



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL

**LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN
VARONES**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ETHEL JOANNA ZAMORA MARCIAL

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Capítulo I. La depresión..... | 7 |
| 1.1 Generalidades conceptuales..... | 7 |
| 1.1.1 Características de la depresión..... | 10 |
| 1.2 La depresión en adultos tempranos..... | 14 |
| 1.3 Modelos de intervención en la depresión: cognitivo conductual..... | 17 |
| | |
| Capítulo II La terapia Racional Emotiva. | 21 |
| 2.1 Desarrollo histórico del modelo cognitivo conductual..... | 21 |
| 2.1.1 La perspectiva de la terapia cognitivo conductual..... | 22 |
| 2.1.2 Intervención de la terapia cognitivo conductual..... | 25 |
| 2.2 La terapia racional emotiva..... | 28 |
| 2.2.1 Generalidades de la terapia racional emotiva..... | 28 |
| 2.2.2 Desarrollo de la terapia racional emotiva..... | 30 |
| | |
| Capítulo III. Metodología..... | 34 |
| 3.1. Planteamiento del problema..... | 34 |
| 3.1.1. Pregunta de investigación..... | 37 |
| 3.1.2. Justificación..... | 37 |
| 3.1.3. Formulación de la hipótesis..... | 39 |
| 3.1.4. Determinación de las variables y Operacionalización..... | 39 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1.5. Objetivos de la investigación..... | 41 |
| 3.2. Enfoque de la investigación..... | 41 |
| 3.3. Alcance de la investigación..... | 42 |
| 3.4. Diseño de la investigación..... | 42 |
| 3.5. Población y muestra..... | 42 |
| 3.6. Contextos y escenarios..... | 43 |
| 3.7. Procedimientos..... | 44 |
| 3.8. Instrumentos..... | 59 |
| 3.8.1 Observación..... | 59 |
| 3.8.2 Entrevista..... | 59 |
| 3.8.3 Bitácora..... | 60 |
| 3.9. Área de la psicología..... | 60 |
| Capítulo IV. Análisis de resultados..... | 63 |
| 4.1. Resultados generales..... | 63 |
| 4.2. Resultados particulares..... | 66 |
| CONCLUSIONES..... | 76 |
| REFERENCIAS..... | 79 |
| GLOSARIO..... | 82 |
| ANEXOS..... | 87 |

RESUMEN

En México, como en cualquier parte del mundo, la mayoría de los hombres viven en distintos status socioeconómicos, viven diferentes acontecimientos que marcan significativamente la vida de ellos y que de cierta manera reprimen, ya que un hombre siempre será un ser que todos aquellos sentimientos los guarda, todo aquello que lo aqueje será para sí mismo y de ninguna manera se puede ver destruido por algo, la mayor parte del tiempo, tiene que mostrarse fuerte ante cualquier acontecimiento. Esta situación genera en ellos diversas consecuencias a nivel físico y psicológico, las últimas son el principal interés de este estudio, debido a que las enfermedades en los hombres crean mayor fuerza negativa, porque no pueden verse débiles ante algo que para los ojos de los demás puede ser algo sin importancia, por ello el objetivo fue establecer si la Terapia Racional Emotiva (TRE) repercute de forma positiva o negativa en el tratamiento sobre aquellos sentimientos tristes, que generan en la persona, un estado de total ansiedad, de poco control de sí mismo, que lo lleva a tener un poco sentido de la vida que le rodea y que causa en el sentimientos de inutilidad, ya que el hombre es quien mayormente proporciona los ingresos en casa y el cual no puede verse bajo una situación difícil de sobrellevar o controlar.

Fue un tipo de investigación cualitativa, para ello se trabajó con un hombre de 25 años, con el cual se llevó a cabo un proceso psicoterapéutico para disminuir la depresión que una enfermedad crónico degenerativa ocasiona en los hombres. Los instrumentos utilizados fueron una escala de depresión de Beck, y pruebas proyectivas para definir el estado del paciente y la aplicación de técnicas de la TRE. Se estableció que la intervención psicológica adecuada sobre la depresión en el paciente repercute positivamente en el tratamiento del mismo.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación se centra en un estudio de caso sobre depresión, teniendo en cuenta que es una problemática que actualmente aqueja a muchas personas, ya que desarrolla un sinnúmero de consecuencias en las personas, la pérdida de sentido de vida, de intereses, y el alejamiento de las personas que le rodean provoca una gran desestabilidad emocional, uno de los factores que influyen en la depresión y en la cual me base es el caso de la enfermedades degenerativas, ya que situaciones como estas, siempre desencadenan sentimientos negativos en la persona que lo padece. Para que se tenga una mejor comprensión sobre esta investigación se ha dividido en 2 capítulos que a continuación se detallaran.

En el capítulo I se presenta la depresión como el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. La depresión emerge como uno de los grandes problemas mentales del siglo XXI, ya que afecta a un 15 % de la población que en algún momento de su vida ha padecido o padece un cuadro depresivo en sus distintos grados. Según apuntan los profesionales psiquiátricos del sector, la mayor depresión se conoce como trastorno psiquiátrico grave que afecta a un cinco por ciento de la población. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Se explicó detalladamente todo el proceso por el que una persona con depresión pasa, todo esto con la finalidad de que se pudiese entender de manera más clara por lo que pasa cada ser humano que llega a tener depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. Porqué se menciona todo esto, la respuesta es que, el trabajo realizado se va encaminado

directamente hacia una enfermedad, que bien puede tener una cura muy dolorosa, o bien solo se puede mantener estable, se hace referencia, a que si la vida normal de una persona tiende a ser complicada, la vida de una persona con una enfermedad crónica, será aun muchísimo más difícil de sobrellevar.

En el capítulo II, la propuesta principal que se expone es la técnica y modelo utilizados para poder trabajar el estado de una persona con depresión y a la vez una enfermedad degenerativa, el modelo elegido fue el modelo Cognitivo Conductual, ya que este mismo da una forma de entender cómo piensa uno acerca de si mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y como lo que uno hace afecta los sentimientos y pensamientos. Y fue elegido precisamente porque la TCC puede ayudar a cambiar la forma en cómo piensa (“cognitivo”) y cómo actúa (“conductual”) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor, ya que se centra en el “aquí y ahora”. Y se ha demostrado que es útil tratando ansiedad, pánico, fobias, depresión, entre otros. Fue de suma importancia el mencionar como funciona ya que le puede ayudar a entender problemas complejos desglosados en partes más pequeñas. Esto la ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y como le afectan.

La TCC ayudar a romper los círculos viciosos de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma de cómo se siente. La TCC tiene por objeto que llegue a un punto donde pueda “hacerlo por el mismo” y elaborar sus propias maneras de afrontar cada problema que se va presentando en la vida diaria. A su vez el modelo al ser bastante extenso, se tomó la decisión de elegir una técnica que se desprende de ese modelo, la cual es “la terapia racional emotiva” ya que es una forma de psicoterapia corta y breve que ayuda a identificar los pensamientos y emociones que conducen la auto-derrota, y que revisa y pone a prueba la racionalidad de estos sentimientos, y los reemplaza por creencias mucho más productivas y convenientes que sirven demasiado para trabajar la depresión que como anteriormente se había mencionado es el tema principal.

CAPITULO I

LA DEPRESIÓN

1.1 Generalidades conceptuales.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Unos 50 millones de personas padecen de depresión en el continente americano, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta cantidad, basada en datos de personas que vivían con depresión en 2015, corresponde al 5 % de la población mundial y aumentó cerca del 17 % con respecto a 2005. En su informe titulado 'Depresión y otros desórdenes mentales. Estimaciones mundiales', la OMS presenta datos calculados en 2015 sobre individuos que padecían de esta enfermedad en un periodo determinado. Según la OMS, la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en el mundo. Sus cálculos arrojan que unas 300 millones de personas padecen esta enfermedad, lo que implica un aumento del 18 % entre 2005 y 2015.

La depresión es un trastorno tratable y sus posibilidades de mejorar son muy buenas. Si creen que no hay esperanza, eso es un síntoma de depresión, no un pronóstico. La depresión es un trastorno psicológico igual a un padecimiento médico. Y tiene un componente genético que corre en las familias. (Chávez, 2018, P. 1).

La depresión es una enfermedad grave. Si tiene depresión, puede tener sentimientos de gran tristeza que duran mucho tiempo. Con frecuencia, estos sentimientos son lo suficientemente graves como para afectar a su vida cotidiana y pueden durar semanas o meses, en vez de unos días. El concepto clave de los trastornos depresivos es el de episodio depresivo mayor. Se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un periodo prácticamente continuado de 2 semanas además se requiere que al menos uno de estos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste, deprimido, o bien una pérdida de placer, con las cosas que uno solía hacer o disfrutar como los hobbies favoritos de una persona, salir, tener amistades convivir con las mismas, salir de casa a algún evento importante o por simplemente un gusto.

Los episodios depresivos difieren naturalmente en gravedad. Esta se puede valorar empleando instrumentos o escalas apropiadas, pero también se puede valorar clínicamente de un modo global. A nivel del DSM-IV se plantean los siguientes niveles de gravedad. Ligero, moderado, grave no psicótico, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total. Quizá lo más interesante de esta valoración es que el término psicótico se reserva únicamente a un aspecto sintomatológico: la presencia de delirios y/o alucinaciones, dejando de lado otros posibles significados que pueden inducir a confusión (DSM-V, 2014, P. 104).

F32 Episodios depresivos: En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a)** La disminución de la atención y concentración.
- b)** La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

- c)** Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d)** Una perspectiva sombría del futuro. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- e)** Los trastornos del sueño.
- f)** La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se

considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes (CIE-10, 2018, P. 40).

El trastorno depresivo mayor aparece por primera vez en el DSM-III en 1980 y ha tenido una amplia aceptación. El término de trastorno depresivo mayor es que se emplea para describir a una persona que presenta un trastorno depresivo mayor y además cumple con una serie de condiciones adicionales. Que tiene otros aspectos más importantes (Belloch et al, 1995, P.309).

Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente y causan dolor y sufrimiento no solo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de la familia. Pese a esto, la mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento porque no consideran la depresión como una enfermedad estable. El trastorno depresivo es una enfermedad del cerebro que afecta el ánimo, es decir, la motivación para hacer cosas y la manera de pensar, tornando al paciente en alguien negativo, pesimista y auto derrotista, ya que afecta la forma como se valora a sí mismo. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas quienes padecen depresión pueden mejorar con el tratamiento adecuado (Chávez, 2018, P. 4).

1.1.1 Características de la depresión.

El cuadro que representa una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados

más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. En general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se puede reducir a 5 grandes del núcleo de los cuales ya se mencionaran más adelante.

Están los síntomas anímicos, la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, digamos que es una de las primeras características que se notan en una persona es la queja principal en aproximadamente la mitad de dichos pacientes, aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es el de irritabilidad, las personas suelen sentirse de malas la mayoría del tiempo, no se consuelan estar con personas a su alrededor solo quieren estar solas, ese sentido de vacío o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es incapaz de tener algún sentimiento, que se ha hecho fría o dura, en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar.

Existe otro, el síntoma convencional y conductual, este es uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia y en definitiva la anhedonia, o en otras palabras la disminución en la capacidad de disfrute, las personas dejan de hacer cosas que antes solía hacer, no las disfruta, le causan molestia, disgusto y apatía, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo.

Levantarse por las mañanas de la cama o inclusive el asearse, pueden convertirse en tareas casi imposibles y en muchos casos se abandonan los estudios el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas, como decidir que vestimenta usar puede convertirse también en una tarea casi insalvable. En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, en otras palabras, un enlentecimiento

generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta, en términos generales se pierden las ganas por casi todo, las actividades que solían hacer se acabaron, no tienen las ganas para decir sobre casi ninguna cosa.

Están los síntomas cognitivos, el rendimiento cognitivo de una persona con depresión se ve gravemente afectado, la memoria, la atención, y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente, incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficits, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, del entorno en el que se desenvuelve, y las decisiones que pueda tomar de su futuro suelen ser en la mayoría del tiempo negativas. La autodespreciación, el auto culpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

Los síntomas físicos, la aparición de cambios es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita ayuda de un profesional, un síntoma típico que afecta a un 70-80 por 100 pacientes depresivos, y es el problema de sueño. Normalmente se trata de insomnio, tiene dificultades para conciliar el sueño, duerme muy tarde, o despierta en todo momento, si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección.

También, los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc. De hecho, es primero un médico general el que trata esto, que un profesional de la salud mental, aunque cerca de un 5 por 100 de la población sufre al menos un episodio de depresión grave durante su vida, relativamente pocas personas buscan ayuda para solucionarlo. Una de las razones que se ha esgrimido para explicar

esta diferencia es que al patrón de síntomas de la gente que acude a un profesional es algo diferente de lo que deciden no hacerlo, aunque su gravedad no sea diferente.

Por último están los síntomas interpersonales, es un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de estos aspectos interpersonales. Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez re actúa aislándose aún más, de las personas que probablemente si quieren estar con ellos, pero estos al sentir el rechazo, se alejan sienten que todo lo que tocan lo destruyen, y que cuando intentan componerlo, lo hunden aún más es por eso que se alejan de todas las personas, esta área puede ser un foto de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Sánchez, 2008, P. 260).

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado de que se le suele denominar el “resfriado” entre los problemas de salud mental. Sin embargo es distinto presentar un episodio de depresión mayor a sentirse únicamente triste. La principal diferencia estriba en la consistencia de un grupo de síntomas que persisten por un periodo de al menos dos semanas, cinco de los siguientes nueve síntomas deben estar presentes cada día de dicho periodo de dos semanas, uno de los cuales necesita ser uno de los primeros dos: estado de ánimo depresivo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (Nezu et al, 2006, P. 63).

1.2 La depresión en adultos tempranos.

En la edad adulta se sientan las bases del funcionamiento físico para el resto de su vida. Actualmente la mayoría de los seres humanos, consumen drogas, alcohol o tabaco, y eso ocasiona que estos factores influyan en el estado de salud y el bienestar que tengan actualmente o en un futuro. Pero también existen atletas que tienen una condición física excelente.

En estados unidos la mayoría de los jóvenes tienen un excelente estado de salud. La mayoría ni siquiera ha tenido enfermedades. Para mantener un estado de salud óptimo como seres humanos deben cuidarse y procurarse, existen actualmente muchas actividades y también evitando otras que resultan ser dañinas para el organismo. La nutrición es otro factor importante para estar sanos, una buena alimentación basada en frutas y legumbres, podrían tener menos probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares.

La actividad física tiene muchos beneficios para la salud en adultos tempranos ya que además de mantener un peso adecuado del cuerpo, las actividades que se hacen, desarrollan mejor los músculos, fortalece el corazón y los pulmones, reduce la presión arterial, protege contra las enfermedades una de las más comunes en México es la diabetes. Como lo había mencionado anteriormente el tabaquismo es la principal causa de muerte en estados unidos, la conexión que tiene el tabaquismo y cáncer de pulmón está muy bien establecida, así como el consumo y abuso de otras sustancias. La relación entre condición socioeconómica y salud ha sido documentada ampliamente. Aunque las tasas de mortalidad han disminuido en los últimos años. La educación también juega un factor importante en un óptimo estado de salud, cuanto menor sea el grado de educación de las personas, mayor será la posibilidad de que desarrollen y sean víctimas de enfermedades contagiosas, lesiones o enfermedades crónicas. Claramente la condición socioeconómica no significa que sea el origen de una buena salud, sino que simplemente

están relacionados con los factores de estilo de vida que tienen más probabilidad de conseguirla (Papalia, 2001, P. 491).

Los vínculos entre capacidad cognitiva, logro educativo y oportunidad ocupacional, son complejos y se complican más por factores como género y contexto étnico. A pesar de que las leyes ordenan la igualdad de oportunidad en el empleo, las minorías y las mujeres tienen más posibilidades de estar desempleadas y tienden a ganar menos que los hombres blancos. A pesar de los grandes avances de los afroamericanos en los logros educativos y el progreso constante de los hispanoamericanos desde comienzos de los años de 1970 su escolaridad, empleo y ganancias no han mantenido el ritmo de los estadounidenses blancos. Las razones para comprender esto son mucho más complejas de lo que se imaginan, y como los factores étnicos tienen que ver en el nivel cognitivo de pensar razones y tomar decisiones importantes.

Si hablamos del género, como anteriormente ya se había mencionado, podremos saber que en el ámbito laboral el trabajo para las mujeres cuando no era tan reconocido, existía el machismo, y aunque actualmente el campo ya está más abierto hacia las mujeres, existen trabajos que difícilmente una mujer podría llegar a tener como la presidencia del país porque se piensa que las mujeres no pueden tomar decisiones que beneficien a la población cuando las mujeres tienen un mejor raciocinio que los hombres, y por supuesto que el género es un factor muy influyente en la toma de decisiones. Aunque las edades biológica, social y psicológica se combinan para producir la madurez, hay ciertos rasgos psicológicos que son sus elementos primarios. Estos pueden variar según la cultura, pero incluyen la independencia y autonomía física y social; la capacidad para tomar decisiones independientes; y algo de estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión. Diferentes investigadores incorporan diversas características en la mezcla y cada cultura impone sus propias exigencias, de modo que no existe una definición universal de la madurez (Cueli, 2015, P. 31).

Existen 4 enfoques principales del desarrollo psicosocial en la adultez temprana, el primero son los modelos de rasgos estos se enfocan en las características o atributos intelectuales, emocionales, temperamentales y de comportamiento, como la jovialidad y la irritabilidad. Los estudios basados en los rasgos descubren que la personalidad adulta cambia muy poco. Este es el segundo enfoque son los modelos tipológicos identifican amplios tipos o estilos de personalidad en el individuo. Estos modelos también tienden a encontrar estabilidad considerable en la personalidad.

Por otra parte, los modelos centrados en el ciclo vital hallan evidencia considerable de cambio. El tercero es el modelo de crisis normativa, reflejan una secuencia típica de desarrollo relacionado con la edad, que continúa durante la vida adulta, después de pasar por la niñez y la adolescencia. La investigación de crisis normativa ha encontrado cambios importantes predecibles en la personalidad adulta. El último modelo es el modelo de ocurrencia oportuna de eventos que sostiene que el cambio está relacionado no tanto con la edad sino con la ocurrencia esperada o inesperada y la época de importantes eventos de la vida. Este último modelo enfatiza mucho más las diferencias contextuales o individuales.

La extraversión también tiene 6 facetas: calidez, carácter sociable, asertividad, actividad, búsqueda de actividades excitantes y emociones positivas. Las personas extravertidas son sociables, les gusta llamar la atención, se mantienen ocupadas y muy activas en diferentes actividades a lo largo de todo el día, buscan actividades excitantes constantemente y disfrutan mucho de la vida. Las personas abiertas de experiencia están mucho más dispuestas a emprender nuevas actividades y acoger nuevas ideas, tienen imaginación vivida y sentimientos fuertes, aprecian la belleza y las artes y cuestionan los valores tradicionales.

Las personas rectas son triunfadoras, competentes, ordenadas, cumplidoras del deber, concienzudas y disciplinadas. Las personas afables son más confiables, sinceras,

altruistas, condescendientes, modestas, pero vacilan con facilidad. Black fue uno de los pioneros en el enfoque tipológico que es primero que se menciona, este mira la personalidad como un funcionamiento total que afecta y refleja actitudes, valores, comportamientos e interacciones sociales.

En varios estudios han surgido tres tipos: capacidad de adaptación, súper controlada y poco controlada. Las personas que corresponden a estos tres tipos difieren en capacidad de adaptación, o adaptabilidad bajo estrés, y capacidad de control o autocontrol. Las personas con capacidad de adaptación se ajustan muy bien: tienen confianza en sí mismas, son independientes, articuladas, atentas, colaboradoras, cooperadoras, y se concentran en las tareas que deben de realizar. Y ponen mucho más empeño en aquellas actividades que son de suma importancia (Craig, 2001, P. 453).

El matrimonio y el criar hijos originan un ciclo familiar, una secuencia de sucesos familiares que se repiten de generación en generación. Hay 8 sucesos principales en el ciclo familiar, estos sucesos están entre las influencias más importantes que interaccionan para producir un único patrón sobre el desarrollo del adulto. Por lo tanto las investigaciones observan el tiempo, duración, y agrupación de los sucesos del ciclo familiar. Los patrones que se observan son variables. La cultura es una fuente de variabilidad. Las presiones de la profesión pueden jugar un papel importante en el incremento de la media de edad para el comienzo del matrimonio (Worchel, 1998, P. 338).

1.3 Modelos de intervención en la depresión: cognitivo conductual.

Como se demuestra, la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser un tratamiento para las personas deprimidas. El modelo cognitivo asume que la cognición, la conducta y la bioquímica son componentes importantes de los trastornos depresivos. No se les considera teorías rivales de la depresión sino como diferentes niveles de

análisis. Cada método de tratamiento tiene su propio “foco de convivencia”. El farmacoterapeuta interviene a nivel bioquímico; el terapeuta cognitivo interviene en los niveles cognitivo, afectivo y conductual. La experiencia sugiere que cuando se cambian las cogniciones depresivas, al mismo tiempo cambia la conducta, el estado de ánimo característico y, como sugiere cierta evidencia, la bioquímica de la depresión.

La cognición con un sesgo negativo es un proceso central en la depresión que se refleja en la “triada cognitiva negativa de la depresión”. Los pacientes deprimidos por lo general tienen una visión negativa de sí mismos, de su ambiente y del futuro. Se consideran inútiles, inadecuados, odiosos y deficientes. Los pacientes deprimidos consideran que el ambiente es abrumador, que les presenta obstáculos insuperables que continuamente dan lugar a fracaso o pérdida. Además, consideran que el futuro carece de esperanza y que sus esfuerzos serán insuficientes para cambiar el curso insatisfactorio de sus vidas. Esta visión negativa del futuro a menudo da lugar a la ideación suicida y a intentos suicidas reales (Barlow, 2018, P. 275).

Probablemente ningún enfoque cognitivo sobre la comprensión y tratamiento del funcionamiento mal adaptado de la personalidad ha tenido más influencia que el de Aaron Beck. Con su formación en psiquiatría y psicoanálisis y su experiencia en pacientes deprimidos, Beck empezó a interesarse por las creencias cognitivas mal adaptadas e irracionales de sus pacientes. Tras su decepción con las técnicas psicoanalíticas, Beck desarrolló un enfoque cognitivo para la terapia. Según él, los problemas psicológicos son la consecuencia de esquemas negativos sobre el self y los otros, pensamientos automáticos y supuestos disfuncionales.

La mejor forma de entender la perspectiva psicopatológica de Beck es analizar el problema de la depresión, donde sus trabajos se originaron y donde han ejercido su mayor impacto. Su modelo de la depresión subraya la importancia de tres esquemas negativos denominados triada cognitiva de la depresión. Engloban conceptos del self, del

mundo y del futuro. Los conceptos negativos del futuro implican afirmaciones como la vida siempre me traerá los mismos sufrimientos y carencias que me trae ahora. Además, la persona deprimida es propensa a procesar la información de forma defectuosa, por ejemplo elevar los problemas cotidianos al rango de catástrofes y hacer la generalización, a partir de una sola ocurrencia, de que << no le caigo bien a nadie>>. En resumen, el modelo cognitivo que Beck propone de la psicopatología resalta la importancia que tienen creencias automáticas y erróneas y el procesamiento mal adaptado de la información en la creación de emociones negativas y dolorosas y reacciones conductuales mal adaptadas (Lawrence, 1998, P. 391).

La formulación de caso puede considerarse un conjunto de hipótesis, por lo general delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particulares, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo. Es una descripción de las quejas y síntomas de un paciente, así como un mecanismo organizativo para que el terapeuta comprenda como se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuales estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan estos problemas y porque persisten los síntomas. Durante este proceso puede decirse que el terapeuta comienza la “historia del paciente” la cual ofrece una descripción de los diversos factores en los que se desenvuelve la vida del individuo respecto tanto del surgimiento como del mantenimiento de un conjunto determinado de síntomas angustiantes (Nezu et al, 2006, P. 13).

La depresión en este siglo es una problemática que aqueja a muchas personas, no ve clases sociales, el lugar del que provengas, cuantos años tengas, simplemente se define por múltiples situaciones, algunas más complejas que otras pero de igual importancia, la mayoría de personas no logran definirla bien, creen que pasan por estados de tristeza y en ocasiones no logran darle la validez que necesita. La depresión para nada es un tema sencillo de hablar, tiene tabúes alrededor de ella, y es desvalorizada, ya que se cree es algo que solo lo padecen las personas débiles, pero que pasa con todos

aquellos que no piden tenerla, que pasan por situaciones críticas como lo es una enfermedad degenerativa en varones de adultez temprana que es en lo que más se centra esta investigación. Es de suma importancia conocer cómo se desencadena esta problema, como se va desarrollando y los pasos por lo que pasa, para intervenir de la manera más segura y adecuada, cuidando a la persona con la que se está trabajando.

CAPITULO II

MODELO COGNITIVO: LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

2.1 Desarrollo histórico del modelo cognitivo conductual

Es importante comenzar con una idea de Meichenbaum referente a que los modelos psicoterapéuticos son como metáforas que se ajustan más o menos a las personas; algunas son más exitosas en ciertas culturas y época en relación con otras; se puede decir que estos modelos psicoterapéuticos hacen ver al cliente su misma problemática desde otro punto de vista, pero para que esto resulte tiene que ser tan novedoso como para lograr un aprendizaje, pero tan común como para lograr una identificación.

A continuación se abordarán algunos modelos concretos, sin embargo es importante tener un panorama general de los modelos básicos de las terapias cognitivas, Isabel Caro, los clasifica en 3 grupos: el modelo cognitivo conductual lo desarrollan los teóricos conductistas, los cuales consideran que los pensamientos son conductas encubiertas influenciadas por las leyes del condicionamiento. La metáfora que plantean es la del condicionamiento. Su objetivo es enseñar habilidades cognitivas específicas. Sus máximos representantes son Albert Bandura, Donald Meichenbaum y Arthur Nezu. El modelo de reestructuración cognitiva destaca el papel del significado: lo importante es lo que cree la persona. Es una psicoterapia estructurada con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del proceso de la información en donde trabajan en conjunto terapeuta y cliente para identificar las cogniciones distorsionadas. El modelo constructivista dentro de las terapias cognitivas es un contexto filosófico más que una técnica. Los seres humanos son participantes proactivos que operan en niveles tácitos y las personas representan un desarrollo auto organizado que busca la coherencia dentro de la construcción social de los sistemas de

creencias, buscando la viabilidad del conocimiento y no su validez (Álvarez et al, 2016, P. 51).

Las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos pioneros que, a pesar de sus diferencias han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales. Se pueden distinguir así tres orígenes principales de las terapias cognitivas: se considera a Kelly, el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Según su postulado principal, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto.

Tanto Albert Ellis como Aaron Beck fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas. Ambos se formaron en el psicoanálisis, pero su trayectoria los llevó a rechazar tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica por falta de eficacia y evidencia empírica, respectivamente. Ellis reemplazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables (Feixas, 1993, P. 211).

2.1.1 La perspectiva de la terapia cognitivo conductual.

La fundación, logros y proliferación de la Terapia de Conducta han sido ampliamente alimentados por la fundamentación de este movimiento psicoterapéutico en los principios y teorías conductuales. Entre ellos, las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas los cimientos básicos que

permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo a día de hoy elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos cognitivo conductuales. Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neo conductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

Como se ha visto en el apartado anterior, la terapia de conducta se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta. El comienzo formal de la TC como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje, expuestos en el punto anterior, hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio. En este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal.

La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de forma diferente. Con estas bases teóricas y metodológicas, y a través de las distintas aplicaciones que se fueron desplegando para el tratamiento de diversos problemas clínicos, se produjo el surgimiento formal de la TC. Su evolución posterior, como cabría esperar, bien la propia evolución de esta disciplina.

Rachman y O'Donohue han resumido la evolución conceptual de la Terapia de Conducta diferenciando secuencialmente lo que denominan tres estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) en el desarrollo de la TCC. Conceptualmente el primer estadio, o la primera generación de terapeutas de conducta, hacen referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje, y estaría representado por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. La característica

fundamental de esta generación es la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. Durante esta primera generación, el terapeuta de conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos. Pero no sólo utilizan los principios del aprendizaje para formular intervenciones, sino que formulan, a partir de ellos, modelos de génesis y mantenimiento de los problemas cotidianos. De esta forma, la conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. A este primer estadio corresponden las aportaciones de los grupos de Sudáfrica, Inglaterra y EEUU y que se consideran las muestras palpables del surgimiento de la Terapia de Conducta como enfoque clínico establecido (Ruiz et al, 2012, P. 54).

Si partimos del supuesto de que la terapia conductual es definida como una orientación clínica en general para la modificación de problemas conductuales, el modelo operante de tratamiento supone un control sobre la conducta y sus consecuencias o reforzadores de manera objetiva y concreta. En la década de 1970 se presentaron datos experimentales que demostraron reducciones significativas e importantes de problemas clínicos en pacientes adultos y niños, incluso llevados a cabo en situaciones de laboratorio muy controladas. De hecho los principios del análisis experimental de la conducta originado, en experimentos con animales, se extrapolaron a la explicación del comportamiento humano.

Es importante destacar que para este modelo los conceptos o categorías mentalistas o subjetivas no son consideradas para la explicación de la conducta y, en cambio, se prefieren los objetivos concretos, observables y cuantificables y manipulables, con el propósito de poder explicar, predecir y controlar la conducta, tanto en escenarios restringidos como en naturales. Bajo esta alternativa conductista, el orden de los trastornos y padecimientos conductuales se han aplicado en situaciones clínicas para la intervención de la ansiedad, depresión etc. Y por consiguiente, con sus modalidades y técnicas de tratamiento, como la desensibilización sistemática y economía de fichas, entre otras (Ali et al, 2012, P. 125).

En ocasiones denominada “terapia multimodal” este enfoque amalgama las correlaciones emocionales, cognitivas y conductuales del dolor para conformar un enfoque terapéutico. Si se inicia con una perspectiva fisiológica resulta importante recurrir a técnicas como la relajación, la visualización y la distracción para disminuir la ansiedad y otros elementos emocionales del dolor. A la par de los componentes fisiológicos, es necesario referirse a aquellos de tipo cognitivo. De esa manera, se impulsa a los pacientes a confrontar sus pensamientos en relación con el dolor, como por ejemplo “Nunca terminará, y si algo pasa, es que se pondrá peor”, para sustituirlos como una versión que permita mayor adaptación, como “sé que puedo estar mal en este momento pero pasará, y puedo soportarlo si me concentro en lo que tengo que hacer mañana...”. Por último, ciertas conductas pueden ser antagónicas a la experimentación del dolor. Fundamentalmente, este enfoque pretende identificar a estas conductas y sustituirlas con aquellas que pueden de hecho reducir el dolor. En ocasiones cuando la gente se concentra con gran intensidad en terminar una tarea particular “olvida” todo lo que se refiere al dolor (Niven, 2009, P. 271).

2.1.2 Intervención de la terapia cognitivo conductual

En una revisión del pasado, presente y futuro de la terapia cognitiva, Beck concluye que <<la terapia cognitiva ha cumplido los criterios de un sistema de psicoterapia aportando una teoría coherente y comprobable de la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico... y un corpus de datos clínicos y empíricos que sustentan la teoría y su eficacia>>. Es evidente que la teoría de Beck y su enfoque terapéutico han tenido un notable impacto en el campo. Sin embargo, esta valoración tan positiva puede cuestionarse. Primero, incluso los defensores de la terapia cognitiva la describen como un procedimiento terapéutico prometedor pero que aún no ha sido convenientemente contrastado (Lawrence, 1998, P. 39).

A.T. Beck desarrolló la terapia cognitiva, aplicándola primero a la depresión, luego a los trastornos de ansiedad y, posteriormente, a muchas otras áreas, incluidos los trastornos de personalidad. La teoría subyacente a la terapia cognitiva afirma que las cogniciones, las emociones y las conductas son interdependientes. El sesgo atribucional es la fuente principal de la emoción y de la conducta disfuncionales en los adultos. La terapia actúa cuando se han identificado y revisado los elementos cognitivos del proceso. En particular, las interpretaciones erróneas o distorsiones cognitivas de los acontecimientos son corregidas por el trabajo conjunto de paciente y terapeuta durante una relación de colaboración. Las distorsiones cognitivas se relacionan con los esquemas cognitivos: El modelo de terapia cognitiva plantea la tesis de que importantes estructuras cognitivas están organizadas en categorías y jerárquicamente. Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y de las contingencias especiales (Caballo, 1998 P. 260).

De acuerdo con el marco planeado, es importante adoptar la orientación, pertinente a la fase de diseño del tratamiento, de que la TCC debe considerarse en términos de estrategias de intervención o enfoques generales, a fin de llegar a ciertos resultados instrumentales y no solos en términos de técnicas específicas. Así, por ejemplo, el manejo del estrés conductual o las intervenciones de reducción de ansiedad representan una estrategia general de métodos de tratamiento que tienen el objetivo de abordar ciertas variables de resultados instrumentales relacionadas con la ansiedad. Al aplicar la toma de decisiones al proceso de diseño del tratamiento, el terapeuta valora de manera sistemática cada intervención generada, de acuerdo con los criterios específicos relacionados con la utilidad.

El tratante de TCC tiene la oportunidad de explorar con más detalle las interacciones potenciales de dichas intervenciones con diversos factores específicos en un paciente dado, así como la variedad de efectos positivos y negativos potenciales de las propias intervenciones. Con el objetivo de determinar varios cálculos de probabilidad,

el terapeuta formula distintas preguntas para focalizar metas y que de esta forma sea mucho más fácil alcanzar (Nezu et al, 2006, P. 38).

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc.

En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones. Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Yoral British Penal obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición recíproca. No obstante, como orientación específica de intervención de salud, la TCC aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aún una disciplina joven (Ruiz et al, 2012, P. 33).

El modelo cognitivo asume que la cognición, la conducta y la bioquímica son componentes importantes de los trastornos depresivos. No se les considera teorías rivales de la depresión sino como diferentes niveles de análisis. Cada método de tratamiento tiene su propio “foco de convivencia”. Aunque en la actualidad se realiza más investigación sobre una estrategia contra la depresión, surgió el uso de puntuaciones obtenidas en diversos instrumentos (Barlow, 2018, P. 305).

2.2 La terapia racional emotiva.

La terapia racional emotiva es una técnica psicoterapéutica cognoscitiva que se originó en 1957. En 1977 su precursor, Albert Ellis, publicó una lista de casi mil referencias experimentales que comprueban las hipótesis que constituyen la fundamentación teórica y la práctica de la terapia racional emotiva (Aduna et al, 1989, P. 29).

2.2.1 Generalidades de la terapia racional emotiva.

Esta terapia se desarrolla a partir de dos concepciones filosóficas:

- 1.- La que se refiere a la relación entre pensamiento y emoción: Ellis señala que lo que determina la emoción humana no es la estimulación ambiental sino las cogniciones que ocurren a partir de la estimulación.
- 2.- La concepción respecto al valor de los seres humanos: de acuerdo con Ellis en el hombre existe una tendencia irracional a evaluarse a sí mismo, a su persona, a su ser total a partir de sus ejecuciones, sus conductas, las cosas que hace, etcétera.

Por otro lado, si la misma persona realiza un acto tonto e inferior al promedio, tenderá a pensar irracionalmente algo semejante a lo que sigue: a) no hago las cosas tan bien como los demás; b) otros se desempeñan mejor que yo; c) no sirvo para nada; d) valgo menos que los demás. Al observar estas dos cadenas de pensamiento notamos que los dos primeros enunciados (a y b) son lógicos y tienen fundamento en la realidad, puesto que la evidencia demostrara que las cosas están mejor o peor realizadas. Sin embargo, los enunciados c) y d) son absolutamente absurdos, auto derrotista e irracional por cuanto no derivan de la realidad sino de una premisa arbitraria y definitiva.

El hombre es valioso porque existe; está dotado de valor por su sola condición humana, porque está vivo y pertenece a la especie homo sapiens. Por consiguiente, el retardado y el inteligente, el rico y el pobre, el niño y el adulto, la mujer y el hombre tienen el mismo valor y nada de lo que haga a lo largo de su vida, ni sus éxitos ni sus fracasos harán que aumente o disminuya su valor como ser humano. ¿Por qué? Por qué su valor no depende de lo que haga sino de su condición de ser humano (Aduna et al, 1989, P. 29).

La TRE mantiene la atención sobre la solución relativa a los aspectos específicos de la conceptualización del problema. Así pues, para que las dificultades esperadas e inesperadas de la vida se conviertan en problemas (un problema se define como una dificultad recurrente que se ha demostrado resistente a los esfuerzos por resolverla), la dificultad se empeora si se hace uso de estrategias pobres de resolución de problemas (es decir, soluciones insatisfactorias). La mayoría de estas soluciones no son necesariamente insatisfactorias en sí mismas, pero son una exageración o una negación de las dinámicas de la experiencia familiar (Yankura et al, 1999, P. 45).

Además de los conceptos básicos, la terapia racional emotiva cuenta con una serie de técnicas que, según Ellis y Harper, posibilitan un control eficaz del propio destino y vida, de las emociones y pensamientos acerca de las cosas que el individuo se dice de sí mismo. Hay ciertas ideas irracionales que no solo deben desafiar, sino trabajar para contrarrestarlas. Estas técnicas pueden clasificarse en tres grandes rubros: cognoscitivas, conductuales y emotivas. En las cognoscitivas los humanos, a no ser que sean deficientes en un grado superior, no pueden dejar de pensar. Por tal motivo, el psicoterapeuta debe estar muy consciente del enorme papel que la cognición o el filosofar desempeñan en los asuntos humanos, ya que así como pueden trastornar de manera emocional a una persona, también la pueden ayudar a superar dicho trastorno.

Las conductuales, la TRE es sinónimo de lo que con frecuencia la llamo, terapia de comportamiento cognoscitivo, pero a diferencia de esta posee un componente emotivo característico, que la hace más completa. La TRE es un método de terapia amplio, ya que contiene tácticas cognoscitivas, emotivas y conductuales. Las emotivas, utilizan palabras y frases muy fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, incluyendo groserías como “pinche”. Tales palabras tienen un significado y un sentido más intenso que sus sinónimos menos emocionales (González, 1999, P. 81).

2.2.2 Desarrollo de la terapia racional emotiva.

Los comienzos tempranos de la terapia racional-emotiva (RET) pueden trazarse por la vida personas de Albert Ellis como niño y adolescente en los 20 y 30 cuando empezó a enfrentarse a diversos problemas físicos y problemas de personalidad. Aunque no tenía intención de ser psicólogo o terapeuta en aquel momento, Ellis llega a estar interesado vivamente en la filosofía de la felicidad y leyó cientos de artículos y libros de filosofía, de psicología y de campos relacionados. Ellis empezó a trabajar decididamente sobre sí mismo para superar lo que consideraba como sus inútiles problemas emocionales. Este mismo comenzó a investigar sobre problemas sexuales, amorosos, de pareja y familia, principalmente debido a su interés en escribir sobre aquellos temas. Como efecto colateral, descubrió que podía asesorar eficazmente a sus amigos y parientes que se encontraban ansiosos y deprimidos en estos temas.

Al principio, la terapia racional-emotiva se llamó <<terapia racional>> porque Ellis enfatizo sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de las otras terapias de los 50. Mucha gente sin embargo identifico la TR como racionalismo lo cual era opuesto. Desde el principio la RET fue sumamente filosófica y debatidora, debido que desde los 16 años Ellis tuvo como principal interés y hobby el seguimiento de la filosofía y defendía que si la gente adquiría una sana filosofía de la vida raramente estaría <<trastornada emocionalmente>>. La RET fue la primera escuela importante de

psicoterapia que casó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto como para la terapia conductual como para la terapia experimental. Al principio se emplearon unos pocos métodos conductuales básicos, tales como asignar tareas, fomentar la desensibilización, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento de habilidades.

Más tarde, cuando se desarrolló el movimiento de terapia conductual la RET adopto casi la línea completa de técnicas conductuales y llego a ser pionera de terapia cognitiva conductual. La RET también fue única y ser muy experimental desde el comienzo y llego a ser incluso más, cuando en los comienzos de los sesenta, se incorporaron algunos de los métodos de encuentro creados por Pearls entre otros (Ellis et al. 1990, P. 19).

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto. De forma sintética y gráfica, Ellis resumió su teoría en lo que denomino el “ABC”, recordando que “entre el acontecimiento activador y las consecuencias (C) siempre hay un pensamiento (B). Un paradigma de la psicología cognitiva y por ende de las terapias cognitivas, consiste en el principio de la mediación cognitiva. En síntesis, se refiere a que la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) esta mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación con los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

El enfoque cognitivo conductual cada año es más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica se reconoce más en las investigaciones sobre diversos trastornos, como depresión, adicciones, ansiedad, angustia, agorafobia, fobia social y disfunciones sexuales, entre otros, al igual sobre muchos problemas, como violencia, ira, inhibiciones, conflictos de pareja y otros. Algunas de las características practicas más destacadas de este modelo psicoterapéutico sobre la brevedad, que se centra en el presente, el problema y su solución y que tiene un carácter preventivo de futuros así como su estilo de cooperación entre cliente y terapeuta;

también otorga gran importancia a las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones (Alvarez et al. 2016, P. 96).

Existen diferentes técnicas utilizadas por la TRE que según Ellis y Harper posibilitan un control eficaz del propio destino y vida, de las emociones y pensamientos acerca de las cosas que el individuo se dice a sí mismo. Hay ciertas ideas irracionales que no solo deben desafiar, sino trabajar para contrarrestarlas. Estas técnicas pueden clasificarse en tres grandes rubros, cognoscitivas, conductuales y emotivas. En las cognoscitivas los humanos, a no ser que sean deficientes en un grado superior, no pueden dejar de pensar. Por tal motivo el psicoterapeuta debe estar muy consciente del enorme papel que la cognición o el filosofar desempeñan en los asuntos humanos, ya que así como pueden trastornar de manera emocional a una persona, también la pueden ayudar a superar dicho trastorno.

La TRE es sinónimo de lo que con frecuencia se llamó terapia de comportamiento cognoscitivo (TCC), pero a diferencia de esta posee un componente emotivo característico, que la hace más completa. La TRE es un método de terapia muy amplio ya que contiene tácticas cognoscitivas, emotivas y conductuales; de estas últimas una de las más importantes es el condicionamiento operante y procedimiento de autocontrol. Una forma de condicionamiento operante es lo que se llama control de contingencias donde las personas elaboran uno de sus comportamientos difíciles dependiente de una de sus conductas fáciles y satisfactorias.

La terapia racional emotiva utiliza palabras y frases muy fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, incluyendo groserías como “pinche”. Tales palabras tienen un significado y un sentido más intenso que sus sinónimos menos emocionales. Si un paciente aprende a utilizar las palabras y frases emocionales correctas consigo mismo, podrá superar los problemas psicológicos o al menos

contenderá con ellos. Algunas técnicas emotivas utilizadas son imágenes racionales emotivas, la aceptación incondicional.

En la TRE se hace todo lo posible para aceptar por completo a los clientes, al mismo tiempo que se les enseña de manera activa y directa a auto aceptarse. Antes que nada, el terapeuta debe haber experimentado la aceptación incondicional consigo mismo, con sus parientes, con sus amigos y ahora con sus pacientes. A estos últimos, el terapeuta pondrá su mejor esfuerzo para mostrarles que algunas de sus ejecuciones son deficientes; discutirles sus fallas, entendidas como problemas a resolver, para su propio bien; repetirles con paciencia las instrucciones, con un tono que les manifieste la confianza en que ellos serán capaces de cumplirlas de manera apropiada; abstenerse de regañarlos cuando fracasen de manera significativa; mostrarles como centrarse en sus puntos buenos así como en los malos, pues aunque es benéfico tener características favorables esto no los convierte en buenas personas; demostrarles que está seguro de que ellos tienen más capacidad de la que creen tener y enseñarles algunos de los principios generales de la TRE y los puntos de vista de esta, sobre la aceptación propia y la de los demás (González 1999, P. 75).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Planteamiento del problema.

3.1.1 Descripción del problema.

Actualmente se presenta la problemática de la depresión en personas que padecen alguna enfermedad crónica. A raíz de muchos aspectos cada vez es más frecuente encontrar a personas con este padecimiento. Y que la vida da un cambio bastante significativo en cuestión de que no pueden realizar del todo una vida normal. La depresión es una enfermedad real. El tratamiento puede ayudarles a vivir lo mejor posible, aun si tienen otra enfermedad.

Es frecuente sentirse triste o desalentado después de un infarto o un diagnóstico de cáncer, o si está en tratamiento para una afección crónica, como el dolor. Puede que estén afrontando nuevas limitaciones en lo que pueden hacer, y se sienta ansiosos por los resultados del tratamiento y lo que les espera en el futuro. Tal vez sea difícil adaptarse a una nueva realidad y hacer frente a los cambios y el tratamiento continuo que acompañan el diagnóstico. Tal vez se les dificulte hacer sus actividades preferidas, como salir de excursión o trabajar en el jardín. Son de esperarse sentimientos temporales de tristeza, pero si estos y otros síntomas continúan por más de un par de semanas, quizá tenga depresión.

La depresión afecta su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y de disfrutar del trabajo, el tiempo libre, la familia y los amigos. Los efectos de la depresión sobre la salud van más allá del estado de ánimo. La depresión es una enfermedad grave con muchos síntomas, incluso físicos. Es una gran lista de todos los síntomas que se pueden tener y con ser observador se pueden identificar, pero a lo que yo me centro en que muchas veces confundimos síntomas y añadimos una tristeza a algo que

probablemente no existe, y tal vez la causa está ahí latente sin nosotros saber que lo ocasiona.

Los mismos factores que aumentan el riesgo de depresión en personas, por lo demás, sanas también aumentan el riesgo en personas con alguna enfermedad. Estos factores de riesgo incluyen antecedentes personales o familiares de depresión, o la pérdida algún familiar por suicidio. Sin embargo, hay algunos factores de riesgo directamente relacionados con otras enfermedades. Por ejemplo, algunas afecciones como epilepsia y los derrames cerebrales causan cambios en el cerebro. En algunos casos, estos cambios pueden tener una función directa en la depresión. La ansiedad y el estrés relacionados con la enfermedad pueden desencadenar síntomas de depresión. Algunas veces, los síntomas de la depresión pueden presentarse después de un diagnóstico clínico reciente, pero desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad.

En otros casos, ciertos medicamentos que se usan para tratar la enfermedad pueden provocar depresión, la cual puede continuar, aunque la salud física mejore. Las investigaciones indican que las personas con depresión y otras enfermedades tienden a presentar síntomas más graves de ambas enfermedades. Tal vez tengan más dificultad para adaptarse a sus enfermedades concurrentes y mayores costos médicos que aquellas sin depresión. No es claro aún si el tratamiento de la depresión cuando hay otra enfermedad puede mejorar la salud física.

Sin embargo, sigue siendo importante buscar tratamiento. Puede marcar una diferencia en la vida diaria si la persona afronta una enfermedad crónica o a largo plazo. Es importante que se le haga saber a las personas, que puede existir otra alternativa más, que aun cuando se haya diagnosticado una enfermedad puede existir la posibilidad de contrarrestar esos sentimientos de tristeza, miedo, angustia con terapia, aun cuando se tenga una enfermedad que debe ser atendida únicamente por el área de la salud,

también puede ser atendido el lado emocional, el darse prioridad en ciertos momentos de angustia, podría hacer la diferencia, y darle un giro a la vida, viéndola de otra manera, de una manera un tanto más positiva y hacer frente a esa enfermedad y por lo mismo, dar todo de sí para no dejarse caer o derrumbarse por ideas que solo destruyen la psique.

Terapia cognitivo-conductual (TCC) es un modelo que ayuda a las personas a cambiar los estilos de pensamiento y comportamiento negativos que pueden contribuir a la depresión. La psicoterapia interpersonal y otros tipos de psicoterapia de tiempo limitado también han demostrado ser eficaces, en algunos casos, en combinación con medicamentos antidepresivos. Aunque muchos son los enfoques terapéuticos que han aparecido en los últimos años, las terapias cognitivas han adquirido en poco tiempo un protagonismo muy destacable en el contexto de las psicoterapias.

Una de las cuales que en lo particular me llamo la atención y es una técnica bastante enriquecedora que podría contrarrestar estos efectos depresivos a causa de diversas enfermedades crónico degenerativas, existe un autor llamado Aaron Beck que habla sobre la “terapia racional emotiva” la cual está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad, por lo tanto nos habla de que la meta fundamental de la TRE es la de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a que los sustituya por otros más “racionales” o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personales como el ser feliz, el poder establecer relaciones con otras personas, y de esta manera poder llegar a un cambio de vida, aceptando las circunstancias por las que cada individuo.

3.1.2. Pregunta de investigación

¿Cuál sería la herramienta de apoyo psicológico para disminuir la depresión en varones en etapa de adultez temprana ocasionada por enfermedades crónica degenerativa?

3.1.3. Justificación

El modelo psicológico de la depresión ha existido desde hace muchísimo tiempo, si bien existen bases en donde se pueda hablar que las enfermedades degenerativas pueden ocasionar depresión en varones en edad de adultez temprana, el modelo psicológico propuesto por Beck, nos habla de que son sesgos cognoscitivos los que proceden a la depresión.

Se puede entender que la depresión primeramente como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas que da lugar a toda una gran serie de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, que desencadenara múltiples problemas para tener una vida más normal y más productiva, el sentimiento que sienten las personas es de total desesperanza ante algo que puede pasar.

Una enfermedad que condicione gravemente la vida de las personas, puede ocasionar que pierda el sentido de vida de continuar con sus actividades diarias y poder llegar a concluiras, ya que el sentido del tiempo también se pierde, y se vuelven más ideas irracionales, las que no permiten continuar con una vida más productiva. La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades fatales y con ello a la incidencia de enfermedades crónicas que se

constituyen en principal causa de discapacidad. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. Se describe como un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis. La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo.

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos.

Las enfermedades crónicas son aquellas cuyos síntomas en las personas se prolongan de por vida y afectan su capacidad para realizar sus actividades habituales; su tratamiento médico es de eficacia limitada y frecuentemente contribuye al malestar físico y psicológico de los pacientes y sus familias; impactan en la percepción que tienen sobre su cuerpo quienes las padecen, en su orientación respecto al tiempo y el espacio, el sentido de su vida y la de sus familias, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal. Las enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades reumáticas, osteoporosis, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, diabetes, epilepsia, también son consideradas enfermedades «complejas» o «multifactoriales» debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes.

Las personas que las padecen y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa. Y sentir un horrible vacío sobre una enfermedad que ellos piensan que no tendrá fin, que no podrá darles una vida del todo normal, que sus relaciones interpersonales están terminadas y la frustración y desesperación, propician que la persona decaiga en una depresión profunda, porque ahora su vida ya no tiene sentido alguno, en ocasiones es tan grave la enfermedad que ni siquiera el intento por llevar una enfermedad controlada con medicación y atención quieren, se encuentran sumergidos en ideas irracionales hacia ellos mismos, hacia su enfermedad y hacia el mundo que les rodea.

3.1.4. Formulación de la hipótesis

La terapia racional emotiva como una herramienta de apoyo psicológico para disminuir la depresión en varones en etapa de adultez temprana ocasionada por enfermedades crónicas degenerativas.

3.1.5. Determinación de las variables y Operacionalización

Variable independiente: terapia racional emotiva

Variable dependiente: depresión

| Variable | Definición teórica | Definición operacional |
|--------------------------|---|--|
| Terapia racional emotiva | La terapia racional emotiva es una técnica psicoterapéutica cognoscitiva. La TRE mantiene la atención sobre la solución relativa a los aspectos específicos de la conceptualización del problema. | La terapia racional emotiva-conductual, se operacionalizó a través de la intervención directa con los sujetos, al aplicar las diversas técnicas que son postuladas en ella tales |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | | como: El esquema ABC como tal, el autoanálisis racional, el insight racional-emotivo, el debate filosófico/método socrático, la imaginación racional emotiva y tareas asignadas en casa |
| Depresión | Describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana | Cuando existe un desequilibrio conductual, emocional con cierto grado de incidencia que se manifiesta en el sujeto y es anormal. |
| Enfermedades crónico degenerativas | Una enfermedad degenerativa es una afección generalmente crónica durante la cual tiene lugar un proceso continuo basado en cambios degenerativos en las células, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo. | Las enfermedades crónicas ocasionan en las personas que lo padecen una serie de sentimientos negativos que llegan hasta la depresión, estas se pueden trabajar mediante técnicas de relajación muscular, reestructuración cognitiva, aceptación de sí mismo, entre otros más. |

3.1.6. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Disminuir la depresión ocasionada por enfermedades crónica degenerativas en varones de adultez temprana mediante la terapia racional emotiva.

Objetivos específicos:

- Sustentar teóricamente mi investigación mediante la lectura y análisis de las teorías correspondientes a la depresión causada por una enfermedad crónico degenerativa en el caso A mediante la terapia cognitivo conductual.
- Diseñar y estructurar un proceso terapéutico que permita que los varones puedan disminuir la depresión ocasionada por enfermedades crónicas degenerativas.
- Determinar el diseño metodológico de la investigación mediante la lectura y el análisis del enfoque, alcance, diseño y muestra de la investigación correspondiente a la depresión causada por una enfermedad crónico degenerativa en el caso A mediante la terapia cognitivo conductual.

3.2. Enfoque de la investigación: cualitativo

Para esta investigación se eligió el enfoque cualitativo ya que este en su definición es aquel que utiliza la recolección y el análisis de los datos para afinar mucho mejor las preguntas de investigación y en relación al tema de depresión permitirá revelar nuevos interrogantes en el proceso de interpretación y así de esta manera poder entender mejor las causas que originan esto en el caso A, y poder intervenir de una manera correcta,

teniendo datos verídicos y recabados a los largo de la investigación (Hernández, 2014, P. 7).

3.3. Alcance de la investigación: Descriptivo.

Para esta investigación se eligió el alcance descriptivo ya que este es aquel que busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice, de este modo tendremos una mejor explicación en relación con el tema de la depresión en el caso A y podremos abordarlo de la mejor manera, esta nos describirá tendencias de un grupo o población (Hernández, 2014, P. 92).

3.4. Diseño de la investigación: no experimental

Para esta investigación se eligió el diseño no experimental, ya que este requiere o no requiere de un método estricto de estudio, de esta manera al paciente se le podrá evaluar en distintos lugares, debido a la naturaleza del estudio, solo nos ayudara para comprender mejor en la realidad en la que vive ya que no se tiene precisamente que hacer en un laboratorio donde se monitorea cada paso, de esta manera se dejaran lapsos de días, para que en la siguiente sesión poder ver el progreso que se tuvo y obtener una mejor investigación acerca de la problemática (Hernández, 2014, P.152).

3.5. Población y muestra

Esta investigación se llevará a cabo en un joven de 25 años que tiene epilepsia desde los 8 años, y por este motivo se detectó en su momento mediante una psicóloga y una psiquiatra, que utilizaron distintas evaluaciones y dieron como diagnostico que tenía depresión, para lo cual estuvo medicado durante mucho, por la misma razón de que esta

enfermedad ha empeorado su calidad de vida, es que este sentimiento ha perdurado en él.

Se eligió la muestra no probabilística en torno al tema de la depresión ya que en esta solo un subgrupo de la población es donde se hace la selección de los elementos que no precisamente depende de la probabilidad sino también de las características de la investigación, de esta manera solo voy a elegir a la persona que tenga el problema en este caso a la persona con la cual se trabajara depresión, de esta forma es más fácil aplicar ciertas baterías de pruebas psicológicas, y sesiones terapéuticas para la mejora de la persona ya que el problema como tal ya está detectado (Hernández, 2014, P. 176).

3.6. Contextos y escenarios

Se eligió para esta investigación un estudio de caso, ya que estos son considerados por algunos autores como una clase de diseños, a la par de los experimentales; no experimentales y cualitativos, mientras que otros los ubican como una clase de diseño experimental o un diseño etnográfico. También han sido concebidos como un asunto de muestreo o un método. La realidad es que los estudios de caso son todo lo anterior. Poseen sus propios procedimientos y clases de diseño. Los podríamos definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”.

Esta definición los sitúa más allá de un tipo de diseño o muestra, pero ciertamente es la más cercana a la evolución que han tenido los estudios de caso en los últimos años. En ocasiones, los estudios de caso utilizan la experimentación, es decir, se constituyen en estudios preexperimentales. Otras veces se fundamentan en un diseño no experimental y en ciertas situaciones se convierten en estudios cualitativos, al emplear

métodos cualitativos. Asimismo, pueden valerse de las diferentes herramientas de la investigación mixta (Hernández, 2014, P. 164).

3.7. Procedimientos.

El proceso para elegir cada técnica utilizada, se realizó basada en la técnica de la terapia racional emotiva, lo importante aquí era elegir todo basado a la depresión, ya que era la problemática principal, tomando en cuenta que la edad del paciente oscila en los 25 años de edad, fue un factor también importante para partir y tomar en cuenta el número de sesiones que se iban a llevar a cabo. El lugar para poder trabajar cada sesión fue en mi casa, en un lugar totalmente destinado para ello y acondicionado con lo que la terapia iba a requerir. Se comenzó por lo esencial que era una entrevista general para conocer la vida del paciente y poder comprender con mayor profundidad las problemáticas de él. Al concluir la entrevista era importante aplicar pruebas psicométricas para tener un diagnóstico propio de la persona, al obtener los datos necesarios de la entrevista la prueba era necesario desglosar los pilares epistemológicos del paciente, y poder entender aquellas razones actuales que lo mantienen en esa posición, después se realizaron las técnicas adecuadas, pudiesen atender cada una de las necesidades de él, y que pueda cumplir con cada objetivo que se planteó y de esta forma mediante tareas y las propias técnicas realizadas, el paciente disminuyera la depresión ocasionada por la enfermedad que padece, y el mismo ambiente que ha ocasionado ciertos desbalances en su vida.

Etapa 1. La entrevista.

Objetivo: Conocer el motivo de consulta del paciente, para que de esta manera se pueda intervenir de la mejor forma y adecuándose a la necesidad del paciente. Así como sondear cada área del paciente para determinar los conflictos.

Inicio: se comenzara con una breve presentación y un Rapport para que el paciente pueda relajarse ante la entrevista y no presente incomodidad o nerviosismo.

Desarrollo: se llevara a cabo toda la entrevista con el formato que está en el anexo 1, siempre manejando un lenguaje que se entienda y manteniendo una postura tranquila para poder dar paso a que el paciente pueda responder cada una de las preguntas de manera más explícita.

Cierre: La entrevista se cerrara de manera positiva, preguntando cualidades del paciente y que de esta manera pueda irse con un pensamiento positivo sobre sí mismo y sobre lo que tratara todo el proceso psicológico.

Formato: anexo 1.

Etapa 2. Observación conductual y aplicación de pruebas psicométricas.

Objetivo: Aplicar pruebas psicométricas que nos ayuden a establecer el momento actual de la persona, y como se encuentra tanto cognitiva como emocionalmente.

Inicio: se explicara al paciente lo que se hará en la sesión, y se le explicara el porqué de cada aplicación de la prueba.

Desarrollo: se comenzara con la aplicación de cada prueba, en cada prueba se dará un descanso de 2 minutos para que no se haga pesada la aplicación. Se llevara en bitácora un registro sobre la forma de la aplicación, como se mostró ante cada prueba. Las pruebas que se aplicaran serán: HTP, FIGURA HUMANA y la ESCALA DE DEPRESION DE BECK.

Cierre: al término de la prueba se preguntara al paciente como se sintió, si tuvo inconvenientes al realizar la prueba, si tiene dudas respecto a la sesión.

Etapa 3. Presentación de resultados de las pruebas psicométricas y encuadre terapéutico.

Objetivo: Dar a conocer al paciente la forma en cómo se trabajara, la duración de cada sesión, de manera ética y profesional.

Inicio: Al tener los resultados de cada prueba psicológica que se aplicó anteriormente, se le entregaran los respectivos informes de resultados, siempre cuidando las palabras y la forma de dar a conocer los resultados, siendo éticos y cuidando la sensibilidad del paciente.

Desarrollo: se resolverán dudas que el paciente tenga sobre los resultados entregados, y se explicara la forma en que se comenzara a trabajar estableciendo los días de sesión, el horario y la responsabilidad que implica consigo mismo para ver resultados y mejorar en calidad de vida.

Cierre: Se dejara la primera tarea al paciente que será realizar una lista con creencias que tenga sobre sí mismo y las problemáticas que sé que quieren trabajar, no olvidando que todas tendrá que jerarquizarlas para poder trabajarlas de mayor a menor importancia.

Etapa 4. Desarrollando los pilares del modelo epistemológico.

Objetivo: Abarcar las 3 áreas del desarrollo del paciente, tales como familia, escolar y personal, para que de esta manera se puede tener un amplio conocimiento sobre la situación actual del paciente y de este modo poder intervenir según la necesidad del paciente.

Inicio: teniendo ya los datos recabados anteriormente se comenzara con una introspección en el paciente para que de esta forma podamos jerarquizar sus problemáticas, y acomodarlas en el orden que sean el más importante y que quiera resolver.

Desarrollo: Al tener identificada la problemática con la que el paciente quiere comenzar, se iniciaría con la técnica de inducción a la tranquilidad, para que de esta manera se proporcione al paciente la tranquilidad verbalizada de manera particular cuando este exprese dudas concernientes a su capacidad de recuperarse. Se tranquilizara al paciente para que discuta sus temores de manera abierta ofreciéndole explicaciones y aliviar la tensión y la ansiedad. Cuando el paciente este convencido de la sinceridad de la terapia se podrá continuar trabajando con la problemática.

Cierre: al ser la primer sesión donde el paciente externa más profundamente sus temores, se cerrara la sesión con un técnica de relajación muscular para que el paciente puede irse de la sesión con una sensación diferente a cuando llego, se realizaran una serie de ejercicios donde el paciente logre un control voluntario sobre su misma tensión.

Etapa 5. Insight emocional: Cambio de actitudes.

Objetivo: crear en el paciente nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas, mediante un cambio de actitudes hacia el estilo de vida que lleva en el momento el paciente.

Inicio: comenzaremos identificando todas aquellas creencias que para el paciente sean relevantes, en esta etapa nos ayudaremos de un autorregistro más completo, que van a incluir los pensamientos racionales alternativos y las consecuencias deseables de las mismas.

Desarrollo: al tenerlas totalmente identificadas, se hará un proceso de preguntas dirigidas al paciente para ayudarlo a descubrir la falsedad de su creencia irracional y que pueda hallar la creencias racional alternativa. Las preguntas que se trabajaran son del tipo ¿Qué evidencia tienes de...? en qué sentido es cierta o falsa esa creencia?, ¿en qué otra forma puedes verlo?, ¿Qué consecuencias positivas o negativas obtendrás manteniendo esta creencia?, etc. Basándonos en todo lo anterior se hará ver al paciente cuando basa sus juicios en una premisa básica incorrecta y cuando lleva a una lógica. Siempre definiendo cada término utilizado de forma clara y precisa para evitar confusiones.

Cierre: Terminaremos analizando cada una de las preguntas trabajadas en sesión y que el mismo paciente pueda hacer consciente todo aquello que creía real y de esta forma pueda trabajar en cada estas ideas irracionales, siempre contrarrestándolas con una idea positiva sobre sí mismo.

Etapa 6. Métodos de distracción

Objetivo: Que el paciente logre tener una distracción cognoscitiva mediante distintas actividades con la finalidad de que las pueda usar como un respiro para los momentos de ansiedad abrumadora.

Inicio: se comienza con una pregunta abierta sobre cómo le fue desde la última sesión, por consiguiente se explicara al paciente sobre la inhibición recíproca para que él pueda apartarse de la ansiedad y pueda sentirse mejor. Los métodos de distracción son técnicas que ayudan que mientras el individuo se concentre en lo que haga, menos piense en lo angustiante de las cosas. Y de esta manera si bien tenga ratos en los que la depresión vendrá y los sentimientos que ocasionan la enfermedad que tenga, podrá utilizar esta técnica que al entregarse puedan lograr un alto nivel de interés que propiciara que aquellos pensamientos disminuyan.

Desarrollo: para trabajar dentro de la misma sesión, se pondrá el ejemplo con la técnica de la repetición: por ejemplo contar baldosas, las líneas o grietas del suelo, tamborilear con los dedos alguna canción, enrollar un trozo de papel de manera sistemática. De esta manera se le dirá al paciente que memorice la canción que más le guste, para repetirla un par de veces durante la sesión.

Cierre: al término de la sesión, se preguntara al paciente como se sintió con la técnica y se dejara tarea para el paciente, explicándole de que consta y las cosas que puede lograr con esta misma, en este caso será la técnica anti monotonía: a veces realizar las actividades de forma habitual hace que éstas se vuelvan desagradables para nosotros. Cambia la decoración de tu habitación, de tu puesto de trabajo. Vuelve a casa por otro camino o modifica el lugar donde haces tus compras. A veces basta con que algo sea novedoso para que sea más placentero. Las actividades que han llegado a ser automáticas porque se realizan a menudo, no funcionan para positivizar el pensamiento

porque no necesitas emplear toda tu atención. Tomando en cuenta los gustos del paciente, en este caso trabajaremos la decoración de su habitación.

Etapa 7. Métodos de imaginar y venciendo sentimientos de inutilidad.

Objetivo: Que el paciente logre en su imaginación encarar todos aquellos temores que le abruman mediante distintos métodos de imaginación, para así en un momento dado pueda afrontarlos en la vida real, a su vez que estos mismos ocasionan sentimientos vacíos que mediante la técnica venciendo sentimientos de inutilidad, podrá confrontarse consigo mismo para lograr que pueda creer en el mismo como ser humano.

Inicio: antes de comenzar se preguntara al paciente sobre la tarea que se manejó en la sesión anterior, de esta manera se llevara a cabo un nuevo método que ira de la mano con la tarea que realizo.

Según la TRE las personas sucesos terribles, comienzan con miedo a una cosa o acontecimiento y terminan con temor a su propio miedo o a los sentimientos “horribles” que experimentan cuando están temerosos. Por consiguiente se mantienen apartados no solo del acontecimiento original sino de cualquier símbolo, idea o representación del mismo. Ante esta situación se combinara la explicación de la TRE que se le dará al paciente y lo que se puede lograr con distintas técnicas hasta que el mismo logre enfrentar sus temores en su propia imaginación y puedan superar la ansiedad y el miedo.

Desarrollo: se comenzara poniendo al paciente en una cómoda posición, mediante la sensibilización y desensibilización ocultas, con este procedimiento se lograra que el paciente con temor a algo imagine la experiencia y el resultado agradable al realizarlo. Se guiara al paciente en el proceso, en el dado caso que entre en estado de ansiedad ante al procedimiento. Al término de este método, se continuara tomando sus temores como guía ya que se pretende el paciente los enfrente.

Cierre: al término de la sesión, nuevamente se preguntara al paciente como se sintió con el método utilizado y se continuara con tarea, de esta manera se está reforzando la parte de mantener en distracción al paciente, de vencer miedos y temores, una de las partes más difíciles sobre la vida del paciente es el buscar trabajo, ya que este se siente incapaz de poder lograr conseguir un empleo estable, así que se le advertirá al paciente que por ser humanos y haber sido criados en una sociedad humana, poseen fuertes tendencias biológicas y sociológicas, por lo que es muy probable que lleguen a ser perfectos no clasificadores. La tarea será únicamente visualizar diferentes opciones de trabajo. Únicamente de manera externa.

Etapa 8. Terapia de resolución de problemas y reestructuración cognitiva

Objetivo: Disminuir las creencias disfuncionales que provocan en el paciente una distorsión de su entorno mediante la terapia de resolución de problema que lo llevará a buscar aquellas opciones alternativas que en el momento no presenta y de esta manera llevar de la mano una reestructuración cognitiva que lo ayudará a que la enfermedad actual que el padece pueda tomarla desde otro aspecto que mejore su calidad de vida.

Inicio: Nos centraremos en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes. Parte de todo esto implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa en la orientación del problema o en la visión general de problemas y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolverlos.

Desarrollo: la resolución de problemas cuenta con 4 metas generales, primero comenzaremos por ayudar al paciente a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo, la segunda meta es minimizar el grado en que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros; la tercera es aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en ese momento y por ultimo diseñar habilidades generales que le permitan abordar de modo eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos. Para nosotros trabajar todo esto ya tuvimos que tener definidas durante las sesión las actitudes del paciente hacia los problemas, se define el problema más aquejado en este momento, después de tenerlo claro se generan soluciones alternativas se evalúan las mismas soluciones sopesando los aspectos positivos (ganancias) contra los negativos (costo), por último, se anima al paciente a actuar conforme a su decisión.

Cierre: al trabajar con la problemática para cerrar la sesión, trabajaremos una última técnica del día, la cual será una reestructuración cognitiva, esta técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional, se le pondrá un ejemplo al paciente con un pensamiento irracional como “creen que soy aburrido” y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales como “no puedo leer la mente de otras personas, probablemente están casados ahora”.

Se dejara de tarea al paciente realizar cada que a su mente llegue un pensamiento o idea racional.

Etapa 9. Empleo del humor y musicoterapia

Objetivo: Que el paciente reduzca aquellos deseos y frustraciones de un modo distinto llevándolo mediante el empleo del humor para que así aquellas situaciones frustrantes pueda darles esa vista distinta y sean cargas menos pesadas, a su vez trabajando con la musicoterapia para poder relajar al paciente en el momento que éste se encuentre en tensión.

Inicio: primero se debe platicar sobre esto con el paciente, ya que existe “humor que ayuda” y “humor que daña”. Y también estar alerta de posibles peligros de humor, como que el cliente interprete una broma como un ataque hacia su persona en vez de hacia sus creencias irracionales, o que haga que la terapia parezca demasiado sencilla cuando en realidad requiere que el paciente la practique y la lleve a cabo para mejores resultados.

Desarrollo: seguido de lo anterior se va a auxiliar al paciente a aceptarse a sí mismo de manera incondicional, señalando en forma humorística y paradójica la horrible persona que es en realidad por cometer errores o por no cumplir con sus propósitos; tercero, bromear acerca del perfeccionismo del paciente; cuarto utilizar el humorismo para apoyarlo en la aceptación de muchos aspectos de la realidad que no le gustan; y quinto, atacar con sentido del humor las exigencias y demandas de absoluta certidumbre del paciente.

Cierre: para concluir la sesión se trabajara con el uso de canciones humorísticas que es la técnica más reciente de la TRE. Tales canciones son cognoscitivas porque comprenden una filosofía racional de alguna creencia irracional; son emotivas por lo musicales y porque se adaptan a canciones que ya tienen una cualidad evocativa y dramática; además son conductuales porque han sido ideadas para ser repetidas de manera mental por los pacientes. Mediante este método ayudaremos al paciente a

sonreír, y por consiguiente, a aceptarse a sí mismo con sus puntos vulnerables y sus fallas; también podrá esclarecer algunos de sus comportamientos contraproducentes a pensar y actuar de forma opuesta y ver lo divertido de la vida. Tomando en cuenta que lo anterior se dejara la tarea de Musicoterapia participativo-pasivo, que es aquella en la cual el paciente escucha música que lo calma y en otros casos escucha música que por su contenido le ayudara a digerir y resolver problemas.

Etapa 10. Imágenes racionales emotivas y aceptación incondicional.

Objetivo: Que el paciente logre de manera activa y directa a auto aceptarse para que su calidad de vida sea distinto y pueda encontrarse con la persona que realmente es, mediante una aceptación incondicional de sí mismo y viéndose como el paciente de años atrás y el de ahora, y así pueda de manera real aceptar todo aquello que está pasando en su vida y tomarlo desde nuevas perspectivas que lo ayuden a sobresalir.

Inicio: las imágenes positivas proporcionan buenos resultados debido a que también abarcan elementos filosóficos. Se comenzara por mostrar imágenes emotivas al paciente y se intentara convencer al paciente que pueden hacer muchas cosas que piensan que no podrían hacer y tener sentimientos apropiados que creen que están fuera de su alcance; sin embargo se mostrara que aun cuando fracasen no son gente fracasada sino solo personas que hasta ahora no han tenido éxito.

Desarrollo: una vez que el paciente haya trabajado para considerarse a sí mismo con ecuanimidad (aunque fracase), será capaz de practicar, de nuevo, las tareas en las que fallo y podrá aumentar las posibilidades de éxito futuro, pero este último nunca es indispensable sino importante. Cada imagen ira acompañada de frases fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, para causar impacto en el paciente y pueda comprender todo aquello que se le está diciendo. Y todo lo que se haya trabajado en terapia anteriormente tenga mayor impacto en el.

Cierre: para terminar con la sesión, apoyaremos al paciente con la técnica de aceptación incondicional, que se le muestre al paciente que como terapeuta lo aceptamos plenamente y al mismo tiempo que él se acepte. Se le mostrara como centrarse en sus puntos buenos así como en los malos, pues aunque es benéfico tener características favorables esto no los convierte en buenas personas; demostrarle que tiene más capacidad de la que cree tener para lograr todo aquello que se proponga de esta forma todo aquello que se trabajó terminara por hacerlo ver que si puede quiere y debe, lo lograra.

3.8. Instrumentos

Es muy importante elegir qué instrumento se ocupará para que dé esta forma se obtengan resultados verídicos y confiables, se eligió la observación en primera instancia ya que es el arma más eficaz de un psicólogo, seguido de una entrevista para saber con detalle aspectos de su vida social, familiar y personal, y de esta manera poder abordar de manera correcta la problemática (Hernández, 2014, P. 394).

3.8.1 observación

En la investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para observar, es por eso que esta herramienta es suma importancia para poder iniciar con la investigación ya que de esta manera podríamos comprender mejor distintas problemáticas, es una cuestión de grado, y la observación investigativa, no se limita al sentido de la vida, sino a todos los sentidos lo que nos permite tener una gama amplia de conocimientos (Hernández, 2014, P. 399).

3.8.2 Entrevista

La entrevista cualitativa es más íntima. Flexible y abierta que la cuantitativa, esta se define más como una reunión para conversar e intercambiar información es la vía más factible para lograr recabar información mucho más detallada de la persona con la que se desea hacer la investigación, ya que se tiene un panorama amplio sobre como poder realizarla puede ser estructurado, semi estructurada y no estructurada (Hernández, 2014, P. 403).

3.8.3 bitácora

Asimismo, es común que las anotaciones se registren en lo que se denomina diario de campo o bitácora, que es una especie de diario personal, donde se incluyen: descripciones del ambiente que abarcan lugares, personas, relaciones y eventos, así como mapas, diagramas, cuadros y esquema de la secuencia de los hechos o cronología de sucesos, vinculaciones entre conceptos del planteamiento, etcétera (Hernández, 2014, P. 373).

3.9. Área de la psicología: clínica

La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes. La psicología clínica, constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos. Esta heterogeneidad se presenta como una diversidad. Se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos.

Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el término surge de la etimología griega klinós que significa cama, en este sentido el clínico "...se inclina sobre el que yace en la cama". La orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos anormales, cotidianos o extraordinarios que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar. Así, ante la opinión pública, existe la noción de que el psicólogo es, el profesional de ayuda, quien coadyuva y facilita la intervención de personas con sufrimiento y angustia por procesos de pérdida, en casos de decisión dilemática o ante los problemas de vida y de pareja.

En el campo profesional, los psicólogos clínicos trabajan en la rehabilitación de personas con accidentes vasculares cerebrales, con esquizofrenia y depresión, con adicciones, autismo, educación especial, y otros males y patologías; pero constantemente abordan problemas de identidad en la adolescencia, duelos y procesos de pérdida, problemas laborales, de pareja y de preparación para la muerte, eventos normales y esperados, pero que afectan el bienestar de la persona.

A pesar de la historia de la psicología, afectada por escuelas doctrinarias de pensamiento, con posturas dogmáticas excluyentes, con claves y otras vicisitudes. En los albores del XXI, las diversas tendencias comienzan a converger en dos aspectos concretos: en el consenso de ciertas competencias profesionales específicas necesarias para la práctica y en la aceptación más extendida de explicaciones biológicas para muchos de los trastornos.

La psicología comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta esencialmente anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos o maldaptativos, conscientes e inconscientes. Históricamente, algunas áreas de la psicología clínica como la fenomenología, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico que, desde la perspectiva psicológica, pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por padecer sufrimiento y angustia de manera primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causan otras enfermedades y condiciones.

La psicología, como campo de estudio, aborda las sensaciones y motivaciones del ser humano, la compleja red de aprendizajes entrelazados que conducen al comportamiento, la personalidad y también la conducta desviada. Dada la amplitud de

este concepto, la ciencia psicológica se ha especializado en distintas ramas según su objeto de estudio, dando como resultados la psicología escolar, la psicología industrial y la psicología organizacional, y desde luego, la psicología clínica: enfocada directamente en el ámbito de la salud la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante los eventos de la vida.

En suma, la psicología clínica se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental. Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal. La psicología clínica constituye en sí misma, un campo disciplinar complejo y más o menos delimitado, estrechamente relacionado por un lado con las ciencias médicas, y de la salud y por el otro la tradición psicológica de la psicometría, la cual interpreta en el ser humano lo que significa la enfermedad, condición de vida y como está afecta su contexto. Stricker y Trierweiler argumentan que la psicología clínica debe estar basada en los postulados científicos y la práctica clínica, cimentada en pensamientos objetivos, sistemáticos y basados en la ciencia clínica (Sánchez, 2008, P. 30).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados generales.

La descripción general del paciente, se llevó a cabo mediante una entrevista previa para conocer todo acerca de su vida, el paciente tiene 25 años de edad, es residente de la ciudad de Maltrata, Veracruz. Actualmente vive solo con su madre ya que su padre falleció hace un par de años, su hermana desde muy joven decidió irse a otra ciudad para trabajar sobre la carrera que estudio. La depresión fue tratada por una psicóloga y una psiquiatra, de noviembre del 2017 a abril del 2018 fue medicado con alprazolam, sertralina y carbamazepina, en el tiempo en que el paciente estuvo con la psicóloga no tuvo mejoras al contrario comenzó a reprimirlo al punto que el ya no deseaba seguir asistiendo y el medicamento en el momento que se lo quitaron, hizo efecto por un par de semanas y luego la depresión regreso con mucha más fuerza, se describe así mismo como una persona vacía, que tiene cambios muy repentinos de humor, la preocupación más grande que tiene es el hecho de dejar a su familia sola, lleva años sin trabajar, no ha tenido trabajos fijos ya que su forma de ser y la enfermedad lo llevo a aislarse totalmente de la gente, la enfermedad que el padece es de crisis epilépticas, continuaba teniendo crisis, así que por una recomendación asistió con un neurólogo que le receto el nuevo medicamento que hasta la fecha está tomando y no ha tenido ninguna crisis en 8 meses.

El paciente se mostró ansioso y nervioso, se mantenía muy pendiente del teléfono, el proceso de fallecimiento de su padre fue la etapa más difícil para él, la burbuja como él decía se había roto y fue cuando se dio cuenta que en el momento de mirar hacia atrás no había hecho lo suficiente por él y había dejado pasar muchos años para poder hacer algo de su vida

El proceso que se llevó con el paciente fue rápido pero cada una de las técnicas escogidas y utilizadas con el paciente, tuvieron un porque y un fin para todo ello. En el momento en el que vivimos, la sociedad critica a los hombres que padecen una enfermedad o que tienen alguna deficiencia, siempre se fijan en aquellas problemáticas que atacan a las mujeres sin embargo un hombre es más complejo ya que ellos son muy reservados con su sentir y no fácilmente pueden desahogarse, las técnicas fueron encaminadas no solo a que el paciente pudiese soltarse y hacer una catarsis con todo aquello que estaba cargando, si no, también que pudiera mediante tareas, hacer que la mente se acostumbrada a un rol de vida mejor, más sano, y mediante el modelo cognitivo conductual y la terapia racional emotiva, se siguiera un patrón de técnicas encaminadas a mejorar la calidad de vida, disminuir los pensamientos de inferioridad, y la depresión, lograr encaminar al paciente hacia un futuro más estable en los ámbitos que le rodean.

El objetivo planteado fue satisfactoriamente logrado, ya que era disminuir la depresión ocasionada por una enfermedad crónica degenerativa y fue lo que se logró en 10 sesiones que fueron encaminadas únicamente a cumplir con los objetivos planteados y poner en primera instancia al paciente, si bien la depresión sigue ahí, y se ha logrado ver un gran avance en el paciente, no se puede dejar de lado que el proceso debe continuar para que no simplemente disminuya, si no, que sea una persona funcional en todos los ámbitos en los que se desenvuelve, pero como primera instancia se logró lo planteado, y de manera segura el paciente se encuentra fuera del peligro en el que estaba corriendo ya que la depresión cada vez volvía con mayor fuerza, se recomienda seguir con la terapia, encaminada hacia más objetivos que puedan mejorar la calidad de vida y que en algún punto la depresión se elimine y pueda ser una persona funcional en cada ámbito.

Los resultados del Pre-test que se basaron en una serie de pruebas aplicadas al paciente para determinar en el estado actual en el que se encontraba, después de la serie de sesiones donde se trabajo de manera más detallada técnicas que lo ayudaran con las problemáticas actuales, de forma general, en las pruebas proyectivas los resultados

salieron que el paciente, tiene sentimientos muy grandes de miedo hacia todo el exterior, todo esto le ocasiona grandes problemas de tensión , ansiedad, inseguridad, así como evitación al ambiente, todo aquello ocasiona que sea agresivo ante el ambiente que le rodea, los sentimientos cada vez fueron mucho más constantes, la necesidad de apoyo es necesaria en el paciente, ya que le ocasiona conflictos grandes con las personas que le rodean, y lo hacen evadir responsabilidades y que su nivel de madurez sea bajo, todo esto, está representado en muchos aspectos de la vida de él, que ocasionan que sea un ser disfuncional, que tenga poco contacto con el medio, y lo frustra ante un deseo y conflicto sexual reprimido, que también ocasiono se hiciera adicto a la pornografía, los sentimientos de inutilidad son presentes y notorios en el momento de la aplicación de las pruebas, independientemente de los resultados en las pruebas proyectivas, en el inventario de depresión de Beck, su resultado fue un puntaje de 31 puntos que nos da un diagnóstico de depresión grave.

Los resultados del post-test fueron bastante significativos, ya que si bien aún existen sentimientos de tristeza en el paciente, ya no son recurrentes, ni tan pronunciados, en las pruebas aplicadas, los resultados arrojados fueron en menor cantidad que los anteriores, continua con sentimientos de ansiedad y tensión, que provoca que tenga una presión ambiental, esto se debe a que una oferta de trabajo llego al paciente y está por iniciarla, se siente inseguro de sí mismo aun pero sin temores, ya que se atrevió a ello sin dudarlo. Los sentimientos de agresividad disminuyeron significativamente, así como la presión sexual que sentía, los métodos indicados que se llevaron a cabo lograron cada objetivo planteado, la depresión no esta tan latente, no se desapareció pero los sentimientos disminuyeron, se enfrentó a nuevos retos que salieron a relucir en estas últimas pruebas aplicadas, que fueron la rigidez por el futuro, un futuro incierto que lo mantiene alerta en todo momento.

4.2. Resultados particulares

Sesión 1.

El objetivo de esta primera sesión era conocer el motivo de consulta del paciente, para que de esta manera se pueda intervenir de la mejor forma y adecuándose a la necesidad del paciente. Así como sondear cada área del paciente para determinar los conflictos. A la sesión el paciente acudió a la hora acordada, llegó con un aspecto totalmente desaliñado, ropa sucia, cabello largo, despeinado, mal olor etc. Llegó bastante ansioso ya que movía demasiado la pierna, los primeros 15 minutos tocó mucho el teléfono celular, hasta que se le aclaró que por favor dejara de tomarlo, el cual accedió sin problema alguno, se comenzó por un rapport sobre el clima y se procedió a explicar al paciente de lo que trataría la sesión, sobre una entrevista para poder conocerlo mucho mejor.

Al principio respondía de manera corta sin alargar mucho sus respuestas, hasta llegar al punto donde se cuestionó que si realmente se sentía cómodo para hablar sobre él, a lo que él respondió que anteriormente había tenido un mal momento con una psicóloga la cual no dejó que él se expresara o hiciera una completa catarsis, en el momento en que él deseaba hablar sobre el tema que lo aquejara lo único que decía la psicóloga era que de eso no trataba la sesión y solo lo limitaba y reprimía, así como a su vez una psiquiatra le mantuvo medicado. Conforme fue avanzando el tiempo de la entrevista se fue soltando un poco más hasta el punto donde tocó el tema de su mamá diciendo lo que realmente pensaba sobre ella y lo que no le parecía de sus actitudes hacia él, menciono también dentro de la entrevista su último intento de suicidio a raíz del fallecimiento de su papá, se mostró muy sincero con cada palabra que decía y se notó el desahogo emocional que no había logrado tener anteriormente, menciono que a nadie jamás le había contado sobre él y sobre su vida, conforme fue avanzando muchísimo más la entrevista dejó de verse tenso y comenzó a desenvolverse más con cada

pregunta, hablo sobre la relación con su hermana y como lo ha sobreprotegido su mamá. También sobre la enfermedad que padece el cual lo ha limitado en muchos momentos de su vida y que aunque ya logro controlarla con medicamento el temor está vigente. En la entrevista denoto sentimientos de no querer seguir viviendo, su vida para él es un completo vacío. Al finalizar la entrevista se le preguntaron 3 cualidades a lo cual al principio no supo responder, le costó bastante minutos el pensar y dar una respuesta. Al final si logro decirlas y se retiró de sesión con una media sonrisa pero con menos ansiedad que con que entro a la sesión. El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente ya que se logró crear un ambiente de empatía para que el paciente pudiese expresar con total confianza aquello que se le cuestionaba.

Sesión 2.

Llego puntual a la sesión, con un aspecto desaliñado. Se le pregunto cómo se sentía a lo que contesto que lo importante era tener salud, comenzó a platicar sobre un proyecto que le gustaría emprender, se le cuestiono de cómo se sentía con la entrevista pasada, a lo que respondió que bien, que sintió un gran desahogo que a nadie jamás había contado todo aquello que le aquejaba, dijo que las ideas de suicidio seguían ahí y que están a diario y en cada momento, también que conserva un video que el mismo grabo dando los motivos del porque se quitaría la vida, en cierto momento dice confiar en esta terapia pero en otros momentos preferiría que lo dejaran morir porque para él no hay más futuro. Ya que el objetivo de esta segunda sesión en la aplicación de pruebas psicométricas se comenzó por una prueba que no se le dificultara demasiado y que fuera proyectiva, se comenzó con la prueba HTP, a la aplicación de esta se mostró muy concentrado al hacer los dibujos pero borro demasiado y remarco bastante cada línea. La segunda prueba fue el test de depresión de Aaron Beck, en esa prueba dejo de mover la pierna y se mostró aún más concentrado y accesible al responder el cuestionario. Cuando respondía el cuestionario menciono tener la cuerda en casa con la que pensaba ahorcase. La última prueba fue igual proyectiva y fue figura humana de Karen Machover,

se mostró igual de accesible y concentrado. Al final de la sesión se retiró tranquilo, pero pensativo en si realmente la terapia podría funcionar en él y si no era tarde para intentarlo.

Sesión 3.

Acudió puntual a la sesión, llego con aspecto desaliñado, se le pregunto cómo le había ido en la semana a lo cual respondió que le volvieron las ideas suicidas, ya que, en la sesión pasada se le habían aplicado 3 pruebas distintas pero todas ellas encaminadas hacia lo emocional y al ver los dibujos hechos anteriormente decidí aplicar una prueba para medir el coeficiente intelectual, se le aplico la prueba de Raven escala blanco y negro, en la cual fue bastante observador y se mostró muy concentrado, pero si se tardaba demasiado tiempo viéndolas y decidiendo. También por motivos no se decidió dar el diagnostico de cada prueba, simplemente se delimitaron los parámetros en que se trabajaría cada sesión a lo cual el paciente se mostró dispuesto. Al finalizar la sesión estaba tranquilo.

Sesión 4.

A la sesión acudió el paciente de manera puntual, nuevamente llegando con un aspecto desaliñado, al llegar se le pregunto cómo se sentía a lo que respondió que más o menos, que había tenido pensamientos tristes en la semana y que no sabía cómo manejarlos, el objetivo de esta sesión era abarcar las 3 áreas del desarrollo del paciente, tales como familia, escolar y personal, para que de esta manera se pudiera tener un amplio conocimiento sobre la situación actual del paciente y de este modo poder intervenir según la necesidad del paciente. Así que se comenzó con la primer técnica que era “inducción a la tranquilidad” para hacerle saber al paciente que podía tener plena confianza en mí como terapeuta, para esto el paciente respondió que era bueno que le dijera eso y que prefería no verme directamente a los ojos pero que si tiene confianza en

la terapia, inicio nuevamente a platicar sobre su mamá y el problema de no poder ser el mismo dijo “ tengo miedo a todo” a los rechazos, las críticas, los malos comentarios, etc. Se le dio una hoja para escribir como se considera a el mismo, ya que había mencionado en entrevista que lo que le duele es no saber quién es el, en esa hoja plasmo como se consideraba a sí mismo, cabe resaltar que todo lo escrito fue totalmente negativo y triste. Pero comento que jamás lo había externado ni verbal ni mucho menos escrito y que esto aunque había salido negativo le había servido para sacar todo aquello que por mucho tiempo llevaba guardado.

Para cerrar la sesión se aplicó la técnica “relajación muscular” primero se puso al paciente en una posición cómoda y se le pidió cerrara los ojos, y comenzara a respirar profundamente, inhalara y exhalara así por varios minutos, después se le pidió hiciera presión en el dedo pulgar del pie y luego dejara de presionar, luego por la pantorrilla, subiendo a las piernas, el estómago, las manos, los brazos, el cuello, los ojos y la cabeza, para que conforme tensara y luego liberara lograra una relajación total de todo el cuerpo, al terminar se le pidió cuando estuviera listo abriera los ojos y respirara normal. Al final se le pregunto cómo se sentía y dijo sentirse muy muy calmado, relajado y que su cuerpo no pesaba, se le dejo de tarea realizar esta técnica por las noches.

Sesión 5.

A esta sesión el paciente acudió a la hora acordada, con un aspecto desaliñado, se le pregunto cómo le había ido en la semana, a lo que respondió que más tranquilo, con nuevos proyectos listos para emprenderlos. Las idean en esa semana estuvieron más ausentes, y casi no aparecieron en su cabeza, realizo la tarea únicamente dos días, así que se le asignó una hoja que llevaría como agenda, marcando todos los días en lo que realiza las técnicas, el objetivo de esta sesión era crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas. Para lograr el objetivo previsto se comenzó

con una técnica de insight emocional sobre las creencias irracionales que el paciente tenía, comentó que se sentía seguro desde las sesiones pasadas donde se creó la inducción a la tranquilidad le sirvió para darse cuenta que podía confiar, dijo sentirse totalmente seguro de confesarme un secreto que lo aquejaba hace ya un par de años, se volvió adicto a la pornografía, fue algo que realmente le quitó la vida, el tiempo, lo hizo sedentario, solitario y sin deseos de salir. Dijo que desde la sesión pasada no había vuelto a verlo, que se sentía, al trabajarlo se dio cuenta que perdía el tiempo haciéndolo y que podía invertir su tiempo en algo que pudiese ser más productivo para él. Se sintió tranquilo y liberado y dejó de verse ansioso, porque dejó de mover las piernas.

Se trabajaron distintas ideas irracionales para él, ideas que provenían la mayoría de casa, y se llevó al paciente a ponerlas sobre una balanza para poder ver que realmente eran situaciones que el mismo podía controlar y que no pasaba nada si alguna no era cumplida, o simplemente si pasaba, no afectaría a su vida. La gran parte eran encaminadas a su mamá y su hermana, así que para finalizar con esa sesión, se le marco una lista de actividades en casa para realizarlas, trabajar el debo puedo y quiero, para que él se diera cuenta de las situaciones que puede manejar y que no lleguen a problema, también a cada idea que llegase se eligió una frase positiva para contrarrestarla, al finalizar toda la sesión dijo sentirse “como nunca antes, motivado y seguro de el mismo”. Que paso bastante tiempo estando así y que conmigo como terapeuta todo era distinto. Se fue feliz con una sonrisa en el rostro, dentro de sus metas próximas comentó ir al dentista, peinarse, tender la cama a diario. Se veía totalmente decidido sin temores y muy tranquilo.

Sesión 6.

A la sesión el paciente acudió de forma puntual, llegó con un mejor aspecto, el cabello arreglado y peinado y los dientes lavados. Comentó que se peinó 3 veces en el día, que se había estado durmiendo temprano ya que en su lista de metas se encontraba

dejar de dormir tan tarde y que máximo a las 11 él ya tenía que estar acostado, realizo su primera rutina de ejercicio por la mañana y se sintió bastante motivado y liberado. El objetivo planteado para esta sesión era que el paciente lograra tener una distracción cognoscitiva mediante distintas actividades con la finalidad de que las pudiera usar como un respiro para los momentos de ansiedad abrumadora. Para que el objetivo pudiese ser cumplido se utilizó la técnica de “métodos de distracción” haciendo hincapié en que ya se estaba usando una circunstancia, que era la meta de diariamente comenzar a hacer ejercicio por la mañana, para que pudiese mantenerse distraído y a la vez liberar energía acumulada para lograr estar más tranquilo y relajado.

Como segundo método de distracción se utilizó el proyecto de hacer videos para YouTube, a lo cual comenzamos a plantear nombres para el canal, así como de que trataría cada episodio, sin duda alguna note tu entusiasmo hacia este tema, que lo mantuvo concentrado, como tercer punto el leer un libro de su agrado, fue la de las opciones más viables para llevar a cabo la técnica, ya que el leer le ampliaría el conocimiento para poder aportar más a su proyecto de YouTube. Al plantear y trabajar estos 3 puntos, dijo “me siento como otro yo, alguien con futuro que puede hacer grandes cosas”. Al finalizar se añadió todo esto a su agenda para que no olvidara y tuviese más motivos para poder estar ocupado y distraído en cosas de su agrado, que lo mantienen tranquilo, y con nula ansiedad. Se fue feliz, motivado, seguro de sí mismo. El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente.

Sesión 7.

A la sesión acudió el paciente de manera puntual, con un aspecto mejor, el cabello nuevamente peinado, ropa limpia y con un tratamiento para los dientes, platico que había visitado a la dentista y le dio un tratamiento para mejorar su dentadura y que se sentía bien al haber ido, el objetivo de esta sesión era que el paciente pudiera en su imaginación encarar aquellos temores que le aquejaban. Así que decidí comenzó por una técnica

tranquila pero de bastante ayuda, la cual era “venciendo sentimientos de inutilidad” ya que es uno de las principales características de la depresión, la forma en cómo se perciben a sí mismos, y como todo aquello que realizan para los pacientes es poca cosa, así que iniciamos con aquellos comentarios que él se imaginaba sobre todo, se exployo sobre todas aquellas ideas y sentimientos que tenía hacia el mismo, se hizo la dinámica para que el solo se diera cuenta que no pasaba nada si intentaba las cosas a las cuales le tenía temor, y de el mismo salió decir que lo peor sería no intentarlo y quedarse así con los brazos cruzados, dijo que hacia un par de semanas, le habían propuesto un trabajo pequeño un amigo suyo y que tenía miedo, pero ahora con esto se sentía seguro y la balanza de posibilidades se incrementaba, y se daba cuenta que lo peor sería no intentarlo y no atreverse a ello.

Las tareas que se venían manejando de sesiones anteriores se continuaron porque sirve como método de distracción, para mantener las ideas irracionales lejos y mantenerse ocupado en proyectos, y de esta forma también disminuir las ansiedades con actividades que ya se comenzaban a realizar como rutina, la piernas dejo de moverlas y él no era ni siquiera consciente de que tenía un movimiento grande cada vez que llegaba a sesión ahora eso ya no sucede, fue una sesión donde el objetivo se cumplió satisfactoriamente, el paciente ha logrado un avance significado.

Sesión 8.

A la sesión acudió el paciente a la hora acordada, con un aspecto más ordenado, cabello peinado, ropa limpia. Las problemáticas actuales por las que el paciente está pasando en su entorno familiar y con las cuales en las sesiones pasadas se estuvieron trabajando ocasionaron una situación la cual el mismo paciente llego a la conclusión que no existía ninguna que no tuviera una solución, no fácil, pero no imposible, antes de ir directamente a la técnica, el paciente realizo una lista con aquellas problemáticas que actualmente lo estuvieran aquejando, al yo mencionarle al paciente la actividad, dijo que

el fin de semana pasado, tuvo un altercado con su mamá sobre que el después de muchísimo tiempo había decidido salir con un amigo y que su mamá se molestó y lo fue a buscar a la casa del amigo con el que iba a salir, al llegar el a casa, comenzaron las acusaciones por parte de la madre, y el siempre que comenzaban esas situaciones decía a todo que sí, pero que en esta ocasión hizo un lo que nunca imagino, expreso su sentir y su pensar ante su mamá, diciéndole lo que le molesta y lo que él desea hacer, y la respuesta de su mamá fue algo que lo impresiono y que sinceramente él no se esperaba ya que ella lo reacciono positivamente y pudieron llegar a un buen acuerdo, dijo sentirse con un peso menos y que realmente se sentía bien al haberlo hecho, el paciente al decir todo esto, dio en un punto clave para lo que sería esta sesión la cual planteaba un objetivo de disminuir las creencias disfuncionales.

Así que se comenzó por 3 situaciones actuales que en esta semana pudieran mantenerlo en estado de tensión y guiarlo para que pudiera comprender su situación, identificar el pensamiento que atrae aquel suceso, ver la emoción que se desencadena y que conducta realiza cuando esto sucede, siempre quedándose en esta última sin ir más allá, pero en esta ocasión a todo esto se le añade un pensamiento alternativo que reestructure todo el momento y pueda entonces combatir las creencias y tenga herramientas necesarias para afrontar cada situación. Al término de la actividad el paciente comento sentirse bien, porque le ayuda a darse cuenta que todo en el mismo y que lo ayuda para ver que tiene solución. Se fue tranquilo de la sesión y decidido a combatir aquellos pensamientos sin fundamento que llegan a su mente y resolver aquellos problemas con opciones alternativas.

Sesión 9.

A la sesión acudió el paciente de manera puntual, con aspecto arreglado y ordenado para comenzar se le pregunto al paciente como se sentía a lo que respondió que el día de ayer se sintió triste, pero que con las técnicas trabajadas anteriormente había logrado alejar aquellos pensamientos y se concentró en el proyecto que está por iniciar. El objetivo planteado para esta sesión era que el paciente redujera aquellos deseos y frustraciones de un modo humorístico, así que se dio la pauta para comenzar a bromear con la situación de su hermana y su mamá, imitando el tono de voz que hace su hermana al regañarlo a lo cual río diciendo que se escucha chistoso ahora que lo ve desde otro punto de vista y que suena gracioso porque dice cosas sin sentido, que ahora todo es distinto, está seguro de sus decisiones y que será una “perra”, a esto último soltó una carcajada que jamás había escuchado como su terapeuta y comenzó a hacer ademanes femeninos y se divirtió haciendo eso, porque se mostraba seguro, decidido y motivado.

Al terminar y ver que el paciente estaba totalmente relajado y tranquilo, se continuo con musicoterapia, con una canción para relajar los músculos y que pudiese bajar los pocos niveles de ansiedad que pudiesen quedar. Al escuchar la música el paciente comenzó a relajarse y de un momento a otro comenzó a llorar, la música no fue para atraer tristezas al contrario, logro llegar a lo más profundo y sirvió para que todo lo que en ese momento sentía saliera, lloraba porque se sentía bien, porque se había dado cuenta que había un más allá de algo, que las cosas que en momento el sintió que no sucederían, estaban pasando y estaban pasando en el momento correcto, se sentía desahogado, con motivación para combatir aquella enfermedad, se daba cuenta que había desperdiciado parte de su vida pero que no podía dejar que todo lo que quedara de él, se fuera para abajo. Al final de la terapia, se fue muy tranquilo, paciente y calmado.

Sesión 10.

Para la última sesión planeada, el paciente llegó a la hora acordada, con un aspecto arreglado, y con bastante buena vibra. Al llegar el mismo comenzó a platicar que su gran proyecto estaba siendo grabado ya su semblante era feliz, tranquilo y en paz. El último objetivo planteado para esta sesión era que el paciente lograra de manera activa y directa auto aceptarse. Por lo que se comenzó con una serie de fotografías obtenidas por una amiga suya, en donde se veía unos 5 años atrás, y se le cuestionó quien era él, hace 5 años y quien era ahora, si se sentía conforme consigo mismo, dijo que él nunca se vio como alguien que pudiese evolucionar y ser mejor, simplemente cuando se cuestionaba quien era, y lo que era, resultaban ser cosas negativas, pero ahora que se veía, lograba percibir que había evolucionado, que tenía una perspectiva diferente de las situaciones, que fue parte del proceso de crecer y evolucionar, reconoció que ahora pudo darse cuenta que dejó de mover los pies cuando se sentía nervioso y ansioso, que sus proyectos que tardaron años ahora estaban ya en marcha y que el chico que era hace 10 años había evolucionado para ser mejor.

Se continuó con la aceptación de sí mismo, para ello se le pidió que en una hoja escribiera “yo me acepto... tal cual soy” seguido de todos aquellos defectos y virtudes que ahora el paciente lograba identificar. Al término de esta actividad leyó cada una y se logró dar cuenta que ahora la mayoría de cosas negativas le resultaban atractivas y que algo bueno de todo eso sacaría. Cuando le pregunté si la depresión había disminuido comentó que sí, que antes la depresión lo tiraba, ahora era distinto si bien seguía, ahora buscaba soluciones, no se tiraba y luchaba contra ella.

CONCLUSIÓN

Este trabajo tenía como objetivo general disminuir la depresión ocasionada por enfermedades crónica degenerativas en varones de adultez temprana mediante la terapia racional emotiva. Para ello se tomaron diferentes puntos a considerar para poder llegar así a cumplir el objetivo planteado, cabe mencionar que aun cuando es “normal” que las personas experimentemos cambios periódicos en el estado de ánimo, se debe estar atento a indicadores de depresión como lo es el experimentar una intensa y permanente tristeza que interfiere en el desempeño personal, social, laboral, entre otros. Es un trastorno que se presenta en niños, adolescentes y adultos, hombres y mujeres, y se considera que será en un futuro el estado de ánimo de los seres humanos.

Al Terminar este arduo trabajo llegamos a la conclusión de que el estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aún más severo que estar cansado. Aun cuando los tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene unos enfermos que padece de depresión. Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el re-iniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente, por ejemplo: una ama de casa tiene problemas para hacer cosas tan comunes a ella como el arreglo de su hogar, y aun el arreglo personal.

El deprimido puede tener disminución importante en su apetito, lo cual lo lleva a bajar de peso, y también suelen tener problemas de concentración y memoria. Otro de los apetitos, que está de manera importante disminuido es el deseo sexual. Es común que las personas, tengan deseo sexual, y que esto los motive a la búsqueda de pareja y el realizar una relación sexual, o tener fantasías respecto a lo anterior. El enfermo con depresión esta materialmente en ausencia del deseo sexual, y por supuesto, esto puede

tener cierto impacto en sus relaciones interpersonales, principalmente en el área marital. Un aspecto serio del problema del deprimido es que presenta constantemente ideas de muerte. Estas van desde ya no querer estar vivo, pidiéndole a Dios, el que "los recoja", hasta la maquinación de su propia muerte, que en ocasiones, se llevan a cabo.

Ahora bien, las enfermedades crónico degenerativas, es algo que a lo largo de esta investigación se situó, ya que tiene un papel importante y esencial, porque es el problema central del paciente, que desencadena una depresión que ha perdurado por muchísimos años, y que origina en el paciente un sinnúmero de detalles más. El modelo para intervenir en este proceso, fue el modelo cognitivo conductual ya que contiene mucho de lo que se había especificado en los objetivos planteado, y de él se desprendía una técnica llamada "terapia racional emotiva", fue elegida para cumplir de manera más detallada los objetivos particulares y poder de esta forma combatir la problemática del paciente, que desde hace varios años tenía esta problemática, y aun cuando intento muchas formas de poder terminar con la depresión, no tuvo éxitos y esto lo llevo a hundirse más en la depresión.

De acuerdo al estudio realizado en el paciente, el cual consto de pruebas proyectivas, de un test para medir el estado de depresión en el cual se encontraba, el cual era grave, se estableció que la intervención psicológica adecuada mediante las técnicas de la terapia racional emotiva repercute positivamente en el tratamiento y modificación del mismo. Ya que cada una de las técnicas elegidas, partieron de un objetivo que ya se había planteado y el cual fue logrado satisfactoriamente en cada sesión. Se fue trabajando de manera cuidadosa para el paciente, ya que entro un poco resistente a adquirir ese cambio que muy en el fondo él estaba esperando, cada sesión, fue total satisfacción, como profesionista y también para el paciente. Cada objetivo particular tuvo un fin, con el que se trabajó constantemente en cada sesión para poder cumplirlo.

Para ir concluyendo sobre esta investigación es importante mencionar aquellos objetivos en lo que se basa todo el proceso que se llevó a cabo, el primero era sustentar teóricamente la investigación mediante la lectura y análisis de las teorías correspondientes a la depresión causada por una enfermedad crónica degenerativa en mediante la terapia cognitivo conductual. El cual fue satisfactoriamente cumplido y logrado, ya que basándose en múltiples estudios, se pudo comprender lo que realmente era la depresión y el impacto tan fuerte que tenía en los varones de adultez temprana, el segundo objetivo era diseñar y estructurar un proceso terapéutico, el cual se fue logrando en cada sesión planteada con el paciente para que la depresión pudiese disminuir y pudiera lograr aquellos objetivos que personalmente él se planteó.

Por ultimo estaba determinar el diseño metodológico de la investigación, el cual también se logró satisfactoriamente, ya que toda la investigación iba encaminada hacia lograr un mayor conocimiento de la enfermedad, del proceso por el cual los pacientes pasaban y también se tuviera claro cómo es que se iba a abordar, de qué forma se iba a lograr que la depresión disminuyera y como era el cambio que el paciente iba a tener conforme pasara cada sesión, aunque el tiempo fue corto y pareciera que fue rápido, cada sesión significo un gran logro para el paciente y una nueva forma de afrontar aquellas problemáticas que por años, lo mantuvieron en un estado de completa quietud, se logró que significativamente la depresión disminuyera, el paciente, comenzó a hacer consciente todo aquello que estaba inconsciente, su aspecto físico mejoro, así como sus relaciones interpersonales, el paciente logro establecer aquellas metas que hacen que su vida tenga un rumbo distinto, si bien la depresión no se acabó, disminuyo en un gran porcentaje, cada sesión tenía un propósito único e inigualable, muy independiente de esas técnicas que ya son existentes, se define por la forma en cómo se llevan a cabo, como se planean y como se trabajan con el paciente.

REFERENCIAS

- * Aduna A.P., Ordás M.L. (1989) Curso para reducir ansiedad en exámenes escritos, editorial Trillas, México DF.
- * Ali L. F., González S. (2012) psicopatología clínica, editorial Trillas, México.
- * Alvarez S.M., Escoffie E.M., Rosado M., Sosa M. (2016) Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico, editorial El manual moderno, 2° edición, México.
- *Asociación mexicana de psiquiatría (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, Arlington, VA.
- *Barlow D. H. (2018) Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento pasó a paso, editorial El manual moderno, México.
- * Belloch A., Bonifacio., Ramos F. (1995) Manual de Psicopatología, Volumen 2, Editorial McGraw Hill, Edición, Madrid.
- * Caballo E.V. (1998) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1° edición editorial siglo veintiuno de España, Madrid España.
- *CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- * Cueli J., Reid L., Martin C. Lartigue T., Michaca P. (2015) Teorías de la Personalidad, Editorial Trillas, México.
- * Chavez K., Tena E.A (2018) Depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales, editorial El manual moderno, 1° edición, México.

- * Craig G., (2001) Desarrollo Psicológico, editorial Prentice Hall, Octava edición, México.
- * Ellis A., Grieger R (1990) Manual de terapia racional-emotiva, editorial Desclée de brouwer, Volumen 2.
- * Feixas G., Miro T. (1993) Aproximaciones a la Psicoterapia, Editorial Paidós Ibéricas S.A, Barcelona.
- * Galimberti U. (2002) Diccionario de psicología, editorial Siglo XXI, México.
- * González J.J (1999) Psicoterapia de grupos, editorial El manual moderno, México.
- * Hernández R. (2014) Metodología de la investigación, Editorial Mc Graw Hill, sexta edición, México.
- *Lawrence A.P (1998) La ciencia de la personalidad, Editorial McGraw Hill, Aravaca (Madrid).
- * Nezu A.M., Nezu C.M., Lombardo E. (2006) formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales: un enfoque basado en problemas, editorial El manual moderno, México.
- * Niven N. (2009) Psicología en enfermería, editorial El Manual Moderno, México.
- * Papalia D. (2001) Desarrollo Humano, Editorial McGraw Hill, Octava Edición, Bogotá, Colombia.
- * Ruiz M.A., Díaz M., Villalobos A. (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, editorial Desclée.
- * Sánchez P. (2008) Psicología Clínica, Editorial El Manuel Moderno, México.

* Yankura J., Bryden W. (1999) Terapia conductual racional emotiva, editorial Desclée de brouwer, España.

* Worchel S., Shebilske W. (1998) psicología fundamentos y aplicaciones, editorial Prentice Hall, Quinta edición, Madrid.

GLOSARIO

Adulthood temprana: Esta etapa abarca el periodo de 20 a 40 años, es un periodo donde los adultos buscan su realización personal en muchos ámbitos tanto el laboral como lo es obtener una profesión y desarrollar su conocimiento en su trabajo, otro es el personal donde se busca encontrar una pareja con la que comparta sus metas y sea un apoyo en la realización de sus objetivos.

Alucinaciones: percepción de alguna cosa que no existe y que no obstante se considera real. Dicha percepción, que es involuntaria y acrítica, tiene los caracteres de la sensorialidad y de la proyección.

Atípicos: discordancia de lo que es típico o de lo que se apega a la norma. El término no se refiere al carácter de los individuos, a su comportamiento, y a los resultados de los test.

Anhedonia: noción que procede del vocablo francés anhedonie, es un término que se emplea en el terreno de la psicología para referirse a la falta de capacidad para experimentar el placer.

Delirios: idea o conjunto de ideas que, aun sin tener correspondencia alguna con los datos de la realidad, no ceden a los argumentos de la discusión ni a los desmentidos de la experiencia. Dichas ideas de importancia central en la visión del mundo del delirante, resultan inaccesibles a las personas que pertenecen a su mismo ámbito cultural.

Depresión: la palabra depresión significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afecto de la personalidad.

Distorsión cognitiva: son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa.

Enfermedad crónica: afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Epilepsia: La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todas las edades. Su principal característica son las convulsiones, que se producen cuando grupos de células del cerebro provocan descargas eléctricas excesivas y causan contracciones musculares. Estos espasmos pueden afectar a una parte o a todo el cuerpo. En ocasiones, las personas que sufren los ataques pierden luego la consciencia. Hay afectados que tienen unas pocas convulsiones a lo largo de un año, mientras que otras padecen varias al día. Asimismo, estos ataques pueden ser muy breves y poco intensos, o largos y graves.

Exacerbación: es el aumento transitorio de la gravedad de un síntoma o de una enfermedad.

Hipersomnia: Sueño excesivamente prolongado y profundo.

Hipocondriaco: preocupación inmotivada por las propias condiciones de salud, acompañada de trastornos físicos y estados de angustia y depresión. En el sujeto se verifica un retiro de la libido del mundo externo, con la consiguiente concentración de la misma en sí y en el órgano interesado.

Libido: termino latino que significa “deseo”; lo utiliza S. Freud para designar la energía correspondiente al aspecto psíquico de la pulsión sexual. Y C.G Jung para designar la energía psíquica en general, presente en todo aquello que es “tendencia hacia”, no necesariamente sexual.

Pesadumbre: es la condición de aquello que es pesado. El uso más frecuente de este concepto, de todos modos, está vinculado a la tristeza, congoja o pena que provoca un cierto estado o una situación.

Proliferación: La proliferación puede referirse a un aumento de las cosas más diversas, incluso de cuestiones simbólicas. Si alguien hace referencia a la proliferación de mosquitos, está mencionando que estos insectos no dejan de reproducirse en determinado lugar o en cierta época, lo que implica un aumento de su cantidad.

Psicótico: Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

Psicofarmacología: rama de la farmacología que estudia, con bases experimentales y fines terapéuticos, la acción de las sustancias químicas en las funciones psíquicas.

Psicopatología: disciplina psicológica en la perspectiva del desarrollo psíquico indaga, más que las causas orgánicas, el funcionamiento anormal de la actividad psíquica, con el objetivo de identificar, en forma sistemática, las causas específicas.

Raciocinio: se habla en el ámbito de la teoría de decisiones. A propósito de la elección de los medios y de las conductas más adecuadas de acuerdo con los fines que se desea alcanzar. Son criterios de racionalidad la coherencia entre pensamiento y acción y entre medio y fin.

Relajación: disminución de una tensión física o psíquica que se puede obtener recurriendo a terapias preparadas con ese fin, la más conocida de las cuales es el entrenamiento autógeno. Desde el punto de vista psicoanalítico la inhibición voluntaria de la tensión puede revelarse como un fenómeno de protección para no enfrentar la conflictividad subyacente, responsable del estado tensional.

Sintomatología: conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud. Los síntomas a su vez, son manifestaciones objetivas que corresponden a la forma en que el organismo responde a un determinado estímulo.

Psicoterapia: La psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas.

Trastorno: alteración de naturaleza funcional que modifica las condiciones normales de un sistema motor, nervioso, psicológico, etcétera.

Anexo 1.

FORMATO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Fecha de entrevista: _____ Hora: _____

Cargo al que aspira: _____

Nombres y apellidos completos: _____

Fecha de nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____

Lugar: _____

Edad: _____

Estado Civil: Casado ___ Soltero ___ Separado ___ Viudo ___ Unión Libre ___

Dirección: _____ Barrio: _____

Ciudad o Municipio: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Motivo por el cual busco el trabajo: _____

1. GRUPO FAMILIAR

COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | VIVE CON USTED |
|---------------|-------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

COMPOSICIÓN FAMILIAR

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | VIVE CON USTED |
|---------------|-------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|
|---------------|-------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Cómo es su relación con tu padre: _____

Como es su relación con tu madre: _____

Número de Hijos: ____ Hombres ____ Mujeres ____

Lugar que ocupa: _____

Cómo es su relación con tus hermanos: _____

Con quien te la llevas mejor y por que: _____

Cómo es tu relación con tu esposa (o): _____

Número de Hijos ____ Mujeres ____ Hombres ____ Tener más: ____

Nombre de su pareja _____ Edad: ____

Ocupación: _____

2. EXPERIENCIA LABORAL

Cuál fue la última empresa en donde laboró: _____

Fecha de Inicio: _____

Fecha de retiro: _____

Razón del retiro: _____

Qué cargo desempeñaba: _____

Qué funciones desempeñaba: _____

Qué es lo que más le gustaba de su trabajo: _____

Qué es lo que menos le gustaba de su trabajo: _____

Cómo eran sus relaciones con sus compañeros: _____

Cómo eran sus relaciones con su jefe: _____

Que le hacía disgustar con facilidad: _____

Que le hacía poner contento: _____

Se sentía satisfecho con su trabajo: _____

Cuáles eran tus principales dificultades: _____

Experiencia en: _____

Conocimientos: _____

3. ESTUDIOS REALIZADOS

Bachillerato: Académico: ___ Técnico: ___ Comercial: _____ Año _____

Universitarios _____ Año _____

Técnicos _____ Año _____

Tecnológicos _____ Año _____

Especialización _____ Año _____

Otros _____ Año _____

Por que estudiaste esto _____

Qué proyectos tiene a futuro en sus estudios _____

4. AUTODEFINICIÓN

Cuáles son sus cualidades: 1: _____ 2: _____ 3: _____

Cuáles son sus metas y objetivos: 1: _____ 2: _____

3: _____

Cuáles son sus aspectos por mejorar: 1: _____ 2: _____ 3: _____

Qué hace en su tiempo libre: 1: _____ 2: _____ 3: _____

Cómo se define: 1: _____ 2: _____ 3: _____

Cómo cree usted que lo definen los demás: 1: _____ 2: _____

3: _____

Tienes muchos amigos: Si: ___ No: ___ Por qué? _____

Sales a divertirte, con quien lo haces, cada cuanto, que haces? _____

Que es lo que mas te gusta de ti mismo: 1: _____ 2: _____

3: _____

Como es su ropa de trabajo? _____

Tiene algún inconveniente en llevar uniforme en el trabajo Si: ____ No: ____ Por qué?

Por que te gustaría este trabajo y no otro: _____

Que puedes aportarle a la empresa: _____

Que esperas de la empresa: _____

Cual seria tu aspiración salarial: _____