y traumatismos (traumatic injuries) como las enfermedades (disease/illness)» (Brülde, 2007), por tanto, se constata que los trastornos mentales constituyen en sí mismos una disfuncionalidad. Siendo así, existen diversos trastornos y cada uno de ellos se caracteriza por un grupo de síntomas específicos, sin embargo, este estudio se centra en la depresión, puesto que es el trastorno que padece la paciente.

Siguiendo esta línea, la depresión se define como una enfermedad que se identifica por cambios estructurales que de no ser tratados pueden llevar a cambios neurodegenerativos

(Benavides, 2017). De igual manera, según la Organización Panamericana de la Salud –OPS y la Organización Mundial de la salud -OMS (2007) la depresión es una enfermedad común, pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, y es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

La OPS y OMS (2007) destacan que este trastorno se caracteriza por una tristeza perdurable y por la pérdida de interés en los quehaceres cotidianos, que normalmente causaban bienestar o placer, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante al menos dos semanas. Así mismo, las personas con depresión pueden experimentar pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más, o menos, de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza y pensamientos de autolesión o suicidio.

Ahora bien, la distimia se define como un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños. Según el *DSM V* es necesario especificar si el inicio es temprano, es decir, antes de los 21 años, o si el inicio es tardío, a partir de los 21 años. Entre sus características destacan: Una pobre conciencia del estado de ánimo, pensamiento negativo, baja autoestima y energía, entre otros; lo que tiende a deteriorar progresivamente la calidad de vida de la persona. Entre las hipótesis que intentan explicar la etiología de este trastorno se encuentra la hipótesis genética, la cual incorpora también los factores ambientales que pueden influir; y la hipótesis aminérgica que intenta explicarla señalando una deficiencia en los neurotransmisores en el sistema nervioso central (Jiménez-Maldonado et al., 2013).

Por otro lado, existen diversos tipos de terapias usadas para intervenir el trastorno de depresión. Entre esas se encuentra la Terapia cognitiva de Beck. El modelo de Aaron Beck

cuenta con un sistema explicativo de la depresión y un plan de tratamiento. Para empezar, postula la existencia de una “plantilla mental” con la cual la persona afronta las diferentes situaciones. Se denominan *esquemas*, los cuales son responsables de regular las interpretaciones cotidianas (Centro de Terapia Cognitivo Conductual -CETECIC, 2013).

En este sentido, el esquema central propuesto por Aaron Beck se denomina “*triada cognitiva*”: Una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro”. La persona que padece depresión, mantiene un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como un ser insignificante y de poco valor, haciendo énfasis en los aspectos negativos de sí mismo. Por otro lado, Beck propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales de las situaciones que atraviesa. Estas se denominan *pensamientos automáticos* y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves tales como “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “perdí en todo”, “¿para qué vivir así?” (CETECIC, 2013).

El propósito de la terapia cognitiva es que el paciente, junto con el terapeuta, cree nuevas experiencias que le permitan debilitar aquellas que tiene arraigadas desde la infancia y que son negativas para su manera de sentir y de actuar. Esto mediante la técnica de reestructuración cognitiva. Se busca modificar las creencias del paciente, mediante la presentación de evidencia e información objetiva; a partir de ahí se establezca una realidad más positiva para el paciente por medio de datos empíricos.

Finalmente, el objetivo de este estudio fue describir y analizar el caso particular de la paciente “O”, con el propósito de formular un plan de intervención donde se aborden los aspectos que generan malestar en la paciente.

## **Descripción del caso clínico**

La IPS Cid Salud, canalizó a la paciente O de 17 años de edad, para una evaluación psicológica y valoración por intento de suicidio. El día 09 de enero la paciente refiere haber tomado 10 pastillas de Buscapina, no obstante, desconoce el motivo que la indujo a ingerirlas o la razón de su tristeza. Asimismo, la paciente plantea que aproximadamente desde el mes de octubre del 2019 se autolesiona, expresó que era la única manera de dejar de sentir dolor. Actualmente, la paciente manifiesta que en ocasiones no siente placer en realizar sus actividades cotidianas y presenta aumento de apetito, somnolencia e ideación suicida constante. En su discurso se mostraba pasiva y poco entusiasta

## **Antecedentes personales**

- ***Historia familiar:***

En cuanto a la dinámica familiar, la paciente tiene relaciones distantes con su madre y hermanos. La paciente expresa que habla con ellos, pero muy poco, y no siente suficiente “cercanía” para entablar una conversación extensa o relatarles sus dificultades, sin embargo, destaca que mantenía una relación muy cercana con su padre antes de fallecer.

Por otro lado, narra que desde temprana edad sintió que su madre siempre ha mostrado mayor preferencia por sus hermanos por ser varones, por tanto, la paciente percibe que su familia no la aprecia. Actualmente su pareja se hospeda en su hogar. Su relación es cercana, pero a menudo tienen discusiones.

- ***Personal:***

La paciente es una joven de tez morena, cabello rizado largo, delgada, y de baja estatura. Es una joven empática y agradable con las personas y animales a su alrededor, le gusta ayudar a los demás, le gusta escribir y dibujar. A veces se encuentra en un estado de

irritabilidad o desánimo, por lo que no le gusta relacionarse con los demás. Es una persona insegura y le cuesta reconocer sus propias habilidades. También es una joven sensible y puede “ofenderse” fácilmente.

- ***Social:***

La paciente tiene pocos amigos, plantea que le cuesta relacionarse con los demás, puesto que manifiesta no ser lo “suficientemente buena” para estar incluida en algún grupo o establecer vínculos de amistad. También indica que le cuesta confiar en las demás personas. Se relaciona más con algunas tías y primos de parte de su mamá y su papá.

- ***Académico/laboral:***

La paciente estudió en la institución Eliseo Padilla, de la ciudad de Riohacha, de la cual también se graduó. En la escuela tenía calificaciones de regulares a buenas. No se relacionaba mucho con sus compañeros. No conserva amistades de esa etapa.

- ***Afectivo/Emocional:***

La paciente indica que para ella ha sido complejo relacionarse con los demás, pero con su pareja actual resultó sencillo pues este, por lo general siempre trataba de acercarse a ella, o iniciar los vínculos. Conoció a su pareja a la edad de 15 años, y tienen una relación cercana, sin embargo, a menudo tienen enfrentamientos debido a la desconfianza de “O” hacia él. La paciente expresa sentirse insegura acerca de su físico y se compara constantemente con otras chicas. Continuamente le reclama a su pareja por celos. A veces siente que su pareja no la ama tanto como lo demuestra. Esta ha sido su primera pareja formal.

## **Descripción y análisis del problema**

Con base en la información anterior se diseñó un análisis funcional de la conducta de la paciente, utilizando el modelo Antecedente-Conducta-Consecuencia (ABC) diseñado por

Kanfer y Saslow (1965), en el cual se observó que existen tres eventos antecedentes. En el primero se destacan los pensamientos con respecto a la pérdida de su padre y su bebé, lo cual se puede percibir por medio del sentimiento de culpa, los pensamientos negativos acerca de ella y su entorno y el llanto recurrente, en consecuencia, “O” recurre a dormir todo el día, alejarse de los demás e intentar lastimarse.

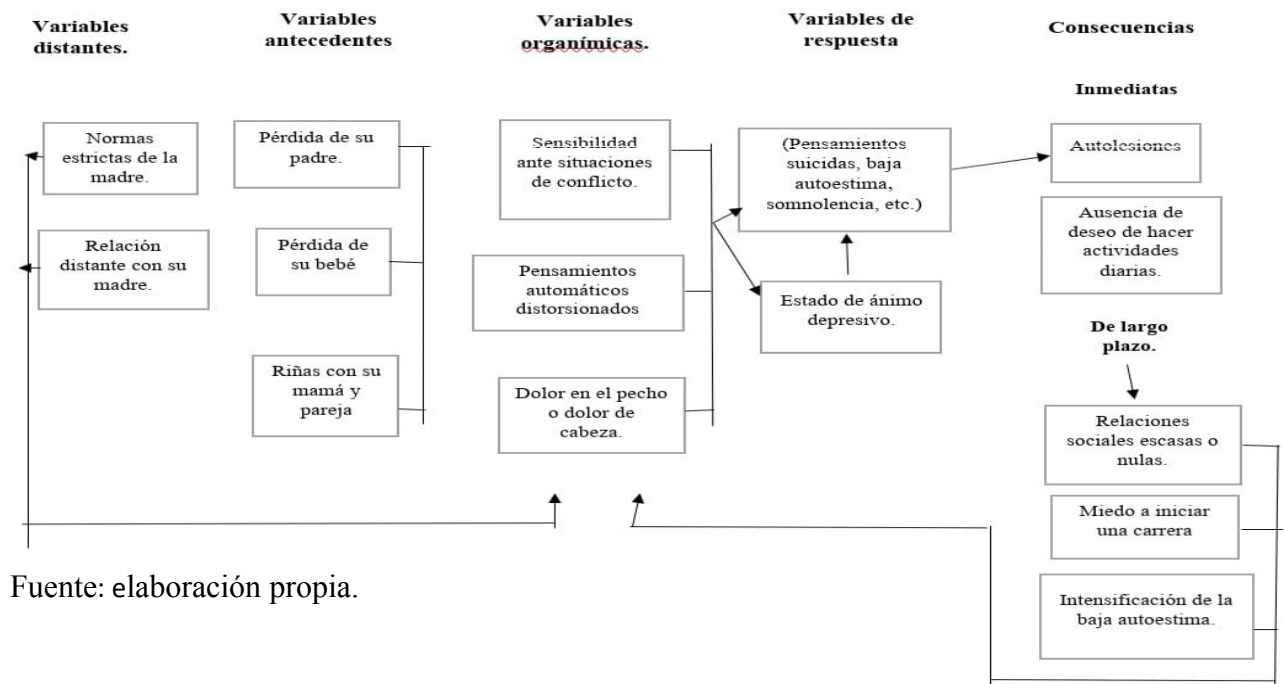
Por otro lado, se evidenció como otro antecedente la existencia de discusiones con sus familiares, especialmente con su mamá y su pareja, aquí predomina el sentimiento de inferioridad y pensamientos negativos acerca de ella misma, por tanto, en respuesta a esto “O” presenta desesperanza y recurre a ingerir medicamento. Por último, las dificultades para realizar alguna actividad o quehacer de la casa han influido en la percepción que tiene sobre ella misma, percibiéndose como alguien “inútil” (autoreproches y autosaboteo), en tanto la respuesta a estos acontecimientos se reflejan en desánimo, desmotivación y miedo al fracaso y al futuro.

**Figura 1.** Análisis funcional de “O”

*Cornisa: Estudio de casos.*

**H. Análisis funcional.**

**\*Mapa clínico:**



Fuente: elaboración propia.

**Tabla 1.**

*Análisis funcional de la paciente 0*

<b>Eventos antecedentes</b>	<b>Conducta</b>	<b>Eventos consecuentes.</b>
Pensamientos con respecto a la pérdida de su padre o su bebé.	-Sentimientos de culpa. -Pensamientos negativos acerca de ella y su entorno. -Llorar.	-Duerme todo el día. -Se aleja de los demás. -Intenta lastimarse.
Discusiones con su familia, especialmente con su mamá y su pareja.	-Sentimientos de inferioridad. -Pensamientos negativos acerca de ella misma.	-Sentimientos de “vacío”. -Recurre a ingerir pastillas. -Desesperanza.
Cuando debe realizar alguna actividad o quehacer de la casa.	Percepción de que es alguien “inútil” (autoreproches)	-Desánimo y desmotivación. -Miedo al fracaso y al futuro.

Fuente: elaboración propia

## **METODOLOGÍA**

En primera instancia, se utilizó como instrumento de recolección de información una entrevista abierta, esto con el objetivo de conocer las áreas personal, familiar y académica de la paciente y el impacto de estas en su vida. Luego de esto, se prosiguió a realizar una entrevista semiestructurada para profundizar los temas antes tratados y describir sus síntomas de minusvalía y las afectaciones en su cotidianidad.

También se utilizó la observación como herramienta de recolección, paralelo a las entrevistas, con el fin de ampliar la información en relación con la paciente y así estudiar y conocer su comportamiento y reacciones ante la problemática.

De igual forma, se le recomendó a la paciente el uso de un autorregistro con la finalidad de que ella tomara consciencia en relación con los recursos que posee para sobrellevar las dificultades diarias que se le presentan y conozca sus fortalezas y debilidades durante el proceso de evaluación.

Por último, se aplicó el Inventario de depresión de Beck, este se utiliza para evaluar la gravedad de la depresión. Al notar los síntomas manifestados por la paciente como dificultad para realizar sus actividades diarias, apatía, somnolencia, aumento de peso, entre otros, se hace necesario conocer la severidad del trastorno en la paciente. El test presenta los siguientes rangos de puntuaciones: 0-13: depresión mínima, 14-19: depresión leve, 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión grave.

### **Tratamiento propuesto.**

En primera instancia se debe resaltar que la paciente requiere un manejo interdisciplinario. En este sentido, a parte de la psicorientación y psicoterapia, la paciente debe ser remitida y asistir a consulta por psiquiatría.

Para llevar a cabo la intervención se utilizarán algunas técnicas de la terapia cognitiva de Beck para la depresión y otras técnicas de *reestructuración cognitiva* (ver tabla 2).

**Tabla 2.**

*Tratamiento propuesto para la paciente O*

<b>Técnicas</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Indicador clínico</b>
Reestructuración cognitiva	Estabilizar el estado de ánimo de la paciente	Modificar las cogniciones irracionales de la paciente asociadas a la sintomatología depresiva	1, 2 y 3	Las creencias irracionales asociadas a la sintomatología depresiva disminuyan a un nivel de credibilidad del 20%
Autorregistro continuado	Identificar las cogniciones de la paciente a lo largo de la evaluación.	-Analizar los tipos de pensamientos, la duración y que los provoca. - Describir las emociones desadaptativas.	4 y 5	Reconocer sus pensamientos automáticos y sus reacciones emocionales y la influencia que tienen estos en su conducta.



		- Describir su conducta como resultado de su forma de pensar.		
Flecha descendente	Reconocer los supuestos y creencias de la paciente.	-Examinar las creencias básicas a partir de sus pensamientos, verbalizaciones y/o conducta. - Reinterpretar las situaciones y crear expectativas más realistas.	6 y 7	Identificar algunas bases de sus creencias y cree nuevas creencias más realistas y a su vez sea capaz de reinterpretar las situaciones personales desde una perspectiva resiliente.
Convertir sus quejas en síntomas-objetivo	Reinterpretar las quejas de la paciente.	-Hacer psicoeducación con la paciente para reconocer los síntomas de la depresión. - Identificar las quejas y reinterpretarlas de forma adaptativa.	8 y 9	Clarificar sus quejas y relacionarlas como síntomas de la depresión.
Técnicas conductuales.	Describir las actividades cotidianas que le causan satisfacción.	-Detallar sus sentimientos de apatía hacia sus actividades diarias. -Examinar sus respuestas conductuales en sus interacciones familiares y de pareja. - Realizar actividades de práctica imaginada.	10 y 11	Describir las actividades que le resultan agradables e identificar las emociones que presenta en los distintos contextos (personales y familiares).

Fuente: elaboración propia

## **Expectativas de tratamiento**

Por medio del tratamiento propuesto se espera que la paciente pueda identificar y manejar sus pensamientos negativos y creencias irracionales y mejorar su autoestima. Además de esto, se espera disminuir su ideación suicida y aumentar sus pensamientos y emociones positivas, asimismo, con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en habilidades sociales se busca que la paciente mejore su red social y sus habilidades para relacionarse con otros.

## **RESULTADOS**

Se procede a presentar los distintos resultados obtenidos en las entrevistas, el autorregistro y en el Inventario de depresión de Beck.

### **Entrevista abierta y semiestructurada**

En las entrevistas se encontró que la paciente en los últimos 6 meses ha experimentado sentimientos de tristeza, a veces enojo y decepción. Refiere que a veces “se siente triste de la nada” y siente desconfianza e inseguridad de ella misma y sus habilidades. Asimismo, actualmente manifiesta que a veces no siente placer en realizar sus actividades diarias y presenta ideación suicida constante.

A la edad de 15 años empezó su vida sentimental, con quien es su pareja actual, y refiere que su relación es buena, sin embargo, en ocasiones tienen conflictos a causa de “celos” por parte de ella hacia su pareja. Cabe mencionar que recientemente, a la edad de 17 años, perdió al bebé que estaba esperando. La paciente expresa que, tras enterarse de su pérdida, empezó a correr hacia la carretera y casi es atropellada por un automóvil. A raíz de la pérdida siente sentimientos de vacío y culpa.

Por otro lado, la paciente indica que ha mantenido una relación distante con su madre y hermano desde su preadolescencia, puesto que a menudo tenían discusiones por las tareas del hogar. Tras estos sucesos se encerraba en su habitación y experimentaba sentimientos de enojo y tristeza y tenía pensamientos suicidas. La paciente expresa que estos pensamientos suelen aparecer ante vivencias estresantes o momentos de aflicción. Algunos de los pensamientos que experimentan son: “estaría mejor si muero”, “es mejor morir pues no le haría falta a mi familia”, “soy un fracaso, todo me sale mal, y no deseo vivir”, etc. No está presente un plan estructurado. Es importante resaltar que cuando la paciente tenía 15 años de edad fue llevada IPS Cid Salud para ser valorada psicológicamente por intento de suicidio. Este ocurrió debido a una confrontación que la paciente tuvo con un familiar. La paciente indica que se sentía “exhausta” de todo a su alrededor, se sentía “desvalorizada”, y con pensamientos de que “nadie la quería y estaba mejor muerta”.

### **Observación**

Durante las entrevistas la paciente se mostró pasiva. Su rostro era algo inexpresivo y su tono de voz era tenue. Durante la segunda entrevista, la joven entró en crisis cuando se tocó el tema de su padre.

### **Autorregistro**

En el *autorregistro* la joven expresó que cuando intenta ayudar en los oficios de su hogar, su madre la regaña constantemente y eso la hace sentir triste y, a partir de esto, piensa que es "torpe", "inútil" o que "nunca hace nada bien". También expresó que a veces discute con su pareja, ya que esta le pide que haga alguna actividad o quehacer y la paciente no siente deseos de hacerlo. A partir de esto se siente triste y enojada, y piensa que no puede hacer nada bien, y que sus seres queridos no la quieren o entienden. Su forma de escapar de este tipo de situaciones es dormir todo el día para no pensar en eso.

De igual modo, cuando piensa en su padre, se siente triste y molesta, pues dice que no entiende "por qué tuvo que irse y dejarla sola con familiares que no la quieren ni apoyan igual". A raíz de eso intenta lastimarse a sí misma o dormir todo el día.

Cuando piensa en su futuro se siente triste, ya que piensa que no tiene las habilidades necesarias para estudiar enfermería (carrera que le llama la atención). Piensa que es tonta, que no hará amigos y que no podrá desarrollar las actividades efectivamente.

Últimamente cuando piensa en el bebé que perdió se siente triste, con ánimo bajo y sin ánimos de hacer actividades durante el día. Piensa que "la vida no tiene sentido", que "el mundo es cruel", y que "a todas las personas le va bien menos a ella". También presenta sentimientos de culpa por haber perdido a su bebé.

### **Inventario de depresión de Beck**

En este caso, la paciente obtuvo una puntuación de 29, el cual teniendo en cuenta los rangos de puntuaciones del cuestionario, es considerado depresión grave.

## **CONCLUSIONES**

Con respecto al tratamiento, a través de las sesiones realizadas la paciente logró, en primera instancia, tomar consciencia acerca del trastorno de *Distimia* y las consecuencias de este sobre las distintas áreas de su vida.

Así mismo, a través de la reestructuración cognitiva, la paciente logró contrastar y evaluar algunas creencias y pensamientos negativos que tenía acerca de sí misma y su entorno. Esto mediante el diálogo y la evaluación de sus puntos de vista aparentemente "rígidos". En este sentido, la paciente pudo aprender a identificar aquellas ideas que le generan malestar, evaluarlas con objetividad, reconsiderarlas y corregir algunas de sus cogniciones.

No obstante, el tratamiento no pudo culminarse porque la paciente se trasladó a otra ciudad junto con su familia, específicamente al corregimiento de Juan y medio de la Guajira, por lo que las sesiones no finalizaron y solo puede evidenciarse las mejoras anteriormente mencionadas.

## REFERENCIAS

- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, 113(105), 171-188.  
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Brülde, B. (2007). El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría*, 5(3), 163-164.
- CETECIC. (2013, 7 de marzo). *El modelo cognitivo de la depresión. Psyciencia*.  
<https://www.psyciencia.com/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>
- Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T. y González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Kanfer, F. y Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12(6), 529-538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720360001001>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>