

Caso clínico de una adolescente con sintomatología depresiva y ansiosa.

Emily Paola De Avila Carazo

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

El presente estudio se refiere a un caso clínico de una adolescente de 15 años con sintomatología depresiva y ansiosa, el objetivo es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento dirigido a reestructurar los pensamientos auto denigratorios de la paciente para disminuir las respuestas autolesivas de la paciente; disminuir las fuertes reacciones al estrés y los sentimientos de frustración que presenta la paciente a través de la regulación y la implementación de técnicas de relajación; regular la poca gestión de emociones que presenta la paciente desarrollando habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables y fomentar en la paciente habilidades de afrontamiento adaptativas que le permitan disminuir las respuestas autoexigentes. La evaluación se llevó a cabo con el Inventario de Ansiedad de Beck BAI y el Inventario de Expresión de Enojo Estado – Rasgo STAXI. El tratamiento se planteó para 12 sesiones y está compuesto por las técnicas de aserción positiva, entrenamiento en relajación, terapia de autocontrol Rehm, reestructuración cognitiva, inoculación del estrés y terapia de solución de problemas. No se pudo obtener resultados de la aplicación del tratamiento, porque en el segundo periodo de prácticas se dio la ausencia de la paciente en el lugar de prácticas y no se pudo establecer contacto con la paciente ni con los acudientes de ella.

Palabras clave: caso, adolescente, depresión, ansiedad, técnicas.

Emily Paola De Avila Carazo Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente. Correo electrónico: Paoladeavilacarazo@gmail.com

Abstract

The present study refers to a clinical case of a 15-year-old adolescent with depressive and anxious symptoms, the objective is to analyze the effects of the application of a treatment aimed at restructuring the self-denigrating thoughts of the patient to reduce the self-injurious responses of the patient. patient; reduce the strong reactions to stress and feelings of frustration that the patient presents through the regulation and implementation of relaxation techniques; regulate the poor management of emotions that the patient presents by developing coping skills in the face of unpleasant situations and foster adaptive coping skills in the patient that allow her to reduce self-demanding responses. The evaluation was carried out with the Beck Anxiety Inventory BAI and the Anger Expression Inventory State-Trait STAXI. The treatment was planned for 12 sessions and is made up of positive assertion techniques, relaxation training, Rehm self-control therapy, cognitive restructuring, stress inoculation and problem solving therapy. It was not possible to obtain results from the application of the treatment, because in the second internship period the patient was absent from the internship site and it was not possible to establish contact with the patient or her guardians.

Keywords: case, adolescent, depression, anxiety, techniques.

Introducción

El cuadro clínico de depresión se caracteriza por una profunda tristeza, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, falta de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Los síntomas depresivos pueden afectar significativamente el funcionamiento diario de la persona y causar un malestar emocional intenso.

La ansiedad, por otro lado, se manifiesta a través de una preocupación excesiva, miedo o nerviosismo persistente. Los síntomas incluyen inquietud, dificultad para relajarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño y concentración, así como la presencia de ataques de pánico. La ansiedad puede interferir en diversas áreas de la vida de la persona y generar un deterioro significativo en su bienestar.

La depresión aqueja actualmente a muchas personas en la sociedad de todos los géneros, niveles económicos y razas, pero es preocupante como se presenta en los adolescentes, ya que ellos se encuentran en una etapa de la vida en la que los problemas los sienten más fuertes y se dejan llevar por las penas hasta puntos críticos como es el suicidio, por la falta de gestión adecuada de las emociones.

Los casos de depresión en adolescentes son conocidos primordialmente cuando sus padres o acudientes los llevan a las EPS por motivos como cambio de actitud, actuaciones diferentes a las normales, falta de apetito, dejar de realizar sus actividades escolares o del hogar, cuando manifiestan un desánimo prolongado y en los casos más graves por autolesionarse o intento de suicidio.

Esta es una problemática a la que hay que prestarle mucha atención, ya que los jóvenes se están dejando afectar por situaciones externas e internas hasta llegar a graves consecuencias, si no se presta atención a tiempo, afectando de esta forma el desarrollo normal de la sociedad y todo el entorno que los rodea. Por lo tanto, es importante tener conocimiento de que hay técnicas de las que se ha comprobado la efectividad y pueden ser aplicadas por medio de tratamientos con personal profesional.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS el 4,7 % de los colombianos sufre de depresión, y a nivel mundial se considera que afecta al 4,4% de la población de la Tierra, siendo las mujeres, jóvenes y ancianos, los más propensos a sufrirla (Universidad Javeriana, 2023). Con estas cifras se deduce que Colombia se encuentra por encima del promedio mundial, generando otro motivo para incrementar la preocupación frente al tema.

En este informe de la Organización Mundial de la Salud OMS se tiene que a nivel regional también se presentan elevadas cifras de la depresión como es “En América Latina, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión, con 5,8 por ciento, seguido de Cuba (5,5) y Paraguay (5,2). Chile y Uruguay tienen el 5 por ciento; Perú, 4,8, mientras que Argentina, Costa Rica y República Dominicana muestran, igual que Colombia, un 4,7 por ciento” (Universidad Javeriana, 2023).

El objetivo del presente estudio es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento dirigido a reestructurar los pensamientos auto denigratorios de la paciente para disminuir las respuestas autolesivas de la paciente; disminuir las fuertes reacciones al estrés y los sentimientos de frustración que presenta la paciente a través de la regulación y la implementación de técnicas

de relajación; regular la poca gestión de emociones que presenta la paciente desarrollando habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables y fomentar en la paciente habilidades de afrontamiento adaptativas que le permitan disminuir las respuestas autoexigentes.

Descripción del Caso

Identificación del Paciente

Paciente adolescente de 15 años, de sexo femenino, estudiante de noveno grado de secundaria en una institución pública con un muy buen rendimiento académico que ha recaído consecuencia de su diagnóstico, proviene de una familia nuclear, hija única, la paciente manifiesta que sus padres tiene un estilo de crianza autoritario con normas estrictas y minuciosas, caracterizándose por ser exigentes y tener altas expectativas con respecto al futuro académico de su hija, lo cual ha generado que su hija proyecte en si misma un nivel de perfeccionismo elevado en cuanto a sus labores académicas generándole malestar, se considera retraída y no le gusta mucho estar en grupos grandes y prefiere muchas veces la soledad, es internada por un intento de suicidio al ingerir pastillas siendo este su primer proceso por psicología clínica.

Motivo de Consulta

Paciente remitida por su EPS al ingerir dosis de ibuprofeno y acetaminofén como intento de suicidio, presentación personal buena y acorde al lugar donde se encuentra con actitud consciente, atenta y dispuesta, lenguaje fluido, claro y coherente, buen dominio viso espacial y de tiempo y espacio sabiendo donde está, porque se encuentra ahí, que día es y qué hora es. El motivo de consulta es intento de suicidio con pastillas la paciente indica que “me sentía triste y cansada de la rutina, de que las cosas me salieran mal más que todo en la escuela”, se auto exige mucho y es perfeccionista.

Historia del Problema

La paciente niega enfermedades o malestares físicos específicos, tiene un lenguaje fluido, claro y acorde a su edad, niega antecedentes familiares de enfermedad, expresa que es una

persona responsable, respetuosa y disciplinada, le gusta hacer ejercicio y ser activa, se considera una persona tímida y muy reservada.

La paciente actualmente se encuentra viviendo con su madre y padre, es hija única y argumenta buena relación con ambos padres, expresa que ambos padres son atentos, responsables y siempre están pendiente de ella, su madre es muy cariñosa y su padre la hace reír mucho, sin embargo, no le gusta que su madre sea muy exigente y que su padre sea tan sociable y desesperado por lo que no niega conflictos por temas particulares, como lo es la religión, el cual es un tema que le genera bastante conflicto ya que se encuentra en desacuerdo con muchas de las cosas que piensan y dicen sus familiares y lo cual ella no comparte, ella considera que es mejor creer en lo que se observa y lo que nos muestra la ciencia, pero su madre específicamente la contradice en estas posturas personales, su familia la ve como una pecadora por el hecho de defender y respetar las identidades de género y a la comunidad LGTBIQ+.

La paciente está estudiando en un colegio público, cursando noveno grado de secundaria, su nivel académico es excelente, ella manifiesta que siempre ocupa los primeros o segundos puestos y para ella eso tiene mucha importancia, muchas veces siente que no es calificada de la forma correcta y siente que se esfuerza demasiado en sus labores y a la final sus profesores no ven los trabajos de la manera en que ella quisiera que los vieran que es de una forma excelente y con una nota alta. Tiene buenas relaciones con sus compañeros sin embargo dice que la molestan un poco por ser muy aplicada a veces, a pesar de esto cuenta con la compañía de 5 amigas en sus descansos y para sus tareas en grupo. Para sus tareas y actividades individuales prefiere realizarlas sola y no le gusta pedir ayuda a nadie, ni siquiera a sus padres; ella expresa que trata de ser muy independiente con todas sus obligaciones.

Ha tenido varias experiencias desagradables en su colegio, particularmente se acuerda de una vez cuando en tercer grado un compañero intento ahorcarla porque al parecer la paciente no le caía muy bien y habían tenidos conflictos antes debido al mal comportamiento de su compañero el cual le causaba mucha molestia lo que desencadeno el incidente y eso le causó malestar, por otra parte un suceso actual en el colegio donde se encontraba en una exposición de historia con dos compañeras y sus compañeros estaban muy alterados y no querían hacer silencio, ella se enojó por eso, pero argumenta que lo supo controlar, sin embrago no dijo nada sobre la molestia que esto le causó, les pidió que hicieran silencio y solo se lo guardo para sí misma.

La paciente cuenta con relaciones interpersonales estables, manifiesta que tiene dos amigos por fuera de su colegio los cuales son primos y con quienes se llevan muy bien y pasa algunos ratos libres con ellos ya que no suele salir mucho de su casa, por otra parte en su colegio cuenta con 5 amigas con las cuales siempre está en los descansos y pasan ratos juntas, particularmente la paciente no se siente a gusto en espacios con muchas personas considera que evita este tipo de situaciones y prefiere estar sola o apartada, se considera tímida y le causa ansiedad estar en grupos o multitudes grandes, no le gusta pedir ayuda trata de ser independiente con sus labores y si no sabe hacer algo expresa que lo intenta hacer por si sola hasta que lo logra y le sale bien. No le gusta decir si se encuentra molesta o triste ya que prefiere ocultar este tipo de emociones y reprimirlas y muchas veces no sabe cómo gestionarlas.

La paciente manifiesta que el problema de estrés y ansiedad comenzó desde que empezó el bachiller, evento en el cual empezó a sentir la necesidad de ser la mejor y tener el mejor promedio de notas.

En su entorno familiar, desde muy pequeña su madre siempre fue muy exigente e insistente con ella para que tuviese buenas calificaciones y fuese una niña excelente, comenzó a

experimentar episodios de angustia, temor a no poder cumplir con sus propias expectativas sobre ella misma, estrés elevado en las actividades del colegio, pensando que si no podía sacar los mejores promedios y notas no podría lograr graduarse e ingresar a una buena universidad, empezó por no querer salir con amigos y preferir quedarse en casa estudiando, a no disfrutar ninguna actividad que no le permitiera sentirse productiva y cumplir sus deberes académicos, para que su rendimiento académico aumentara más, lo que la lleva a autoexigirse mucho.

La paciente expresa que desde muy pequeña es muy exigente con sus actividades académicas, llegando a causarle una carga muy grande y un nivel de estrés que no puede manejar muchas veces donde tiene ideas y pensamientos distorsionados sobre sí misma, y el mundo. Minusvalía y estrategias compensatorias como evitación, además se puede identificar entre los procesos la tolerancia a la incertidumbre e insensibilidad a las mismas, dadas por constantes temores y preocupaciones de afrontamientos.

El motivo de remisión de la paciente, que es el intento de suicidio, está estrechamente relacionado con las diversas problemáticas que se describen en la actual sección. Todos estos factores, incluyendo la presión académica, los conflictos familiares, la dificultad para relacionarse socialmente y los patrones de autoexigencia, pueden haber contribuido al deterioro de la salud mental de la paciente y haberla llevado al intento de suicidio. El intento de suicidio puede ser visto como una manifestación extrema de su malestar emocional y una señal de la necesidad de intervención y apoyo profesional. Así mismo, las diversas problemáticas presentes en la historia del problema contribuyen a su estado de ánimo depresivo, ansiedad y dificultades emocionales en general, y justifican la necesidad de una intervención terapéutica para abordar y manejar estas problemáticas de manera adecuada.

Formulación Clínica

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Problema No.1: Alteración del Estado de Ánimo: Tipo Depresogénicos e Ideación Suicida

Paciente que presenta alteraciones en su estado de ánimo, se manifiesta por la tristeza y sentimientos de desesperanza que experimenta la mayor parte del tiempo durante un periodo de tiempo de dos meses aproximadamente, donde la paciente expresa que ha tenido síntomas fisiológicos donde se le ha bajado la hemoglobina y han tenido que internarla por su falta de apetito, sobre exigencia en sus labores académicas y falta de interés a la recreación propia y salir a despejarse, también presencia de irritabilidad, pérdida de estrategias de afrontamiento ante la frustración a las evaluaciones académicas generadas por sus maestros.

Interés hacia los demás, leve sensación de cansancio e intento de suicidio. Estos síntomas se encuentran también asociados a la relación conflictiva que la paciente tiene consigo misma con respecto a su autoexigencia, y a su desempeño académico; la frecuencia e intensidad de aparición dependen de las variables mencionadas anteriormente.

En la paciente, se identifica poco control de impulsos y poca regulación de emociones debido a su intento de suicidio – baja tolerancia a las frustraciones, pocas estrategias para resolver los problemas, poca autoestima y autoconcepto de sí misma, llevándola a no tener adecuadas relaciones interpersonales, se la pasa la mayor parte de su tiempo aislada, lo cual genera una vulnerabilidad afectiva y familiar, estado afectivo deprimido con ideas y pensamientos distorsionados sobre el mundo y sobre los demás, minusvalía estrategias compensatorias de evitación.

Problema No. 2: Episodios de Ansiedad

De acuerdo con la información recolectada para este caso, se evidencia episodios de ansiedad, asociado a estrés significativos y perfeccionismo recurrente en la paciente, esto se presenta cada vez que tiene trabajos, exámenes y cualquier actividad dirigida a la escuela, a pesar de su buen rendimiento académico y excelentes calificaciones, llevándola a sobre exigirse demasiado y no poder bajar el nivel de autoexigencia que se demanda.

La paciente, manifiesta que la mayoría de estos síntomas se han presentado desde que es muy pequeña debido a la gran exigencia de su madre durante su infancia, con un aumento progresivo en su intensidad en los últimos cuatro años, el cual se acompaña de un alto grado de activación fisiológica: taquicardia, dolores de cabeza, pérdida de apetito, baja en su hemoglobina y problemas de salud atribuidos a la ansiedad. El análisis de los problemas de alteración del estado de ánimo y los episodios de ansiedad en el caso de la paciente adolescente puede ser abordado desde el modelo cognitivo-conductual. Según este enfoque, los problemas emocionales están influenciados por los pensamientos y las conductas del individuo.

En el caso de la alteración del estado de ánimo, se observa una relación directa entre la autoexigencia y el rendimiento académico de la paciente. La paciente muestra una tendencia a fijar altas expectativas sobre sí misma, lo que genera una presión constante y una evaluación negativa de su desempeño académico. Esta autocrítica excesiva y la dificultad para aceptar y tolerar las frustraciones pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos, como la tristeza, la desesperanza y la falta de interés en actividades recreativas.

En cuanto a los episodios de ansiedad, se observa una relación con el perfeccionismo recurrente y la sobreexigencia académica. La paciente experimenta altos niveles de estrés ante las evaluaciones y tiene dificultades para reducir su nivel de autoexigencia, lo que genera una activación fisiológica intensa, como taquicardia, dolores de cabeza y pérdida de apetito. Estos síntomas pueden estar asociados a la activación de respuestas de ansiedad ante las situaciones académicas demandantes. Autores como Beck (1976) y Clark y Beck (2010) han desarrollado modelos cognitivos de la depresión y la ansiedad respectivamente, destacando la importancia de los esquemas cognitivos negativos y los sesgos de procesamiento de la información en la generación y mantenimiento de los síntomas.

El motivo de una remisión se refiere a la razón por la cual una persona es referida a un profesional de la salud mental, en este caso, a un psicólogo clínico. En el caso de la paciente, el motivo de remisión es el intento de suicidio, es decir, la ingesta de pastillas con la intención de quitarse la vida. Esta es una emergencia médica y psicológica que requiere una atención inmediata y prioritaria.

Al evaluar un intento de suicidio, es esencial realizar una evaluación detallada de la situación. Esto implica preguntas específicas sobre las circunstancias del intento, la gravedad de los medios utilizados, el nivel de intención suicida, el apoyo social disponible y la presencia de riesgos adicionales. El objetivo es comprender la gravedad del evento y determinar las medidas necesarias para la seguridad y el bienestar del individuo.

Sin embargo, es importante reconocer que el intento de suicidio puede ser una manifestación de otras problemáticas subyacentes. A menudo, las personas que intentan suicidarse están experimentando una profunda angustia emocional, como depresión, ansiedad,

trastorno de estrés postraumático u otros trastornos mentales. Estas condiciones pueden haber estado presentes antes del intento de suicidio y pueden ser el motivo latente detrás de la consulta.

Por otra parte, pero así mismo en relación a este contexto del caso, el motivo de consulta manifiesto es el intento de suicidio, lo cual indica una situación de emergencia y la necesidad de atención inmediata. Sin embargo, también se puede identificar un posible motivo de consulta latente relacionado con la presión académica y el perfeccionismo de la paciente.

La paciente muestra un alto grado de exigencia hacia sí misma en sus labores académicas, con un fuerte deseo de ser la mejor y obtener los mejores resultados. Este nivel de autoexigencia y perfeccionismo puede generar un gran estrés y ansiedad en la paciente, afectando su bienestar emocional y su capacidad para disfrutar de otras actividades fuera del ámbito académico.

Aunque la paciente menciona que el motivo de su intento de suicidio fue la tristeza y el cansancio de la rutina, también es importante considerar cómo la presión académica y el miedo a no cumplir con sus propias expectativas pueden haber contribuido a su malestar emocional y su vulnerabilidad.

Por lo tanto, un posible motivo de consulta latente podría ser el deseo de la paciente de recibir apoyo para manejar el estrés académico, aprender a establecer límites saludables, desarrollar habilidades de afrontamiento y mejorar su bienestar emocional en general. Aunque el intento de suicidio es la manifestación más urgente y crítica de su malestar, abordar el perfeccionismo y la presión académica también puede ser un objetivo terapéutico importante para promover su salud mental a largo plazo.

La dimensión subjetiva en el caso de la paciente se caracteriza por una autoexigencia elevada y una tendencia a reprimir y ocultar las emociones negativas como la tristeza y la

frustración. Estos rasgos de personalidad pueden relacionarse con una baja autoestima y una tendencia a la autocrítica excesiva, lo cual contribuye a la vulnerabilidad emocional y la dificultad para afrontar adecuadamente los desafíos.

La relación conflictiva con la madre y las discrepancias en cuanto a las creencias religiosas y la aceptación de la diversidad de identidades de género también pueden influir en la dimensión subjetiva de la paciente, generando conflictos internos y dificultades para expresar y afirmar sus propias opiniones. Así mismo, la relación entre los rasgos de personalidad, la dimensión subjetiva y la problemática por la cual es remitida se observa en la presencia de alteraciones del estado de ánimo y episodios de ansiedad como respuestas emocionales desadaptativas frente a la presión académica y la autoexigencia excesiva.

Coherente con lo anterior, rasgos como la evitación se evidencia en la tendencia de la paciente a evitar situaciones sociales o multitudes grandes, así como a restringir la expresión de emociones negativas. Esto puede estar asociado a la timidez y la ansiedad social que experimenta, lo que contribuye a su aislamiento y dificulta el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. De igual manera, el rasgo obsesivo se refleja en la autoexigencia y la necesidad de alcanzar altos estándares de rendimiento académico. La paciente muestra una tendencia a preocuparse en exceso por sus labores y a esforzarse intensamente para obtener calificaciones excelentes. Esto puede generar una sensación de falta de control y generar un impacto negativo en su bienestar emocional. De manera final, el rasgo compulsivo complaciente se puede observar en la dificultad de la paciente para pedir ayuda o solicitar apoyo a sus padres o compañeros. La paciente prefiere realizar tareas y actividades de manera individual, sin depender de otros, lo cual puede indicar una necesidad de control y una resistencia a mostrar vulnerabilidad.

Por último, la sintomatología ansiosa manifestada por la paciente se relaciona con la presencia de estrés significativo y perfeccionismo recurrente. Estos síntomas se intensifican ante situaciones académicas demandantes, como trabajos y exámenes. Los síntomas físicos como la taquicardia, los dolores de cabeza y la pérdida de apetito pueden ser manifestaciones de una respuesta de ansiedad activada en el cuerpo.

La sintomatología física descrita en el caso, como la taquicardia, los dolores de cabeza y la pérdida de apetito, puede ser indicativa de una respuesta de ansiedad activada en el cuerpo. Estos síntomas pueden estar relacionados con el estrés significativo y el perfeccionismo recurrente que experimenta la paciente. Es importante realizar una evaluación exhaustiva de los síntomas físicos y considerar otros factores, como la duración, la intensidad y la interferencia en la vida diaria de la paciente, para determinar si se trata de ataques o trastorno de pánico, o si son síntomas aislados asociados al estrés y la ansiedad.

Se hace inherente al análisis tener en cuenta que estos síntomas físicos pueden estar asociados a los episodios de ansiedad y no necesariamente indican un trastorno de pánico. Sin embargo, es necesario evaluar la presencia de síntomas adicionales y su impacto en la vida cotidiana de la paciente para realizar un diagnóstico preciso.

Selección y Aplicación de las Técnicas y/o Instrumentos de Evaluación y Resultados Obtenidos

El abordaje teórico de la depresión y la ansiedad se basa en diferentes enfoques, como el cognitivo-conductual, que se centra en la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas, y busca modificar los patrones disfuncionales a través de técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Inicialmente, la terapia de autocontrol y la terapia de solución de problemas son enfoques que se enfocan en la adquisición de habilidades de manejo y resolución de problemas, respectivamente. Estas técnicas buscan mejorar el control emocional y promover estrategias de afrontamiento más adaptativas. El entrenamiento en relajación y la inoculación de estrés se basan en la idea de que la modificación de las respuestas fisiológicas y el manejo del estrés pueden reducir la ansiedad y promover un mejor funcionamiento emocional.

La terapia cognitiva se centra en la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales, sustituyéndolos por pensamientos más adaptativos. Esto ayuda a cambiar las emociones y la conducta de la persona. Mientras que la aserción positiva se utiliza para reforzar verbalmente o con gestos los aspectos positivos de la persona y promover una mirada positiva sobre sí misma y sus habilidades.

Se eligió la técnica de observación como primer paso para el conocimiento del paciente sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal o no verbal, y en ese mismo orden, poder correlacionar con la información obtenida en entrevistas y pruebas. Se utilizó con el objetivo previo de recogida de datos, lo cual se implementó durante

todo el proceso de análisis de la paciente, en los diferentes ambientes donde se encontraba en el proceso de hospitalización.

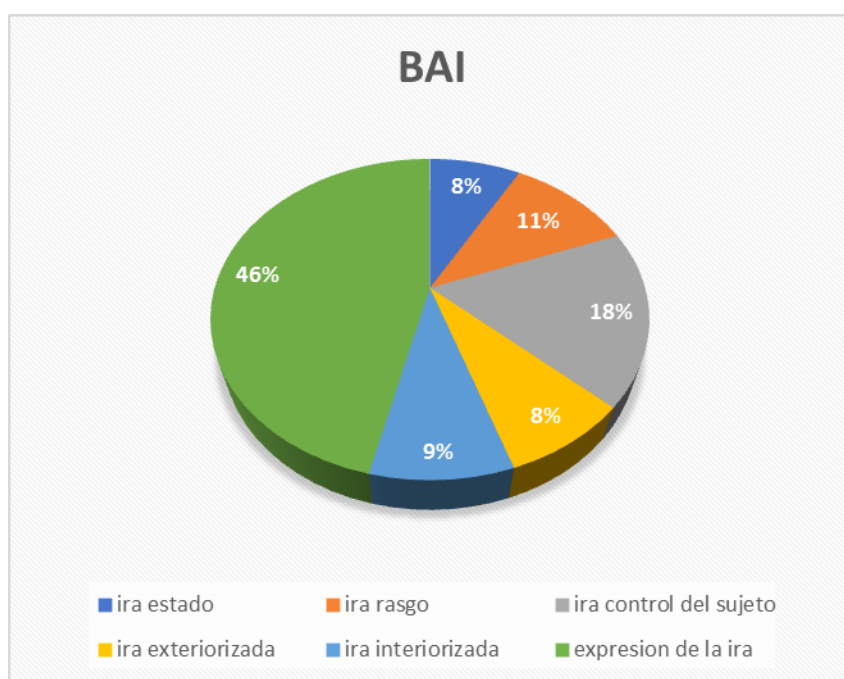
También se utilizó la entrevista semiestructurada para explorar los diferentes datos, experiencias y vivencias de la paciente a través de la recolección abierta de datos los cuales permiten establecer una hipótesis y tratamiento. Se llevó a cabo una primera entrevista semiestructurada con la paciente donde se buscó establecer una relación de confianza y rapport entre paciente y terapeuta, con la cual se obtuvo como resultado la identificación de posibles situaciones problema que la estén afectando y estén influyendo directa o indirectamente en la problemática actual de la paciente e información sobre los antecedentes, comportamientos en el hogar, escuela y todo su entorno social.

En cuanto a las intervenciones mencionadas, la terapia de autocontrol de Rehm (1977) ha sido desarrollada por Rehm y se basa en su enfoque teórico sobre los déficits en el manejo de la conducta propia asociados a la depresión. El entrenamiento en relajación y la inoculación de estrés han sido propuestos por autores como Morillas (2020) y Meichenbaum y Cameron (1973), respectivamente. Estas técnicas han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad y el manejo del estrés.

La terapia de solución de problemas ha sido desarrollada por Nezu, Nezu y D'Zurilla (2014), y se basa en su enfoque teórico sobre la mejora de la habilidad de un individuo para solucionar problemas y afrontar situaciones estresantes. La terapia cognitiva, por su parte, se basa en los principios y técnicas propuestas por Montseny (2022), que se centra en la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales.

Así mismo, se eligió la aplicación de diferentes pruebas que dieron importantes hallazgos y la determinación de un diagnóstico apropiado. Entre estas pruebas está el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos (Clínica Las Condes, 2020). El resultado se muestra en la siguiente figura:

Figura 1. Resultado BAI



Fuente: Elaboración del autor.

En la figura anterior se muestra el resultado del BAI, siendo el porcentaje mayor de expresión de la ira con un 46%, seguido de la ira control del sujeto con el 18%, después la ira rasgo con el 11%, seguida de la ira interiorizada con el 9%, por último en igual medida del 8% la ira estado y la ira exteriorizada. De acuerdo con estos resultados evidenciados en el inventario de ansiedad BAI la paciente presenta un estado de ansiedad muy bajo, lo cual según basándonos en los hechos y sucesos que han acontecido en la vida antes de la hospitalización de la paciente

puede que no sea verídico basándonos en que anteriormente la paciente ha presentado sintomatología ansiosa y puede deberse a que la paciente se encuentra aislada de los eventos que le producen ansiedad actualmente.

De la misma forma, se utilizó el instrumento STAXI Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo, que es el resultado de la combinación de la escala CVF3 /ira rasgo-estado, (EDCRE) la escala de expresión de la ira (XCL) realizada por spielberger y cols, (1983) que consta de 44 elementos, con 8 escalas de valoración. Su propósito es medir la experiencia, expresión y control de la ira. La adaptación española realizada por Gómez Fernández, consta de 48 ítems distribuidos en tres partes. La primera y la segunda parte evalúan la experiencia de la ira en cuanto a estado y rasgo, respectivamente. La tercera evalúa la expresión de la ira distinguiendo entre ira manifiesta, ira contenida, control de la ira y expresión total de la ira (Leibovich de Figueroa, Schmidt, & Gol, 2001). A continuación, los resultados de la prueba STAXI:

Tabla 1. Resultado STAXI

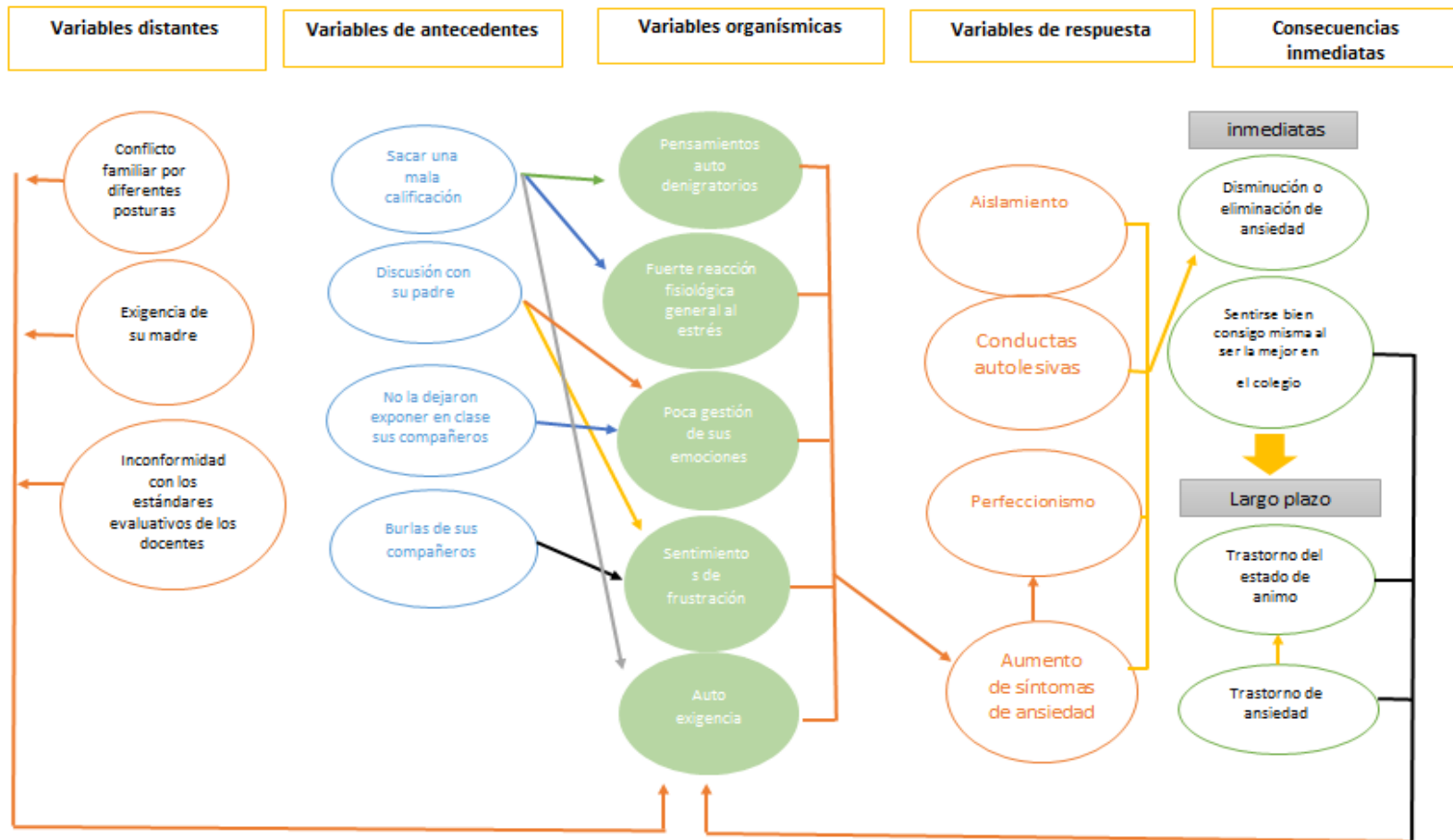
Ansiedad muy baja	0-21
Ansiedad moderada	22-35
Ansiedad severa	Más de 36

Fuente: Elaboración del autor.

Como se puede evidenciar en los resultados de la aplicación de la prueba STAXI a la paciente, no se presentan desviaciones en cuanto al estado de la ira en el momento actual de la evaluación de la paciente, se puede deber a que en la actualidad se encuentra aislada de los elementos que le causan frustración e ira.

Análisis funcional molar o formulación clínica

Figura 2. Formulación clínica del caso



Fuente: Elaboración del autor.

Como se puede observar en las gráficas de arriba existen unas vivencias que influyen de manera directa en la sintomatología de la paciente, quien cuenta con una dinámica familiar estable pero donde su madre es muy exigente y desde muy pequeña la paciente sintió la necesidad de agradar a su madre y seguir al pie de la letra sus demandas y expectativas lo cual ha influido de manera evidente en la paciente llegando a provocarle pensamientos auto denigratorios sobre sí misma y una exigencia constante con sus obligaciones académicas, manifestando que si no logra ser la mejor en todas y cada una de las materias de su escuela está fracasando como estudiante y como hija incluso lo que ocasiona el perfeccionismo y fuertes reacciones generales a él estrés en la paciente llevándola a conductas autolesivas.

Actualmente en la etapa de adolescencia de ella se presentan una serie de posturas diferentes e individuales, donde la paciente siente que no es comprendida por sus posturas y esto muchas veces ocasiona conflictos familiares lo que ocasiona discusiones, que muchas veces son con su padre por no querer comer, por posturas religiosas o estilos de música distintos, lo cual genera sentimientos de frustración y poca gestión en sus emociones.

Por otra parte se presenta una inconformidad de la paciente con los estándares evaluativos de los docentes lo cual genera una gran malestar y molestia en ella debido a que piensa que no está siendo evaluada de forma correcta debido a todo el esfuerzo que esta pone en sus trabajos y tareas, llegando a quejarse y disgustarse por eso sin recibir ninguna respuesta de sus maestros, sino más bien burlas y rechazo por parte de sus compañeros de clase lo cual le genera mucha ira y sentimientos de frustración al respecto.

Todas estas vivencias y estilos de afrontamiento, evitativo y de escape desencadenaron en la paciente sintomatología depresiva llevándola incluso a un intento de suicidio, también síntomas de ansiedad lo cual lo evidencia en su perfeccionismo y aislamiento, lo que produce

momentáneamente la disminución de la sintomatología y sentirse bien consigo misma al ser la mejor en el colegio, pero a largo plazo puede generar trastorno depresivo y trastorno de ansiedad.

Objetivos Terapéuticos

- Reestructurar los pensamientos auto denigratorios de la paciente para disminuir las respuestas auto lesivas de la paciente.
- Disminuir las fuertes reacciones al estrés y los sentimientos de frustración que presenta la paciente a través de la regulación y la implementación de técnicas de relajación.
- Regular la poca gestión de emociones que presenta la paciente desarrollando habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables.
- Fomentar en la paciente habilidades de afrontamiento adaptativas que le permitan disminuir las respuestas autoexigentes.

Selección del Tratamiento Adecuado

Para determinar el tratamiento más adecuado, se tuvo en cuenta la problemática actual de la paciente y se buscaron técnicas que cumplieran con las necesidades y el perfil de los síntomas que la paciente tiene, con el objetivo de disminuir y contrarrestar aspectos como los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad, las reiteradas ideas irracionales y las conductas autolesivas, así como las escasas estrategias de afrontamiento, por lo que en este orden de ideas se consideró apropiada la implementación de las siguientes técnicas de intervención debido a la sintomatología antes mencionada y debido a que son técnicas enfocadas a disminuir, contrarrestar y modificar las conductas, pensamientos y respuestas emocionales y fisiológicas que presenta la paciente actualmente.

Las técnicas a emplear para cumplir con el objetivo son la terapia de Autocontrol de Rehm (1977) que asume que la depresión está determinada “por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo” (Rehm, 1977).

Con la utilización del entrenamiento en relajación, se reconoce que cuando se modifica el modo de respirar se desencadenan unos procesos en el cuerpo que dan como resultado la disminución de la ansiedad de forma significativa, destacando también que estas técnicas de respiración son muy fáciles de hacer (Morillas, 2020). Por estos motivos se utilizará la técnica de relajación diafragmática, con la que se busca que la paciente logre regular sus respuestas de estrés y ansiedad con relación a las situaciones que lo generan, por lo tanto, se implementarán éstas en momentos específicos de tensión para regular las respuestas de la paciente.

También se utilizará la inoculación de estrés que fue la denominación dada a un paquete de técnicas cognitivo-conductuales que fue diseñado para el tratamiento de problemas de ansiedad (Meichenbaum y Cameron, 1973). En la actualidad, dada la diversidad de trastornos a los que se aplica, “el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) puede considerarse una forma heurísticamente útil de conceptualizar el estrés y los factores que pueden promover el cambio, para proporcionar así ayuda para diseñar tratamientos de cambio específicos y preventivos” (Meichenbaum, 1992). El EIE debe adecuarse a cada individuo, en función de las características específicas de la situación y del problema de estrés que se pretende prevenir o eliminar. Mencionado en (Montseny, Entrenamiento en Inoculación de Estrés, 2022).

Se implementa la Terapia de Solución de Problemas, en donde se suscitan dos cuestiones particulares, “una es su dependencia de un modelo algorítmico de solución de problemas

impersonales, cuando la depresión tiene más bien que ver con problemas interpersonales” (Pérez & García, 2001, pág. 498). La otra cuestión es referente al caso de que las personas deprimidas, tengan actitudes para evitar y pasivas centradas en su propia conciencia emocional y no sea que tengan propiamente deficiencias en un supuesto proceso de solución de problemas.

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha más opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos de la TSP son reducir la psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, y maximizando a su vez la calidad de vida (Nezu, Nezu, & D`Zurilla, 2014).

La terapia cognitiva se puede definir como “un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales”. Esta terapia también se centra en los problemas externos relacionados con el malestar, el terapeuta ayuda al paciente para obtener la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales (Montseny, Terapia cognitiva, 2022).

Con esta terapia cognitiva se busca enseñar la relación entre pensamiento-emoción - conducta para que, a continuación, la paciente logre identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos. En este caso en

particular, las técnicas se enfocan en corregir creencias irracionales, produciéndose así cambios en las emociones y la conducta de la paciente.

Por último, la aserción positiva que según (Serrano, 2014) se busca un refuerzo positivo de forma verbal o con gestos de lo que otras personas realizan o dicen y parece adecuado, oportuno o agradable, haciendo que se repita en el tiempo. De esta manera se busca que la paciente mediante la aserción positiva pueda aceptar de una forma adecuada los halagos palabras y gestos agradables sobre sí misma y también que ella misma logre implementar en su vocabulario y en su vida cotidiana la mirada positiva sobre sus habilidades y acciones positivas para centrarse más en ellas que en las negativas o que no le favorecen tanto a sus pensamientos auto denigratorios.

Con lo anteriormente expuesto y bajo la finalidad de determinar el tratamiento más adecuado, se ha realizado una selección de las técnicas de intervención que se ajustan a las necesidades y perfil sintomático de la paciente. Es importante destacar que no se ha optado por una única técnica, sino que se ha propuesto una integración de diferentes enfoques terapéuticos, sustentada en las ideas de los autores mencionados.

En primer lugar, se ha considerado la Terapia de Autocontrol de Rehm (1977) como un enfoque que aborda los déficits en el manejo de la conducta propia asociados a la depresión. Esta técnica se implementará a través de un programa estructurado de varias sesiones, centrándose en aspectos específicos que requieren modificaciones para contrarrestar los síntomas depresivos y las conductas autolesivas. Asimismo, se ha seleccionado el entrenamiento en relajación, basado en la idea de que la modificación de la respiración puede reducir significativamente la ansiedad. La técnica de relajación diafragmática se aplicará en momentos de tensión para regular las respuestas de estrés y ansiedad de la paciente.

La inoculación de estrés, propuesta por Meichenbaum y Cameron (1973), ha sido considerada como una forma útil de conceptualizar el estrés y promover el cambio. Adaptada a las características individuales de la paciente y a la situación problemática, esta técnica cognitivo-conductual será utilizada para prevenir y eliminar el estrés. En conjunto, la Terapia de Solución de Problemas (TSP) ha sido integrada en el tratamiento, a pesar de que presenta ciertas cuestiones relacionadas con su aplicación en casos de depresión. No obstante, se considera valiosa para incrementar la habilidad de la paciente en la solución de problemas, lo que le permitirá afrontar situaciones estresantes y mejorar su funcionamiento psicológico y conductual.

Por su parte la terapia cognitiva, centrada en la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales, se ha incluido para enseñar a la paciente la relación entre pensamiento, emoción y conducta. A través de la corrección de creencias irracionales, se espera generar cambios en las emociones y la conducta de la paciente. Por último, la aserción positiva se ha incorporado para reforzar verbal y gestualmente los aspectos positivos de la paciente y de otras personas. Esto busca fomentar una mirada positiva sobre sus habilidades y acciones, contrarrestando los pensamientos auto denigratorios.

Aplicación del Tratamiento

En el segundo periodo de prácticas debido a la ausencia de la paciente en el lugar de prácticas y debido a que no se pudo establecer contacto con la paciente ni con los acudientes de ella, el implementar el plan terapéutico y las técnicas establecidas para la problemática de la paciente no se pudo.

El tratamiento se planteó para lo largo de doce sesiones (12), de una hora de duración con una periodicidad inicial semanal. En las sesiones 1, 2, 3 y 4 se propone que la paciente logre

evaluar el contenido de sus cogniciones en 8 de 10 situaciones posibles y reducir sus pensamientos denigratorios en un 90%, por medio de la reestructuración cognitiva y la terapia de autocontrol REHM.

En las sesiones 5 y 6 se espera que la paciente use estrategias de afrontamiento adecuadas a través de técnicas de relajación, por medio de un entrenamiento de relajación e inoculación del estrés. En las sesiones 7,8, y 9 se pretende que la paciente logre evaluar el contenido de sus cogniciones en 8 de 10 situaciones posibles, con la terapia de solución de problemas y la reestructuración cognitiva.

En la sesión 10 el fin es que la paciente use estrategias de afrontamiento adecuadas a través de técnicas de relajación, también que la paciente haga uso de las mejoras obtenidas para poner en marcha los recursos incorporados en un total de 8 a 10 situaciones posibles, por medio de entrenamiento de relajación e inoculación del estrés. En la sesión 11 se busca que la paciente use estrategias de afrontamiento adecuadas a través de técnicas de relajación, con el entrenamiento de relajación. Por último en la sesión 12 se pretenda que la paciente use estrategias de afrontamiento adecuadas a través de técnicas de relajación, por medio del entrenamiento de relajación y la aserción positiva.

Resultados del Tratamiento

De acuerdo a lo anterior mente presentado durante todo el análisis del caso y la sintomatología presentada por la paciente, las expectativas que se espera con el tratamiento son que la paciente pueda lograr nuevos recursos de afrontamientos que le permitan abordar de forma adecuada las diferentes situaciones negativas que se le presenten, así como mejorar el control emocional y reducir la emocionalidad negativa, corrigiendo ciertas estrategias de afrontamiento

desadaptativas adquiridas, también reestructurar y modificar las conductas y pensamientos mal adaptativos que presenta la paciente con respecto a su autoconcepto y perfeccionismo lo cual le genera un malestar fuerte.

Discusión

Teniendo como principal limitante del presente estudio que no se desarrolló el proceso de intervención con la paciente debido que ella no se encontraba en el lugar de prácticas y no fue posible establecer contacto con la paciente ni con sus acudientes; se realiza la comparación de los resultados esperados y la similitud de las técnicas propuestas con otros estudios, como es el caso de una Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de trastorno adaptativo con síntomas depresivos, en la cual después del análisis correspondiente se adaptaron diferentes técnicas a las características del paciente como son diversos tipos de reestructuración, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de inoculación al estrés (Castañeda, 2020).

Con las técnicas mencionadas anteriormente, se determinó que el tratamiento fue eficaz, porque la evaluación pre y post tratamiento permitió una remisión total de los síntomas depresivos que al iniciar la consulta eran severos, de acuerdo con los resultados del BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) y el BHS (Inventario de desesperanza de Beck). Con esto se tiene la evidencia de que las técnicas implementadas son eficaces (Castañeda, 2020).

En otro estudio de Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico con sintomatología ansiosa y depresiva, se utilizaron como estrategias de evaluación varias entrevistas clínicas con la paciente, en las cuales se detectaron las áreas de problema y niveles de

ansiedad social. También se administraron los cuestionarios de STAI y BDI-2 para confirmar y cuantificar los niveles de la ansiedad y depresión (Cuerda, 2022).

Después se llevó a cabo la intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual, donde se incluyeron las técnicas de la reestructuración cognitiva, estrategias para la reducción de la sobreactivación fisiológica, entrenamiento en asertividad y activación conductual. Posteriormente a la novena sesión la paciente indica el abandono de la terapia tras la novena sesión por una falta de disponibilidad y el tratamiento se suspendió. En una fase inter-tratamiento, se administraron nuevamente los cuestionarios cumplimentados en la fase pre-tratamiento, obteniendo como resultado que se redujeron los niveles de ansiedad y depresión después de la breve intervención (Cuerda, 2022).

También se realizó una Intervención en un caso de violencia de género con sintomatología depresiva, en la cual el tratamiento para la paciente se dio “desde una perspectiva integradora incluyendo el modelo Cognitivo-Conductual, Terapias de Tercera Generación (Aceptación y Compromiso, Activación Conductual) y Humanismo”. Con el fin de generar una regulación emocional y aumentar el estado de ánimo, seguridad y autoestima, mejora de las habilidades sociales, práctica en la solución de problemas, aumento de actividades gratificantes y orientación hacia valores personales (Guerrero, 2022).

En los resultados de esta intervención se observó una mejora en el aspecto emocional y laboral con la puesta en práctica de las estrategias de solución de problemas y regulación emocional en su vida diaria, se propone seguir trabajando en “poner límites a terceros, aumentar la asertividad, fortalecer el autoconcepto y la autoconfianza” (Guerrero, 2022).

De la anterior información se puede inferir que con el tratamiento propuesto en el presente estudio de caso para la paciente, con referencia a las técnicas de aserción positiva, entrenamiento en relajación, terapia de autocontrol Rehm, reestructuración cognitiva, inoculación del estrés y terapia de solución de problemas, se hubieran conseguido los resultados esperados, ya que en los otros casos con las mismas herramientas se obtuvieron las mejoras propuestas.

Referencias

- Castañeda, L. (2020). Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de trastorno adaptativo con síntomas depresivos. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 18-39.
- Clínica Las Condes. (2020). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Obtenido de <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck#:~:text=El%20Inventario%20de%20Ansiedad%20de,puntuaci%C3%B3n%20entre%200%20y%2063.>
- Cuerda, E. (2022). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico con sintomatología ansiosa y depresiva*. Obtenido de <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2261>

- Guerrero, B. (2022). *Intervención en un caso de violencia de género con sintomatología depresiva*. Obtenido de <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2216>
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V., & Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (staxi) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 55-74.
- Montseny, F. (1 de Agosto de 2022). *Entrenamiento en Inoculación de Estrés*. Obtenido de <https://kibbutzpsicologia.com/entrenamiento-en-inoculacion-de-estres-eie/>
- Montseny, F. (29 de Agosto de 2022). *Terapia cognitiva*. Obtenido de <https://kibbutzpsicologia.com/terapia-cognitiva/>
- Morillas, A. (30 de Marzo de 2020). *Taller relajación adultos*. Obtenido de <https://www.mobboclinic.com/taller-relajacion-adultos/>
- Nezu, A., Nezu, C., & D`Zurilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas: manual de*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 493-510.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 787-804.
- Serrano, I. (28 de Abril de 2014). *Aserción negativa y positiva: Aceptar errores y dar/recibir*. Obtenido de <https://webpsicologos.com/habilidades-sociales/asercion-negativa-y-positiva-aceptar-errores-y-dar-recibir-halagos/>
- Universidad Javeriana. (2023). *Depresión*. Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/mentalpunto de apoyo/?p=281>