

ANSIEDAD Y DEPRESION: CASO CLÍNICO EN UNA ADOLESCENTE INDIGENA GESTANTE EN UNIDAD HOSPITALARIA

Soreth Díaz Amell ¹
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

A la unidad de emergencias hospitalarias suelen llegar pacientes con falencias médicas de todo tipo, y generalmente, dichas falencias van acompañadas de mas factores determinantes al problema en cuestión, para este escenario, se presenta un caso médico psicológico de una paciente de etnia indígena de la tribu Zenú, que presenta un caso clínico mixto de ansiedad y depresión, apanado de varios factores familiares y personales. Se da un primer diagnóstico de ansiedad y depresión por la identificación de varios síntomas específicos como inquietud, irritabilidad, tensión muscular, movimientos constantes y repetitivos de las manos, así como una manifestación constante del paciente por frases como “*me quiero morir*”, “*tengo miedo, nadie me quiere*”, acompañado de una sensación de abandono por varios factores externos asociados como la pandemia Covid-19, y un embarazo no planificado en estado pretérmino en riesgo de pérdida. Este tipo de caso clínico suele ser el mas frecuente que se presenta en la unidad hospitalaria, por lo cual, se realiza un modelo de intervención en tres tiempos: Aplicación de cuestionario de ansiedad de Beck, Registro de conductas en estancia hospitalaria y Aplicación de técnicas cognitivas conductuales, todas realizadas pre y post tratamiento para validar y comparar los resultados. Tras aplicar los modelos de intervención se concluye que la paciente da una respuesta de ansiedad por el embarazo debido a su situación social, también, una respuesta de ansiedad a los constantes conflictos familiares, con un diagnóstico del cuestionario de Beck como ansiedad severa.

Palabras clave: Ansiedad, Caso Clínico, Cuestionario de Beck, Depresión, Indígena, Psicología.

Abstract

Patients with medical deficiencies of all kinds usually arrive at the hospital emergency unit, and generally, these shortcomings are accompanied by more determining factors to the problem in question, for this scenario, a psychological medical case of a patient of indigenous ethnicity of the Zenú tribe is presented, which presents a mixed clinical case of anxiety and depression, Dealing with various family and personal factors. A first diagnosis of anxiety and depression is given by the identification of several specific symptoms such as restlessness, irritability, muscle tension, constant and repetitive movements of the hands, as well as a constant manifestation of the patient by phrases such as "I want to die", "I am afraid, nobody loves me", accompanied by a feeling of abandonment by several associated external factors such as the Covid-19 pandemic, and an unplanned pregnancy in the preterm state at risk of loss. This type of clinical case is usually the most frequent that occurs in the hospital unit, therefore, an intervention model is carried out in three times: Application of Beck anxiety questionnaire, Record of behaviors in hospital stay and Application of cognitive behavioral techniques, all performed pre and post treatment to validate and compare the results. After applying the intervention models, it is concluded that the patient gives an anxiety response due to pregnancy due to her social situation, also, an anxiety response to constant family conflicts, with a diagnosis of the Beck questionnaire as severe anxiety.

Keywords: *Anxiety, Clinical Case, Beck Questionnaire, Depression, Indigenous, Psychology.*

Introducción

Muchas veces se suele confundir el bienestar de una persona con salud física, dónde, se presume que alguien sin golpes, rasguños, fracturas o cualquier afección notoria al cuerpo está en bienestar total e integridad, sin embargo, es un concepto errado de la salud, pues el factor psicológico es igual e incluso más importante en muchos pacientes (Murueta, 2020). La salud mental apaña tranquilidad, es el bienestar emocional, psicológico y social de las personas, y muchas veces, alguien que físicamente se vea muy bien, puede estar cargado de problemas mentales que no permitan siquiera alcanzar la tranquilidad.

Según (Arrieta, 2022) la salud mental es fundamental para los seres humanos, pues determina “...*la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida*”, asimismo, expone como se asimila el estrés, se crean relaciones interpersonales y se toman decisiones, pues expone la percepción de una persona frente a algo o alguien, y es un concepto de suma importancia en todas las etapas de la vida de las personas, desde la niñez hasta la vejez. Sin embargo, la salud mental de las personas muchas veces se puede ver afectada por muchos factores, y aunque la participación e impacto es distinta en cada persona, las causas son las mismas, resaltando factores biológicos, como los genes o la química del cerebro, experiencias de vida, como traumas o abusos, antecedentes familiares de problemas de salud mental o simplemente el estilo de vida, como la dieta, actividad física y consumo de sustancias (Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña, & RocíoMuñoza, 2020).

Asimismo, en Colombia el estado ha optado por implementar medidas que permitan garantizar o mejorar los aspectos que competen la salud mental, pues el Ministerio de Salud y Protección Social presentó la nueva Política Nacional de Salud Mental aprobada mediante la resolución 4886 de 2018, en consenso con el Sistema General Seguridad Social en Salud y, convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud y otros actores importantes del sector (García Ramirez & Torres Galindo, 2018). Asimismo, la Ley 1616 del 21 de enero del 2013 propuesta por el ministerio de Salud busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política. Entonces, es certero afirmar que el gobierno nacional de Colombia busca de manera exhaustiva mitigar esas

problemáticas que decaen sobre la salud mental de las personas, y busca priorizar mediante las leyes y resoluciones en cuestión, de niños, niñas y adolescentes, permitiendo una adherencia terapéutica a niños hospitalizados y adolescentes en condición de depresión, ansiedad o falencias a la salud mental de si mismo, como el caso de aplicación que se pretende exponer en el presente caso de estudio.

En ese sentido, la ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad hacia situaciones normales, es una de las falencias psicológicas que mayor incurre negativamente en la salud mental de las personas, y aunque existen diversas posturas frente al tema, hay una que se considera la mas acertada, expuesta por (Mischel, 1990), dónde expone el trastorno de ansiedad como una diversa concepción de situaciones, sosteniendo que cada individuo tiene un conjunto de amenazas personales, diferentes al de otros, que le provoca, mayor temor adquirido. A partir de allí, la ansiedad podría decirse que tiene un impacto importante en el desarrollo, salud y bienestar de los adolescentes, sin dejar de lado las afectaciones en el entorno familiar, social y educativo. Según (Arango Lasprilla, Romero García, & Hewitt Ramírez, 2018), en los adolescentes los trastornos de ansiedad se encuentran relacionados con otros trastornos mentales diversos, esta comorbilidad está ligada con los trastornos de tipo depresivos. Por lo cual, se ha evidenciado en el material teórico, que los síntomas de ansiedad en una situación particular pueden conllevar a la generación de depresión en sucesivos momentos temporales, concluyendo que un paciente con ansiedad, es vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo. Seguidamente, y comprendiendo el contexto anteriormente expuesto, se habla de un trastorno de ansiedad repetitivo para una paciente de 16 años, es importante tener en cuenta los síntomas presentes de ansiedad y depresión como un factor mixto en el paciente. La comorbilidad de la ansiedad y la depresión se explica principalmente por una vulnerabilidad genética compartida a ambos trastornos, o porque un trastorno es un epifenómeno del otro, en otras palabras, como si la depresión se generase a raíz de la ansiedad, como un efecto secundario clínico al no expresar sus emociones, sino que, por el contrario, la adolescente mantenía en privado su trastorno, con el tiempo, se generó un segundo factor de depresión, producto de la ansiedad. Además, dentro del diagnóstico de la adolescente, se ha determinado un aumento del factor liberador de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo tanto en la ansiedad como en la depresión, pero otros péptidos u hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal están regulados de manera diferente en los dos trastornos (Tiller., 2013).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, el aislamiento frente a otras personas es una de las actividades más comunes dentro de la persona que padece el trastorno, y es que, mantener un estado de relajación o tranquilidad para soportar momentos de esparcimiento y convivencia social es una tarea compleja por no decir que imposible para quien sufra dicho padecimiento, por lo que aislarse muchas veces es la solución más cómoda frente a esa problemática (Lopera & Garcés, 2018). Cuando el paciente del trastorno de ansiedad se aísla de su círculo social a raíz del mismo desespero o intranquilidad general, se generan otros efectos secundarios, que no en todos los casos clínicos se manifiestan de la misma manera o el mismo grado, sin embargo, si tienen un impacto fuerte, dentro de los principales se resalta la depresión, la pérdida de apetito o ganas de realizar actividades básicas como comer, hablar, socializar por la misma intranquilidad, o en los peores casos, desespero prolongado que genera acciones impulsivas carentes de racionalidad (Gaeta González & Otero Pérez, 2014). El objeto del presente documento, es realizar una caracterización y exposición completa a un caso clínico mixto de ansiedad y depresión, bajo un tratamiento psicológico, al paciente en cuestión de 16 años.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

La paciente es perteneciente a la tribu Zenú, de la etnia indígena de Sotavento – Córdoba, hacia la costa caribe de Colombia, a continuación, se presentan los datos esenciales para la identificación de la adolescente que ha ingresado a la unidad hospitalaria.

Edad: Adolescente de 16 años **Sexo:** Mujer

Nivel de Escolaridad: Secundaria Incompleta

Teléfono de contacto: No aplica

Estado Civil: Embarazada soltera

Motivo de consulta

Paciente con embarazo pretérmino, con 14,5 semanas de gestación, refiere un cuadro clínico de 11 horas de evolución consistente en dolor en hipogastrio asociado a disuria. La adolescente fue remitida a psicología desde medicina general debido a que ha venido presentando

durante su hospitalización síntomas asociados a la ansiedad, como; irritabilidad, sudoración, inestabilidad, ideas irracionales y distorsiones cognitivas frente a su caso de embarazo, falencias en la justicia o una falta de aprobación en su entorno social, considerando que las demás personas buscan generar afectaciones en su vida, y por esa esa razón nadie “la quiere”, que su presencia en este mundo sobra, conduciendo a una pensamiento catastrófico. La adolescente refiere “*Me siento sola, nadie me quiere, me voy a morir*”.

Historia del problema

La paciente con solo 16 años de edad queda en estado de embarazo, con síntomas de ansiedad, había sido anteriormente hospitalizada y tomada con el respectivo tratamiento, sin embargo, actualmente ha empeorado nuevamente su caso clínico, obligando por segunda vez consecutiva una hospitalización de larga estancia. Durante la entrevista inicial, la adolescente manifestó sentirse triste y abandonada durante su hospitalización (menos de 15 días atrás). En ese sentido, ese sentimiento de abandono y tristeza, han estado presentes a lo largo de su experiencia de vida, en el discurso de la paciente, ya que ha manifestado sentirse sola, abandonada, sin un sentido de vida, considerando que su presencia en el mundo es innecesaria, y solo “sobra”, determinando también que las demás personas no la quieren, ni siquiera su propia familia. Se identifican momentos relevantes que han fortalecido estos síntomas, como altercados familiares, desplantes sociales y amistades que no han aportado constructivamente en el pasado para su vida, la paciente expresa que, “*desde niña, no tenía con quien jugar, solo amiguitos de colegio y no vivían tan cerca, ya que todo el tiempo ha vivido en un corregimiento y las casas están algo distanciadas unas de otras*”.

Es de resaltar también que una de las principales causales de su trastorno es la ausencia de padres y es que, la paciente ha manifestado que el hecho de no estar con su mamá y papá le causaba malestar y más cuando veía sus amiguitas acompañadas de sus papás, sentía dolor y anhelo de vivir con ellos; la paciente expresa también que sus abuelos han sido sus padres y siempre conseguía con ellos lo que ella quería “*desde pequeña me consentían todo*”. De adolescente, a la paciente casi no le gustaba estar con sus abuelos según manifiesta, dónde, a raíz de ello se escapaba para donde alguna de sus amigas, porque según ella la cuidaban mucho y esto la asfixiaba; inicio relaciones sexuales a los trece años según ella sin saber cómo era una relación sexual, puesto que no tenía una guía o un modelo a seguir que le aconsejara y guiara en el camino de esta etapa tan importante

como es la adolescencia, como una madre cuando se sienta a charlar con su hija, explicándole porque su cuerpo menstrúa o como debía llevar su vida sexual y en la Escuela afirma ella “*ni de eso hablan*” la paciente manifiesta también que “*nunca pensó en embarazarse*”, esto conlleva a mudarse para donde los suegros, su pareja se alejó y su vida no volvió a ser la misma. Estas ausencias en su vida configuran en ella un esquema de abandono y una conducta de evitación y escape.

Participación Familiar

El contexto en el cual se ha desarrollado la vida y personalidad de la adolescente, podría afirmarse es producto de una familia de tipo disfuncional, y esta premisa se genera a raíz de varios factores, por ejemplo, en primera instancia existe un rechazo por parte del padre, lo cual afecta el desarrollo de la adolescente durante sus primeros años de vida, y es que, para la paciente es complejo asimilar que su padre no la reconociese como su hija y procede a un abandono total, de esta manera, no existe un vínculo afectivo con esta figura paterna, por la situación anterior, la madre opta por dar la crianza de su hija a los abuelos maternos, lo cual, de igual forma afecta la personalidad de la paciente, porque se generan unas primeras ideas de que ni el padre ni la madre quieren estar con ella, como si fuese un estorbo para ellos, siendo estos, inicio de características ansiosa depresiva . La familia de la paciente desde su infancia hasta antes del embarazo fueron sus abuelos, actualmente la paciente vive en casa de la familia de su expareja, familia de tipo nuclear, ya que está conformada por el padre, la madre y su hijo.

El discurso de la paciente, describe un abandono por parte de su padre, seguido de un distanciamiento con la madre, quedando en cuidado de sus abuelos, la paciente expresa que su infancia fue complicada, ya que a pesar del esfuerzos de los abuelos, pasaba necesidades, de niña no logró afianzar muchas relaciones interpersonales, ya que su lugar de residencia era muy alejado, en comparación a sus compañeros, conoce a su pareja dos mayor que ella, inicia su vida sexual a los 13 años, quedando embarazada tres años después, este estado le provoca una ruptura con su pareja sentimental, volviendo a aparecer en ella este sentimiento de abandono que existía desde pequeña, a raíz de su embarazo ha presentado angustia, temor hacia el futuro, temor en relación a la vida misma y a la de su bebé, la paciente comunica que “todo se complicó” y ahora su vida cambio; los sentimientos

de soledad y abandono son más permanentes, pero de igual manera en su discurso afirma sentirse más tranquila hospitalizada, debido a que se siente segura en la clínica, sus necesidades fisiológicas se han incrementado, se alimenta más, su periodo de sueño ha aumentado y su estado de ánimo se ha nivelado, el dolor que le produce la disuria ha disminuido, pero de igual manera siente ansiedad por no saber de su familia.

La paciente refiere que su familia fueron sus abuelos, quienes están presente desde muy pequeña, ellos se ocuparon de su crianza y le brindaron todo lo que necesario, pero también la rechazaron cuando salió embarazada, la madre la abandona para salir a trabajar, actualmente sabe dónde está y ha visto en algunas ocasiones a sus hermanos pero sigue sintiendo sola y triste porque su vida pudo ser diferente junto a su madre y padre a quien” no extraña” porque no lo conoció, y que ahora sabe que existe según lo que le comento recientemente la madre, su pareja apenas supo que estaba en estado se fue a la ciudad a trabajar y sus suegros están pero no están según la adolescentes ellos trabajan en labores del campo y vive en soledad.

Formulación clínica

La terapia cognitivo – conductual (TCC) es un tipo de terapia del habla (psicoterapia), ideal para escenarios de depresión en personas cuya personalidad no se ha desarrollado en su totalidad, es decir, niños, niñas y adolescentes en estado de depresión, ansiedad o faltas a la salud mental, y se consigue mediante frases motivadoras, transferencia de emociones positivas y demás aspectos que puedan mitigar las falencias mentales que sufra la persona. Este tipo de terapia TCC es orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, que recogen los aportes de distintas corrientes dentro de aspectos como el habla (Arango Lasprilla, Romero García, & Hewitt Ramírez, 2018). Entonces, de acuerdo a la caracterización del paciente anteriormente descrita, la TCC es un medio fundamental para tratar las falencias médicas de la adolescente.

Dentro de la formulación clínica del paciente, se han evaluado y diagnosticado diversos aspectos que permiten evidenciar la situación mental que atraviesa la joven, así como un desglose de cada uno de estos, justificando el porque de las técnicas e instrumentos utilizados para el tratamiento psicológico en la unidad hospitalaria. Asimismo, se explica a continuación el

tratamiento implementado con sus respectivos resultados y comparación antes / después, mediante el uso de los instrumentos de medición o evaluación.

Análisis y descripción de las conductas problema

La paciente en cuestión sostuvo una intervención inicial de medicina general, remitida hacia el área de psicología debido a varios factores, pues mantenía actitudes o síntomas claros de ansiedad asociada a depresión, pensamientos catastróficos, y una larga estancia hospitalaria en el área de Ginecología y Obstetricia, donde se evidencian por diagnóstico sus principales quejas en diferentes aspectos:

- ✓ **Aspectos cognitivos:** “Pensamientos intrusivos: Me siento abandonada” “Nadie me quiere “siento miedo” “me voy a morir”
- ✓ **Aspectos afectivos:** soledad y tristeza por su enfermedad, embarazo pretérmino.
- ✓ **Aspectos fisiológicos:** Sensación de nerviosismo, agitación, tensión, sensación de falta de aire
- ✓ **Aspectos conductuales:** se observa ansiosa porque no ha podido ver a sus familiares (se aísla) evitación experiencial, aislamiento
- ✓ **Aspectos relacionales:** Refiere estar sola en su estancia hospitalaria, sin contacto de familiares cercanos debido a pandemia y a bajos recursos vive con sus suegros, comunica que no conoce a su padre y su madre no vive con ella; tiene otro hogar, poca relación con sus hermanos, vive con sus suegros y del padre del bebe argumenta “se fue disque a trabajar”
- ✓ **Aspectos contextuales:** su infancia se dio en una vereda del Municipio de Sotavento Córdoba, refiere que se crio con sus abuelos y también comunica “ellos me consienten mucho” “pero ahora están molestos por mi embarazo” “no sabían que yo tenía relaciones con él “refiriéndose al padre del hijo” “no sabía de mi embarazo hasta que me enferme y me llevaron al médico y se descubrió todo” aduce.

Selección y aplicación de las técnicas y/o instrumentos de evaluación y resultados obtenidos

Inicialmente, se pretende realizar un diagnóstico inicial basado en una evaluación formal, pues en la primera consulta se evidencia que la paciente presenta síntomas claros e irrefutables de ansiedad asociada a depresión como una respuesta hacia su embarazo pretérmino a los 16 años, y a los conflictos familiares que ha presentado. Por lo cual, se realiza una entrevista semiestructurada esto con el fin de recabar información relevante de anamnesis, el grado de participación de la ansiedad y que tan avanzada está la depresión, implementada en dos momentos diferentes, esta entrevista es realizada con el fin de emplear la prueba del **cuestionario de Beck**. Los dos momentos de aplicación son en casa y en hospitalización con el fin de validar antes y después del ingreso a la unidad clínica, el desarrollo del caso de ansiedad de la paciente.

El cuestionario de Beck es imprescindible para estos casos de ansiedad, por el grado de probabilidad de tomar acciones suicidas o que afecten la integridad del paciente, y es que, según (Alamo, Baader, Antúnez, Bagladi, & Bejer, 2019) el cuestionario en mención puede ser visto como un instrumento útil para detectar riesgos de suicidio y prevenir acciones negativas en la vida de las personas, y según el primer diagnóstico a la paciente, su incidencia en pensamientos negativos es muy elevada.

La forma en la que funciona el cuestionario Beck, es mediante varias preguntas tipo entrevista, dónde, a través de estas, es posible hacer una medición de la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes (Alonso Polo, Castaño Castrillón, & Dávila Menjura, 2015). Nos describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Se brinda el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) explicándole a la paciente los 21 ítems e indicando la afectación de menor a mayor grado (En absoluto, levemente, moderadamente, severamente).

RESULTADO: Tras realizar el cuestionar Beck, se ha determinar una puntuación total de: **PD 41**, indicando por consiguiente que si la suma es mayor de 36 la paciente presenta un nivel de **ansiedad en hospitalización SEVERA**.

El segundo instrumento de evaluación empleado para el estudio en cuestión es mediante registros de conducta, que a partir de un registro en estancia hospitalaria, se va anotando los pensamientos y síntomas fisiológicos producidos por estos, analizando la frecuencia e intensidad de los mismos, de igual forma el registro del grado de tensión y

relajación antes y después de ejercicios de relajación y meditación; por lo cual, se propone diseñar e implementar estrategias lúdicas para la regulación emocional y disminuir la tensión por pensamientos disfuncionales, la identificación de emociones positivas como el optimismo, la gratitud, la serenidad y el afrontamiento y la promoción de fortalezas personales y familiares través de la psicoeducación en el marco de la promoción y el cuidado de la salud.

Análisis funcional molar o formulación clínica

El análisis funcional, es una herramienta implementada en terapia psicológica, la cual nos permite entender el porque del mantenimiento, aumento o reducción de la conducta y responder a la pregunta de qué es lo que hace que una persona se comporte de determinada manera.

Según (Carr, 1993) en el análisis de la conducta poco importa la conducta en sí misma. Lo importante es porqué se da. Por tal razón se establecen tres componentes importantes para un análisis:

“Antecedentes: qué ocurre antes de la conducta que se quiere trabajar (estímulos discriminativos), dónde y cuándo ocurre (situación), quién está presente y otras variables que alteran la motivación (como la asociación previa de un refuerzo).

***Conducta:** o conductas objetivo del AF.*

***Consecuencias:** qué se consigue o qué sucede justo después de realizarse la conducta. Las dos funciones principales de una conducta son el refuerzo positivo (conseguir alguna cosa placentera como el contacto social, refuerzos materiales o acceso a actividades placenteras) y el refuerzo negativo (apartar, evitar, reducir o retrasar el encuentro con un estímulo determinado) “(Animatea, 2015)*

Tabla 1: Comportamientos de afrontamiento desadaptativas por experiencias de vida

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
--------------	----------	------------	----------	--------------

Experiencias de soledad y abandono en hospitalización.	Afectivo	Sentimientos de abandono	Aprendizaje	Incremento de la sensación de abandono, sensación de vacío
--	----------	--------------------------	-------------	--

Tabla 2: Dificultad para controlar pensamientos irracionales

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Ideas irracionales por hospitalización de larga estancia.	Aprendizaje	Pensamiento catastrófico	Motivacional	Incremento de la agitación

Tabla 3: Baja regulación emocional

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Ausencia de estrategias de afrontamientos	Fisiológico	Activación del componente fisiológico	Aprendizaje	Incremento de tensión muscular
		Inestabilidad emocional	Emocional	Incremento de aislamiento

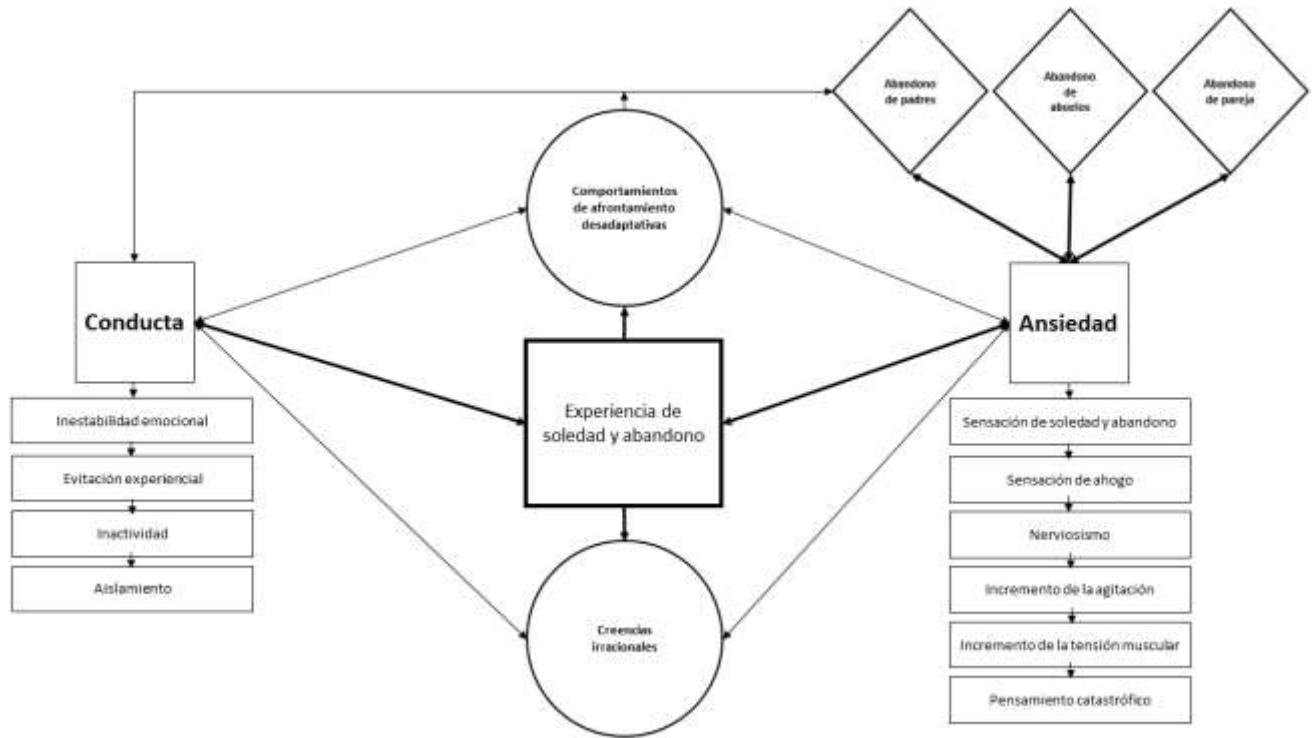
Con base al contexto propuesto, dentro del análisis funcional de los comportamientos relacionados con el afrontamiento desadaptativo de la paciente por experiencias de vida como su entorno familiar y un acoso escolar que sufría en la escuela, se evidenció que existió una experiencia de soledad y abandono en su proceso de hospitalización, lo cual se dio en el ámbito de sus relaciones afectivas y familiares, generando que la paciente tuviera un factor precipitante de tipo distal, experimentando nuevamente este sentimiento de soledad y abandono que vivenció de niña.

Teniendo en cuenta lo anterior, los factores adquisitivos como una ansiedad por rasgos familiares o hechos sociales, así como las dificultades para controlar pensamientos irracionales con una distorsión cognitiva de visión catastrófica e interpretación del pensamiento, evocaron a causa de un factor externo, que, en este caso, es una hospitalización de larga duración, una falta de autocontrol en la paciente, ocasionando una diversidad de pensamientos catastróficos como pueden ser incluso su propia muerte al considerar “no tener sentido en esta vida”, alterando sus respuestas fisiológicas a este suceso, imposibilitando una mejoría en su salud mental. Lo anterior requiere la implementación de un proceso de psicoeducación de tipo motivacional, ya que desde su infancia se han determinado factores negativos en su vida, el cual permita al paciente comprender que dicho proceso de hospitalización es positivo tanto para ella en todas sus áreas de ajuste, permitiendo mermar ese “rechazo” social que ha tenido desde su escuela, y permitiendo brindarle una nueva y renovada percepción de la vida, este factor es determinante para ella como para el bebé, ya que si gesta en un etapa de ansiedad, estrés y depresión, muy probablemente su hijo se vea afectado también.

Según el estudio clínico realizado, y en base a la observación al estudio médico de la paciente, ha sido posible determinar a parte de los síntomas del cuadro de ansiedad, es un bajo conocimiento de estrategias de afrontamiento, relacionado con el factor de mantenimiento cognitivo; por tanto, la paciente presenta una activación del componente fisiológico, evidenciándose una inestabilidad emocional.

La figura 1 muestra a continuación el diagrama de análisis funcional dónde interrelaciona la conducta con la ansiedad de acuerdo a la experiencia de soledad y abandono.

Figura 1: Análisis Funcional



Adaptación propia

Objetivos terapéuticos

La tabla 4 a continuación muestra las tres categorías del problema, con sus respectivos objetivos general y específicos para llevar a cabo el proyecto de manera exitosa.

Tabla 4: Apartado de Objetivos

<i>Categoría del problema</i>	Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos
Bajas estrategias de afrontamiento desadaptativas	1, Diseñar e implementar estrategias psicológicas y/o lúdicas (según evolución en resultados) para la regulación emocional y el manejo de emociones a través de la psicoeducación en el marco de la promoción y el cuidado de la salud	Entrenar en emociones positivas a través de estrategias lúdicas concretas: Caja de herramientas (psico-zoe) para disminuir síntomas de ansiedad Diseñar una guía interactiva lúdica para la identificación de pensamientos irracionales

Poca regulación emocional Pensamiento irracional	2. promover estrategias de auto regulación emocional para disminuir la tensión fisiológica pensamientos disfuncionales, también promover la comunicación en el paciente para que exprese sus emociones, y sea posible determinar el origen real de su trastorno de ansiedad.	Entrenar en Técnicas de intervención para la regulación emocional y prevención de la ansiedad por medio de audiolibro
Bajas habilidades sociales. Bajo auto concepto	3. Orientar hacia la identificación de emociones positivas como: El optimismo, la gratitud, la serenidad, el afrontamiento y promoción de fortalezas personales y familiares	Elaborar un diccionario de emociones positivas desde las experiencias familiares Desarrollar habilidades sociales en la familia para fortalecer auto concepto y autoestima

Autoría propia.

Selección del tratamiento adecuado

El tratamiento que se debe implementar, no debe estar orientado hacia la medicación farmacológica, pues como sea contextualizado, se trata de una joven en situación de embarazo, que, además, por su estado, es un embarazo de riesgo, entonces, los medicamentos pueden ocasionar de cierto modo, algún tipo de novedad al bebé en desarrollo e incluso comprometer la vida de la madre (Taboada Lugo, Vázquez Vigoa, & Reina Gómez, 2018).

La ansiedad además está en un estado severo según los diagnósticos dados por diversas medidas, entonces, se han optado tratamientos basados en técnicas de autorregulación emocional como: relajación muscular progresiva y meditación (Cautela), relajación diafragmática (González & Andrés), relajación muscular (Jacobson) y reestructuración cognitiva (Ellis) pues son los medios más eficientes reducción de ansiedad según (Reyes Ticas, 2010).

En este sentido se plantea el tratamiento a seguir de igual forma se registra la conducta de la paciente en estancia hospitalaria anotando los pensamientos irracionales, síntomas fisiológicos y sensaciones, como los ya mencionados de pérdida de tranquilidad o alta irritabilidad (Esquema Ellis) por otro lado la paciente hacia el registro de sus

pensamientos en el Diario Emocional (Identificación de emociones) posteriormente se registra la conducta de grado de relajación antes y después del ejercicio de regulación emocional con una escala de una al cinco siendo cinco la máxima relajación y uno la mínima relajación muscular, las sesiones de entrenamiento de técnicas de técnicas de respiración y relajación progresiva (González & Andrés 2019), relajación muscular, relajación progresiva y meditación (Cautela en sesiones de 20 minutos diarios, acompañado con música relajante y meditación permitiendo disminuir en la paciente las respuestas psicofisiológicas, manifestaciones somáticas y reparación del sueño.

Aplicación del tratamiento

Se ha hecho un cronograma, donde, entre los días 13 y 25 de mayo de 2021 se realiza un registro de observación cada 4 días, determinando situaciones, pensamientos y emociones de la paciente, ligados como un medio de evaluación de como está operando el tratamiento. Adicionalmente, se dividen sesiones para cada una de las propuestas realizadas, donde, primeramente, las sesiones son de evaluación para determinar el grado de ansiedad y depresión del paciente, luego, se emplea la relajación muscular progresiva y meditación, con el fin de poner en contexto al paciente que está en un sitio de paz y puede confiar que todo estará bien, relajando la tensión tan alta que maneja por estrés.

Posteriormente, las siguientes sesiones están orientadas a la relajación diafragmática, estableciendo medidas de control que permitan mejorar el progreso y consignando los datos en una tabla. Posteriormente, se realizan sesiones de relajación muscular y reestructuración cognitiva, pues son los medios más eficientes reducción de ansiedad en un punto donde el paciente ya ha asimilado la tranquilidad como un medio de paz, donde no tiene sentido luchar contra la corriente y buscar medios para no estar de acuerdo.

Resultados del tratamiento

El tratamiento desde el enfoque cognitivo Conductual fue efectivo porque se cumplieron los objetivos terapéuticos planteados, pues se logró disminuir los niveles de ansiedad severa que presentaba la paciente en hospitalización con la implementación y el entrenamiento en técnicas de autorregulación emocional como: relajación muscular progresiva y meditación (Cautela), relajación diafragmática (González & Andrés), relajación muscular (Jacobson) y reestructuración cognitiva (Ellis) logrando extinguir estas

ideas irracionales, modificándolas por ideas motivadores e inspiradoras, que le permitieran a ella sentirse bien consigo misma.

Posteriormente, tras una estancia hospitalaria de 12 días, la paciente es dada de alta, ya que su sintomatología de cuadro de tipo ansioso disminuyó notablemente, de igual manera se mantiene un contacto por tele psicología, en estas sesiones telefónicas la paciente manifiesta sentirse “tranquila” y “relajada”, afirma que siente temor por el momento del parto. Cuando es dada de alta, la paciente ingresa a una nueva etapa de seguimiento, dónde se validan los resultados post hospitalización y la evolución de la paciente en un entorno de vuelta a su realidad, es importante la realización de un post test, que nos permite contrastar la recesión de irritabilidad, ideas irracionales y las respuestas fisiológicas, como: sudoración, agitación; que tenía la paciente, por consiguiente se realiza la aplicación del inventario de Beck, confirmando con el resultado obtenido PD 11, corroborando con esta nueva valoración que su nivel de ansiedad es bajo, la paciente se muestra tranquila y muy receptiva frente a las orientaciones dadas en este sentido, en casa sus respuestas fisiológicas son bajas, existiendo una notable disminución de pensamientos irracionales y por ende, suprimiendo respuestas de tipo ansioso.

En el Cuestionario de Beck, el PD fue de 41 puntos, cuando la paciente ingresó a la unidad médica, al terminar el tratamiento, el resultado de normalizo, bajo una calificación final del PD de 11 puntos.

Discusión

Con el tratamiento se evidenció disminución en sus niveles de ansiedad en situación de hospitalización y lo que antes le generaba una amenaza se convirtió en un lugar donde se sentía protegida menos desinhibida y más relajada, su conducta se modificó, se observaba contenta porque se sentía importante dentro del área de ginecología y obstetricia de la Clínica Especializada ; en este orden de ideas la paciente llegó a tener más confianza en sí misma y a pensar de manera positiva frente a las contingencias de la vida y a tomar decisiones sin depender de sus familiares, acepto la de alta sin ningún problema a sabiendas que no tenía a nadie que la esperaba en la salida de la Clínica. Por medio de este tratamiento, se le brindo a la paciente, las herramientas necesarias para lograr afrontar una situación de esta índole, reforzando su confianza y haciendo un arduo trabajo a nivel de autoestima, autoconcepto y amor propio, la paciente logro comprender la

importancia de sentirse saludable y bien, comprendiendo que al igual que su vida, la vida del bebe era muy importante.

Referencias

- Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., & Bejer, T. (2019). Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Chilean university students. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, Volumen 57, número 2, pp. 717-727, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>.
- Alonso Polo, J., Castaño Castrillón, J. C., & Dávila Menjura, L. (2015). Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. Repositorio Institucional de la Universidad de Manizales [tesis de pregrado], URI: <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/2160>.
- Animatea. (2015). Obtenido de http://www.animatea.cat/Blog_El_Analisis_Funcional_de_la_Conducta.html
- Arango Lasprilla, J., Romero García, I., & Hewitt Ramírez, N. (2018). Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia. . Editorial el Manual Moderno: ISBN: 978-607-448-732-9, número 39, Ciudad de México.
- Arrieta, F. (2022). Salud mental: Guía integral sobre las enfermedades mentales y riesgos psicológicos. Medline Plus en Español: Información de salud, en línea: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> [consultado el 4 de mayo de 2022].
- Carr. (1993). Behavior analysis is not ultimately about behavior. *The Behavior Analyst* .
- Gaeta González, L., & Otero Pérez, V. (2014). La ansiedad en los alumnos de primaria de escuelas mexicanas: variables escolares, familiares, personales y culturales. *Revista iberoamericana de educación*. Madrid, volumen 66, número 1, pp. 45-58.
- García Ramirez, P., & Torres Galindo, N. (2018). Política Nacional de Salud Mental aprobada – Resolución 4886 de 2018. Consultor Salud, en línea: <https://consultorsalud.com/politica-nacional-de-salud-mental-aprobada-resolucion-4886-de-2018/#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20y,otros%20actores%20importantes%20del%20sector> [consultado el 9 de mayo de 2022].
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & RocíoMuñoza. (2020). Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volumen 31, número 2, pp. 169-173, <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>.
- Lopera, M. F., & Garcés, L. N. (2018). Caracterización de la Ansiedad: Efectos, causas y repercusiones para los pacientes de Ansiedad en un estudio clínico realizado en Nuevo

León México. Repositorio Institucional UNAM [tesis de pregrado], URI:
https://repositorio.unam.mx/2018_58444.14.php.

Mischel, W. (1990). Continuity and Change in Personality: Personality and Assessment .
American Psychologist, Ed. 1969-1971, pp. 1012-1018.

Murueta, E. (2020). La salud psicológica en tiempos del coronavirus 19. Integración Académica
en Psicología: Volumen 8, número 23, pp. 11-20, URI: [http://www.integracion-
academica.org/attachments/article/269/Revista%20Integracion%20Academica%20en%20
Psicologia%20V8N23.pdf#page=14](http://www.integracion-academica.org/attachments/article/269/Revista%20Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V8N23.pdf#page=14).

Reyes Ticas, A. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento.
Biblioteca virtual en salud, Sección salud, URI: [http://sncpharma.com/wp-
content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf](http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf).

Taboada Lugo, N., Vázquez Vigoa, A., & Reina Gómez, L. (2018). Prevenciones farmacológicas
de tratamiento clínico a mujeres en estado de Embarazo. Revista Cubana de Medicina,
Volumen 63, número 9, pp. 206-221, <http://dx.doi.org/2018.12.169.3204>.

Tiller., J. (2013). Depresion y ansiedad. Revista médica de Australia, Volumen 199, número 6,
pp. 28-31, <https://doi.org/10.5694/MJA12.10628>.