



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

TESIS DE GRADO

Terapia cognitivo conductual en paciente con depresión: Estudio de caso

Ramos, Y; Ruíz J, Rugama, F.

Asesor/ Tutor

Dra. Damaris Rodríguez Peralta

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL DE ESTELÍ

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Centro Universitario Regional de Estelí

Centro Universitario “Leonel Rugama Rugama”

Terapia cognitivo conductual en paciente con depresión: Estudio de caso

Tesis para optar al grado de Licenciadas en psicología

Autoras

Yesel Itzayana Ramos Tercero

Jaci Ruíz Velásquez

Freydell Nadiezca Rugama Guerrero

Asesora

Dra. Damaris Rodríguez Peralta

02 de diciembre, 2024



Agradecimiento

Primeramente, un profundo agradecimiento a Dios nuestro padre celestial, por ser nuestro pilar fundamental durante este proceso de formación académica; También por habernos brindado el conocimiento la inteligencia, fuerza, motivación, bienestar y disciplina para vencer los obstáculos que estuvieron presente en el camino y culminar de manera exitosa esta meta, que en la adolescencia era un sueño por lograr.

A nuestras familias que también juegan un papel importante en esta etapa de nuestras vidas, por ende, agradecemos el haber estado presente siempre brindándonos amor, apoyo y motivación durante todos estos años.

Este mismo agradecimiento lo transformamos en dedicatoria desde el fondo de nuestros corazones a Dios y nuestras familias. Para concluir dejaremos plasmado un versículo que estuvo presente cada día en nuestros corazones. ***“Crean que ya han recibido lo que están pidiendo en oración y lo obtendrán” (Marcos 11:24).***



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, ESTELÍ

«2025: Eficiencia y Calidad para seguir en victorias»

CONSTANCIA DEL TUTOR

Estelí, 17 enero 2025

CONSTANCIA

Por este medio estoy manifestando que la investigación: **Terapia cognitivo conductual en paciente con depresión: Estudio de caso**, cumple con los requisitos académicos de la asignatura Seminario de Graduación, para optar al título de Licenciatura en Psicología, habiendo incorporado las mejoras al documento a partir de las observaciones realizadas por la comisión evaluadora en la defensa de este.

Los autores de este trabajo son los estudiantes: Yesel Itzayana Ramos Tercero, Jaci Ruíz Velásquez, Freydell Nadezca Rugama Guerrero; fue realizado en el II semestre del año 2024, cumpliendo con los objetivos generales y específicos establecidos, que consta en el artículo 9 de la normativa y que contempla un total de 60 horas permanentes y 240 horas de trabajo independiente. Considero que este estudio será de mucha utilidad para la comunidad estudiantil y las personas interesadas en esta temática.

Atentamente,

Dra. Damaris Rodríguez Peralta

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7435-1282>

UNAN-Managua/CUR-Estelí

Cc/Archivo

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!
Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENEL, Tel 27137734, Ext 7408
Cod. Postal 49 – Estelí, Nicaragua

Resumen

El presente estudio tiene como tema “Terapia cognitivo conductual en paciente con depresión: Estudio de caso” con el objetivo de evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en paciente durante el proceso de intervención psicoterapéutica. Para darle cumplimiento a los objetivos planteados al inicio del estudio se utilizaron instrumentos los cuales fueron aplicados al paciente dentro de ellos están: El historial clínico para la recolección de datos personales y familiares, la observación para reconocer los signos de depresión, entrevista inicial con el propósito de identificar las causas de la depresión, inventario de depresión de Beck para identificar el nivel de depresión, entrevista final y observación final con el objetivo de evaluar los cambios que generó la terapia cognitivo conductual en la salud mental del paciente. La investigación se basa en un estudio de caso meramente clínico con énfasis cualitativo, el muestreo utilizado fue intencional, por conveniencia, no probabilístico, como muestra fue tomado un participante del sexo masculino; paciente con diagnóstico trastorno depresivo del centro de salud Leonel Rugama, (CAPS-Estelí). Al procesar los resultados se pudo determinar que la terapia cognitivo conductual es efectiva para trabajar los trastornos depresivos o problemáticas relacionadas a la depresión, dentro de las técnicas implementadas las más efectivas en el paciente fueron la técnica de relajación y respiración profunda, reestructuración cognitiva, psi coeducación, auto instrucciones y auto registro. Es necesario mencionar que las técnicas implementadas se seleccionaron según el origen, causas y síntomas del paciente

Palabras clave: Efectividad, Terapia, Paciente, Depresión, Tratamiento

Summary

The present study has as its theme "Cognitive behavioral therapy in patients with depression; Case study" with the aim of evaluating the effectiveness of cognitive behavioral therapy in a case of depression in a patient during the psychotherapeutic intervention process. To comply with the objectives set at the beginning of the study, instruments were used which were applied to the patient, among them are: Clinical history for the collection of personal and family data, observation to recognize signs of depression, initial interview with the purpose of identifying the causes of depression, Beck's depression inventory to identify the level of depression, Final interview and final observation with the objective of evaluating the changes generated by cognitive behavioral therapy in the patient's mental health. The research is based on a purely clinical case study with a qualitative emphasis, the sampling used was intentional, for convenience, not probabilistic, as a sample was taken a male participant; Patient diagnosed with depressive disorder at the Leonel Rugama Health Center (CAPS-Estelí). By processing the results, it was determined that cognitive behavioral therapy is effective in working on depressive disorders or problems related to depression, among the techniques implemented the most effective in the patient were the relaxation and deep breathing technique, cognitive restructuring, psychoeducation, self-instructions and self-registration. It is necessary to mention that the techniques implemented were selected according to the origin, causes and symptoms of the patient.

Keywords: Effectiveness, Therapy, Patient, Depression, Treatment.

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes.....	2
Internacionales.....	2
Nacionales	3
Locales.....	4
3. Planteamiento del problema	5
3.1. Caracterización general del problema	5
3.2. Preguntas de investigación	6
Pregunta general	6
Preguntas específicas.....	6
4. Justificación.....	7
5. Objetivos.....	8
5.1. Objetivo General.....	8
5.2. Objetivos Específicos	8
6. Fundamentación teórica.....	9
6.1. Intervención psicológica.....	9
6.1.1. Terapia.....	9
6.1.2. Psicoterapia	10
6.1.3. Tratamiento psicoterapéutico	10
6.1.4. Trastorno.....	11
6.1.5. Terapia psicológica.....	11
6.2. Tipos de terapias psicológicas.....	12
6.2.1. Psicoanálisis.....	12
6.2.2. Terapia Gestalt.....	13
6.2.3. Terapia racional-emotiva-conductual	13
6.2.4. Terapia sistémica breve	14
6.2.5. Terapia breve-centrada en soluciones.....	14
6.2.6. Psicoterapia interpersonal.....	15
6.2.7. Terapia de aceptación y compromiso	15
6.2.8. Consejería.....	16
6.2.9. Terapia neuropsicológica.....	17

6.2.10. Terapia cognitivo conductual	17
6.2.10.1. Emoción.....	19
6.2.10.2. Pensamiento automático	19
6.2.10.3. Distorsión cognitiva.....	19
6.3. Orígenes de la terapia cognitivo conductual	20
6.3.1. Cognitivo	21
6.3.2. Conductual.....	21
6.4. Técnicas de la terapia cognitivo conductual.....	22
6.4.1. Reestructuración Cognitiva	22
6.4.2. Respiración y Relajación	22
6.4.3. Técnicas de Modificación de las Conductas.....	23
6.4.4. Desensibilización Sistemática	23
6.4.5. Técnicas de Modelado	24
6.4.6. Técnica de exposición	24
6.4.7. Técnicas de flecha ascendente.....	25
6.4.8. Inoculación de estrés	25
6.4.9. Entrenamiento en auto instrucciones	26
6.4.10. Entrenamiento en resolución de problemas.....	27
6.5. Depresión.....	27
6.5.1. Características de la depresión:	28
6.5.2. Causas y factores de la depresión.....	29
6.5.3. Niveles de depresión.....	29
6.6. Tipos de depresión.....	29
6.6.1. Episodio depresivo mayor/menor.....	30
6.6.2. Depresión subclínica.....	30
6.6.3. Depresión enmascarada o "somatizada"	30
6.6.4. Depresión con síntomas psicóticos.....	31
6.6.5. Trastorno bipolar	31
6.6.6. Trastorno distímico.....	31
6.6.7. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.....	32
6.7. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5	33
7. Operacionalización de variables.....	35

8. Diseño metodológico	44
8.1. Tipo de investigación.....	44
8.2. Fuentes de investigación.....	45
8.3. Área de estudio.....	45
8.3.1. Área de conocimiento.....	45
8.3.2. Área geográfica.....	45
8.4. Participantes.....	45
8.4.1. Muestreo.....	45
8.5. Criterios de selección de la muestra.....	46
8.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	46
8.7. Etapas de la investigación.....	48
8.8. Consideraciones éticas.....	50
8.9. Procesamiento y análisis de la información.....	50
9. Estructura del caso	51
9.1. Historia clínica del paciente	51
9.2. Identificación de problemas actuales	58
9.3. Plan de tratamiento	59
9.4 Descripción de las sesiones	64
10. Análisis y discusión de resultados	73
11. Conclusiones	91
12. Recomendaciones	92
Al Centro de Salud Leonel Rugama (CAPS-Estelí.....	92
A futuros investigadores:.....	93
13. Referencias Bibliográficas	94
14. Anexos	104
Consentimiento informado	104
Guía de observación inicial y final	105
Entrevista inicial	108
Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	109
Entrevista final	114
.....	116

Índice de tablas

TABLA 1. EVENTO TRAUMÁTICO	76
TABLA 2. EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	77
TABLA 3. SITUACIONES QUE GENERABAN LOS SÍNTOMAS	78
TABLA 4. DEPRESIÓN GRAVE.....	79
TABLA 5. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICOS.....	83
TABLA 6. CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU VIDA	84
TABLA 7. TÉCNICAS MÁS EFECTIVAS	85
TABLA 8. RESOLUCIÓN DE DESAFÍOS FUTUROS	87
TABLA 9. METAS ESTABLECIDAS	87
TABLA 10. RECOMENDACIÓN DE LA TERAPIA	88
TABLA 11. AUSENCIA DE SIGNOS DE DEPRESIÓN	88
TABLA 12. AUSENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.....	90

Índice de figuras

FIGURA 1. ÁREA DEL COMPORTAMIENTO	73
FIGURA 2. ÁREA COGNITIVA.....	74
FIGURA 3. ÁREA EMOCIONAL	75

1. Introducción

La presente investigación se basa en un estudio de caso clínico, que pertenece a la línea 1: salud pública, de las líneas de investigación de UNAN- Managua, con el tema terapia cognitivo conductual en paciente con depresión, fue realizado con el propósito de evaluar la efectividad de la terapia, en un paciente diagnosticado con trastorno depresivo. El estudio se llevó a cabo en el centro de salud Leonel Rugama específicamente en el CAPS-Estelí, de septiembre a noviembre del año 2024.

El objetivo general del estudio se basó en evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un paciente con diagnóstico de depresión. La investigación parte de un caso clínico donde se tomó como muestra un paciente ya diagnosticado por un profesional de psicología que labora en el centro, donde se realizó el estudio, tomando en cuenta la estructura de un caso clínico, así como elementos propios del enfoque cualitativo como la entrevista y observación.

Uno de los principales resultados que se muestran en el estudio es el reconocimiento de los signos de depresión como estado de ánimo decaído, establecía poco contacto visual, dificultad para llorar a pesar de sentir tristeza y expresaba pensamientos negativos en cuanto a su persona, así mismo se identificaron causas de la depresión dentro de ellas el abuso sexual y la falta de apoyo familiar.

El documento presentado a continuación, está conformado por: introducción, antecedentes, planteamiento del problema, justificación, objetivos, fundamentación teórica, Operacionalización de variable, diseño metodológico, estructura del caso, análisis y discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.

A partir de los resultados de este estudio se implementará la terapia cognitivo conductual en intervenciones futuras con la seguridad que aportará cambios positivos en la salud mental de las personas que sufren esta patología. Es necesario tener en cuenta que los resultados de la terapia dependerán de la dedicación, interés y compromiso que establezca el paciente para obtener resultados importantes.

2. Antecedentes

En la presente investigación se revisaron diferentes estudios previamente realizados a nivel internacional y local, enfocados en el tema terapia cognitivo conductual en caso de depresión o similares a éste, cabe resaltar que no se encontraron estudios realizados a nivel nacional acordes al tema. Por ende, se mostrarán a continuación los estudios encontrados:

Internacionales

Según Alayo (2023), quien realizó un estudio en la universidad Cesar Vallejo en Trujillo-Perú basado en el tema, **efectividad del enfoque cognitivo conductual para tratar la depresión en adolescentes en Latinoamérica 2011 - 2021: Una revisión sistemática**. Con el objetivo de analizar cuál es la eficacia del enfoque cognitivo conductual en casos de depresión en adolescentes durante los periodos 2011 – 2021 en Latinoamérica.

El tipo de estudio corresponde al tipo básico, debido a que presenta un alcance descriptivo, enmarcado en la recopilación de información solo teórica, la población es finita, conformada por todos los artículos publicados sobre la intervención en depresión en adolescentes, publicados en las bases de datos de Scielo y Dialnet 2 estudios, el Sevier 4 estudios y en EBSCO 1 estudio. Los principales resultados demostraron que el 100% de los estudios consultados, la efectividad del enfoque cognitivo conductual fue altamente significativa en la reducción de síntomas depresivos.

De acuerdo con Muñoz (2018), de la Universidad del Norte en Barranquilla-Atlántico quien realizó un estudio sobre el tema, **intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único**. Donde el objetivo principal fue describir la eficacia de la intervención cognitivo conductual en un caso único con diagnóstico de Trastorno depresión mayor, mediante los cambios observados en la línea base y proceso de intervención.

Los resultados obtenidos fue la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión del adolescente ya que se logró disminuir las respuestas depresivas tras la aplicación del programa de actividades (dominio-agrado) y asignación de tareas graduales. La paciente logro incrementar el ritmo de actividad diario. Por lo tanto, se concluye que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados.

Nacionales

Según Muñoz (2018), quien realizó un artículo de un estudio monográfico en la universidad UNAN-Managua basado en el tema **Factores Sociodemográficos y Depresión en estudiantes becados internos de la Facultad de Ciencias e Ingeniería**; Con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos y la depresión en estudiantes internos de la Facultad de Ciencias e Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-MANAGUA, II semestre 2017. El tipo de estudio correspondía a un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, utilizando el muestreo no probabilístico.

Como resultados del estudio mostraron que en relación a los niveles de depresión experimentados por los estudiantes internos se concluyó que el 48.7% de los participantes presentaron un estado de ánimo Depresivo, de los cuales el 51.8% presenta una Leve Perturbación Del Estado De Ánimo y el 1.8% un nivel de depresión moderada; en cuanto a las características sociodemográficas, se destaca que las mujeres tienen más prevalencia en la manifestación de los estados depresivos, y el rango de edad de estos estudiantes oscila entre los 19 a 21 años, además, se destaca que la mitad de los participantes son solteros y sin hijos, en su mayoría trabajan.

Locales

Teniendo en cuenta a Landero, Huete y Lagos (2020) estudiantes de la universidad UNAN – Managua, FAREM-Estelí quienes realizaron una investigación sobre el tema, **Eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento del estrés laboral, en pre internos de Medicina del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí, segundo semestre 2019.**

Con el objetivo de analizar la eficacia de un programa Cognitivo-Conductual en el tratamiento del estrés laboral, en pre internos de Medicina del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí, segundo semestre 2019. La metodología de dicha investigación estaba basada en un estudio cuantitativo, con un alcance exploratorio. El estudio comprobó la eficacia del programa al lograr una disminución significativa en los niveles de malestar psicológico (Virginia y otros, 2020).

Se tomaron los estudios anteriormente mencionados, los cuales fueron realizados utilizando la terapia cognitivo conductual en casos de depresión y otros como estrés laboral, por esta razón, es importante resaltar que, según el estudio local, la terapia también es efectiva en casos de estrés laboral.

3. Planteamiento del problema

3.1. Caracterización general del problema

La depresión se ha convertido en una problemática de creciente frecuencia, influenciada por una variedad de factores que contribuyen a esta patología psicológica, tales como los aspectos sociales, ambientales, genéticos, biológicos y psicológicos. Esta condición impacta profundamente la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades diarias y disfrutar de relaciones con familiares y amigos, así como su participación en el ámbito laboral y en otras áreas de la vida. La depresión ha dejado de ser un problema individual para convertirse en un desafío de salud pública, afectando parte de la población en su salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 3,8% de la población mundial experimenta depresión, lo que incluye al 5% de los adultos (4% de los hombres y 6% de las mujeres) y al 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A nivel global, aproximadamente 280 millones de personas sufren de esta enfermedad. Además, la depresión es un 50% más común en mujeres que en hombres, y más del 10% de las mujeres embarazadas y aquellas que han dado a luz experimentan síntomas depresivos. Alarantemente, cada año se registran más de 700,000 suicidios, siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2023).

En nuestro contexto, se observan numerosos casos que presentan características propias de la depresión. Sin embargo, algunas personas no reciben la atención necesaria para su salud mental. Ya que ignoran los signos y síntomas de esta patología, en ocasiones debido a ideas erróneas y estigmas que les impiden buscar intervención psicoterapéutica. Esta falta de atención contribuye a que la situación mental de las personas afectadas se agrave con el tiempo, generando diferentes consecuencias irreversibles como lo es el suicidio. Por ende, es fundamental abordar esta problemática para contribuir, en el bienestar de la salud mental de las personas que necesiten y quieran recibir atención psicológica.

3.2. Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Qué tan efectiva es la terapia cognitiva conductual para mejorar la salud mental de un paciente diagnosticado con depresión?

Preguntas específicas

A partir de lo antes planteado se formulan las siguientes interrogantes:

¿Qué signos de depresión se observan en el paciente?

¿Cuáles son las causas de la depresión en el paciente?

¿Qué técnicas del enfoque cognitivo conductual son más efectivas en el tratamiento psicoterapéutico en un caso de depresión?

¿Qué cambios importantes puede generar la terapia cognitivo conductual en la salud mental, en un caso de depresión?

4. Justificación

El presente estudio es importante porque evaluara la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión durante el proceso de intervención psicoterapéutica. Se ha elegido la terapia cognitivo conductual ya que su enfoque se basa en las cogniciones y conductas (comportamiento); considerando lo fundamental que es tomarlas en cuenta desde el inicio hasta el final de una intervención psicoterapéutica, en casos específicos como problemáticas de depresión.

También es muy importante tener presente la variedad de técnicas y actividades que brinda para implementarlas con el objetivo de modificar patrones de pensamientos y patrones conductuales para obtener resultados que contribuyan un mejoramiento significativo en la salud mental del paciente. Dado que algunos estudios han demostrados la eficacia de la terapia cognitivo conductual como tratamiento, este estudio pretende profundizar y comprobar la efectividad de la terapia a través de un proceso detallado y planificado específicamente evaluando y reconociendo los cambios generados en el paciente.

Por otra parte, es importante mencionar que por medio de este estudio se beneficiará parte del personal de salud mental del centro donde se llevó a cabo el estudio, al conocer los resultados, los cuales se pretenden compartir al final del proceso, para que la terapia sea implementada en los pacientes con depresión, en caso de obtener resultados positivos en el estudio. De igual manera los participantes del estudio (paciente y autores), ya que se espera que la intervención contribuya a mejorar el bienestar emocional del paciente, lo cual será evaluado a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Los autores del estudio realizarán el cumplimiento de objetivos planteados al inicio del estudio y también finalizará la necesidad de comprobar la efectividad de la terapia, ya que al ser efectiva será implementada a lo largo del desempeño de la carrera con la seguridad que está generará cambios positivos en la salud de las personas cuando presentan trastornos depresivos, teniendo en cuenta que los resultados de la terapia dependerán de la dedicación, interés y compromiso que establezca el paciente para obtener resultados importantes.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en paciente durante el proceso de intervención psicoterapéutica.

5.2. Objetivos Específicos

1. Reconocer los signos de depresión que presenta el paciente.
2. Identificar las causas de la depresión en el paciente.
3. Implementar técnicas del enfoque cognitivo conductual en la intervención en el tratamiento psicoterapéutico en un caso de depresión con paciente.
4. Evaluar los cambios que genera la terapia cognitivo conductual en la salud mental del paciente, en un caso de depresión.

6. Fundamentación teórica

A continuación, se presentarán algunas teorías que fueron la base fundamental del tema terapia cognitivo conductual en paciente con depresión. Así mismo serán plasmados diferentes conceptos y análisis de cada uno de ellos con el propósito sustentar el estudio.

6.1. Intervención psicológica

La intervención en Psicología hace referencia a la aplicación de principios y técnicas psicológicas de un profesional de la salud con la intención de asistir a las personas y ayudarlas a comprender sus problemas, reducirlos o superarlos y/o a mejorar las capacidades individuales o las relaciones con el entorno. La intervención va ligada a la evaluación y el seguimiento de los objetivos conseguidos, valorando el desarrollo de las sesiones, la progresión conseguida y la puesta en marcha de las estrategias aprendidas (UNIR, 2021).

Intervención en el ámbito psicológico es un proceso que se realiza para tomar acción, acompañado del profesional que contribuirá a brindar las herramientas necesarias al paciente para obtener resultados positivos en su salud mental, así mismo que el paciente creé habilidades emocionales e identifique pensamientos irracionales.

6.1.1. Terapia

La terapia es un término amplio en medicina que se refiere a una serie de intervenciones diseñadas para tratar enfermedades y mejorar la salud y el bienestar del paciente. Esta palabra, derivada del griego "terapia", que significa "curación", abarca una variedad de métodos utilizados para prevenir, tratar, manejar o curar una enfermedad o afección médica. El objetivo de toda terapia es proporcionar alivio de los síntomas, mejorar la función física o psicológica, y, cuando sea posible, erradicar completamente la enfermedad (Clinica Universidad de Navarra, 2023).

El tipo de terapia utilizado depende de la enfermedad o afección específica que se esté tratando, así como de las necesidades individuales del paciente. Las terapias pueden clasificarse en dos categorías principales: terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas. Las terapias farmacológicas implican el uso de medicamentos o sustancias químicas para tratar una enfermedad o afección. Esto puede incluir, por ejemplo, el uso de antibióticos para tratar una infección, o la administración de quimioterapia para combatir el cáncer (Clinica Universidad de Navarra, 2023).

Por otro lado, las terapias no farmacológicas pueden incluir una variedad de intervenciones, desde procedimientos quirúrgicos y terapias físicas hasta cambios en la dieta y el estilo de vida, así como terapias psicológicas. Por ejemplo, un paciente con enfermedad cardíaca puede someterse a una cirugía de baipás, participar en un programa de rehabilitación cardíaca que incluya ejercicio físico, y recibir asesoramiento dietético para mejorar su salud (Clínica Universidad de Navarra, 2023).

La terapia es llevar un proceso terapéutico diseñado específicamente para el trastorno o la condición de salud que presente el o la paciente. Es el tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos, pero este se realiza conforme la problemática que tenga el paciente el propósito es reducir los síntomas hasta finalmente mejorar su salud mental.

6.1.2. Psicoterapia

“La psicoterapia es un enfoque para tratar problemas de salud mental conversando con un psicólogo, un psiquiatra u otro proveedor de atención para la salud mental. También se conoce como terapia de conversación, consejería, terapia psicosocial o, simplemente, terapia (mayo clinic, 2023)”

Durante la psicoterapia, aprenderás acerca de tus problemas específicos y cómo tus pensamientos, emociones y comportamientos afectan tu estado de ánimo. La terapia de conversación ayuda a aprender a tomar el control de tu vida y a responder a situaciones desafiantes con la capacidad de afrontar una situación difícil (mayo clinic, 2023)

Se puede decir que la psicoterapia es un proceso que se realiza para resolver problemáticas en el ámbito psicológico, para eso se necesita la ayuda de un profesional en la salud mental que pueda orientar el proceso del paciente y así tener las herramientas necesarias para poder sobrellevar los desafíos que se presentan a nivel emocional y comportamental.

6.1.3. Tratamiento psicoterapéutico

“En la psicoterapia, los psicólogos aplican procedimientos científicamente válidos para la creación de hábitos más sanos y efectivos. La psicoterapia cuenta con varios métodos como el cognitivo-conductual, el interpersonal y otros tipos de terapia conversacional que ayudan a resolver los problemas (Ching, Londoño-McConnell, Molitor, & Ritz, 2024)”

“Al concluir el tratamiento, no sólo habrá resuelto el problema que le trajo a la consulta, sino que, además, habrá aprendido nuevas destrezas para enfrentar con mayor efectividad cualquier desafío que pueda surgir en el futuro (Ching y otros, 2024)”

6.1.4. Trastorno

El concepto de “trastorno” pretende ser poroso, flexible, abierto y articulado a la preconfiguración, configuración y reconfiguración de la historia inacaba del sujeto, en estrecha relación con su identidad narrativa, su condición y su contexto. Nociones como desadaptación, discapacidad, anormalidad, alteración, disparidad, estigma, pauperización, deslocalización, incompetencia -motora, psicológica, lingüística y social-, entre otras, forman parte de este campo discursivo relacionado con las maneras de estar en el cuerpo (Sutton, 2019).

Su expresión en interacciones performativas confiere una variedad de interpretaciones polisémicas que posicionan a los sujetos en entramados sociales y culturales que los potencian o los limitan al pensar, sentir y actuar en su mundo de vida. La noción de trastorno no es nueva en el lenguaje del campo de la medicina y generalmente se asocia a los desórdenes psíquicos o de otro tipo (Sutton, 2019).

A diferencia del concepto de enfermedad aguda, que se refiere a situaciones temporalmente acotadas sobre problemas de salud, los trastornos apuntan a condiciones prolongadas presentes durante la larga duración, por lo que son parte de la identidad de los sujetos a través de su historia de vida. El término enfermedad, como el de síntoma y síndrome, se refiere a entidades clínicas ya estudiadas que tienen causas reconocibles, intrínsecas o extrínsecas, un grupo identificable de signos y síntomas que se manifiesten en cambios corporales o variaciones anatómicas consistentes con formas tipificadas (Sutton, 2019).

6.1.5. Terapia psicológica

La terapia psicológica o psicoterapia, es el nombre que recibe el conjunto de técnicas usadas por el psicólogo clínico, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. A través de la psicoterapia se logra modificar la conducta para evitar aquellos comportamientos y pensamientos que nos provocan malestar (Anguiano, 2022).

La terapia psicológica se centra en la evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención de recaídas y seguimiento de los trastornos o problemas psicológicos (depresión, ansiedad,

obsesiones, personalidad, problemas sexuales, problemas de pareja, etc.) y/o el asesoramiento para manejar, afrontar, superar y/o prevenir los problemas personales, crisis, situaciones difíciles, relaciones problemáticas, conflictos y malestar emocional (toma de decisiones, ruptura de pareja, cambios de trabajo, dificultades de comunicación, afrontamiento ante la enfermedad, etc.) (Tomas, 2015).

Se puede decir que la terapia psicológica es aquella que proporciona métodos, técnicas o herramientas para tratar las alteraciones psicológicas, con el objetivo de implementarlas al paciente para que pueda gozar de salud plena y calidad de vida.

6.2. Tipos de terapias psicológicas

6.2.1. Psicoanálisis

“Una forma de tratamiento intensiva que se basa en el entendimiento de que las personas desconocen los factores que determinan sus emociones y comportamiento ya que son esencialmente inconscientes (INSPIRA, 2021)”

La terapia psicoanalítica fue desarrollada progresivamente por Sigmund Freud alrededor de 1892-1896 suponiendo un giro importante en la manera de entender la enfermedad. Pero ¿en qué consiste la terapia psicoanalítica? No hay una respuesta única, ni certera, y es que podría decirse que solo quien se coloca en el lugar de paciente es capaz de experimentar lo que implica un psicoanálisis, siendo un proceso diferente en cada paciente (López, 2021).

Sin embargo, sí podría decirse, que esta terapia ofrece un espacio en donde el paciente tiene la libertad de expresar todo aquello que se le pase por la mente, desde fantasías, miedos, sueños, síntomas, recuerdos, etc., por irrelevantes o vergonzosos que le parezcan. Y es que, es la manera de llegar a la verdad más íntima y particular que anida en el inconsciente de cada persona y que sin saber que lo sabe, está determinando su camino. Además, el terapeuta está pendiente de cuando esta verdad inconsciente sale a la luz en el discurso del paciente, como por ejemplo a través de un lapsus, para rescatarla y devolverla al paciente y así, este se asocie libremente (López, 2021).

De acuerdo con lo anteriormente mencionado el psicoanálisis es un tipo de terapia profunda en donde se lleva al paciente a recordar eventos significativos de tiempos pasados, con el propósito de indagar e identificar sobre las causas y orígenes de la problemática presente,

para luego darle continuidad al proceso de intervención trabajando la problemática desde su origen y reacciones de tipo inconsciente.

6.2.2. Terapia Gestalt

Se basa en la relación terapéutica como principal herramienta de cambio. Se entiende que al estar en contacto con un psicólogo que da prueba de autenticidad, comprensión y aceptación, el cliente vivirá una experiencia nueva en el que podrá redescubrirse, mostrándose tal cual es, y así poder seguir su desarrollo potencial (INSPIRA, 2021).

La Terapia Gestalt, o terapia Gestáltica, es un tipo de terapia psicológica que se enmarca en la categoría de la Psicología Humanista en el sentido de que asume la manera en la que el pensamiento humanista concibe al ser humano, sus metas y su abanico de necesidades y potencialidades. Además, tal y como su nombre indica, recoge los principios teóricos de la Psicología de la Gestalt y los utiliza para proponer una forma de psicoterapia (Torrez, 2024).

Con relación al concepto, la terapia Gestalt se enfoca en lo que él o la paciente está pensando y sintiendo para que viva su realidad y acepte su realidad, tomando conciencia del porqué y para qué. El paciente debe adquirir más confianza en sí mismo y reconocer los recursos que tiene a su disposición para vivir más tranquilo y ser más responsable de sus actitudes; por otra parte, esta terapia cambia la percepción de uno mismo, potencia el presente y la conciencia mediante una actitud comprensiva y amorosa.

6.2.3. Terapia racional-emotiva-conductual

La TREC se basa en la premisa de que las emociones y comportamientos son el resultado de creencias irracionales y disfuncionales. Ellis argumentaba que no son los eventos externos los que nos afectan directamente, sino nuestra interpretación de esos eventos. De este modo, la terapia se centra en identificar y cuestionar dichas creencias y reemplazarlas por pensamientos más racionales y adaptativos. A través de la terapia, los consultantes aprenden a desafiar sus creencias irracionales, a desarrollar pensamientos más realistas y a adoptar nuevos comportamientos más saludables (Gadea, 2023).

De acuerdo con este enfoque las personas experimentan eventos detonantes, no deseables, de los cuales producen creencias racionales e irracionales. Esta terapia conduce al paciente a

disputar las creencias irracionales y asumir creencia más eficientes, adaptativas y racionales, lo que tendrá un impacto positivo en su estado emocional, cognitivo y conductual (INSPIRA, 2021).

Se comprende que, la terapia racional-emotiva-conductual lleva a la persona a tomar conciencia del problema emocional y a asumir ideas eficientes, que contribuyan un mejoramiento personal, sobre todo en la conducta, cogniciones y emociones.

6.2.4. Terapia sistémica breve

La Terapia Sistémica Breve (TSB) se la puede definir como un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los consultantes (individuos, parejas, familias o grupos) a movilizar sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible. Se trata de un enfoque constructivista, que se centra en el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones, y que promueve una colaboración activa con los usuarios (NEUROCorp, 2019).

“Se emplea sobre todo para los problemas familiares y de pareja, pues su enfoque es más holístico. Dependen de la relación que el cliente tenga consigo y su entorno por lo que la terapia se centra en los estilos relacionales y patrones de comunicación (INSPIRA, 2021)”

Se comprende que esta terapia se utiliza principalmente en aquellas familias y parejas que tienen una mala relación, comunicación y otras problemáticas. EL cual se aplica con el propósito de mejorar la comunicación y afrontar los problemas que se les presenten bajo el respeto, el amor y la comprensión mutua.

6.2.5. Terapia breve-centrada en soluciones

La Terapia Breve Centrada en Soluciones es un enfoque terapéutico a corto plazo centrado en objetivos y basado en la evidencia, que incorpora principios y prácticas de psicología positiva, y que ayuda a los clientes a cambiar mediante la construcción de soluciones en lugar de centrarse en los problemas. En el sentido más básico, la TBCS es un vehículo esperanzador orientado hacia el futuro que provoca emociones positivas, para formular, motivar, lograr y mantener el cambio de comportamiento deseado (Lutz, 2022).

Los profesionales enfocados en soluciones desarrollan soluciones generando primero una descripción detallada de como la vida del cliente será diferente cuando el problema desaparezca o su situación mejore hasta un grado satisfactorio para el cliente (Lutz, 2022).

“Se basa en el sentido de visualizar o imaginar alternativas para iniciar un proceso natural de cambio. La terapia breve se basa en lo que el cliente quiere alcanzar y no en lo que quiere dejar atrás” (INSPIRA, 2021).

Es decir, este enfoque hace que el paciente auto reconozca su problemática y aprenda como darles soluciones a esas dificultades. Utilizando sus propios recursos, como lo son identificar sus fortalezas para luego incorporar estrategias que le permitan la toma de decisiones y afrontar y sobrellevar los problemas de la mejor manera.

6.2.6. Psicoterapia interpersonal

La Terapia Interpersonal es una terapia estructurada, limitada en el tiempo que normalmente trabaja en cuestiones de relación interpersonal. La creencia subyacente de la Terapia Interpersonal es que los síntomas psicológicos (como la depresión) son a menudo una respuesta a las dificultades que tenemos debido a una interacción defectuosa con los demás. Los síntomas resultantes pueden entonces afectar a la calidad de estas interacciones, causando un círculo vicioso. La hipótesis detrás de esta terapia es que una vez que una persona es capaz de interactuar más eficazmente con los que le rodean, los síntomas psicológicos mejorarán (Marta, 2023)

Esta terapia se enfoca en los roles de las relaciones con problemáticas que conllevan a padecer estrés, ansiedad, depresión u otras patologías. Por ende, el enfoque es mejorar la relación y el entorno que se tiene con las personas. También se trata con tiempo limitado así mismo se establece objetivos definidos y un plazo para lograrlos.

6.2.7. Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una forma de terapia basada en la psicología contextual que se enfoca en ayudar a las personas a aceptar sus pensamientos y emociones difíciles, y comprometerse con acciones que sean consistentes con sus valores y metas personales. La ACT es especialmente útil para aquellos que luchan con trastornos de ansiedad, depresión, estrés crónico y otras condiciones de salud mental. Se basa en la premisa

de que el sufrimiento humano es en gran parte el resultado de intentar evitar o controlar pensamientos y emociones desagradables (Arango, 2023).

En lugar de tratar de eliminar estos pensamientos y emociones, la ACT se centra en ayudar a las personas a aceptarlos y comprometerse con acciones que sean consistentes con sus valores y metas personales. A través de la aceptación y el compromiso, las personas pueden aprender a vivir una vida más plena y significativa, a pesar de la presencia de pensamientos y emociones difíciles (Arango, 2023).

Entiende el lenguaje como algo que tiene un potencial positivo para el ser humano, pero también puede crear sufrimiento. Se centra por ende en el autodescubrimiento y la clarificación de valores como elementos imprescindibles a la hora de hacer terapia. Así mismo se cuestiona lo que está social o culturalmente aceptado para aliviar la carga emocional que esto le pueda provocar (INSPIRA, 2021).

En cuanto a esta terapia se visualiza en que aceptar las dolencias que vivimos en cada etapa de nuestra vida es necesaria para seguir creciendo en el aspecto de carácter y aprendizaje, las personas cada una tiene un tipo de cicatriz que tiene que afrontar por ellos mismos, pero a veces esa cicatriz se puede abrir y dejar un hueco que ya no podemos volver a cerrar y eso puede afectar de manera externa.

Por ejemplo, si estamos furiosos no nos damos cuenta de lo que sucede alrededor, nos desquitamos con la primera persona que vemos verbal o física y si da la pérdida de valores y reflejamos el dolor en otros en vez de buscar la fuente de esta por eso, esta terapia ayuda aceptarlo e incluir métodos para afrontarla en vez de enfocarnos que no existe.

6.2.8. Consejería

La American Counseling Association [ACA] define la consejería como una relación profesional que puede incluir a varios grupos, familias y personas con el propósito de lograr “salud mental, bienestar, educación y metas ocupacionales”. Para esto, los consejeros deben estimular el desarrollo de las personas, promoviendo su bienestar y la formación de relaciones saludables (Vásquez & Rocha Flores, 2019).

“Tiene como meta el desarrollo personal y para conseguir dicha meta un psicólogo busca desarrollar las habilidades y recursos que posee el cliente” (INSPIRA, 2021).

En concreto se basa en ofrecer una atención preventiva ante circunstancias que afecten negativamente a la persona y resaltar la promoción de la salud mental, por medio de la educación, la toma de conciencia, identificación de pensamientos que actúan como bloqueos, así mismo cambio de hábitos y conductas, dándoles a conocer que se pueden tomar medidas para mejorar su entorno y en sus relaciones para darles herramientas que desarrollen su toma de decisiones para diversas situaciones que puedan desencadenar conductas indeseables o dañinas para esa persona.

6.2.9. Terapia neuropsicológica

La terapia neuropsicológica podría considerarse una suerte de rehabilitación cerebral. Se orienta a preservar y potenciar las funciones mentales que no han sido dañadas. Sin embargo, también a paliar los déficits que la lesión o el trastorno han podido ocasionar. Así, sus principales funciones son: Trabajar y estimular las funciones cognitivas tras una lesión o alteración cerebral. Planear e implementar estrategias que ayuden a compensar los daños causados en ciertas funciones cerebrales. Hacer consciente al paciente, en la medida de lo posible, de las secuelas que se han generado tras la lesión o el trastorno. Trabajar la gestión emocional asociada a la situación en la que se encuentra el paciente (Sanz E. , 2022).

En el caso de la terapia neuropsicológica, es un proceso que ayuda a los pacientes así mismo a las familias a comprender mejor las dificultades que se presentan por otra parte también por medio del tratamiento se desarrollan estrategias que permitan ayudar a optimizar sus funciones superiores y compensar las alteraciones neuropsicológicas que puedan presentarse.

6.2.10. Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo-conductual examina cómo están conectados sus pensamientos, emociones y comportamiento. El principio fundamental de la TCC es tener mayor conciencia de sus pensamientos negativos para que pueda responder a los retos de una manera más eficaz. La TCC se lleva a cabo mediante una serie de sesiones estructuradas con la colaboración de un profesional de la salud mental. El objetivo es proporcionar herramientas que puedan aplicarse para controlar los patrones de pensamiento y comportamiento nocivos con el fin de reducir la angustia (Alice Schluger, 2024).

La terapia cognitivo-conductual puede ser útil para tratar diversos problemas, como la depresión, la ansiedad, el TEPT, el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios. También puede ayudar con traumas emocionales, a sobrellevar la pérdida y el duelo, controlar los síntomas físicos de una enfermedad crónica o manejar las circunstancias estresantes de la vida diaria. La TCC puede recomendarse sola si los medicamentos no son la mejor opción, o puede utilizarse en combinación con otros tratamientos y cambios en el estilo de vida (Alice Schluger, 2024).

La terapia cognitivo conductual es un tipo habitual de terapia de conversación (psicoterapia). Trabajas con un asesor de salud mental (psicoterapeuta o terapeuta) de forma estructurada y asistes a una cierta cantidad de sesiones. La terapia cognitivo conductual te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más eficaz (Mayo clinic, 2021).

Se trata de una herramienta muy útil, tanto si se realiza sola o combinada con otras terapias. Sirve para tratar algunos trastornos de salud mental, como trastornos alimenticios, estrés postraumático o depresión. No obstante, no todas las personas que se benefician de la TCC padecen una enfermedad mental. Esta terapia puede ser una herramienta útil para cualquier persona, ya que permite aprender a manejar más calmadamente las situaciones de mucho estrés que vivimos a diario (Retegui, 2023).

La terapia cognitiva conductual se utiliza para tratar una amplia gama de problemas. Con frecuencia es el tipo preferido de psicoterapia porque puede ayudarte rápidamente a identificar y afrontar desafíos específicos. Generalmente requiere menos sesiones que los otros tipos de terapia y se realiza de forma estructurada (Mayo clinic, 2021).

En general, la terapia cognitiva conductual presenta pocos riesgos. Pero a veces puedes sentirte emocionalmente incómodo. Esto se debe a que la TCC puede hacer que explores sentimientos, emociones y experiencias dolorosas. Es posible que llores, te angusties no te enojas durante una sesión difícil. También podrías sentirte exhausto físicamente (Mayo clinic, 2021).

6.2.10.1. Emoción

Las emociones son estados afectivos que experimentamos, reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos -fisiológicos y endocrinos- de origen innato. En el ser humano, la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación (Guerri, 2024)

Existen diferentes tipos de emociones, como el miedo, la sorpresa, el asco, la ira, la alegría y la tristeza. Cada uno de estos tipos de emociones tiene una función específica y se manifiesta a través de distintos componentes de las emociones, que pueden ser conductuales o fisiológicos. Las emociones juegan un papel fundamental en la regulación de nuestras interacciones con el entorno. Entender qué son las emociones básicas o primarias y cómo se diferencian de las emociones secundarias es esencial para aplicar este conocimiento en áreas como la psicología, la educación emocional y la inteligencia emocional (Guerri, 2024)

6.2.10.2. Pensamiento automático

El pensamiento automático es un tipo de pensamiento que aparece de forma involuntaria e inconsciente en diferentes situaciones. Es una atribución inmediata a la realidad que no cuestionamos. Desde la Terapia Cognitiva, estos pensamientos provienen de las creencias: ideas nucleares que rigen los esquemas con los que entendemos el mundo. Como pertenecen a una parte muy profunda de nuestra mente, es muy común que identificarlos sea una tarea difícil. Por eso a continuación os presentamos una serie de ejemplos para comprenderlos mejor. (García, 2024)

6.2.10.3. Distorsión cognitiva

Las distorsiones cognitivas son todas aquellas interpretaciones erróneas de la realidad, las cuales nos impiden experimentar las situaciones que nos ocurren de manera objetiva, percibiéndolas únicamente de manera irracional y negativa. Este tipo de distorsiones provocan que nos relacionemos con nuestro entorno de manera disfuncional y favorecer la aparición de sentimientos negativos sobre uno/a mismo, su entorno o su futuro (Glover, 2022)

6.3. Orígenes de la terapia cognitivo conductual

En la década de 1960, Aarón Beck desarrolló la terapia cognitivo-conductual (TCC) o terapia cognitiva. Desde entonces, se ha investigado ampliamente y se ha demostrado que es eficaz en una gran cantidad de estudios de resultados para algunos trastornos psiquiátricos, incluidos la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad (Chand & Daniel P. Kuckel, 2023).

También se ha demostrado que es eficaz como tratamiento complementario a la medicación para trastornos mentales graves, como el trastorno bipolar y la esquizofrenia. La TCC se ha adaptado y estudiado para niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. También se ha establecido su eficacia en el tratamiento de trastornos no psiquiátricos, como el síndrome del intestino irritable, el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, el insomnio, las migrañas y otras afecciones de dolor crónico (Chand & Daniel P. Kuckel, 2023).

La idea de desarrollar esta forma de psicoterapia surgió cuando Aarón Beck comenzó a notar que sus pacientes con depresión a menudo verbalizaban pensamientos que carecían de validez y notaban “distorsiones cognitivas” características en su pensamiento. Sus observaciones empíricas lo llevaron a comenzar a considerar la depresión no tanto como un trastorno del estado de ánimo sino como un trastorno cognitivo. Basándose en sus observaciones clínicas y hallazgos empíricos, Beck esbozó una nueva teoría cognitiva de la depresión (Chand & Daniel P. Kuckel, 2023).

La terapia cognitivo-conductual es una forma de terapia estructurada, didáctica y orientada a objetivos. El enfoque es práctico y directo, en el que el terapeuta y el paciente trabajan de manera colaborativa con el objetivo de modificar patrones de pensamiento y comportamiento para lograr un cambio beneficioso en el estado de ánimo del paciente y su forma de vivir. Se utiliza para ayudar a una amplia gama de problemas y se aplican protocolos de tratamiento adecuados según el diagnóstico y los problemas que enfrenta el paciente (Chand & Daniel P. Kuckel, 2023).

Esto indica que la terapia cognitivo-conductual trata de la modificación de conductas o pensamientos negativos, con el propósito llevar a la toma de conciencia e incorporar conductas, ideas y pensamientos adecuados a través de la técnica, para que él o la paciente

pueda eliminar las creencias, pensamientos irracionales y así tener una percepción con mayor claridad y responder a ellas de forma más eficaz.

6.3.1. Cognitivo

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten realizar una amplia variedad de tareas. Son las habilidades de nuestro cerebro para trabajar con la información que adquirimos a través de nuestras interacciones con el entorno. Estas habilidades nos permiten recibir, procesar y analizar los datos que necesitamos para comprender nuestro entorno y desenvolvernó en él de manera activa (Mon, 2023).

La cognición o las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, procesar y elaborar la información. Es decir, permiten al sujeto tener un papel activo en los procesos de interacción, percepción y comprensión del entorno lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea (Luzarraga, 2024).

Las habilidades cognitivas nos permiten llevar a cabo cualquier tarea, por ello las utilizamos continuamente para aprender y recordar información, integrar la historia e identidad personal, manejar información relativa al momento en el que nos encontramos y hacia dónde nos dirigimos. Además, también posibilita mantener y distribuir la atención, reconocer distintos sonidos, procesar diferentes estímulos, realizar cálculos o representar mentalmente un objeto. (Luzarraga, 2024).

6.3.2. Conductual

“También conocida como conductismo o psicología del comportamiento, es una teoría que parte de la idea de que los comportamientos del ser humano se adquieren y desarrollan a través de la interacción con el medio ambiente (Ortega, 2024)”

A pesar de esto, la psicología conductual se enfrenta con un “problema”: la existencia de la relación mente-cuerpo. Esto resulta un inconveniente, pues la cognición, los pensamientos y los procesos mentales no pueden ser observados ni medidos, por lo tanto, aplicar el método experimental es prácticamente imposible. Para dar solución a tan peculiar dilema, la psicología conductual llega a la conclusión de que los procesos mentales existen, pero no determinan y tampoco influyen en la conducta. En otras palabras, el conductismo afirma que los procesos mentales no son relevantes, en consecuencia, no es importante estudiarlos (Ortega, 2024)

6.4. Técnicas de la terapia cognitivo conductual

6.4.1. Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica de terapia psicológica, enfocada en moldear y cambiar el pensamiento negativo, o aquellos patrones de pensamiento que son nocivos para el paciente. Éstos, a su vez, deterioran su calidad de vida y la manera en la que este percibe las cosas que suceden a su alrededor (Fernandez, 2020).

La reestructuración cognitiva se encuentra entre las técnicas psicoterapéuticas más factibles y funcionales en la corriente psicológica cognitivo-conductual. No se trata simplemente de moldear un patrón que ha estado por años en el individuo, sino que, antes de empezar a moldear dichos patrones, se deben de identificar y reconocer (Fernandez, 2020).

Esta técnica opera en tres momentos diferentes basados en las mismas raíces en las que se fundamenta la corriente cognitiva conductual, donde lo que acontece en nuestro segundo momento es lo más relevante. El primer momento contempla las experiencias y vivencias que un individuo experimenta. Un segundo momento, trata sobre cómo las personas conciben esas experiencias, cómo las interpretan y de alguna manera las hacen totalmente suyas (Fernandez, 2020).

El pensamiento que se tenga acerca de lo que se haya experimentado, afecta al último momento y tercer momento, en el cual, el individuo reacciona y actúa ante la experiencia que ha vivido. Es así entonces como la reestructuración cognitiva toma del individuo una idea o creencia irracional que está afectando la salud mental del sujeto. La técnica lo que hace es moldearla haciendo que, en lugar de ser nociva y negativa, sea beneficiosa para la persona (Fernandez, 2020).

6.4.2. Respiración y Relajación

Son procedimientos por los cuales se reducen los niveles de reacción automática del organismo, aminorando la tensión física y mental. Las técnicas de relajación ayudan a mantener un estado de tranquilidad frente a estímulos excesivos, siendo de utilidad en casos de ansiedad y estrés (Fossa, 2020).

Estas técnicas han sido empleadas de manera complementaria a la psicoterapia para el tratamiento de diversas patologías, constatándose que tales procedimientos fundamentan una pieza importante en el proceso de cambio. Desde tiempos inmemoriales, se han tratado de

encontrar métodos que supusieran una disminución de la ansiedad, resultado de múltiples factores tanto externos como internos (Fossa, 2020)

6.4.3. Técnicas de Modificación de las Conductas.

La modificación de conducta es un enfoque psicológico que se centra en el cambio de comportamientos específicos mediante el uso de técnicas y principios derivados del aprendizaje. Su característica más importante es el énfasis en definir los problemas en términos de conductas observables y mensurables, lo que permite una evaluación objetiva y precisa del progreso y la efectividad de las intervenciones). Este modelo de intervención se destaca por su aplicabilidad en una amplia gama de contextos, desde la educación y la psicología clínica, hasta la gestión organizacional y la rehabilitación (Sanchez, 2024).

La modificación de conducta es un enfoque sistemático dentro de la psicología que utiliza principios y técnicas del aprendizaje y la psicología experimental para evaluar y mejorar tanto los comportamientos observables como los no observables de las y los individuos, con el objetivo de mejorar su funcionamiento diario. Este enfoque se caracteriza por su énfasis en la objetividad y en la evaluación precisa del progreso mediante la medición directa de los comportamientos (Sanchez, 2024).

El núcleo de la modificación de conducta radica en la identificación y descripción de los comportamientos específicos que se desean cambiar, conocidos como conductas objetivo. Estos comportamientos son seleccionados porque no son adaptativos y afectan negativamente el bienestar y el desarrollo personal de una persona (Sanchez, 2024)

6.4.4. Desensibilización Sistemática

“La desensibilización sistemática es una técnica desarrollada por Joseph Wolpe en 1958 que tiene como objetivo terminar tanto con las respuestas de ansiedad como con las conductas de evitación propias de trastornos ansiosos” (Andero, 2017).

Lo que se conoce como desensibilización sistemática es una forma de intervención psicoterapéutica usada en el tratamiento de trastornos de ansiedad y alteraciones psicológicas asociadas a estos. Plantea una especie de entrenamiento en el que los pacientes aprenden a gestionar las emociones producidas por experiencias ansiógenos, siguiendo una curva de

dificultad ascendente, de lo fácil a lo más complicado, adaptándose al progreso de la persona (Andero, 2017).

Así, la desensibilización sistemática parte de la idea de que para superar un trastorno de ansiedad es necesario aprender a afrontar ese malestar, en vez de intentar bloquearlo o escapar de él. De este modo llega la habituación, con la que poco a poco se va desvaneciendo la reacción intensa ante los estímulos ansiógenos (Andero, 2017).

6.4.5. Técnicas de Modelado

En el aprendizaje por observación o modelado, el sujeto no necesita de la adquisición de refuerzos personales directos, como en otros tipos de aprendizaje tratados en el conductismo, pero si es necesario que la figura a imitar tenga una influencia determinada en la persona. En el caso de un niño, alguien importante como un progenitor, un hermano mayor o sus profesores, serán los modelos que seguir o personas clave para el modelaje del niño (Martinez, 2024).

Además, si el niño comprueba que el sujeto a imitar ha obtenido una recompensa o un castigo, tenderá a repetir la conducta en función de sus consecuencias: si un niño ve como su hermano mayor dice una palabrota y todo el mundo ríe, es más probable que el niño repita esta conducta al observar las consecuencias positivas o bien, si un adulto comprueba como varios conocidos han cometido un delito quedando impunes y consiguiendo mucho dinero, tendrá más probabilidades de imitar esta acción que si estos hubieran sido sancionados (Martinez, 2024).

6.4.6. Técnica de exposición

La técnica de exposición es un tipo de procedimiento terapéutico empleado en psicología clínica para tratar los trastornos de ansiedad. Esta técnica implica enfrentar al paciente con el objeto, el contexto o el pensamiento temido para ayudarle a superar los síntomas de ansiedad. Este método de trabajo basa su eficacia en el hecho de que el paciente aprende, a base de impedirle la evitación o el escape, que el estímulo temido no supone una amenaza real, lo que finalmente conlleva que los síntomas de ansiedad se reduzcan y terminen por remitir (Aso, 2024).

Dicho de otro modo, la técnica de exposición interrumpe las conductas evitativas (que incrementan el miedo y la ansiedad) y facilita que el paciente haga frente a las señales psicofisiológicas y cognitivas propias del trastorno de ansiedad (Aso, 2024).

Un tratamiento relacionado con esta técnica terapéutica es la exposición con prevención de respuesta, un método ampliamente utilizado para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en el que se expone al paciente al estímulo que le provoca el miedo repetidamente, sin que pueda llevar a cabo ninguna acción o compulsión que neutralice su miedo. Esta técnica también se ha mostrado eficaz para tratar el estrés postraumático y algunas fobias específicas (Aso, 2024).

6.4.7. Técnicas de flecha ascendente

Esta técnica resulta básica en el tratamiento de la mayor parte de trastornos psíquicos, formando parte de casi todas las técnicas cognitivo-conductuales. Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales (Mimenza, 2024).

Se trata de una técnica que se utiliza en el marco de la reestructuración cognitiva, un método muy usado para modificar patrones de pensamiento, y que tiene como objetivo permitir que los pacientes se desprendan de creencias irracionales y limitantes, para adoptar otras más adaptativas. Así pues, se modifican creencias, actitudes y puntos de vista, todo ello con el objetivo de hacer que la persona pase a interpretar las cosas de otro modo, por un lado, y se planteen diferentes objetivos y expectativas, por el otro (Mimenza, 2024).

Estas modificaciones tienen el poder de hacer que aparezcan nuevos hábitos y que desaparezcan esas rutinas que son poco útiles o generadoras de malestar. De esta manera, se propicia que sea la propia persona la que se involucre en contextos, iniciativas, tareas con potencial terapéutico, y a las que no se habría expuesto en el caso de haber conservado el viejo sistema de creencias (Mimenza, 2024).

6.4.8. Inoculación de estrés

La Inoculación al Estrés (IE) es un marco de intervención en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes. La peculiaridad de este tipo de intervenciones es que la persona aprende a interpretar su

problema desde un modelo específico, permitiéndole seleccionar aquellas técnicas que mejor se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenta (Guerri, 2023).

Además, la IE funciona como una “vacuna”, es decir, una vez adquiridas las habilidades de enfrentamiento, se somete a la persona a situaciones estresantes similares a las problemáticas, pero de intensidad moderada en las que se espera que ponga en marcha dichas habilidades. Las principales habilidades para aprender son todas aquellas que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional (fisiológica), así como la modificación de los contenidos cognitivos más superficiales (Ej., auto verbalizaciones) que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema (Guerri, 2023).

Se comprende que la técnica de inoculación es un tratamiento psicológico orientado a proporcionar a la persona una serie de habilidades de afrontamiento que le permitan abordar de modo más eficaz distintas situaciones estresantes.

6.4.9. Entrenamiento en auto instrucciones

Las auto instrucciones son una poderosa técnica cognitiva que implica la verbalización interna de pasos o pensamientos para guiar la conducta y mejorar el rendimiento. Esta estrategia, utilizada en diversos contextos, se ha destacado por su efectividad en el desarrollo de habilidades, la gestión del estrés y la mejora del autocontrol emocional (Mentes abiertas, 2024).

La técnica de las auto instrucciones implica el diálogo interno consciente, donde una persona se habla a sí misma para dirigir su comportamiento o gestionar sus pensamientos. Este proceso puede incluir instrucciones específicas, afirmaciones positivas o estrategias de resolución de problemas, adaptándose a las necesidades y metas individuales (Mentes abiertas, 2024).

Esto indica que el entrenamiento en auto instrucciones es una técnica que se utiliza para moldear la conducta y pensamientos del paciente a través de instrucciones. Así mismo deberán cumplirse para obtener resultados que beneficien al paciente y que pueda mejorar su calidad de vida.

6.4.10. Entrenamiento en resolución de problemas

El entrenamiento en resolución de problemas es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual a través del cual se pretende ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar (Mimenza, 2024).

En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados. En resumidas cuentas, se trata de saber enfocar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad (Mimenza, 2024).

Esta técnica trata básicamente de orientar al paciente a través de un proceso cognitivo ayudando al paciente a identificar y visualizar diferentes alternativas que le permitan enfrentarse y responder de manera positiva a situaciones problemáticas.

6.5. Depresión

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias (OMS, 2024)

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) 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 (OMS, 2024)

La depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Muchos de los factores que influyen en la depresión (como la inactividad física o el uso nocivo del alcohol) también son factores de riesgo conocidos para enfermedades como: Cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden

estar sufriendo depresión a causa de las dificultades asociadas con el manejo de su afección (OMS, 2024)

La depresión es un concepto amplio del que se puede hablar los niveles y tipos de depresión como también de la gran variedad de signos y síntomas que padece la persona, teniendo como consecuencia los pensamientos distorsionados que alteran y vuelven un caos a quien lo padece; En donde esto también puede repercutir en la salud física.

6.5.1. Características de la depresión:

Entre los signos y los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:

- sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”;
- sentimientos de desesperanza o pesimismo;
- sentimientos de irritabilidad, frustración o intranquilidad;
- sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia;
- pérdida de interés o de placer en las actividades y los pasatiempos;
- fatiga, disminución de energía o sensación de lentitud;
- dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones;
- dificultad para dormir, despertándose muy temprano en la mañana o durmiendo demasiado;
- cambios en el apetito o en el peso sin haberlo planificado;
- dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no se alivian ni con tratamiento;
- pensamientos de suicidio, o intentos de suicidio.

La depresión también puede incluir otros cambios en el estado de ánimo o en la conducta, como:

- estar más enojado o irritable
- sentirse inquieto o nervioso
- volverse retraído, negativo o desapegado
- participar más en actividades de alto riesgo
- ser más impulsivo
- consumir más alcohol o drogas

- aislarse de sus familiares y amigos
- no poder cumplir con sus responsabilidades o pasar por alto otras funciones importantes
- tener problemas con el deseo y el rendimiento sexual (Health, 2024)

6.5.2. Causas y factores de la depresión

Existe un amplio grupo de factores de riesgo identificados para la depresión, son factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos, cuya presencia puede aumentar el riesgo de padecer una depresión, aunque se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrollan (Sacyl, 2018).

Los más significativos son los siguientes:

- Antecedentes personales y/o familiares de depresión.
- Acontecimientos vitales adversos: Pérdida de empleo, soledad y divorcio.
- Historia de abusos sexuales.
- Problemas económicos.
- Enfermedades crónicas que causan dolor y/o discapacidad.
- Abuso de sustancias (alcohol, drogas, psicofármacos...).
- Factores genéticos.
- Haber dado a luz recientemente.

6.5.3. Niveles de depresión

- 1- Leve
- 2- Moderada
- 3- Severa

6.6. Tipos de depresión

Los Trastornos afectivos constituyen un grupo de enfermedades caracterizados por una sintomatología afectiva básica y común a todos ellos (tristeza, decaimiento, desilusión, incapacidad para el disfrute...), pero diferenciándose por la duración, gravedad y evolución. Comúnmente se habla de "Depresión" como término general para designar a cualquiera de

estos trastornos, pero desde un punto de vista psiquiátrico hay que matizar y diferenciar unos de otros (Sacyl, 2018).

Los tipos de depresión son enfermedades psicológicas acompañadas de signos y síntomas que pueden variar según la gravedad y tiempo que dure el trastorno mental. por ende, se trata de un estado depresivo desencadenado principalmente por pensamientos negativos.

6.6.1. Episodio depresivo mayor/menor

Debemos pensar en él ante la aparición de síntomas como tristeza vital, pesimismo, ansiedad, irritabilidad, apatía, embotamiento afectivo, empeoramiento matutino, disminución marcada del interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de inutilidad e ideación de culpa, baja autoestima, pensamientos recurrentes de muerte, pérdida de apetito, disminución de peso, alteraciones del sueño, etc. Ante esta situación es recomendable consultar con el médico de atención Primaria (Sacyl, 2018).

Este episodio es un trastorno mental que altera el estado de ánimo durante un periodo largo de tiempo, viéndose afectada la vida cotidiana de la persona. Por otra parte, también puede cambiar la forma de funcionar del cuerpo de quien lo padece.

6.6.2. Depresión subclínica

Es aquella depresión que puede pasar prácticamente inadvertida porque no se detecta la presencia de ánimo deprimido, ni la incapacidad para disfrutar de las cosas, y sí otros síntomas de los descritos (pesimismo, ansiedad, irritabilidad, apatía, embotamiento afectivo pérdida de apetito, disminución de peso, alteraciones del sueño, etc (Sacyl, 2018).

La depresión subclínica es una condición más leve que los casos de depresión mayor. Porque el sujeto puede pasar desapercibido, así mismo los signos son difíciles de detectar ya que quien lo padece puede realizar su vida cotidiana de manera normal incluso reír y disfrutar momentos.

6.6.3. Depresión enmascarada o "somatizada"

Los síntomas afectivos o emocionales no se expresan espontáneamente, incluso al preguntar por ellos pueden ser negados. En este caso predominan los síntomas somáticos o corporales: dolores inespecíficos, alteraciones gastrointestinales (sequedad de boca, estreñimiento-diarrea, úlcera gástrica etc.), respiratorias (sensación de ahogo, dificultad respiratoria...),

neurológicas y sensoriales (mareo, cefalea, vértigo, temblores), genitourinarios (molestias al orinar, ausencia de la menstruación, impotencia, etc.) (Sacyl, 2018).

Se entiende por depresión enmascarada o somatizada como una condición en el mayormente se ve afectada la salud física. La persona puede tener dificultades para expresar lo que siente o incluso reprimir sus emociones.

6.6.4. Depresión con síntomas psicóticos

Junto a los síntomas del episodio depresivo están presentes ideas delirantes o alucinaciones. Las ideas delirantes están en consonancia con el estado de ánimo, e incluyen temas de pecado, culpa, ruina o catástrofes inminentes. Esta forma de depresión es especialmente complicada por el contenido de las ideas delirantes. Ante su sospecha debe consultar con un médico de forma inmediata (Sacyl, 2018).

La depresión con síntomas psicóticos es una condición mental de tipo grave porque está acompañado por episodios depresivos en donde la persona puede tener pensamientos distorsionados de la realidad.

6.6.5. Trastorno bipolar

“Los Trastornos Bipolares son un grupo de trastornos afectivos caracterizados por la presencia de episodios reiterados en los que se alterna el ánimo deprimido con episodios de exaltación (euforia, hiperactividad, etc.) (Sacyl, 2018)”

Según la definición de trastorno bipolar la persona que lo padece puede experimentar cambios marcados o extremos de ánimos constantes. Este trastorno puede ser persistente o que ocurre continuamente.

6.6.6. Trastorno distímico

El Trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión crónica, en la que los síntomas se manifiestan de forma permanente durante un periodo de tiempo prolongado. A veces puede llegar a sentirse bien durante días, incluso semanas, pero enseguida vuelven a reaparecer los síntomas, estando la mayor parte del tiempo cansado y deprimido. Suele iniciarse en la edad adulta (Sacyl, 2018).

El trastorno distímico se entiende como una afección mental permanente. En donde se ve afectada la calidad de vida de quien lo padece. por ende, la persona suele sentir estados de ánimos negativos.

6.6.7. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

“Es un trastorno bastante frecuente, se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales, ánimo depresivo, tristeza, llanto, desesperanza, en respuesta a un acontecimiento estresante ocurrido en los tres meses anteriores al inicio de la clínica (Sacyl, 2018)”

Ante la aparición de síntomas sugerentes de un trastorno afectivo, como los mencionados, que exceden por su intensidad o duración a las oscilaciones normales del ánimo, en las que la tristeza se encuentra incluida, es recomendable consultar con su médico de Atención Primaria para descartar la presencia o no de un trastorno depresivo y en su caso iniciar el tratamiento oportuno (Sacyl, 2018).

Se entiende que este trastorno es producto de situaciones estresantes, por ejemplo: situaciones laborales, académicas, familiares, sociales, entre otras. Como resultado de la aparición de síntomas temporales o crónicos, dependiendo de la adaptación y situación en la que la persona se encuentre.

6.7. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

Con características mixtas.

Con características melancólicas.

Con características atípicas.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía.

Con inicio en el periparto.

Con patrón estacional (sólo episodio recurrente) (Fernández, 2024).

En la fundamentación teórica se abordaron definiciones y teorías relaciones a la terapia cognitivo conductual y depresión, el cual fue importante plasmarlos para reforzar el estudio. Dentro de ellos se encontraban: Los criterios del Dsm-5 en trastorno depresivo mayor, diferentes enfoques psicoterapéuticos, tipos, características y causas de la depresión, orígenes, definiciones y técnicas de la terapia cognitivo conductual.

				<p>preguntas o al expresarse</p> <ul style="list-style-type: none">• Demuestra incapacidad para llorar a pesar de sentir tristeza• Manifiesta llanto frecuente y desproporcionado a los estímulos• Muestra dificultad en la comunicación verbal• Dificultad para expresar sus sentimientos y emociones• Se muestra agitado o inquieto• Muestra actitud energética			
--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>Procesos cognitivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra cansado y fatigado • Incapacidad para mantenerse sentado • Realiza movimientos lentos • Dificultad para mantener la concentración en tareas asignadas o conversaciones de manera sostenida • Dificultad para recordar o tomar decisiones • Se muestra orientado en las tres esferas mentales 			
--	--	--	----------------------------	--	--	--	--

			<p>Aspecto físico</p>	<p>espacio, tiempo y persona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresa pensamientos negativos en cuanto a su persona • Expresión facial de agotamiento • Muestra signos visibles de autolesiones (cortes o rasguños) • Muestra signos físicos que indican el uso de sustancias (cambios en la piel, ojos rojos o pupilas dilatadas) • Se presenta con 			
--	--	--	-----------------------	---	--	--	--

			Emociones	<p>vestimenta de colores oscuros frecuentemente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura decaída • Manifiesta impaciencia de manera recurrente proporcionando respuestas cortas • Estado de ánimo decaído • Presenta irritación recurrente expresada a través de gestos bruscos y arrebatos de frustración • Muestra señales de vergüenza o 			
--	--	--	-----------	--	--	--	--

			Personales	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Duelos • Adicciones 			
3. Implementar técnicas del enfoque cognitivo conductual en la intervención en el tratamiento psicoterapéutico en un caso de depresión con paciente	Consiste en el tratamiento a través de las sesiones que se llevan a cabo entre el profesional y el paciente con la finalidad de que este reciba ayuda por parte de un terapeuta y empiece a tomar conciencia de lo que hace, siente y piensa.	Técnicas del enfoque cognitivo conductual	Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración profunda • Técnicas de relajación. • Reconstrucción cognitiva. • Auto registro • Modificación de conducta • Flecha ascendente • Autoinstrucciones • Psicoeducación 	Recursos didácticos	Paciente	Tabla de Word

4. Evaluar los cambios de la terapia cognitivo conductual en la salud mental del paciente, en un caso de depresión.	TCC es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. SM es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea.	Terapia cognitivo conductual. Salud mental	1- Terapia 2- Cognitivo 3- Conductual 4- Salud 5- Mental	Pensamientos Actitudes Emociones Motivaciones Comportamientos Metas	Entrevista final Observación Inventario de BECK	Paciente	Tabla de Word Transcripción fiel

8. Diseño metodológico

A continuación, se presentará la estructura metodológica del estudio de caso clínico con el propósito de dar a conocer aspectos como; El tipo de estudio, las fuentes de investigación, el área donde se llevó a cabo, los instrumentos implementados y las etapas de dicho estudio.

8.1. Tipo de investigación

En la presente investigación se realizó un estudio de caso clínico, con énfasis cualitativo, por lo tanto, se presenta con una estructura apegada a un caso clínico. Ya que se implementaron métodos cualitativos, dentro de los instrumentos utilizados están: Entrevistas y observaciones los cuales fueron la base fundamental para conocer el estado del paciente; De igual manera se aplicó inventario de BECK (BDI-II), con el propósito de corroborar datos obtenidos en los instrumentos anteriores para evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en paciente durante el proceso de intervención psicoterapéutica.

Se trata de un estudio de caso clínico, en el cual se trabajó específicamente con un paciente que ya tenía un diagnóstico de depresión, el cual fue determinado por una profesional en psicología que labora en el centro de salud Leonel Rugama (CAPS-Estelí). Se dio inicio al estudio con la implementación de instrumentos para obtener datos del paciente y corroborar el diagnóstico e indagar sobre las causas de la depresión y así realizar el plan de tratamiento el cual fue ejecutado durante las sesiones realizadas.

Los estudios de casos clínicos cuentan con un formato eminentemente descriptivo y narrativo en el que el terapeuta presenta su visión e interpretación del trabajo terapéutico con sus participantes, incluyendo información verbal (contenido literal) del participante o participantes que es instructiva respecto a la intervención aplicada, el problema o el perfil del participante o grupo. Estos manuscritos de metodología cualitativa pretenden destacar la complejidad de la práctica clínica (Colomina, 2020).

En el caso clínico se abordan detalladamente sobre signos, síntomas y relatos de la historia de vida, y también de la problemática, ya que a través de esta evaluación se realiza el diagnóstico para continuar con un plan de tratamiento implementado en cada intervención terapéutica con trastornos mentales o desafíos emocionales.

8.2. Fuentes de investigación

Dentro de las fuentes de investigación se utilizaron fuentes primarias y secundarias, entre las primarias se encuentra: DMS-V y el relato del paciente y en las secundarias, artículos y sitio web.

8.3 Área de estudio

8.3.1. Área de conocimiento

Según las líneas de investigación de la universidad UNAN-Managua, este estudio corresponde a la de salud pública, enfocado en salud mental.

Línea: SAL-2: Salud Pública

Sub línea: 2.3: Salud Mental, Discapacidad e Inclusión.

8.3.2. Área geográfica



El estudio se llevó a cabo en un centro de atención psicológica del municipio de Estelí, específicamente en el centro de salud Leonel Rugama CAPS-Estelí, ubicado frente al Instituto Nacional Francisco Luis Espinoza, en el barrio Alfredo Lazo del distrito 2 de la ciudad de Estelí.

8.4. Participantes

Para realizar dicho estudio de caso clínico, fue tomada como muestra un participante del sexo masculino; Paciente del centro de salud Leonel Rugama, específicamente en el centro de atención psicológica (CAPS-Estelí).

8.4.1. Muestreo

El muestreo usado es intencional, por conveniencia no probabilístico, ya que se seleccionó una muestra limitada y se seleccionó un caso donde se eligió específicamente una persona que debía cumplir con nuestros criterios de selección (diagnostico, sexo, lugar, etc.) y por conveniencia, ya que estaba la accesibilidad y disponibilidad de la muestra necesaria para el estudio. El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que no para todos los pacientes existía la probabilidad de ser parte del estudio realizado.

Las técnicas de muestreo de tipo no probabilísticas, la selección de los sujetos a estudio dependerá de ciertas características, criterios, etc. que él (los) investigador (es) considere (n) en ese momento; por lo que pueden ser poco válidos y confiables o reproducibles; debido a

que este tipo de muestras no se ajustan a un fundamento probabilístico, es decir, no dan certeza que cada sujeto a estudio represente a la población blanco (Tamara & Manterola, 2016).

“Intencional: Permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña” (Tamara & Manterola, 2016).

“Por conveniencia: Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Tamara & Manterola, 2016).

8.5. Criterios de selección de la muestra

Para formar parte de este estudio de caso clínico, se tomaron en cuenta aspectos que debía cumplir el paciente para darle salida a los objetivos planteados; entre los parámetros tomados en cuenta están:

- Ser paciente del centro de atención psicológica (CAPS-Estelí)
- Paciente diagnosticado con depresión
- Tener entre 18 años a mas
- Comprometerse a terminar el proceso psicoterapéutico
- Estar dispuesto a trabajar para mejorar su salud mental.
- Cumplir y presentarse a todas las sesiones
- Realizar las orientaciones y tareas asignadas.
- Ser específicamente de sexo masculino
- Estar dispuesto a participar en los instrumentos finales, para evaluar la efectividad del proceso.

8.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recopilación de datos

Para la realización de este estudio de caso se utilizaron diversos métodos y técnicas cualitativas para la recopilación de información, dentro de ellas están: entrevistas, observaciones, historial clínico e inventario de depresión de Beck. A continuación, se describen cada una de las técnicas aplicadas en el estudio:

8.6.1. Historia clínica: En la primera sesión se aplicó un historial clínico en el paciente con el propósito de obtener información sobre datos generales, historia familiar, etapa prenatal, desarrollo motriz, sueño, educación, adolescencia, sexualidad, patologías, hábitos y aspectos de vivienda. Esta información fue de gran utilidad para identificar las causas del trastorno y la formulación del tratamiento.

La historia clínica se define como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente. Es un instrumento utilizado tanto por el personal médico como por enfermeras, nutricionistas, psicólogos, como por otros profesionales de la salud. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento, y permiten la evaluación de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la ausencia de datos en las historias clínicas es un error frecuente (Chero Farroa y otros, 2017).

8.6.2. Entrevista: Se implementó una entrevista inicial al paciente con el objetivo de identificar las causas que generaron la depresión en el paciente, el estado actual, los síntomas que presenta, el tiempo, la frecuencia y las áreas afectadas, de igual manera al final del proceso psicoterapéutico se aplicó una entrevista con el propósito de evaluar los cambios que generó la terapia cognitivo conductual en la salud mental del paciente y conocer las técnicas que fueron más efectivas de esta teoría.

La entrevista se define como "una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar". Es un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa, para recabar datos se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial (Bravo y otros, 2013).

8.6.3. Observación: Se utilizó una guía de observación con la intención de abordar el primer objetivo del estudio el cual consistía en observar los signos de depresión que presentaba el paciente, este instrumento valoraba cinco áreas las cuales eran: higiene personal, comportamientos, emociones, aspecto físico y procesos cognitivos.

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento

fundamental de todo proceso de investigación; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. El Método Clínico utiliza la observación como un primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente (Sanjuán, 2010).

8.6.4. Inventario de Beck: Se utilizó el inventario de depresión de Beck, aplicándolo en el paciente con el objetivo de corroborar el diagnóstico de depresión y para sustentar la información y datos obtenidos a través de la entrevista y observación, este inventario se aplicó en la primera sesión, durante el proceso y al final del proceso psicoterapéutico para medir los cambios que se generaban en el paciente a través del proceso.

“Este cuestionario auto administrado, compuesto por veintiuna preguntas de opción múltiple es un instrumento sumamente popular para medir la intensidad de la depresión en un paciente psiquiátrico ya diagnosticado (Luzzolino, 2024).”

Fue creado en 1961 por Aarón Beck, el médico psiquiatra padre de la terapia cognitivo-conductual. Ha tenido sus revisiones y hoy se utiliza una versión más actualizada de él. Este cuestionario permite medir la severidad de la depresión en una persona. Cuenta con un gran apoyo y validación alrededor del mundo ya que ha sido constantemente actualizado y demostró ser preciso a la hora de identificar a un paciente depresivo (Luzzolino, 2024).

8.7. Etapas de la investigación

8.7.1. Etapa de planificación o preparatoria: Esta fase se inició con la formulación del tema, reuniendo las ideas que fluían relacionadas a la terapia cognitivo conductual, y posteriormente se realizó el planteamiento del problema en el cual se definió la problemática, que es la incidencia de la depresión en la actualidad y la necesidad de comprobar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en los trastornos mentales, específicamente en el trastorno depresivo siendo uno de los más trascendentes en la actualidad.

Tomando en cuenta el tema y la problemática se redactaron los objetivos del estudio. Luego se procedió con la elaboración de un bosquejo que nos permitió ampliar, ordenar y preparar la información necesaria para la ejecución del estudio.

A continuación, se llevó a cabo la elección y elaboración de técnicas e instrumentos con el fin de darle salida a los objetivos planteados al inicio del proceso.

8.7.2. Etapa de ejecución del trabajo de campo:

Para llevar a cabo este proceso se formularon instrumentos los cuales le dieron salida a cada uno de los objetivos planteados, estos fueron validados por profesionales de psicología, a través de un dossier que contenía una carta dirigida a cada experto, formato de evaluación para cada instrumento y constancia de juicio, para ser aplicados en esta fase; Posteriormente se le dio una amplia explicación al paciente sobre el proceso que se realizaría y el objetivo de ello.

Se aplicó historial clínico para recopilar datos personales y familiares. De igual manera en la primera sesión se aplicó una entrevista con el fin de recolectar información sobre la situación de salud que presentaba el paciente y las causas que le generaron la depresión a su vez se realizó una observación con el propósito de observar los signos de depresión en el paciente y un inventario de Beck para obtener el nivel de depresión que contenía el paciente.

A mediados del proceso psicoterapéutico se implementó una observación e inventario de Beck para medir los cambios que generaba la terapia en la salud mental del paciente. Al final del proceso psicoterapéutico se aplicó una entrevista final para evaluar los cambios que generó la terapia e identificar las técnicas más efectivas de la terapia cognitivo conductual, también se implementó una guía de observación y el inventario de Beck para corroborar si el paciente ya no presentaba signos y síntomas del trastorno depresivo.

8.7.3. Etapa del informe final:

Ya habiendo culminado con la ejecución del proceso psicoterapéutico se procedió a realizar un informe final donde se compararon los resultados de los instrumentos implementados al inicio del estudio, durante el proceso y al final del tratamiento psicoterapéutico.

Se finalizó con la elaboración de la estructura del documento donde se dieron a conocer los diferentes resultados obtenidos, con el objetivo de demostrar la efectividad de la terapia

cognitivo conductual como tratamiento para ser implementado en pacientes diagnosticados con depresión. Tras terminar el informe, se realizaron conclusiones, recomendaciones y anexos que ayudarán a los futuros investigadores de la temática o temáticas relacionadas a ella.

8.7.4. Limitantes del estudio:

Dentro de las limitantes presentadas en la realización del estudio están las siguientes:

- La demora de los profesionales para la validación de instrumentos
- Tiempo limitado para realizar el estudio
- Encontrar el paciente ya diagnosticado

8.8. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo dicho proceso, se le informo al paciente lo siguiente

- Información detallada sobre en qué consistía el estudio.
- Se le garantizo proteger la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente (Identidad, dirección)
- Todas las sesiones se establecerían en un lugar privado (consultorio)
- Se le garantizó compromiso y dedicación
- Se le brindo un documento que contenía un consentimiento informado

8.9. Procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos con los instrumentos aplicados se analizaron y procesaron según los objetivos planteados al inicio del estudio, utilizando tablas de Word y transcripción fiel.

En las observaciones implementadas se representó por esquemas, las entrevistas se representaban con tablas y figuras de Word y transcripción fiel. En el caso del inventario de Beck fue mostrado a través de esquemas.

9. Estructura del caso

9.1. Historia clínica del paciente

1. Datos generales

Nombres y apellidos: M. A. R. H.

Fecha de nacimiento: 08 -09- 2000

Edad: 24 años

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento: Estelí

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Nivel educativo: Quinto año de secundaria

Colegio: Instituto Nacional Francisco Luis Espinoza (INFLE)

Número de expediente: 161MARH080900

Informante: Paciente

2. Historia familiar:

Nombre y apellidos del padre:

Edad:

Grado de instrucción:

Ocupación:

Nombre y apellidos de la madre: F. I. R. R.

Edad: 46 años

Grado de instrucción:

Ocupación: ama de casa

Numero de hermanos: 7 hermanos

Lugar que ocupa: Sexto

Habita con: Abuelo por parte de familia materna

Tipo de relación con papá: Ninguna

Tipo de relación con mamá: No suele tener confianza con la madre debido al temperamento, no se siente comprendido.

Tipo de relación con hermanos: Hay buena comunicación, confianza y cariño entre ambos.

3. Motivo de consulta:

Paciente refiere “Siento que soy un fracaso, mi madre no me comprende y lo que quiero es morir total no le haré falta a nadie”

4. Observaciones generales:

Físico:

Apariencia cuidada; De piel morena, contextura delgada, cabello y ojos color negro, nariz perfilada, estatura media, postura decaída.

Conducta:

- Establecía poco contacto visual
- Tono de voz baja y entrecortada
- Disposición para hablar, pero demostraba dificultad al expresar sus sentimientos
- Dificultades interpersonales
- Dificultades para socializar

Problema actual:

Paciente refiere que tiene problemas familiares y adicción al consumo de marihuana; El cual eso le ha generado dificultad para conciliar el sueño, desinterés por realizar actividades cotidianas. Por otra parte, ha perdido el interés por tener contacto con amigos, familiares y conocidos.

5. Historia familiar:

Su padre lo abandonó, cuando la madre estaba en la etapa del embarazo. Esto le generó a la madre sentimientos de tristeza, falta de apetito, pérdida de peso y llantos frecuentes, durante el embarazo; El paciente al recordar lo que le sucedió a su mamá le genera tristeza, ya que considera que no tiene una familia integrada, de igual manera expresa sentir un gran vacío al no tener una figura paterna, y relata que su vida hubiera sido mejor si tuviera un padre que lo apoyará y protegiera e incluso piensa que quizás no le hubiera sucedido el abuso que sufrió en su infancia ya que iba a tener la protección de un padre.

Por otra parte, comenta que su mamá realizó su vida con otra pareja, quien actualmente es su padrastro y producto de esa relación nació hermano menor el cual es 8 años menor que él. Considera que ellos son una familia unida, integrada, pero él no se siente parte de la familia ya que expresa sentirse excluido; Porque el trato que le dan al hermano siente que es mejor. La relación que tiene con su padrastro no es buena debido al carácter fuerte que demuestra, por lo tanto, no hay comunicación constante, ni confianza entre ambos.

Por ese motivo decidió irse de casa hace 2 años, para vivir con su abuelo materno, también expresa que tiene una buena relación con su abuelo y que se siente comprendido por parte de él, por lo tanto, el abuelo es considerado como su red de apoyo.

6. Embarazo y parto:

¿Fue un embarazo planificado?

No fue un embarazo planificado

¿Se presentó la mamá a los controles médicos durante el embarazo?

La madre asistió frecuentemente a los chequeos médicos durante la etapa del embarazo.

¿Complicaciones durante el embarazo?

No hubo ningún tipo de complicaciones.

¿Consumo de sustancias de los padres durante el embarazo? Si la respuesta es sí especifique ¿cuáles?

No

Edad de la madre al momento del parto: 22 años

¿Complicaciones durante el parto?

No hubo ningún tipo de complicaciones

El parto fue atendido por:

Médico Partera Otros

X

7. Complicaciones al nacer:

Lloro al nacer: Si

Necesidad de incubadora: No

Tiempo:

Coloración: No

Peso:

Talla:

Tuvo convulsiones: No

8. Desarrollo:

Desarrollo motor (tendencia a caerse, dificultad en el movimiento, etc.)

Desarrollo de lenguaje (balbuceo, primeras palabras):

Historia alimentaria (Lactancia recibida, dificultad para mamar, alergias alimentarias, edad que inicio a consumir alimentos sólidos)

Entrenamiento en hábitos urinarios y fecales:

Alteraciones de conducta (comerse las uñas, rabietas, agredirse, tartamudez)

9. Sueño

Duerme bien: Raras veces

Cuantas horas: 7 horas

Se despierta con frecuencia: Si

Con quien duerme: Solo

Habla dormido: No

Temores nocturnos: Ninguno

Pesadillas: Algunas veces

Insomnio: Si (no siempre)

Sonambulismo: No

10. Educación

Dificultades con la maestra o compañeros: Ninguna

Es zurdo o diestro: Diestro

Dificultades de aprendizaje: No

Conducta en el salón de clase: Callado y tranquilo

Conducta en el recreo: Apartado y tranquilo

Abandonó el colegio: Si, durante dos años dejo de estudiar porque quería compartir más tiempo con sus amigos y ellos no estudiaban; Por lo tanto, tomó la decisión de hacer lo mismo.

Actitud de los padres en la educación escolar de su hijo: Apoyo económico por parte de la madre, pero falta de apoyo para comprenderlo, entenderlo, y darle amor.

11. Adolescencia:

Cree usted que sus padres lo comprendían: Algunas veces, su madre

Considera usted que sus padres lo quieren: Mi madre sí, mi padre no sabe nada de mí.

Que cosas cambiarías de ti: Los pensamientos negativos (no valgo nada, me quiero morir, entre otros) y dejar de fumar.

¿Con que personas te agradaba o te agrada reunirte (tu misma edad, mayores, menores)?

No tengo problemas, puede ser con personas de mí misma edad o mayores.

¿Haces amigos con facilidad?

No, se me dificulta porque suelo ser callado

Te consideras

Tímido: Si **Divertido:** Si **Irritable:** **Agresivo:** **Complaciente:**

Has tenido o tuviste deseos de irte de tu casa: De la casa de mi abuelo con quien vivo, no.

¿Te sientes capaz de solucionar los problemas de tu vida?

Algunas veces me siento capaz, pero se me dificulta porque suelo ser muy negativo

¿Te consideras físicamente simpático?

A veces.

12. Sexualidad

¿A qué edad se percató de la diferencia entre el hombre y la mujer?

A los 7 años aproximadamente

¿A qué edad tuvo su primera información sobre sexualidad? ¿Por quién?

A los 12 años durante el ciclo escolar por la maestra.

¿Se masturba algunas veces?

Si

¿A qué edad fue su primera relación sexual?

A los 5 años sufrió una violación sexual por parte de su tío materno, el cual lo comento con su madre cuando era pequeño, desde entonces no volvió hablar más del tema hasta ahora que asistió a terapia. Su primera relación sexual fue a los 15 años.

¿Se ha sentido confundido alguna vez sobre su sexualidad?

No

¿Has tenido experiencias sexuales con personas de tu mismo sexo?

No

¿Tienes pareja actualmente?

No

Toma precauciones en su práctica sexual activa

Si

Hay algo que te preocupe o inquiete de la sexualidad

No

13. Accidentes o enfermedades

¿Mencione los antecedentes patológicos que presenta?

No tiene antecedentes patológicos

14. Hábitos.

Consumo de bebidas alcohólicas (mencione cuales).

No

¿Reacción cuando toma?

¿Fuma cigarrillos?

Consumo de drogas ¿qué tipo?

Si, consume marihuana.

¿Cómo llego a consumir?

A los 16 años probó por primera vez la marihuana, inducido por las amistades; Pero lo empezó a consumir más seguido a los 19 años. Actualmente expresó que consume para sentirse relajado y olvidar las situaciones que le generan tristeza. Lo cual esto interfiere para realizar su vida cotidiana ya que, si no consume por un día, experimenta síntomas de sudoración, desesperación y otros.

Cantidad.

Diario, dos o tres veces al día la cantidad de un gramo

15. Aspectos de vivienda

Alquilada: Si

Propia:

Otros:

9.2. Identificación de problemas actuales

Los problemas que presentaba el paciente al inicio del proceso psicoterapéutico eran:

- P.1. Adicción al consumo de marihuana.
- P.2. Alteraciones de sueño.
- P.3. Inestabilidad emocional
- P.4. Necesidad de afecto y apoyo familiar
- P.5. Trauma originado por abuso sexual en su infancia
- P.6. Pensamientos irracionales.

9.3. Plan de tratamiento

Tabla 9.3.1: Plan psicoterapéutico.

-Sesiones -Hora -Fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Objetivo	Tareas asignadas
1ra sesión 10:00 am 09/09/24	<p>Técnica de respiración y relajación (Relajación muscular progresiva).</p> <p>Psi coeducación</p>	<p>Consiste en: Inhalar lentamente, sostener la respiración durante 4 segundos, durante sostenía la respiración debía tensionar todos los músculos del cuerpo mientras, luego exhalar lentamente y soltar los músculos que tenía tensionados.</p> <p>A través de palabras que le permitan al paciente reflexionar sobre su problemática y mencionando aspectos que debía retomar para mejorar su calidad de vida.</p>	<p>Generar un estado de tranquilidad en el paciente y reducir los niveles de tensión.</p> <p>Brindar orientaciones al paciente.</p> <p>Disminuir la frecuencia del consumo</p>	<p>-Practicar técnica de respiración y relajación.</p> <p>-Escuchar música instrumental por la noche.</p> <p>Consumir marihuana 2 vez al día.</p>

-Sesiones -Hora -Fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Objetivo	Tareas asignadas
2da sesión 11/09/24 9.30 am	Técnica de modificación de conducta (extinción)	A través del relato del paciente se le realizan preguntas como: ¿Qué considera usted que necesita hacer para mejorar? En esta sesión el paciente se planteó hábitos saludables que debía practicar y conductas que debían ser modificadas	Reducir conductas negativas y generar conductas positivas.	<p>Proponerse metas que quiere lograr a corto y largo plazo.</p> <p>Escribir en un cuaderno pensamientos positivo por la mañana y por la noche (Auto registro).</p> <p>-Disminuir la frecuencia de marihuana a 1 vez al día.</p>
3ra sesión 10.30 am 26/09/24	Técnica 1: reestructuración cognitiva	Se implementa a través de preguntas claves para generar la reflexión en el paciente y modificar los esquemas de pensamientos del paciente a través de preguntas que buscan explorar el porqué de cada respuesta con el propósito que el paciente se desprenda de creencias negativas sobre él y modifique sus pensamientos irracionales, como también la percepción inadecuada sobre sí mismo.	Generar reflexión sobre la mala percepción de sí mismo y pensamientos automáticos negativos.	<p>-Proponerse metas de que quiere mejorar con el proceso psicoterapéutico</p> <p>Disminuir la frecuencia de marihuana 1 día.</p> <p>-Retomar actividades que hacía antes (tocar piano, ejercicio).</p>

-Sesiones -Hora -Fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Objetivo	Tareas asignadas
	<p>Técnica de la terapia Gestalt (Carta dirigida a la persona que le hizo daño)</p> <p>Técnica 2: relajación y respiración (Relajación muscular progresiva).</p>	<p>Explicar al paciente sobre la importancia de soltar el pasado y liberarse de esos sentimientos que le generan dolor.</p> <p>Se orienta, tensionar músculos luego inhalar sostener la respiración durante 4 segundos, exhalar lentamente y soltar cada musculo tensionado.</p>		<p>-Técnica del hielo para disminuir los síntomas de abstinencia.</p> <p>-Realizar una carta para escribir todo lo que le quiere decir a la persona que le hizo daño y finalmente quemarla y decirse que se desprende de ese dolor y pasado.</p>
4ta sesión 02/10/24 8:30 am	<p>Técnica de auto registro</p> <p>Reconstrucción cognitiva</p>	<p>Se le asigna al paciente expresar que siente, que piensa y que hace ante una determinada situación. Se realizaron preguntas claves para la reflexión en el paciente.</p> <p>Se realizaron preguntas para crear reflexión en el paciente, y llevarlo a identificar la percepción de sí mismo a través de la reflexión.</p>	Generar análisis y reflexión sobre las malas actitudes y pensamientos.	<p>Seguir las recomendaciones previas sobre establecer metas y técnica de registro.</p> <p>-Durante crisis de abstinencia aplicar técnica de hielo.</p>

-Sesiones -Hora -Fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Objetivo	Tareas asignadas
				<p>-Disminuir la frecuencia de marihuana a 1 vez cada 5 días.</p> <p>-Identificar en que le gustaría trabajar e iniciar a desarrollarse en el área laboral.</p>
5ta sesión 11/10/24 9:00 am	Técnica flecha ascendente	<p>La técnica se aplicó con preguntas que cuestionan las razones de comportamientos perjudiciales para la persona, para disminuir pensamientos destructivos, haciendo que el concepto que tiene de sí mismo no solo es erróneo e infundado.</p> <p>Se orienta al paciente realizarse preguntas que evaluaran de forma crítica sus cogniciones y que se aplicara palabras motivacionales</p>	Tratar que no encuentre respuestas que respalden sus actitudes, sus pensamientos erróneos, Por ende, guiar al paciente hacia comportamientos positivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar música instrumental relajante. - Seguir las recomendaciones de las sesiones anteriormente. - No tomar café después de las dos de la tarde. - Reducir el consumo a 1 vez cada ocho días.
6ta sesión 17/10/24	Técnica auto instrucciones	Orientar al paciente a que se imparta instrucciones para mejorar así mismo y	Que el paciente se establezca tareas,	-Establecer horarios para realizar las

-Sesiones -Hora -Fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Objetivo	Tareas asignadas
9:00 am		eliminar creencias limitantes. Mediante el discurso que narre que hará y como lo realizara.	instrucciones y actividades que contribuyan en su salud mental.	<p>actividades que se propuso.</p> <p>- Disminuir la frecuencia de marihuana a 1 vez cada 15 días</p> <p>-Continuar las recomendaciones dadas en las sesiones anteriores.</p>
7ma sesión 01/11/24 10:20 am	Flecha descendente (Dialogo socrático)	A través de preguntas enseñarle al paciente a formularse preguntas positivas que le generen motivación y evaluar de forma crítica sus cogniciones	Confirmar, que el paciente efectivamente ha logrado cambiar el auto concepto erróneo.	<p>Seguir las recomendaciones de las sesiones anteriores.</p> <p>-Dejar de consumir marihuana.</p>
07/11/24 8va sesión 9:30 am	Reestructuración cognitiva (Reflexionar y resumir)	A través de formulaciones de preguntas que permitan al paciente reflexionar y resumir lo aprendido y desaprendido con el proceso psicoterapéutico.	Lograr a través del relato del paciente identificar los cambios generados con el tratamiento.	-Implementar siempre que considere necesario las tareas asignadas durante el proceso.

9.4 Descripción de las sesiones

Es importante mencionar que dentro del proceso psicoterapéutico se realizaron ocho sesiones utilizando la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del paciente con diagnóstico de depresión el cual ya había recibido la cantidad de dos sesiones para conocer el diagnóstico el cual fue determinado por una profesional del área de psicología que labora en el centro donde fue realizado el estudio. A continuación, se detallarán las sesiones de tratamiento implementadas en el paciente:

Sesión 1: 09/09/24

En esta sesión inicial, se le aplicó historial clínico al paciente para conocer datos personales, síntomas y las problemáticas actuales. Entre lo más significativo que se detectó están; Los síntomas recurrentes, familia disfuncional, adicción a la marihuana y abuso sexual en la infancia. En la sesión el paciente se mostraba preocupado, frustrado y, al comentar su historia de vida, se observaban sentimientos de tristeza y deseos de llorar, pero el paciente contenía el llanto por eso se le explicó que él estaba en un espacio donde podía comentar sus preocupaciones, y liberar sus sentimientos y emociones.

Después se implementó una técnica relajación y respiración profunda específicamente relajación muscular progresiva que consiste en inhalar lentamente sostener durante 4 segundos la respiración mientras sostiene la respiración debía tensionar los músculos del cuerpo luego exhalar y soltar los músculos tensionados. Después de la técnica el joven expresó sentirse relajado y con más tranquilidad.

Después se siguió abordando con el paciente la problemática de consumo de marihuana que tenía entonces, donde se le explicó que se trabajaría disminuyendo poco a poco la frecuencia del consumo a lo que el paciente aceptó trabajar su adicción así, por lo que se le hizo la siguiente pregunta ¿Cuánto está dispuesto a disminuir en esta semana? La respuesta fue la siguiente: “Yo trataré de disminuir lo que usted me indique” anteriormente había expresado que consumía tres veces al día por lo tanto se le indicó que consumiera dos veces al día.

De igual manera se le brindó información sobre el proceso de abstinencia y se mencionaron algunos síntomas que podía experimentar al implementar la disminución de la frecuencia

pero que esto sucedería durante un tiempo, mientras su cuerpo se adaptaba y eliminaba la dependencia a esa sustancia. Y durante la sesión se implementó una guía de observación para conocer el estado inicial del paciente.

En esta sesión se le comentó el estudio que se realizaría y se le pidió autorización para formar parte de él, donde accedió y permitió ser parte del estudio poniendo como condición que no se revelara su identidad. También se le comentó que debía presentarse a todas las sesiones orientadas y otros criterios planificados. Para cerrar la sesión se le brindaron las siguientes tareas: Practicar la técnica de relajación y respiración profunda que se practicó en la sesión; También escuchar música instrumental relajante por la noche para que le ayudara a estar en un estado de tranquilidad.

Sesión 2: 11/09/24

En la sesión anterior se conoció el motivo de consulta y estado actual del paciente. Para iniciar, se le preguntaron cuáles fueron los logros obtenidos a través de las orientaciones asignadas en la consulta anterior. El paciente expresó que había experimentado síntomas al disminuir la frecuencia del consumo los cuales fueron: Sudoración, escalofríos, desesperación y al experimentar estos síntomas se le dificultaba conciliar el sueño los primeros días.

Indico que la música instrumental le hacía concentrarse e imaginar que tocaba piano, al escuchar el sonido de gotas de agua imaginaba que estaba en una cascada o río donde se encontraba solo él y muchos pajaritos, se le pregunto ¿En qué considera usted que le ayudo esto? Su respuesta fue “me ayudo mantenerme relajado, a controlar los síntomas como la desesperación y me ayudaba a adormir” También expreso puso en práctica la técnica de relajación muscular progresiva durante el día y que fue de gran ayuda para la abstinencia y no consumir marihuana más de lo orientado.

Después se le aplicó un inventario de Beck, para conocer el nivel de depresión que presentaba el paciente; Ahora bien, en la sesión la técnica de intervención utilizada fue modificación de conducta(extinción), la que consiste en eliminar conductas negativas y reforzador conductas positivas, fue aplicada explicándole a través de ejemplos como podía reemplazar pensamientos que lo hacían sentir auto desvalorizado, uno de los pensamientos que el expresaba constantemente eran no valgo nada, a nadie le importo, no soy útil.

Por lo tanto, algunas preguntas que se realizaban eran las siguientes: ¿Que considera usted que lo conlleva a pensar de esa manera? ¿Qué provoca ese pensamiento? ¿Por qué piensa de esa manera? ¿Por qué dice usted que a nadie le importa? Casi siempre sus respuestas eran la verdad no lo sé, simplemente es lo que siento” se le pregunto ¿Que considera usted que necesita hacer para mejorar? A través de esto el paciente menciono aspectos que no le ayudaban la respuesta fue: “no me dan ganas de salir de casa, no me dan ganas de levantarme de hablar con nadie y quiero cambiar eso porque siento que esto también me está haciendo sentir más mal”

Se volvió a realizar la pregunta ¿Qué considera usted para mejorar la situación? el respondió que debía generarse hábitos saludables por lo tanto se aprobó su respuesta, y luego se preguntó ¿Que hábitos estaba dispuesto a practicar? El menciono que dormirse temprano, hidratarme, hacer ejercicio y buscar un trabajo, por lo tanto, se aprobó su respuesta y se le motivo a llevarlos a la práctica.

Por ende, esta técnica de la terapia cognitivo conductual se utilizó para reducir los pensamientos negativos y reemplazarlo por otros positivos. Ya que a través del relato del paciente se identificó que es una persona que constantemente se auto boicoteaba diciéndose palabras hirientes como: “No valgo nada, soy inútil, a nadie importo, soy un fracaso etc.), De modo que se le realizaban preguntas claves como: ¿porque considera que?, siempre se hacía énfasis en un “porque” en cada pregunta; Para llevarlo a la reflexión y poco a poco eliminara esos pensamientos limitantes que no le permitían avanzar hacia el presente.

Para concluir la sesión, se le asignaron orientaciones y tareas para que el paciente redujera pensamientos negativos y los reemplazara por positivos. Las asignaciones fueron las siguientes: Proponerse metas a corto y largo plazo; Ya que establecerse metas es importante porque ayuda a tener una dirección de lo que quiere la persona enfocarse en ser, tener y hacer lo cual ayuda a crecer.

El siguiente punto trataba de escribirse pensamientos positivos en una libreta todos los días por la mañana y por la noche. Se le indicó esto con la idea de que cambiara la percepción errónea de sí mismo. Por último, se le orientó disminuir la frecuencia, está vez consumir 1 vez al día hasta que se presentara a la siguiente sesión y continuar con las técnicas implementadas en la consulta pasada.

Sesión 3: 26/09/24

En relación con el proceso anterior, se le asignaron orientaciones al paciente para que le ayudaran a reducir los síntomas; Por ende, se le pregunto cuales habían sido los resultados que obtuvo, de modo que relato que la técnica de auto registro le fue muy útil para disminuir los pensamientos negativos que solían atormentarlo (el pensar en el abuso sexual, le generaba sentimientos de impotencia, ira, enojo, rencor).

Se le pregunto de las tareas asignadas antes que realizó, entonces mostro su libreta donde se escribía constantemente palabras positivas dentro de ellas, soy capaz, valgo mucho, tengo capacidades, me amo a mi mismo. Escribir pensamientos positivos sobre todo por la noche le ayudo a percibirse de sí mismo. A su vez establecerse metas le ayudaron a enfocarse en lo que quiere lograr a futuro, por lo tanto, también le contribuyo a encontrarle sentido a su vida.

El paciente expreso, que disminuyó la frecuencia de marihuana tal y como se le indico, pero que la abstinencia fue difícil y para reducir los síntomas aplicó las técnicas proporcionadas en la sesión anterior, por lo que se le orientó usar la técnica del hielo, que consiste en sostener hielo en las manos cuando presenta los síntomas.

A continuación; La técnica de intervención utilizada durante la atención psicoterapéutica fue la siguientes: Reestructuración cognitiva implementada a través de preguntas que cuestionaran al paciente de manera que no encontrara como justificarse, esto con el propósito de modificar los esquemas de pensamientos que presentaba, por lo tanto se consideró necesario realizarle preguntas buscando explorar el porqué de cada respuesta con el propósito que él se desprendiera de creencias negativas sobre él mismo.

El paciente en la primera sesión menciono que a veces le daban ganas de morir por esa razón durante la tercera sesión se le pregunto ¿Que si esos pensamientos eran recurrentes? Su respuesta fue: “en ocasiones, se me vienen esos pensamientos que no quiero vivir” se le pregunto ¿Alguna vez as planificado suicidarte? Respondió: “no, nunca solo es cuando estoy triste que no deseo vivir”.

Se le comento que el suicido no era una opción, las personas que lo planificaban o realizaban cometían un acto de cobardía, y que los problemas hay que afrontarlos no huir de ellos, simplemente se debía pensar y buscar soluciones para afrontarlos con racionalidad, y que

cada minuto que pasaba se acercaba más el final de las situaciones y problemáticas difíciles por las que pasaba, ya que los problemas y malos momentos no duran para siempre.

Para culminar se le aplicó la técnica de relajación y respiración profunda, específicamente relajación muscular progresiva, Para recordarle como aplicar bien la técnica. Entre las tareas asignadas en ese momento fue que concretara en que quería mejorar con el proceso psicoterapéutico, así mismo, disminuir la dosis de marihuana a una vez día de por medio. Por otro lado, se le recomendó que retomara actividades de su agrado que realizaba antes.

Se le orientó que cuando presentara síntomas de abstinencia aplicara la técnica del hielo que consistía en: ponerse hielo sobre las manos y mantenerlos hasta que ya no aguantara y a su vez aplicarse agua helada en la cara. Se le asignó esta técnica para concentrarse en el dolor de agua fría y no en los síntomas que presentaba. A sí mismo también reducir esos síntomas. Ya que el agua fría tiene muchos beneficios para el cuerpo.

Se le orientó realizar una carta dirigida a quien le hizo daño en su infancia, donde debía escribir todo lo que deseaba decirle y luego quemarla para desprenderse de lo que le generaba esa persona, y a su vez decirse me libero de este dolor. Por último, se le dio una reflexión acerca del perdón relatando que a veces a través el perdón las personas pueden sentirse más liberado de sentimientos que le generaban angustia.

Por otra parte, se le dijo que a veces pensamos que al no perdonar estamos hiriendo a la otra persona pero que no era así; Al no perdonar quienes nos herimos somos nosotros mismos, esperando que la otra persona se envenene y sufra por el rencor que sentimos hacia ellos, pero lo mejor es dejar el pasado atrás y vivir el presente. Para lograr continuar hacia adelante y hacerse ese acto de amor hacia uno mismo.

Sesión 4: 02/10/24

En cuanto a esta sesión, se aplicó de nuevo la técnica de auto registro con tres preguntas: ¿Que siente, que piensa y que hace? Cuando le vienen los pensamientos negativos o sentimientos de tristeza. Todo esto para que el paciente pudiera identificar y reflexionar acerca de la percepción de sí mismo. Y pudiera desarrollar la habilidad de una buena inteligencia emocional.

Unos de los pensamientos eran: ¿En qué piensa? Respondía en el abuso, ¿Qué siente? Respondía ira enojo, rencor, odio, ¿Qué hace? acostarme, aislarme, enojarme y encerrarme. El pensamiento reemplazado fue soy valiente, soy fuerte y puedo salir adelante.

Con el proceso de la terapia el joven reflexiono y expresó que no estaba bien estancarse en el pasado, que no podía cambiar el pasado, pero lo que si estaba en sus manos era su presente y su futuro.

Por otra parte, se le pregunto cuáles fueron los resultados obtenidos con las tareas asignadas en la consulta anterior, el cual el paciente relato que se le dificulto dormir los primeros dos días, después logro tener un sueño placentero en esa semana. También realizo la carta orientada anteriormente el cual relato que le ayudo en gran manera ya que logro llorar, pero esta vez llorar para soltar el daño sufrido.

De igual manera, siguió las recomendaciones de establecer metas; donde considero importante obtener un trabajo de barbero, ya que le gusta ese oficio, otra meta que se planteo fue aprender bien el oficio, para luego poner su propia negociación y culminar su secundaria este año. Dijo que la técnica de auto registro le ayudaron para tener cambios en su salud mental, los pensamientos negativos habían disminuido, igual que la técnica del hielo había sido importante implementarla para reducir los síntomas de abstinencia.

Las tareas y orientaciones fueron: Reducir la frecuencia del consumo a una vez cada 5 días, Escuchar música instrumental relajante por la noche, para seguir reduciendo los síntomas, buscar el trabajo de barbero; Esta se le planteo como meta durante los ocho días que no asistiría a la consulta. A su vez también se le oriento seguir con las recomendaciones dadas en las sesiones anteriores.

Sesión 5: 11/10/24

La técnica flecha ascendente de la terapia cognitivo conductual fue aplicada en esta sesión; Con el propósito de que el paciente no encontrara ninguna respuesta que respaldara sus actitudes y sus pensamientos erróneos. La técnica consistía en hacerle preguntas para irle disminuyendo los pensamientos destructivos, reconociendo el concepto que tenia de sí

mismo y hacerle ver las cosas de otro modo y reflexionando que el concepto que tenía de este era erróneo e infundado.

De igual forma se consideró importante recomendarle al paciente no tomar cafeína después de las dos de la tarde, para que pudiera dormir por la noche. Así mismo, Reducir la dosis de marihuana a 1 vez cada ocho días y seguir implementando las técnicas orientadas.

Para culminar la sesión se le pregunto por las recomendaciones dadas en la consulta anterior; El paciente relató que logro obtener el trabajo de barbero a los cinco días, por ende, se encontraba feliz y realizado de haber encontrado trabajo en lo que quería, a su vez comento que logro dormir toda la semana y que su mente estuvo ocupada todo el tiempo por lo que no le dio lugar de estar pensando en cosas negativas. Así mismo, en esa semana no estuvieron presente los síntomas de abstinencia.

Sesión 6: 17/10/24

En esta sesión, se le pregunto al paciente cuáles fueron los cambios significativos que logro con el proceso anterior, que los pensamientos negativos disminuyeron, pero no desaparecieron, y también comento que le costaba organizarse para realizar actividades cotidianas; continuaba aplicando las técnicas y tareas asignadas para reducir síntomas y pensamientos negativos.

Después se le aplico la técnica de auto instrucciones que consistía en: Orientar al paciente a que se impartiera instrucciones para mejorar así y eliminar creencias limitantes. Mediante el discurso, debía narrar que haría y como lo realizaría. El cual relató que una de las cosas que consideraba que no le sumaba era tener amistades que lo inducían a hacer cosas malas como (fumar, salir a fiestas, malas palabras).

Por lo tanto, haría una lista de personas que no quería que fueran parte de su vida. Otro de los aspectos mencionados fue levantarse más temprano para salir a caminar por las mañanas y comer saludable otra de las instrucciones fue: Quiero estudiar ¿Qué debo hacer? investigar sobre las universidades que imparten la carrera que deseo.

En relación con las orientaciones y tareas asignadas para la sesión siguiente fueron; Establecer horarios para realizar las actividades que se propuso, Disminuir la frecuencia de

marihuana a 1 vez cada 15 días y Continuar las recomendaciones dadas en las sesiones anteriores.

Sesión 7: 01/11/24

En la penúltima sesión se abordó la técnica de flecha descendente (Dialogo socrático) mediante preguntas se le enseñó al paciente a formularse preguntas positivas que le generarán motivación y evaluarán de forma crítica sus cogniciones, para confirmar, que el paciente efectivamente había logrado cambiar el auto concepto erróneo.

El joven expresó que una de las preguntas que se hacía siempre era ¿Que necesitaba hacer para dejar los pensamientos negativos?, por lo que la técnica de auto registro aplicarla por la noche le ayudó para generar cambios en cuanto a los pensamientos, enfocándose en pensamientos positivos que le motivaron mejorar cada día. Otras de las preguntas planteadas por el paciente fueron: ¿Mi vida me pertenece, por lo tanto, soy yo el que tiene el control de ella? ¿Estar triste es una decisión, así que yo decido ser feliz y disfrutar cada día?

Se le oriento seguir con las técnicas recomendadas en las sesiones anteriores, a excepción del consumo de marihuana esta vez se le dejo de tarea dejar de consumir por completo; Por otro lado, se le pregunto primero si se sentía preparado de dejar de hacerlo el cual indico que sí se sentía en la capacidad de lógralo.

Sesión 8: 07/11/24

Se abordó con la técnica de reestructuración cognitiva, a través de preguntas que le permitieron (Reflexionar y resumir) sobre lo aprendido y desaprendido durante el proceso psicoterapéutico; El cual expreso que las orientaciones y tareas asignadas que se le habían proporcionado le ayudaron a obtener resultados positivos para mejorar en su salud mental. Crea hábitos para ser alguien que se esfuerza para obtener lo que quiere. También menciono lo desaprendido expresando que disminuyo la frecuencia del consumo de marihuana, por ende, esta era una de las situaciones que más le preocupaba

De igual manera menciono que la técnica de auto registro fue importante en la vida de el para desarrollar inteligencia emocional y crear un mejor auto concepto de sí mismo. Cabe resaltar que también menciono que se encontraba en un proceso de su vida en donde lo más importante era darle la debida atención siempre a su salud mental.

Finalmente, se le aplicó una entrevista clínica final, para conocer los cambios que el paciente reconocía en su salud mental. Las tareas y orientaciones en esta sesión fueron del proceso fueron seguir implementando las técnicas de relajación y respiración profunda, generar el hábito de la lectura, esforzarse para cumplir sus metas y propósitos, técnica de auto registro implementarla respondiendo las siguientes preguntas, que pienso, que siento, como actuó o que hago.

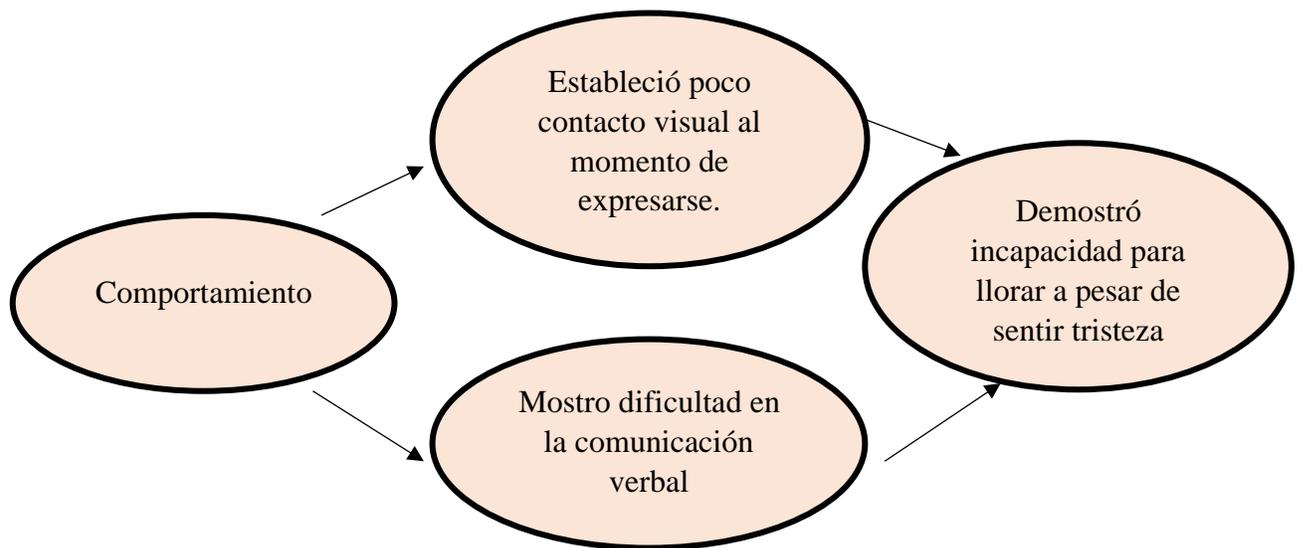
Es importante mencionar que en esta sesión se implementaron los instrumentos finales del estudio como lo es inventario de Beck, Observación y entrevista final con el objetivo de evaluar cambios generados en el paciente hasta el momento para luego realizar un análisis y discusión de los resultados de cada uno de los instrumentos, pero el proceso psicoterapéutico con el paciente se le dará continuidad hasta que su terapeuta considere pertinente cerrar el proceso de intervención psicoterapéutica.

10. Análisis y discusión de resultados

A continuación, se presentarán los resultados más relevantes del estudio de caso clínico, obtenidos a través de los instrumentos implementados en el paciente con diagnóstico depresivo, con el propósito de darle salida a cada objetivo planteado al inicio del estudio:

Signos de depresión

Figura 1. Área del comportamiento

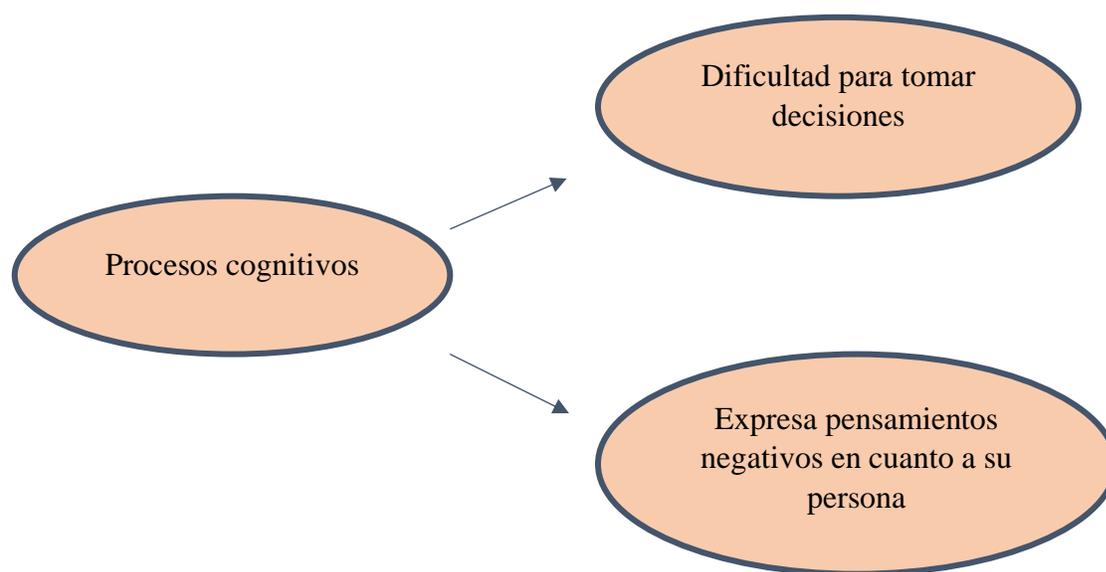


La figura 1, muestra los signos en el área del comportamiento observados en el paciente los cuales fueron: no establecía contacto visual al momento de expresar su historia de vida específicamente cuando comentaba sobre el abuso sexual que sufrió en su infancia el cual se convirtió en un evento traumático que marco su vida de una manera negativa, afectándole la salud mental sin poder disfrutar de una vida plena Corley (2023), menciona que las personas con trastorno depresivo mayor suelen presentar un aspecto triste y abatido pueden mostrarse decaídos y evitar el contacto visual. Apenas pueden moverse, y hablan en un tono monótono.

El paciente demostraba incapacidad para llorar pese a sentir tristeza, ya que fueron muy observables los momentos que contenía el llanto y trataba de mostrar actitud de fortaleza al expresar los acontecimientos vivenciados del pasado. Al brindarle la confianza y el espacio para que pudiera sacar la respuesta emocional de la sensación de sufrimiento por la experiencia vivenciada, logro desahogar a través del llanto.

También se notaba la dificultad para expresar sus sentimientos y emociones de manera clara, ya que se limitaba al expresar sus sentimientos de frustración, enojo, rencor y su lenguaje oral era entre cortado al momento de relatar su estado actual, estas dificultades que presentaba el paciente se relaciona con lo encontrado en un artículo de Guzmán (2023), donde menciona que, algunas personas encuentran significativamente difícil expresar y entender sus emociones, específicamente cuando presentan condiciones de salud mental como los trastornos del espectro autista, trastorno límite de la personalidad o depresión, pueden afectar la capacidad de una persona para identificar y expresar sus emociones.

Figura 2. Área cognitiva



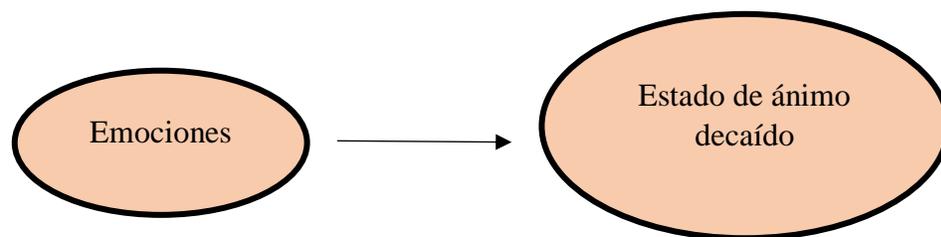
La figura 2, muestra los aspectos relevantes observados en el área de procesos cognitivos, donde se encontró: La dificultad que mostraba para tomar decisiones; Al momento de realizar orientaciones se identificó que le costaba tomar decisiones que conllevaran esfuerzo, empeño y decisión ya que tardaba mucho en responder y comprometerse a realizar las orientaciones brindadas; Específicamente, para dejar de consumir marihuana.

Por otra parte, los pensamientos negativos en cuanto a su persona eran recurrentes en el discurso que manifestaba en las sesiones, estos pensamientos le provocaban sentimientos de tristeza e impotencia constantemente. Esto coincide con lo encontrado en un artículo de Corlley (2023), quien menciona que las personas deprimidas suelen presentar dificultad para

tomar decisiones “Las personas deprimidas se preocupan con intensos sentimientos de culpabilidad y auto denigración. Pueden experimentar sentimientos de desesperación, soledad e inutilidad. Suelen presentar dificultades para tomar decisiones; se muestran retraídas, con frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza que aumentan a medida que evoluciona la enfermedad, y piensan en la muerte y en el suicidio”.

También el psicólogo Sawchuk (2022), expresa que la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión los síntomas pueden consistir en: Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, recordar cosas, pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.

Figura 3. Área emocional



La figura 3, presenta los aspectos observados sobre las emociones; El paciente mostraba un estado de ánimo decaído, era muy observable la tristeza en el joven cuando se presentó en busca de ayuda, el ambiente familiar no le mostraban apoyo emocional por esa razón el paciente se enfocaba en sus recuerdos doloroso de su infancia lo cual le generaba tristeza cada vez más.

De acuerdo con lo observado en el paciente coincide con un artículo de Gastó (2007), quien menciona que el síntoma más característico de las depresiones es la tristeza. La tristeza en el paciente depresivo es: Intensidad superior a la esperable situación ambiental en la que se encuentra el sujeto, el paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza.

Causas de la depresión en el paciente

Tabla 1. Evento traumático

¿Recuerda usted una situación difícil o algún evento traumático que haya experimentado, el cual marco su vida de manera importante?

Relato del paciente: “Cuando tenía 5 años fui violado por mi tío, se lo conté a mi madre y ella lo denunció. Él estuvo en la cárcel por un mes, luego de eso mi tía, la hermana pago una fianza y lo dejaron libre. Yo era pequeño, pero recuerdo que lloraba mucho al recordar eso que me sucedió, aun estando grande lo recuerdo mucho. Siento que no soy capaz de perdonarlo, recordarlo me genera angustia, rencor y me da aún más enojo e impotencia el saber que no se hizo justicia y que el quedo libre sin haber pagado todo el daño que me causo. Por eso comencé a fumar marihuana de alguna forma sentía que podía aliviar mi dolor”

La tabla 1, muestra detalladamente una de las causas que le generaron la depresión, lo cual fue el abuso sexual que sufrió en su etapa infantil por lo tanto se convirtió en un evento traumático que marco su vida, ya que desde ese suceso el joven no había tenido paz mental, se sentía angustiado, con mucho enojo y rencor hacia la persona que abuso de él, por lo tanto, está fue una de las causas de las problemáticas de su salud mental. Siendo esto el origen de muchos problemas que se generaron en el paciente uno de ellos es la adicción al consumo de marihuana.

Sin embargo, al indagar sobre la historia de vida en el paciente después del evento traumático, se confirmó que una de las causas de la depresión fue el abuso sexual que sucedió en su infancia. Lo cual coincide con los hallazgos de Echenique, Martínez & Mesa (2020), quienes realizaron un estudio en 10 adolescentes abusados sexual y 10 no abusados con el objetivo de determinar la relación entre abuso sexual infantil y problemas emocionales en un grupo de adolescentes donde se evidenció un predominio de los niveles altos de depresión en los adolescentes abusados en los resultados del estudio.

Por lo tanto, las investigadoras expresan que las consecuencias psicológicas de la explotación sexual incluyen la depresión, expresada en sentimientos de tristeza, irritabilidad, sentimientos de culpa, problemas de concentración y sueño, deseos de morir y pesadillas.

Tabla 2. Evolución de los síntomas

¿Recuerda cuando comenzaron estos síntomas? ¿cómo ha evolucionado la situación desde entonces?

El paciente expreso que: “En el año 2019, cuando después de haber dejado de fumar por dos años lo volví hacer. En ese tiempo me sentía muy triste he incapaz de superar las cosas, desde ese entonces fumo marihuana aun sabiendo que eso está mal ya que había problemas familiares como, el sentirme excluido y solo, ver que mi madre se interesa más por mi padrastro y hermano menor eso me hace sentirme mal, el ver a mi familia unida y yo ser excluido, me genera ese vacío de padre saber que no tuve quien cuidara de mí, quien me diera consejos, me siento triste, aunque no lo comento con nadie”

En la tabla 2, se reflejan datos importantes, lo cual también se consideraron causas de la depresión que presentaba el paciente, iniciando el consumo de marihuana, ya que el paciente expreso haber consumido a los 16 años, pero que comenzó con más frecuencia a los 19. Debido a conflictos emocionales causados por la falta de apoyo familiar lo cual le generó una depresión; Ya que el joven manifestó que se sentía excluido de su familia, por lo tanto, eso le generó sentimientos de tristeza y a su vez se sentía desamparado porque recordaba que no tenía un padre quien le diera afecto y no tenía una persona a quien pudiera recurrir y comentarle sus sentimientos y situaciones por las que estaba pasando.

El vivir carente de afecto por parte de su familia es un aspecto que agravaba la situación de salud mental del paciente ya que el recuerdo sobre su abuso permanece en él, y al vivir una situación familiar difícil le revive el sufrimiento, ya que se siente solo, excluido y necesitado de amor sobre todo el cariño y afecto de su madre y hermano, al observar la unión y conexión entre el resto de los miembros de su familia le aflora sentimientos de abandono, desprecio, soledad y un gran vacío paterno.

Este resultado encontrado evidencia que el afecto, especialmente el amor, cariño y aprobaciones de la familia reconstruye y fortalece el bienestar emocional en los seres humanos y cuando no es recibido influye negativamente en la salud mental de las personas independientemente sea niño o adulto.

Esto difiere de lo encontrado en un artículo de Collantea, Méndez, Pérez & Romero (2023) lo cual aborda que. La familia es la placenta social de un niño. Los niños hablan, piensan y

sienten lo que la familia comunica. Interacciones familiares en las que hay conflictos y menor expresión de afecto se han relacionado significativamente con la depresión infantil. Según el resultado encontrado se puede decir que el factor familiar también se relaciona con la depresión en adultos.

Tabla 3. Situaciones que generaban los síntomas

¿Qué situaciones considera usted que le generan los síntomas?
Respuesta: Recordar lo que me sucedió cuando era un niño de cinco años y la situación con mi familia.

En la tabla número 3 se comprueba nuevamente que el origen de la depresión en el paciente fue causado, por los recuerdos del evento traumático que vivió en su infancia, y lo afectaban cada vez que miraba a su abusador, esto le causaba mucho rencor e impotencia generándole aún más los conflictos emocionales y psicológicos y el no tener una familia que lo apoyara, lo motivara, le brindara protección y lo impulsara a superar el trauma le agravaba la situación psicológica del paciente.

Rodríguez (2022), expone que las experiencias traumáticas como violencia doméstica, abuso sexual, desastres naturales, guerras entre otras activan el sistema de alarma cerebral conocido como: lucha, escape o bloqueo, si eso se mantiene en el tiempo, desarrollamos un trastorno. El trauma deja al cerebro en alerta elevada, "incluso si la amenaza ya no existe", y algunas personas pueden percibir peligro donde no hay. También la OMS (2023), menciona que la depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla.

Nivel de depresión

Tabla 4. Depresión grave

Nivel depresivo	Puntaje
Depresión mínima	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63
Puntuación total del paciente:	35 puntos

La tabla 4 refleja el resultado del inventario de Beck el resultado se basó según la puntuación obtenida en el inventario, el cual fue implementado en el paciente con el propósito de identificar la gravedad de la depresión que tenía el paciente, al realizar la interpretación del inventario se obtuvo una puntuación de 35, lo que indico que según el inventario de Beck el nivel de depresión era grave.

Se encontró un artículo de Sanz, García (2013), sobre el instrumento aplicado Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el cual habla de la fiabilidad y validez que tiene el inventario; evidencia que el BDI fue "desarrollado para ofrecer una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión" este instrumento tiene como objetivo registrar diversos grados de depresión a lo largo de un continuo, no está diseñado para distinguir entre categorías diagnósticas estándares".

Sin embargo, trabajando con la adaptación española del BDI original, diversos estudios han mostrado que este inventario es un instrumento útil para detectar personas con trastornos depresivos en muestras españolas de la población general o de pacientes de atención primaria (Sanz & María Paz García, 2013).

Técnicas de la terapia cognitivo conductual implementadas

Para llevar a cabo el tratamiento psicoterapéutico del paciente se implementaron diversas técnicas de la terapia cognitivo conductual como parte del tratamiento, donde cada una de ellas contribuyeron en la salud mental del paciente generando cambios los cuales se detallarán, a continuación:

Técnica de respiración profunda: Se orientó al paciente acomodarse de manera cómoda, y que se asegurara de mantener la columna vertebral recta. Tomará aire, lenta y profundamente, por la nariz y de manera que llegara hasta el abdomen, debía sostenerlo durante cuatro segundos y luego exhalara lentamente por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente, las respiraciones debían ser largas, lentas y profundas, y que repitiera el mismo procedimiento durante 5 veces más.

“Se logró mantener al paciente en un estado de tranquilidad y redujo la tensión con la que se encontraba el paciente en el momento”

Relajación muscular progresiva: Se le indico al paciente tensionar los diferentes grupos musculares de forma ordenada, comenzando habitualmente por los músculos de los pies y avanzara hacia arriba, hasta llegar a la cabeza, durante estaba tensionando los músculos practicará la técnica de respiración profunda y al exhalar soltara todos los músculos que tenía tensionados, este procedimiento debía repetirlo por 3 veces más. Al practicar la técnica el paciente comento sentirse relajado y que le ayudaba a controlar los síntomas de abstinencia.

Psicoeducación: Esta técnica fue implementada durante algunas sesiones según los pensamientos, conductas y actividades las cuales el paciente manifestaba. Si eran positivas se aprobaban y se motivaba a continuar con ello y si eran negativas se argumentaba sobre lo poco beneficioso que era la actitud y a través de ejemplos se mostraban las consecuencias que estas podían generar y a su vez se brindaban alternativas de mejora.

También esta técnica fue implementada a través de palabras motivacionales que le permitían una reflexión y reconocimiento al paciente sobre su problemática y a su vez se le permitía conocer que existían un abanico de soluciones. Se logró la disminución de pensamientos destructivos que lo atormentaban constantemente y agravaban su situación en la salud mental del paciente.

Técnica de modificación de conducta (extinción): Se le pregunto al paciente sobre ¿Que consideraba el, que debía hacer para mejorar su situación? El paciente respondió que debía generarse hábitos saludables, por lo tanto, se aprobó su respuesta y luego se preguntó ¿Que hábitos estaba dispuesto a practicar? El resultado obtenido de la técnica mencionada fue que el paciente se planteó hábitos saludables que debía practicar dentro de ellos mencionó: Dormirse temprano, hacer ejercicios, buscar un trabajo y lo más relevante es que estas actividades las llevo a la acción.

Reestructuración cognitiva: Esta técnica fue aplicada en varias sesiones, a través de preguntas claves ejemplo: ¿Por qué cree usted? ¿Qué le hace pensar qué? ¿Qué se va a solucionar con ello? ¿Por qué esta tan seguro de? ¿Qué puede hacer? ¿Por qué piensa que esto solo es negativo? Entre otras, estas preguntas generaron reflexión y análisis en el paciente lo que género en el joven, el reconocimiento e identificación de sus pensamientos irracionales. A través de esta técnica se disminuyeron los pensamientos irracionales y la mala percepción que tenía el paciente sobre el mismo.

Técnica flecha ascendente: Esta técnica se realizó orientando al paciente que se formulara preguntas que lo impulsaran a mejorar, cumplir sus metas y propósitos, preguntas que evaluaran de forma crítica sus cogniciones y que se auto aplicara palabras motivacionales.

A través de esta técnica se logró la formulación de preguntas en el paciente, dentro de las preguntas formuladas estaban: ¿Que necesitó hacer para poner mi negocio? El mismo respondió que debía trabajar y ahorrar, también se preguntó ¿Qué debo hacer para mejorar como persona?

A lo que se respondió: las malas amistades afectan y no dejan nada bueno, por eso necesito hacer una lista de que amistades que me aportan y que no me aportan nada bueno me apartare de ellos, también quiero tener mi propia familia y por ello reflexionó que para tener una familia debía dejar la adicción para ser una gran persona y aprender a ser independiente. Esta técnica aportó la reflexión del paciente acerca de los cambios que necesitaba en su vida.

Técnica auto instrucciones: La técnica de auto instrucciones fue aplicada orientándole al paciente que se planteara instrucciones y se propusiera actividades para mejorar y el mismo debía plantearse de qué manera lo iba a realizar. El resultado de esta técnica fue que el

paciente se propuso realizar ejercicio, utilizar un diario personal, e investigar sobre las universidades que impartían la carrera que él deseaba. También se estableció horarios para realizar las actividades que se propuso, esto fue orientado por su terapeuta.

Técnica de la carta: La técnica de la carta es de la teoría Gestalt, para aplicar la técnica se realizó al paciente la orientación de crear una carta dirigida a la persona que abuso de él, donde debía escribir todo lo que él deseaba decirle a esa persona después de escribirla debía quemarla. Al orientar sobre la técnica, el paciente expreso se sintió liberado de odio, ira y rencor que sentía hacia esa persona, también expreso que lo vio y no sentía ningún sentimiento por él, solo era como un desconocido.

Cambios que generó la terapia cognitivo conductual en la salud mental del paciente en un caso de depresión.

Tabla 5. Resolución de conflictos emocionales y psicológicos

¿De qué manera la terapia cognitivo-conductual ha contribuido a resolver sus conflictos emocionales y psicológicos?
<p>“Pues fíjese que actualmente ya no estoy consumiendo marihuana y esa era una de las situaciones que me preocupaban porque me sentía que no podía dejar ese vicio nunca creí poder hacerlo aunque algunas veces me dan ganas de consumir pero utilizo lo del hielo y la relajación y me controlo, cuando se me vienen los malos pensamientos los cambio por palabras positivas, siempre me digo que yo puedo mejorar más, puedo salir adelante ya que ahora le encuentro importancia y sentido a mi vida, estoy esforzándome a ser disciplinado para lograr mis metas y todo esto lo he logrado con la terapia”</p> <p>“También los ejercicios de relajación me han hecho mejorar, porque cuando me sentía estresado lo practicaba y me sentía relajado y más tranquilo y aun ahora algunas veces me siento estresado y siempre los practico. También escribir en el cuaderno cosas buenas yo lo tomo como un diario me ha funcionado bastante y mi autoestima ha subido, enfocarme más en lo positivo hace que las cosas me afecten menos”</p>

En la tabla 5, se refleja el cambio sobre los pensamientos del paciente ya que al inicio del proceso expresaba muchos pensamientos irracionales en cuanto a su persona convirtiéndolos en ideas que lo esforzaban e impulsaban a salir adelante, de igual manera al observar su respuesta fue muy notorio el cambio importante que se logró a través de la terapia cognitivo conductual, anteriormente el paciente tenía una adicción al consumo de marihuana lo cual se trabajó reduciendo la frecuencia, por lo tanto el paciente redujo la frecuencia del consumo, aunque aún se encontraba en su proceso de abstinencia.

El paciente menciona algunas de las técnicas que le ayudaron a controlar el estrés y mejorar su autoestima y también la utilizaba cuando se le presentaban los síntomas de abstinencia esta es la técnica de relajación. En un artículo de la Asociación española contra el cáncer, (2020) menciona que las técnicas de relajación tienen muchos efectos beneficiosos sobre nuestra salud física, mental y emocional. Contribuyen a reducir los niveles de tensión corporal y psicológica, a modular el dolor y gestionar el malestar general. Por lo que puede ser un buen recurso, especialmente cuando nos encontramos en situaciones de estrés.

Tabla 6. Cambios significativos en su vida

¿Le gustaría comentar cuales fueron los cambios significativos que le genero el proceso psicoterapéutico en su vida?

“Por ejemplo, el trauma que yo tuve de infancia lo he superado, digamos que casi por completo ya lo que me falta es poco. Ahora siento que puedo hablar de eso y hace poco vi a esa persona y no me dio enojo, fue como un desconocido para mí y no sentí nada porque entendí que el rencor que sentía por él, solo me afectaba a mí y él seguía con su vida como que, si no hubiera hecho nada y he tratado de soltar el pasado e iniciar una nueva vida”

“Antes no quería hablar con nadie, solo pasaba acostado, no podía dormir, no quería hablar ni con mi mama, casi siempre me mantenía muy triste y eso cambio ya que ahora me siento más animado. Siento que he aprendido a controlar mis emociones en el aspecto del enojo y no ser impulsivo, me ha ayudado mucho la terapia”

En la tabla 6, se muestran los cambios importantes que se lograron obtener en el paciente con el proceso psicoterapéutico el cual fue trabajado con la terapia cognitivo conductual, dentro de los cambios generados estaban la disminución de síntomas generados por el trauma, vivenciado en su infancia consecuencia de un abuso sexual que sufrió el paciente, esto le limitaba enfocarse en el presente vivía aferrado a su pasado generándose sentimientos de insuficiencia, inutilidad, temor e incapacidad de continuar con una vida digna estos cambios fueron generados mediante la aplicación de la técnica de procesamiento cognitivo, reestructuración cognitiva y psicoducción.

El paciente obtuvo pequeños logros los cuales pueden impulsarlo a generar grandes cambios en su salud mental, es necesario mencionar que el joven expreso sentirse liberado de sentimientos de rencor y odio que sentía por su abusador lo cual le afectaba en gran manera su salud mental, se observó en él, cambios sobre la percepción que tenía sobre sí mismo después del proceso psicoterapéutico expreso valorar más su vida y darse la importancia que se merece.

Por lo tanto, al identificar los cambios obtenidos en el paciente se reconoce la efectividad de la terapia lo que se relaciona con lo mencionado por Guzmán (2023) quien evaluó la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la ansiedad en adultos

jóvenes, y en los resultados obtenidos menciona que la terapia cognitivo-conductual es efectiva en el tratamiento de la ansiedad en adultos jóvenes y mayores, así como en niños y adolescentes.

Además, la tecnología puede ser utilizada como una herramienta efectiva para apoyar la implementación de intervenciones cognitivo-conductuales para la ansiedad. Sin embargo, la efectividad de la TCC puede verse influenciada por factores como la duración y el tipo de tratamiento, así como el tipo de trastorno de ansiedad. En general, estas referencias destacan la importancia de seguir investigando para mejorar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y ampliar el acceso a ella.

La terapia generó cambios en la salud mental del paciente, dentro de ellos está la comunicación y relación más afectuosa con su madre, se ausentaron los sentimientos de tristeza constante, se logró la interacción social y un estado emocional más equilibrado en el paciente.

Esto concuerda con un estudio realizado por FALLA (2010) en una intervención conductual cognoscitiva con una víctima de abuso sexual que presentaba respuestas de reexperimentación, activación y evitación obtuvo como resultado de la intervención un cambio favorable en relación con las respuestas depresivas, en tanto la disminución de sentimientos de tristeza, de conductas de llanto, así como una percepción de mayor satisfacción personal, con su apariencia, una valoración positiva de sus habilidades.

Tabla 7. Técnicas más efectivas

¿Cuál o cuáles de las técnicas aplicadas considera usted que fue más efectiva en su salud mental?
“Una de las técnicas que siento que me ayudó mucho fue decirme palabras positivas y escribir cosas positivas en mi cuaderno, de lo que quiero ser, la carta me ayudó mucho sentí que me libere de todo el rencor y odio que sentía por ese hombre y de alguna manera he tratado de perdonar en mi corazón. Y también la técnica de auto instrucciones y reestructuración cognitiva”
“Esas cuatro considero que me sirvieron mucho para mejorar y también practicar la técnica de relajación por la noche me ayudaba mucho a sentirme más tranquilo cuando estaba

estresado y a controlar la abstinencia. Nunca había practicado nada de esto por lo tanto fue algo nuevo para mí”

En la tabla 7, se muestran las técnicas de la terapia cognitivo conductual, en lo cual se consideró el relato del paciente quien en su respuesta menciona las técnicas más efectivas dentro de ellas **auto registro** la cual consistió en asignarle al paciente que realizará anotaciones en una libreta con pensamientos positivos con el propósito que el paciente redujera los pensamientos irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos.

Otra de las técnicas mencionadas por el paciente es la de **auto instrucciones** la cual consiste en auto aplicarse hábitos y actividades que le ayuden a alimentar su crecimiento personal y contribuyan en su salud mental, donde el paciente utilizó la técnica generándose hábitos de sueño como dormirse temprano, levantarse temprano y busco un trabajo que le permitiera mantener su mente ocupada y de esta forma sentirse realizado.

Por otra parte, también menciona la técnica de **reestructuración cognitiva** la cual se implementó a través de preguntas abiertas con las que se generó en el paciente una reflexión sobre la percepción que tenía de sí mismo he identifico que en ese momento que no estaba haciendo nada para mejorar su problema psicológica he inicio a identificar sus potencialidades y virtudes.

Dentro de las técnicas más efectivas de la terapia, también está la **técnica de respiración profunda y relajación muscular** la cual el paciente expreso que le ayudo a sentirse más tranquilo, ya que al inicio del proceso psicoterapéutico había expresado sentirse muy tenso constantemente, otra problemática que presentaba el paciente era una adicción a la marihuana por lo tanto se trabajó a través de la disminución de la frecuencia del consumo, lo cual presento crisis durante su proceso de abstinencia, en ese momento el paciente aplicaba las técnicas de relajación, y fue de gran ayuda durante su proceso.

Se encontró un artículo de Studio, (2023) quien realizó una revisión sistemática sobre estudios de evaluación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el abordaje de pacientes con depresión. Y concluyó que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la depresión ha mostrado una eficacia significativamente mayor que los antidepresivos en los resultados a largo plazo.

Tabla 8. Resolución de desafíos futuros

¿Con las herramientas de la terapia cognitivo conductual que se proporcionaron, se siente capaz de resolver los desafíos que se le presenten a futuro?

Si me siento capaz, porque las puse en práctica las técnicas en una etapa de mi vida muy difícil el cual me ayudaron mucho para enfrentar mis conflictos emocionales; Siento que me van a ayudar en cualquier otro tipo de situaciones para tener todo bajo control y todo va a mejorar porque ahora tengo una percepción diferente de ver la vida.

La tabla 8, refleja que el paciente considera que a través de las técnicas y orientaciones brindadas le generaron las habilidades y capacidades para enfrentar los desafíos que se le presente en la vida independientemente de la situación o retos que tenga que afrontar. De igual forma el joven desarrollo inteligencia y habilidades emocionales. A través del proceso psicoterapéutico se logró un auto concepto más adecuado de sí mismo. Torre, (2016) tras realizar un estudio menciona que la TCC resulta eficaz clínicamente, y cada vez hay más pruebas que evidencian la estrecha relación entre cambio cerebral y mejora clínica.

Tabla 9. Metas establecidas

¿Qué metas ha establecido ahora que su salud mental ha mejorado?

Quiero mejorar en los cortes de pelo en la barbería, tratar de ser más detallista, ser optimista, ser siempre positivo y disciplinado otra meta por la que estoy esforzándome es trabajar duro para tener mi propia barbería el otro año, también graduarme de bachillerato este año para estudiar la carrera que quiero diseño gráfico. Y por otro lado no volver a recaer en drogas y siempre practicar el pensamiento positivo.

En la tabla 9, Se reflejan las metas del paciente, producto del proceso psicoterapéutico implementado. En estudio realizado por Corredor Falla (2010), sobre intervención cognoscitiva conductual con una víctima de abuso sexual que presentaba respuestas de reexperimentación, activación y evitación. Al procesar los resultados obtenidos mencionaron lo siguiente: Al respecto de las respuestas relacionadas con la depresión en las sesiones iniciales, mostraba conductas de llanto y realizaba expresiones relacionadas con sentimientos de tristeza y temor frente a que sus planes no resultaran.

Paulatinamente se observaron referencias respecto a sus capacidades y a sentirse satisfecha con su papel en su familia y al apoyo que representa para su madre, así como de la posibilidad de estudiar en el futuro una carrera profesional.

Tabla 10. Recomendación de la terapia

¿Recomendaría la terapia cognitiva conductual para que otras personas confíen en su eficacia?
Si, la verdad sí, porque es una terapia que realmente si funciona a como le decía anteriormente si uno pone de su parte. Así que considero que la persona que no mejora con este tipo de terapia es porque realmente no quiere. Lo recomiendo porque si ayuda en gran manera para mejorar la salud mental.

La tabla 10, muestra que el paciente recomienda la terapia cognitivo conductual, ya que la práctica de las técnicas le generaron mejorías en sus conflictos psicológicos y emocionales que presentaba antes de recibir el proceso psicoterapéutico.

Los resultados del estudio concuerdan con los resultados de Lorenzo-Día, (2021) quien realizó un estudio con el objetivo de determinar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el episodio depresivo leve y moderado en pacientes hospitalizados, y concluyeron con lo siguiente: resultó efectiva la terapia cognitiva conductual en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado disminuyendo la mortalidad y comportamientos asociados. La terapia cognitiva conductual se muestra como una intervención efectiva en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado en la Institución hospitalaria.

Signos de depresión al final del proceso

Tabla 11. Ausencia de signos de depresión

Áreas
1. Higiene
2. Comportamiento
3. Procesos cognitivos
4. Aspecto físico

5. Emociones

La tabla 11, Muestra las áreas por el cual estaba conformada la guía de observación, con el fin de reconocer los signos depresivos que presentaba el paciente al inicio del proceso psicoterapéutico; Por ende, también fue necesario observar al paciente detalladamente durante las últimas sesiones y al final del proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto, es importante mencionar que no se observaron signos visibles de depresión en el paciente; Esto indico que la terapia cognitiva conductual genero cambios positivos en la salud mental del joven. Los resultados de este instrumento fueron satisfactorios ya que el paciente reflejó cambios importantes, en su salud mental.

Estos resultados coinciden con los resultados del estudio de (Lorenzo, 2021) acerca de la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos depresivos; con el principal objetivo determinar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el episodio depresivo leve y moderado en pacientes hospitalizados donde resultó efectiva la terapia cognitiva conductual en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado disminuyendo la mortalidad y comportamientos asociados.

La terapia cognitiva conductual se muestra como una intervención efectiva en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado en la Institución hospitalaria y se concluye que resultó efectiva la terapia cognitiva conductual en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado disminuyendo la mortalidad y comportamientos asociados. La terapia cognitiva conductual se muestra como una intervención efectiva en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado en la Institución hospitalaria.

Inventario de Beck (BDI-2)

Tabla 12. Ausencia de síntomas de depresión

Nivel depresivo	Puntaje
Depresión mínima	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63
Puntuación total del paciente:	0 puntos

La tabla 12, muestra el puntaje para obtener los resultados del nivel de depresión; Cabe mencionar que este inventario se aplicó en la penúltima sesión para descartar síntomas en el paciente. Por ende, el resultado obtenido fue de una puntuación de 0, lo cual indicó que el paciente ya no presentaba síntomas de depresión según el inventario.

Se encontró un artículo relacionado al estudio, ya que evidencia que el inventario es una herramienta útil para detectar síntomas depresivos. El artículo fue realizado por Fraga (2024), En el cual menciona que la práctica psicológica es esencial contar con instrumentos validados que permitan una evaluación precisa de los síntomas depresivos para un diagnóstico y tratamiento adecuado. Por tal motivo, la Escala o inventario de Depresión de Beck (*Beck Depresión Inventory*, BDI) se ha consolidado como una de las herramientas más utilizadas a nivel mundial para identificar la depresión y su gravedad.

11. Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados de los diferentes instrumentos aplicados, la terapia cognitivo conductual generó cambios en el paciente que presentaba un diagnóstico depresivo. Por lo tanto, a partir de este estudio realizado, nos permitirá implementar la terapia con mayor seguridad que aportará cambios en la salud mental de las personas que tengan de depresión. Es importante mencionar que los resultados de una intervención psicoterapéutica también dependen de la disposición, disciplina y compromiso que establezca el paciente para obtener los resultados esperados.

Se lograron reconocer los signos de depresión que manifestaba el paciente al inicio del proceso psicoterapéutico dentro de lo más relevante se encontraban: estado de ánimo decaído, pensamientos negativos en cuanto a su persona, incapacidad para llorar a pesar de sentir tristeza y poco contacto visual al momento de expresarse. Al final del proceso el paciente mostró mejoría en sus signos ya que no fueron observados signos visibles de depresión.

Se identificaron las causas que generaron la depresión, al paciente; a través de una entrevista inicial se determinó que un abuso sexual vivido en su infancia y la falta de apoyo emocional y afectivo de la familia, fueron las principales causas que le generaron la depresión al joven.

Las técnicas implementadas de la terapia cognitivo conductual fueron: relajación y respiración profunda, Psicoeducación, modificación de conducta (extinción), reestructuración cognitiva, flecha ascendente y auto registro, a través de cada una de ellas se logró generar hábitos, desarrollo de capacidades y habilidades de inteligencia emocional.

Se comprobó la eficacia de la terapia a través de los cambios que mostró el paciente en su salud mental, como lo fueron plantearse metas a corto y largo plazo, creó hábitos saludables, mejoró la percepción sobre sí mismo, disminuyó la frecuencia del consumo de marihuana, mejoró la comunicación con la madre, inició su desempeño en el área laboral, se motivó a estudiar una carrera, actualmente se encuentra en el proceso de transformación a través de pequeños pasos que impulsaran a generar cambios para su bienestar psicológico.

Finalmente, después de realizar este estudio planificado, ejecutado y analizado, se concluye que la terapia fue eficaz en la salud mental del paciente. Por otra parte, es importante recalcar que el proceso psicoterapéutico con el paciente no culminó aquí, el paciente continuará

recibiendo atención psicológica y desde la Psicoeducación se continuará preparando para que pueda enfrentar con racionalidad los desafíos de la vida o una recaída.

12. Recomendaciones

Al finalizar el estudio de caso clínico, se consideró necesario brindar recomendaciones para que puedan ser tomadas en cuenta en casos iguales o similares realizados próximamente y que sirvan a los futuros investigadores sobre la temática abordada. Por lo tanto, están dirigidas a:

Al paciente:

- ✓ Continuar implementando las técnicas que le fueron de gran ayuda en el proceso psicoterapéutico, siempre que considere necesario
- ✓ Seguir estableciendo metas que le ayuden a mantenerse motivado.
- ✓ Tener buenas amistades que le aporten a ser mejor cada día, y dejar las amistades que incitan hacer lo malo o expresan comentarios negativos.
- ✓ Realizar actividades recreativas que le generen satisfacción. Algunas de ellas pueden ser: Salir a caminar, hacer algún deporte, leer, oír su música preferida, salir con amigos que aporten una buena relación de amistad a su crecimiento personal.
- ✓ Recibir atención psicológica siempre que considere necesario hacerlo para reforzar conductas positivas y abordar problemáticas del momento.
- ✓ Continuar con el proceso psicoterapéutico para obtener mayores resultados.

Al Centro de Salud Leonel Rugama (CAPS-Estelí):

- ✓ Implementar la terapia del enfoque cognitivo conductual con más frecuencia, ya que este estudio permitió conocer cambios positivos generados en el paciente.
- ✓ Utilizar técnicas de la terapia cognitivo conductual en personas con un diagnóstico de depresión o problemáticas relacionadas a esta patología.
- ✓ Dejarles a los pacientes con casos depresivos, las sesiones terapéuticas en un periodo de tiempo corto para evaluar la evolución en la salud mental de las personas.
- ✓ Según la problemática, hacer uso de los diferentes enfoques psicoterapéuticos.
- ✓ Realizar una nueva evaluación al paciente para constatar el diagnóstico.
- ✓ Desde la Psicoeducación preparar al paciente para desafíos futuros posible recaída.

A futuros investigadores:

- ✓ Dedicarle al estudio un periodo de tiempo más extenso, para evaluar detalladamente los cambios relevantes.
- ✓ Realizar el estudio con una muestra más amplia para comparar los diversos resultados que se generaran con el enfoque, ya que el origen, ambiente, problemáticas son diferente, por lo tanto, las personas no reaccionan de la misma manera.
- ✓ Realizar estudios investigativos con otros enfoques para comprobar la eficacia que tienen en diversos trastornos.

13. Referencias Bibliográficas

- UNIR. (21 de 05 de 2021). *Que es la intervención*.
<https://www.unir.net/salud/revista/intervencion-en-psicologia/#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20en%20Psicolog%C3%ADa%20hace,las%20relaciones%20con%20el%20entorno>
- Aguayo, F. (30 de mayo de 2022). *Salud colectiva*. Salud colectiva:
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2022.v18/e3942/es>
- Alice Schluger. (02 de agosto de 2024). *Terapia cognitivo-conductual (TCC): Qué es y cómo ayuda*. <https://www.helpguide.org/es/ansiedad/terapia-cognitivo-conductual-tcc-para-la-salud-mental>
- Alice, S. (02 de Agosto de 2024). *Terapia y medicamentos*.
<https://www.helpguide.org/es/ansiedad/terapia-cognitivo-conductual-tcc-para-la-salud-mental>
- Andero, A. O. (03 de julio de 2017). *¿Qué es la desensibilización sistemática y cómo funciona?* <https://psicologiaymente.com/clinica/desensibilizacion-sistematica>
- Anguiano, B. (18 de agosto de 2022). *Los diferentes tipos de terapia psicológicas*.
<https://canalsalud.imq.es/blog/tipos-terapias-psicologicas#:~:text=La%20terapia%20psicol%C3%B3gica%20o%20psicoterapia,pensamientos%20que%20nos%20provocan%20malestar>.
- Arango, J. B. (10 de Junio de 2023). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Vivir una vida plena y significativa*. <https://psicolaria.cl/terapia-de-aceptacion-y-compromiso-act-que-es-y-como-funciona/>
- Aso, P. U. (25 de julio de 2024). *Técnica de exposición en psicología*.
<https://www.psicologia-online.com/tecnica-de-exposicion-en-psicologia-que-es-y-caracteristicas-4777.html>
- Asociación española contra el cancer. (01 de Abril de 2020). *5 técnicas de relajación para manejar el estrés y la ansiedad*. <https://blog.contraelcancer.es/como-manejar-estres-tecnicas-relajacion/>
- Bravo, L. D., García, U. T., Hernández, M. M., & Ruiz, M. V. (13 de Mayo de 2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009#:~:text=La%20entrevista%20es%20una%20t%C3%A9cnica,al%20simple%20hecho%20de%20conversar.&text=Es%20un%20instrumento%20t%C3%A9cnico%20que%20adopta%20la%20forma%20de%20un%20d

- C. Gastó, C. N. (2007). *La depresión*.
<https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Catino, F. L. (26 de agosto de 2015). *Test psicológicos y entrevistas*. Test psicológicos y entrevistas:
<https://www.redalyc.org/journal/5608/560863081003/html/#:~:text=Los%20test%20psicol%C3%B3gicos%20test%20psicom%C3%A9tricos,determinado%20sujeto%E2%80%93%20tal%20como%20lo>
- Cause and effect*. (s.f.). Cause and effect: <https://www.colorincolorado.org/es/articulo/causa-y-efecto#:~:text=En%20las%20ciencias%20la%20causa,la%20causa%20y%20el%20efecto>.
- Chand, S. P., & Daniel P. Kuckel, M. R. (23 de mayo de 2023). *Terapia cognitivo-conductual*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
- Chero Farroa, Fernández Mogollón, & Cabanillas Olivares. (Marzo de 2017). *Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención*.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793#:~:text=La%20historia%20cl%C3%ADnica%20se%20puede%20adecuada%20e%20integral%20del%20paciente>.
- Ching, J., Londoño-McConnell, A., Molitor, N., & Ritz, M. (2024). *Entendiendo la psicoterapia*. Entendiendo la psicoterapia:
<https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia#:~:text=La%20psicoterapia%20es%20un%20tratamiento,alguien%20objetivo%20neutral%20e%20imparcial>.
- Clinica Universidad de Navarra. (2023). *Terapia*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/terapia#:~:text=Esta%20palabra%20derivada%20del%20griego,una%20enfermedad%20o%20afecci%C3%B3n%20m%C3%A9dica>.
- Collantea, M. O., Méndezb, I., Santamarina Pérez, P., & Romero, S. (14 de 03 de 2023). *Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento*. <https://pap.es/articulo/13926/los-trastornos-depresivos-de-la-infancia-y-la-adolescencia-principales-signos-de-alerta-orientacion-para-el-tratamiento>
- Colomina, A. d. (19 de Mayo de 2020). *Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE Guidelines*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000200001
- comportamiento conductual*. (06 de MAYO de 2024). comportamiento conductual:
[https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica#:~:text=T%C3%A9cnica%20\(del%2](https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica#:~:text=T%C3%A9cnica%20(del%2)

Ogriego%20%CF%84%CE%AD%CF%87%CE%BD%CE%B7%20t%C3%A9chnico%20en%20cualquier%20otra%20actividad.

Corlley, W. (Octubre de 2023). *Depresión*. Depresión: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Definición de terapia cognitivo - conductual. (s.f.). Definición de terapia cognitivo - conductual: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-cognitivo-conductual>

Definición de tratamiento. (2023). Definición de tratamiento: <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-m%C3%A9dico#:~:text=Conjunto%20planificado%20de%20medios%20que,curar%20o%20aliviar%20una%20lesi%C3%B3n>.

Desansiedad. (2024). Desansiedad: <https://www.desansiedad.com/psicologo-online/cognitivo-conductual-trauma>

Díaz, J. C. (01 de Noviembre de 2021). *SciELO*. s: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013#:~:text=Se%20concluye%20que%20resulta%20efectiva,moderado%20en%20la%20Instituci%C3%B3n%20hospitalaria

Diccionario APA de psicología. (19 de 04 de 2018). Diccionario APA de psicología: <https://dictionary.apa.org/psychological-scale>

Diccionario médico. (2023). Diccionario médico: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/intervencion#:~:text=f.,una%20mejora%20C%20optimizaci%C3%B3n%20o%20perfeccionamiento>.

Echenique, M. C., Pozo Martínez, E., & de Armas Mesa, I. (Septiembre de 2020). *EL ABUSO SEXUAL INFANTIL. SU RELACIÓN CON ALGUNOS PROBLEMAS*. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElAbusoSexualInfantil-9034728.pdf

eficaces, T. (2019). *Definición de técnicas, ejemplos y objetivos*. <https://terapiaseficaces.com/index.php/2019/05/29/definicion-de-tecnicas-ejemplos-y-objetivos/>

EUROINNOVA. (2024). *Casos clínicos psicológicos: Explorando la mente humana*. Casos clínicos psicológicos: Explorando la mente humana : <https://www.euroinnova.com/psicologia/articulos/casos-clinicos-psicologicos#:~:text=Un%20caso%20cl%C3%ADnico%20en%20psicolog%C3%A1da,y%20entender%20problemas%20psicol%C3%B3gicos%20espec%C3%ADficos>

FALLA, J. L. (2010). *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL COGNOSCITIVA CON UNA VÍCTIMA* DE.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54808/CorredorFalla%20CJuliethLorena.pdf?sequence=1>

- Fernandez, F. M. (24 de mayo de 2020). *psicorelaciona*. <https://psicorelacional.com/reestructuracion-cognitiva-que-es/>
- Fernández, R. C. (30 de Octubre de 2024). *DSM 5: Depresión*. <https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/>
- Fossa, S. M. (25 de 06 de 2020). *neuro-class*. <https://neuro-class.com/un-espacio-de-paz-la-relajacion/>
- Fraga, M. G. (03 de Septiembre de 2024). *Inventario de Depresión de Beck: Un instrumento útil*. <https://neuro-class.com/inventario-de-depresion-de-beck-un-instrumento-util/#:~:text=Un%20nuevo%20instrumento%20psicom%C3%A9trico,m%C3%A1s%20sobre%20esto%20a%20continuaci%C3%B3n>
- Gadea, V. (22 de Agosto de 2023). *Albert Ellis y la terapia racional emotiva conductual*. <https://neuro-class.com/albert-ellis-y-la-terapia-racional-emotiva-conductual/>
- García, P. T. (15 de febrero de 2024). *Los pensamientos automáticos. Qué son y ejemplos*. <https://psynthesispsicologia.es/psicopatologia/pensamientos-automaticos/>
- Glover, M. (22 de julio de 2022). *Distorsiones cognitivas: qué son, tipos y ejemplos*. <https://www.psicologia-online.com/distorsiones-cognitivas-que-son-tipos-y-ejemplos-4355.html#:~:text=Las%20distorsiones%20cognitivas%20son%20todas%20aquellas%20interpretaciones%20err%C3%B3neas,objetiva%2C%20percibi%C3%A9ndolas%20%C3%BAnicamente%20de%20man>
- Guerri, M. (18 de mayo de 2023). *La inoculación al estrés, en qué consiste*. <https://www.psicoactiva.com/blog/inoculacion-estres/>
- Guerri, M. (10 de Abril de 2024). *¿Qué son las Emociones? tipos, componentes y cómo gestionarlas*. <https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/>
- Guzmán, C. (27 de Noviembre de 2023). *La Dificultad para Expresar Emociones: Comprendiendo y Abordando la Alexitimia*. <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/la-dificultad-para-expresar-emociones-comprendiendo-y-abordando-la-alexitimia>
- Guzmán, M. R. (28 de Marzo de 2023). *Evaluación de la Efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Tratamiento de la Ansiedad en Adultos Jóvenes*. <https://boaciencia.org/index.php/scyeducacion/article/view/123/172>
- Health, N. I. (2024). *Depresión. ¿Qué es la depresión?:* <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (s.f.). *Metodología de la investigación*. Metodología de la investigación: https://campus.ucsfvirtual.edu.ar/pluginfile.php/728335/mod_resource/content/1/HERNANDEZ%20SAMPIERI%20%281%29.pdf
- INSPIRA. (19 de junio de 2021). *Tipos de Terapia ¿Cuál es la Ideal Para Tí?* <https://www.inspirapr.com/post/tipos-de-terapia-salud-mental>
- Londoño, P. (06 de abril de 2023). *Qué es un formulario*. Qué es un formulario: <https://blog.hubspot.es/website/que-es-un-formulario>
- López, Z. L. (28 de enero de 2021). *¿En qué consiste una Psicoterapia Psicoanalítica?* <https://consultapsicoterapia.net/adultos/en-que-consiste-una-psicoterapia-psicoanalitica/6021/>
- Lorena, C. F. (2010). *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL COGNOSCITIVA*. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54808/CorredorFalla%20CJuliethLorena.pdf?sequence=1>
- Lorenzo, D. J. (01 de Noviembre de 2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013#:~:text=Se%20concluye%20que%20result%C3%B3%20efectiva,moderado%20en%20la%20Instituci%C3%B3n%20hospitalaria
- Lorenzo-Día, J. C. (01 de Noviembre de 2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013
- Los 9 tipos de terapia*. (s.f.). Los 9 tipos de terapia: <https://www.ryapsicologos.net/tipos-de-terapia-psicologica/#:~:text=Enfoques%20de%20terapia%20psicol%C3%B3gica%3A,Terapia%20neuropsicol%C3%B3gica>
- Lutz, A. (Octubre de 2022). *¿Qué es la Terapia Centrada en Soluciones?* <https://solutionfocused.net/que-es-la-terapia-centrada-en-soluciones/>
- Luzarraga, A. E. (21 de Noviembre de 2024). *Funciones o habilidades cognitivas*. <https://neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-para-funciones-cognitivas/funciones-o-habilidades-cognitivas-que-son-ejemplos-y-ejercicios/#:~:text=La%20cognici%C3%B3n%20o%20las%20funciones,el%20mundo%20que%20le%20rodea>
- Luzzolino, L. (20 de Junio de 2024). *Inventario de Depresión de Beck: qué es y cómo realizarlo*. <https://www.psicoactiva.com/blog/inventario-de-depresion-de-beck-que-es-y-como-realizarlo/>

- Marta, G. (18 de Mayo de 2023). *Qué es y para qué se utiliza la Terapia Interpersonal*. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-terapia-interpersonal/>
- Martinez, E. (20 de febrero de 2024). *La técnica del modelado*. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-tecnica-del-modelado-en-que-consiste/>
- Mayo clinic. (29 de julio de 2021). *Terapia cognitivo conductual-Mayo clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
- mayo clinic. (29 de junio de 2023). *Psicoterapia*. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/psychotherapy/about/pac-20384616#:~:text=La%20psicoterapia%20es%20un%20enfoque,psicosocial%20o%2C%20simplemente%2C%20terapia.>
- Mentes abiertas. (13 de Marzo de 2024). *Técnica de las autoinstrucciones*. <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/la-tecnica-de-las-autoinstrucciones>
- Mimenza, O. C. (31 de Octubre de 2024). *Las 10 técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas*. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>
- Mimenza, O. C. (31 de octubre de 2024). *Las 10 técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas*. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>
- Mon, M. F. (17 de Octubre de 2023). *Funciones cognitivas: ¿qué son y cómo se desarrollan?* https://www.terapify.com/blog/funciones-cognitivas/#%C2%BFQue_son_las_funciones_cognitivas
- Muñoz, M. A. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con*. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz, M. J. (12 de Diciembre de 2018). Depresión en estudiantes becados internos de la Facultad de Ciencias e Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, II semestre 2017: <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Humanismo/article/view/686>
- Navarra, C. U. (2023). *Técnicas de relajación progresiva de E. Jacobson*. Técnicas de relajación progresiva de E. Jacobson: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tecnicas-de-relajacion-progresiva-de-e-jacobson>
- NEUROCorp. (02 de Abril de 2019). *3 TÉCNICAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA BREVE QUE MEJORARÁ TU PRÁCTICA TERAPÉUTICA*. <https://www.neurocorpecuador.com/post/3-t%C3%A9cnicas-de-la-terapia-sist%C3%A9mica-breve-que-mejorar%C3%A1-tu-pr%C3%A1ctica-terap%C3%A9utica>

- OCD-UK. (2022). *¿Qué es un trastorno?* <https://www.ocduk.org/ocd/disorder/>
- OMS. (31 de 03 de 2023). *Depresión*. Depresión: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20(1))
- OMS. (31 de Marzo de 2023). *Depresión*. Depresión: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwn9y1BhC2ARIsAG5IY-6B6bHa0N0W8XIUGcaYyHwYA7DtuswNCFdK73MUAAUaD6iOBBT-hkIaAn4XEALw_wcB
- OMS. (31 de Marzo de 2023). *Depresión*. Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20puede%20afectar%20a,asociada%20a%20los%20trastornos%20mentales>
- OMS. (2024). *Depresión*. Depresión: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwzva1BhD3ARIsADQuPnWxTzspS0va5_qLzT4btNnxlMTtmGDSQnFDDYMNDmWzRz1yTBMf-x4aAnsqEALw_wcB
- Ortega, K. (30 de 05 de 2024). *que es psicologia conductual*. <https://worldcampus.saintleo.edu/blog/estudiar-psicologia-online-que-es-la-psicologia-conductual#:~:text=Tambi%C3%A9n%20conocida%20como%20conductismo%20o,interacci%C3%B3n%20con%20el%20medio%20ambiente>.
- Psicoterapia*. (s.f.). Psicoterapia: <https://merida.anahuac.mx/posgrado/blog/psicoterapia-que-es-tipos-existen>
- Ramos, R. A. (2023). *Efectividad del enfoque cognitivo conductual para tratar la depresión en adolescentes en Latinoamérica 2011 - 2021: Una*. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/114102/Alayo_RR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reestructuración cognitiva*. (s.f.). Reestructuración cognitiva: <https://psicoarganzuela.es/tecnicas/reestructuracion-cognitiva/>
- Retegui, D. I. (20 de 10 de 2023). *¿Que es la TCC?* <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-cognitivo-conductual>
- Rodríguez, M. (15 de Abril de 2022). *mundo*. mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61045194>
- Rodríguez, T. R. (26 de Diciembre de 2005). *Técnicas de relajación y autocontrol*. Técnicas de relajación y autocontrol:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Tecnicas%20de%20relajaci%C3%B3n%20y%20autocontrol.pdf

- Sacyl. (2018). *Tipos de depresión*. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/tipos-depresion>
- Sampieri, H. (s.f.). (DOC) *Enfoques cualitativos y cuantitativos*. (DOC) Enfoques cualitativos y cuantitativos: https://www.academia.edu/33365871/Enfoques_cualitativos_y_cuantitativos_por_Hernandez_Sampieri#:~:text=El%20enfoque%20cualitativo%20busca%20principalmente,de%20lo%20particular%20a%20o%20general
- Sanchez, M. (28 de Septiembre de 2024). *Modificación de conducta: Concepto, principios y aplicaciones*. <https://www.menteyciencia.com/modificacion-de-conducta-concepto-principios-y-aplicaciones/>
- Sanjuán, L. D. (Noviembre de 2010). *La observación*. La observación: https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Sanz, E. (05 de Octubre de 2022). *Terapia neuropsicológica: ¿en qué consiste?* <https://lamenteesmaravillosa.com/terapia-neuropsicologica/>
- Sanz, J., & María Paz García. (Enero de 2013). *Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100008
- Sawchuk, C. (14 de Octubre de 2022). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- STAMATEAS, B. (2008). *Autoboicot cuando el tóxico es uno mismo*. Titivilius ePub baser r1 .2.
- studio, c. (26 de Enero de 2023). *La terapia cognitivo-conductual*. La terapia cognitivo-conductual: <https://www.infocop.es/la-terapia-cognitivo-conductual-es-mas-eficaz-que-los-antidepresivos-en-el-tratamiento-de-la-depresion-a-largo-plazo/>
- Sutton, L. H. (18 de Marzo de 2019). *La noción de “trastorno”: entre la enfermedad y el padecimiento. Una mirada desde las ciencias sociales*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000500039
- Tamara, O., & Manterola, C. (19 de Diciembre de 2016). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

14. Anexos

Consentimiento informado

Fecha:

Yo _____ identificado/a con numero de cedula _____ quien se presenta a atención psicológica en el centro de salud Leonel Rugama (CAPS-Estelí). Acepto de manera voluntaria participar en el proceso de intervención psicoterapéutica durante el periodo comprendido septiembre-noviembre 2024; por otra parte, manifiesto que estoy informado que mi identidad será absolutamente confidencial y acorde a lo mencionado anteriormente autorizo participar en el procedimiento y sean aplicados los instrumentos de evaluación: El cual tiene como propósito evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual. por lo tanto, me comprometo a los siguientes parámetros:

- Terminar el proceso psicoterapéutico
- Disposición para mejor mi salud mental
- Cumplir y asistir a todas las sesiones
- Realizar las orientaciones y tareas asignadas
- Disposición a participar en los instrumentos finales para evaluar la efectividad del proceso.

Firma del participante

Guía de observación inicial y final

No	Ítems	Si	No	Observación
	Higiene			
1	Cabello descuidado y desarreglado			
2	Uso frecuente de vestimenta visiblemente sucia y desaliñada			
3	Descuido en la higiene personal			
	Comportamientos			
1	Establece poco contacto visual al momento de realizarle preguntas o al expresarse			
2	Demuestra incapacidad para llorar a pesar de sentir tristeza			
3	Manifiesta llanto frecuente y desproporcionado a los estímulos			
4	Muestra dificultad en la comunicación verbal			
5	Dificultad para expresar sus sentimientos y emociones.			
6	Se muestra agitado o inquieto			
7	No muestra actitud energética			
8	Se muestra cansado y fatigado			

No	Ítems	Si	No	Observación
9	Incapacidad para mantenerse sentado			
10	Realiza movimientos lentos			
	Procesos cognitivos			
1	Dificultad para mantener la concentración en tareas asignadas o conversaciones de manera sostenida			
2	Dificultada para recordar o tomar decisiones			
3	Se muestra orientado en las tres esferas mentales espacio, tiempo y persona			
4	Expresa pensamientos negativos en cuanto a su persona			
	Aspecto físico			
1	Expresión facial de agotamiento.			
2	Muestra signos visibles de autolesiones (como cortes o rasguños)			
3	Muestra signos físicos que indican el uso de sustancias (cambios en la piel, ojos rojos o pupilas dilatadas)			

No	Ítems	Si	No	Observación
4	Se presenta con vestimenta de colores oscuros frecuentemente			
5	Postura decaída			
	Emociones			
1	Manifiesta impaciencia de manera recurrente proporcionando respuestas cortas			
2	Estado de ánimo decaído			
3	Presenta irritación recurrente expresada a través de gestos bruscos y arrebatos de frustración			
4	Muestra señales de vergüenza o retraimiento cuando recibe atención directa			

Entrevista inicial

- 1- ¿Cuénteme, por qué razón se ha presentado a consulta?
- 2- ¿Cómo se siente emocional y mentalmente en este momento? ¿Qué cambios ha notado en usted en su vida recientemente?
- 3- ¿Cómo se siente acerca de asistir a terapia? ¿Qué espera obtener de este proceso?
- 4- ¿Quién lo motivo a venir?
- 5- ¿Cuáles son los síntomas más recurrentes?
- 6- ¿Recuerda cuándo comenzaron estos sentimientos o síntomas? ¿Cómo ha evolucionado la situación desde entonces?
- 7- ¿Hubo algún evento o cambio significativo en su vida cuando estos síntomas comenzaron?
- 8- ¿Recuerda usted una situación difícil o algún evento traumático que haya experimentado, el cual marco su vida de manera importante?
- 9- ¿Qué situaciones considera usted que le generan los síntomas?
- 10- ¿Con que frecuencia predominan esos sentimientos o síntomas?
- 11- ¿Nota que estos síntomas o sentimientos aparecen en momentos específicos del día, como la mañana, tarde o noche?
- 12- ¿Está afectando esta situación su vida laboral, académica, social? ¿Especifique?

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:Estado Civil..... Edad: Sexo....
Ocupación Educación.....Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 1. No siento que este siendo castigado
- 2. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 3. Espero ser castigado.
- 4. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 1. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 2. He perdido la confianza en mí mismo.
- 3. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 4. No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 1. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 2. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 1. No tengo ningún pensamiento de matarme.

2. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
3. Querría matarme
4. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

1. No lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro más de lo que solía hacerlo.
3. Lloro por cualquier pequeñez.
4. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

1. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
2. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
3. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
4. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

1. No siento que yo no sea valioso

2. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
3. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
4. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 Duermo un poco más que lo habitual.
- 2 Duermo un poco menos que lo habitual. Duermo mucho más que lo habitual.
- 3 Duermo mucho menos que lo habitual
- 4 Duermo la mayor parte del día
- 5 Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 2 Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 3 Mi apetito es mucho menor que antes.

- 4 Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 5 No tengo apetito en absoluto.
- 6 Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Entrevista final

1. ¿cuénteme? ¿Cómo ha sido su experiencia con este proceso psicoterapéutico?
2. ¿Cómo describe su salud mental actualmente?
3. ¿De qué manera la terapia cognitivo-conductual ha contribuido a resolver sus conflictos emocionales y psicológicos?
4. ¿Le gustaría comentar cuales fueron los cambios significativos que le generó el proceso psicoterapéutico en su vida?
5. ¿Qué problemáticas de salud mental tenía antes de la terapia y como fue el proceso en el que iniciaron a mejorar o desaparecer?
6. ¿Cuál o cuáles de las técnicas aplicadas considera usted que fue más efectiva en su salud mental?
7. Cuénteme, ¿Cuáles son sus motivaciones ahora?
8. ¿Con las herramientas de la terapia cognitivo conductual que se proporcionaron, se siente capaz de resolver los desafíos que se le presenten a futuro?
9. ¿Cómo ha cambiado su percepción sobre asistir a terapia después de este proceso?
10. ¿Qué metas ha establecido ahora que su salud mental ha mejorado?
11. Alguna vez dudo sobre la terapia ¿por qué?
12. ¿Recomendaría la terapia cognitiva conductual para que otras personas confíen en su eficacia?
13. ¿Hay algún otro comentario que le gustaría agregar sobre su proceso psicoterapéutico?

