

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES Y ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
TESIS DE GRADO

ROSMERY NARCISA GARCÍA SIC
CARNET 16965-16

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES Y ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ROSMERY NARCISA GARCÍA SIC

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTÍNEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: MGTR. LESBIA CAROLINA ROCA RUANO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: LIC. JOSÉ ALEJANDRO ARÉVALO ALBUREZ
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: MGTR. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. JOSÉ FEDERICO LINARES MARTÍNEZ
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARÍA NIEVES MARTÍNEZ ORTÍZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. NILMO RENÉ LÓPEZ ESCOBAR

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS:	P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.
SUBDIRECTORA ACADÉMICA:	MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN
SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO:	MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL:	MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 5 de noviembre 2020

Ingeniera
Nivia Calderón
Subdirectora Académica
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Estimada Inga. Calderón:

Por este medio hago de su conocimiento que he revisado la tesis titulada: **Efectividad de la Terapia cognitivo conductual en la Depresión en adolescentes y adultos. Revisión sistemática** elaborada por la estudiante Rosmery Narcisa García Sic quien se identifica con carné No. 1696516, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica; la cual considero cumple con los lineamientos requeridos por la universidad.

Por lo anteriormente expuesto emito dictamen favorable, para que dicho trabajo continúe el trámite administrativo y se le nombre revisor de fondo, previo a la defensa de la misma.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,



Mgtr. María Nieves Martínez Ortiz
Registro 15354



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 054294-2021

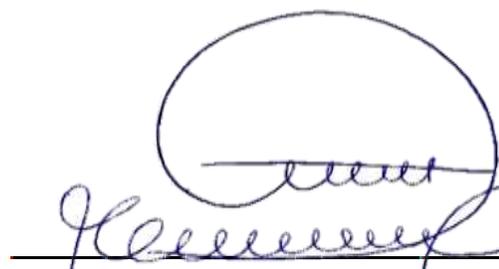
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ROSMERY NARCISA GARCÍA SIC, Carnet 16965-16 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 052938-2021 de fecha 27 de enero de 2021, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, al día 1 del mes de febrero del año 2021.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

**MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES**

Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Terapia cognitivo conductual.....	10
1.1.1 Definición de terapia cognitivo conductual	10
1.1.2 Componentes de la terapia cognitivo conductual	10
1.1.3 Terapia cognitiva	15
1.1.4 Técnicas cognitivas.....	19
1.1.5 Terapia conductual.....	21
1.1.6 Técnicas conductuales	24
1.1.7 Técnicas cognitivo conductuales	29
1.2 Depresión	37
I.2.1 Definición	37
1.2.2 Tipos de depresión	38
1.2.3 Los síntomas propios de la depresión	42
1.2.4 Prevalencia e impacto social de la depresión.....	47
1.2.5 Etiología de la depresión.....	49
1.2.6 Tratamiento de la depresión.....	54
1.2.7 Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión	58
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	60
2.1 Objetivos.....	61
2.1.1 Objetivo general.....	61
2.1.2 Objetivos específicos	62
2.2 Variables	62
2.3 Definición de variables	62
2.3.1 Definición conceptual de las variables	62
2.4 Alcances y límites	63
2.5 Aporte	63

III. MÉTODO	64
3.1 Sujetos.....	64
3.2 Procedimiento	64
3.3 Tipo de investigación, diseño y metodología	64
IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	66
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
IV. CONCLUSIONES	78
V. REFERENCIAS.....	80
VI. ANEXOS.....	85

Resumen

Ejercer en el campo de la psicología requiere estar en constante actualización con el fin de proporcionar resultados eficaces para la persona que acude a la atención psicológica, para ello es indispensable indagar sobre las principales problemáticas en la salud mental de la sociedad actual y los métodos de tratamiento aplicables en dichos casos; al saber que uno de los grandes males de esta época es la depresión, enfermedad que trasciende a todas las áreas de funcionamiento del ser humano, motiva a explorar la funcionalidad de un enfoque terapéutico que aborde la cognición, la conducta y la emoción, esa terapia es la cognitivo conductual, aplicada en los últimos años en distintas patologías. Con el objetivo de identificar los beneficios descritos en la literatura científica sobre la Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión se realiza esta investigación de enfoque cualitativa, con diseño de revisión sistemática de literatura y alcance descriptivo, en la que se utilizó bibliografía nacional e internacional de los últimos 10 años sobre la terapia cognitivo conductual y depresión en adolescentes y adultos. Se concluye que los beneficios de esta terapia en el tratamiento de la depresión, registrados en la literatura científica son la participación activa del paciente en el logro de los objetivos de la terapia, las técnicas que evitan el aislamiento, la pasividad o la soledad; la adhesión al tratamiento farmacológico, el cambio de esquemas personales para lograr un funcionamiento adaptativo; además de la facilidad de aplicar la variedad de técnicas solas o combinadas con personas de cualquier edad y hacia diversidad de síntomas; por lo que vale la pena implementar en el tratamiento de la depresión las propuestas y principios de este enfoque terapéutico.

Palabras clave: conducta, depresión, pensamiento, técnicas, adolescentes y adultos.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el ser humano ha mostrado mayor interés por su salud integral, esto incluye la salud mental que se empieza a percibir como una de las áreas determinantes para el funcionamiento adaptativo en medio de una realidad exigente, por lo que ante la aparición de malestares emocionales disminuyen los estigmas sociales por la búsqueda de atención psicológica y cada vez más se toma como un signo de valoración y crecimiento personal, lo que representa un mayor compromiso para los profesionales de esta área que intervienen en el mundo interno de las personas. Esta misma responsabilidad ha estado presente durante la historia de la Psicología como ciencia, que con el transcurrir de los años surgen posturas y enfoques psicológicos para tratar diversos trastornos actuales, entre ellos se encuentra la terapia cognitivo conductual desarrollada en los años 50, bajo los principios del aprendizaje, lo observable, los resultados y la evidencia.

Esta escuela creció también como psicoterapia que se enfoca en la búsqueda de la modificación de la conducta para lograr un cambio de pensamiento y así la homeostasis emocional con un tiempo definido y objetivos concretos, ya que combina las aportaciones de dos grandes escuelas psicológicas: la corriente cognitiva, la cual sostiene que una persona actúa de acuerdo a su forma de pensar o los esquemas personales que ha creado con base a sus experiencias pero de la forma que es capaz de aprender así mismo puede desaprender; y la terapia conductual, que con las intervenciones realizadas durante años ha demostrado que al cambiar la forma de hacer las cosas o cambiar el comportamiento es más fácil alcanzar los sentimientos deseados. Con esto, se convierte en una alternativa cada vez más funcional para el abordaje terapéutico de las necesidades mentales que surgen en la población actual.

Sin embargo, la misma tendencia al cambio o crecimiento del ser humano, permite que pueda o deba pasar por períodos en los que el bienestar emocional está comprometido y en los que solo percibe lo negativo de la realidad o de sí mismo, lo que le lleva a sentirse triste, desvalorizado enojado o aislado, que incluso, en cierta medida regula el aspecto emocional entre sentimientos negativos y positivos con los que la naturaleza ha armado a la psique humana, pero si esa emoción negativa se vuelve constante o un estado permanente que se traslada a la conducta y que

afecta el funcionamiento ordinario del sujeto, entonces representa un estancamiento y en otros casos por la intensidad de los signos y síntomas se transforma en una patología conocida como depresión, llamada también la enfermedad del siglo porque afecta a cualquier persona sea cual fuere su edad y por diversas causas.

Por ello es importante indagar sobre el papel de dicho enfoque terapéutico en el tratamiento de los síntomas de la depresión, que desde su origen ha sido tomado como una opción favorable en la modificación de comportamientos, pensamientos y sentimientos; demostrado en diversos países y en situaciones concretas, pero que en Guatemala aún requiere un amplio estudio que permita ofrecer a los profesionales de la salud mental, la fundamentación necesaria para trasladar a la práctica los beneficios demostrados en otras partes del mundo y en casos concretos de depresión. De ahí la importancia de una recopilación de evidencias registradas sobre los efectos que generan las técnicas, principios y propuestas de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, a partir del trabajo y estudios de otros profesionales en la última década.

Tras lo expuesto se presentan los resultados y hallazgos de otros profesionales respecto a los temas mencionados.

Monterroso (2016), en la tesis titulada Terapia cognitivo-conductual y sociabilidad, cuyo objetivo fue identificar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con adolescentes en el desenvolvimiento de las habilidades sociales, se trabajó con una muestra conformada por 14 adolescentes de 14 años de edad que cursan el cuarto grado de bachillerato, en el Colegio Cristiano Bilingüe Génesis de la cabecera departamental de Quetzaltenango. Esta investigación fue de tipo cuantitativo con diseño cuasi experimental y para la medición de las variables aplicó el Test PPG-IPG, Perfil e Inventario de Personalidad de L. V. Gordon que mide el nivel de sociabilidad a través de cuatro frases de las cuales los sujetos deben elegir una con la que se sientan identificados.

Concluyó que la terapia cognitivo-conductual y las diferentes técnicas permiten la modificación de pensamiento y constructos mentales que a su vez influyen en el desarrollo de la sociabilidad

en los adolescentes, sobre todo cuando las intervenciones son grupales porque se refuerza con la práctica entre todos los participantes y una observación más directa del investigador; finalmente recomendó que las instituciones escolares ya sea públicas como privadas establezcan un tiempo en el horario de clases para que los adolescentes reciban psicoeducación sobre temas como la sociabilidad y evaluar a los participantes de las mismas, para reconocer si poseen un nivel bajo ante este tema.

Acevedo y Romel (2014), en el artículo titulado Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales, publicado en la revista Tesis Psicológica Vol. 9, núm. 1 de los meses de enero-junio, disponible en el sistema de información científica Redalyc, explican que el desarrollo histórico de la Terapia cognitivo conductual se ha dado desde tres generaciones. La primera se basa en el estímulo-respuesta que interviene a través de los principios de aprendizaje para modificar la conducta, la segunda presenta una mezcla de métodos cognitivos y conductuales que incluyen aspectos cognoscitivos y científicos, mientras que la tercera generación da pie a un abanico de nuevas propuestas que alimentan la premisa sobre la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta. Con todo esto, afirman que el modelo cognitivo conductual es aplicable en el tratamiento psicológico con personas que han experimentado problemas psicosociales como violencia política, desplazamiento, secuestros o desastres naturales. Esta intervención es importante aplicarla de forma grupal, ya que la pertenencia a un grupo reduce la ansiedad y aumenta el sentimiento de apoyo; todo esto con el objetivo de alcanzar la estabilidad emocional, sanar el impacto y las secuelas de la experiencia y prevenir el desarrollo de futuras patologías.

Navarro y López (2013), en el artículo titulado Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad publicado en la revista Acción psicológica Vol. 10 del mes de junio, disponible en el sistema de información científica Redalyc, escrito con el objetivo de ofrecer una revisión a nivel teórico y empírico de las terapias con enfoque cognitivo conductual. Mencionan que uno de los tratamientos más eficaces para los trastornos de personalidad son los de orientación cognitivo-conductual, porque han tenido un amplio desarrollo a través de los años, como ejemplo de ello están las terapias de conducta de tercera generación entre las que se encuentran la terapia cognitivo conductual dialéctica, la terapia de aceptación y

compromiso, la terapia analítico funcional y otras, eficaces en el tratamiento de distintos trastornos. Esto es porque busca comprender la funcionalidad de la conducta y la adaptación al entorno.

Martínez y Piqueras (2010), en el artículo titulado Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional, como resultado de una investigación descriptiva publicada en la Revista Neurología Vol. 50 del mes de enero, disponible en internet, mencionan que la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz en patologías como ansiedad y depresión, porque al proponer modificar conducta y pensamientos lleva a la persona a cambiar las emociones y la interpretación que le da a la realidad, interviene desde lo observable y por tanto el sujeto evidencia los progresos.

Lo anterior ha sido notable a tal punto de plantear la propuesta de comprobar los beneficios de esta terapia a través de las técnicas de neuroimagen funcional, es decir, observar el funcionamiento del cerebro mientras existan los síntomas de diferentes patologías como TOC, fobia específica, fobia social, estrés postraumáticos y depresión y posteriormente la actividad cerebral tras la intervención con técnicas de índole cognitivo conductual. Mencionan que, en 1998, el comité de la División 12 de la APA, enlistó aquellos tratamientos psicológicos eficaces avalados empíricamente para ciertos trastornos específicos. Dicha lista contenía 67 tratamientos para 33 patologías de los cuales el 85% eran cognitivos conductuales. Entre los trastornos estaban los de ansiedad para la cual se recomendaba la intervención con terapia de exposición o de desensibilización sistemática, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación y otras técnicas de afrontamiento y de exposición. A lo largo de los últimos años este enfoque psicológico ha sumado evidencias sobre la efectividad de su aplicación en trastornos como fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, disfunciones sexuales, problemas de conductas, entre otros; tanto en la población infantil, juvenil como en adultos.

Ramírez (2018), en la tesis titulada Incidencia de depresión, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de depresión que se presenta en adolescentes de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850, se realizó con una población no probabilística compuesta por 148 estudiantes de 12 a 14 años, de los cuales 74 son del sexo masculino y 74 del sexo femenino. Esta investigación fue de

tipo cuantitativa y diseño descriptivo. Para la medición de las variables se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI), que mide tres dimensiones: Depresión, Disforia y Autoestima Negativa. De acuerdo a los resultados obtenidos, concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa de presencia de depresión entre el género masculino y femenino, sin embargo, los adolescentes de 14 años presentaron mayores puntuaciones en los aspectos medidos por el instrumento aplicado. Recomendó a los profesionales de la salud mental realizar más investigaciones similares e implementar en los centros educativos programas de prevención para dar a conocer posibles problemas psicológicos en niños y adolescentes.

Ferrel, Vélez y Ferrel (2014), en el artículo titulado Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima, publicado en la revista Encuentros Vol. 12, núm. 2, de los meses de julio-diciembre, presentan los resultados de una investigación realizada desde el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal en la que participaron 629 estudiantes de décimo grado de Instituciones Educativas Distritales (IED) de la Organización Administrativa Escolar (OAE) No.6 de la ciudad de Santa Marta, Colombia. A los que aplicaron la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung -Self-Rating DepressionScale-SDS- (1965), la cual evalúa los síntomas depresivos de base empírica al estar formada por 20 frases distribuidas para explorar los síntomas somáticos, cognitivos, estado de ánimo y síntomas psicomotores. Y la Escala de autoestima de Rosenberg (1989), aplicada para medir el nivel de autoestima, de los adolescentes.

Encontraron que el 86% de la población evaluada presenta depresión moderada y un 14% depresión leve; por otro lado, la depresión puede ser causa o efecto de un bajo rendimiento escolar por los signos y síntomas que manifiesta esta patología, pues la depresión en un niño, adolescente o adulto es el mismo en cuanto trastorno, pero los cambios biológicos, sociales y psicológicos pueden ser diferentes en cada etapa. Principalmente, en la infancia predominan las reacciones psicofisiológicas y motoras tales como el llanto, la rabia, poco control de esfínteres; mientras que en la adolescencia y adultez suelen ser situaciones de tipo cognitivo como el pesimismo o catastrofización. Por ello recomiendan la prevención de este fenómeno con la participación de un equipo multidisciplinario para promover un estilo de vida saludable que garantice la salud mental.

López, González, Andrade y Outhof (2012), en el artículo Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes, publicado en la revista Salud Mental, Vol. 35, núm. 1 de los meses enero-febrero, como producto de un estudio transversal realizado con 2292 adolescentes con una edad de 15 a 19 años, estudiantes de bachillerato de cinco escuelas públicas del Estado de México. Expresan que la depresión es un problema de salud pública con efectos no sólo en la etapa de la niñez o adultez, también está presente en la adolescencia; como resultado de una encuesta de salud mental adolescente encontraron que el 10.5% de los jóvenes entre 12 y 17 años presenta depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Se ha observado el alto costo que representa el tratamiento de este trastorno por lo cual se busca identificar el papel de los factores ambientales o sucesos vitales estresantes en el desarrollo de esta patología, infieren que existen algunos factores latentes propios del individuo y que al interactuar con los sucesos estresantes éstos se manifiestan para desencadenar la depresión, estos factores pueden ser pérdidas, fracasos o muerte de un ser querido.

En el caso de los adolescentes los estresores suelen ser particulares a los de los adultos, por ejemplo, para ellos los sucesos estresantes son: cambio de aula o contexto escolar, muerte de un familiar, mudanza, ruptura de una relación, ya sea de amistad o amorosa. Mientras que situaciones permanentes de conflictos familiares suelen alargar la presencia de la depresión y por consiguiente dificultades en el rendimiento académico. Por lo que deben diseñarse programas preventivos adecuados para el manejo de los estresores económicos, sociales, familiares, académicos, de pareja y todos aquellos ámbitos con influencia en el adolescente.

Huaynates (2019) en la tesis titulada Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa, estudio de caso que tuvo como principal objetivo disminuir en un 70% la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, conductual y afectivo-emocional en una mujer de 40 años de edad que presenta pensamientos y sentimientos de culpa por la muerte de su hermana; a través de la intervención cognitivo conductual. Para la recolección de información usó la entrevista, línea base, autorregistros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas están la relajación, las autoinstrucciones, la activación conductual y la reestructuración cognitiva, usó también un diseño univariable multicondicional ABA para reestructurar pensamientos desadaptativos. Tras la intervención concluye que las técnicas empleadas colaboran en la disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y conductas negativas, tanto en duración, frecuencia e intensidad, de la paciente con esto ratifica la eficacia de la intervención cognitivo conductual en el caso de depresión.

Rubio (2015) en la tesis titulada Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad, un estudio de caso que tuvo como objetivo general describir el proceso de análisis e intervención de un caso clínico desde la terapia cognitivo-conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad, la paciente fue una mujer de 29 años que manifestaba síntomas emocionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos e interpersonales. A la que aplicó el modelo de intervención cognitivo conductual para la depresión desde la perspectiva de Beck con la que se logró una participación activa de la paciente y la remisión de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales que facilitaron el abordaje de los síntomas de manera integral. Aplicó técnicas como la psicoeducación, autorregistros, tareas conductuales, entre otros y concluyó que la aplicación del modelo de forma rigurosa es efectiva para el tratamiento de la depresión

Chávez, Benítez y Ontiveros (2014) en el artículo titulado La Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar I, publicado en la revista Salud Mental, vol. 37, núm. 2 de los meses de marzo y abril del 2014. El cual tuvo como objetivo demostrar la utilidad de la TCC como tratamiento coadyuvante en la depresión del trastorno bipolar I para los síntomas residuales, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, la conciencia y la comprensión del trastorno bipolar, la identificación temprana de los síntomas de los episodios afectivos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. El estudio consistió en una revisión de ensayos clínicos controlados acerca de la utilidad de la terapia cognitivo conductual como tratamiento del paciente con depresión del trastorno bipolar I, donde consideraron parámetros trascendentales para la práctica clínica psiquiátrica, tales como el efecto sobre la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, la disminución en el número, la intensidad y la duración de los

episodios depresivos, el aumento en el tiempo de duración de los períodos de eutimia y la mejoría en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial.

De esto obtuvieron como resultados que esta terapia aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuye la frecuencia de recaídas en el primer año, los síntomas depresivos son residuales, las hospitalizaciones y la duración de los episodios y mejora la adherencia terapéutica, así como el funcionamiento psicosocial. Concluyen que la TCC es una intervención que mejora la evolución del trastorno bipolar tipo I.

González (2013) en la tesis monográfica titulada Terapia cognitivo-conductual basada en el Mindfulness, propuesta de aplicación en personas con síntomas depresivos, cuyo objetivo fue determinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual basada en el Mindfulness en el tratamiento y la prevención de la depresión en población mexicana, trabajó en la recopilación de información y datos estadísticos sobre la aplicación de este enfoque en otros países pero que en México no existen estudios piloto realizados con la población, sin embargo, por las características de la terapia concluye que sería eficaz en el entrenamiento de mujeres, desempleados y para identificar grupos de riesgo que no reciben atención temprana para el diagnóstico de los síntomas depresivos, misma situación que económicamente representa un costo elevado para el país.

Puerta y Padilla (2011) en el artículo titulado Terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte, publicado en la revista Duazary, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre de ese año, en sus páginas 251-257, disponible en Redalyc, en la que presentan una revisión bibliográfica centrada en el análisis de la eficacia y eficiencia de la Terapia cognitivo conductual en la depresión. En ella ponen de manifiesto las distintas herramientas que esta terapia aplica en el tratamiento de la depresión y la aparición de nuevas técnicas que se incorporan a este modelo que favorecen la recuperación de los pacientes y previenen las recaídas. Brindaron una visión general de las técnicas centrales que los teóricos de la TCC expusieron a través de los últimos 50 años, y que se han implementado para el abordaje de dicho trastorno mental. Concluyen que la TCC ha demostrado efectividad en el tratamiento de la depresión, por lo cual debe promoverse este tipo de terapia.

Rosselló, Duarté, Bernal y Zuluaga (2011) en el artículo titulado Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor publicado en la revista Interamerican Journal of Psychology (Sociedad Interamericana de Psicología), Vol. 45,

núm. 3, de los meses de septiembre a diciembre de ese año, en las páginas 321-329, disponible en Redalyc; que tuvo como objetivo desarrollar conocimiento sobre el tratamiento de adolescentes con un diagnóstico de depresión mayor que presentan ideación suicida, para el cual aplicaron un protocolo sobre el manejo del riesgo suicida a 115 adolescentes con depresión mayor. Incluyó un análisis descriptivo, pruebas t, análisis de cambio confiable, correlaciones y de regresión múltiple. Concluyeron que la mayor parte de los adolescentes que recibieron el tratamiento con la terapia cognitivo-conductual mostraron una reducción significativa en sus pensamientos suicidas.

Específicamente pretendían examinar la respuesta a una terapia cognitivo-conductual para la depresión, porque en Puerto Rico no se había realizado un estudio sobre el impacto de la ideación suicida en el tratamiento de la depresión con terapia cognitivo-conductual ni el impacto de la TCC en la ideación suicida, además era importante identificar las variables que predicen el nivel o tienen alta probabilidad de predecir el nivel de ideación suicida al término del tratamiento, entender el impacto de la ideación suicida en la respuesta al tratamiento y generar recomendaciones adecuadas para el tratamiento de adolescentes con depresión e ideación suicida. Identificaron la efectividad de la TCC porque aplica estrategias que desarrollan destrezas de reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos y emociones, habilidades en la solución de problemas y comunicación efectiva, fortalecimiento de redes de apoyo, psicoeducación a los padres y madres y activación conductual; que aunque cada adolescente responde de forma particular y algunos requerirán más sesiones que otros o intervención junto a sus padres, el resultado mostró ser positivo en la reducción de la ideación suicida en la depresión.

Por todo esto, se encuentra que los autores mencionados anteriormente coinciden en que la Terapia cognitivo conductual presta gran atención a los comportamientos, pensamientos y sentimientos, porque el modo de pensar de la persona repercute en el sentir y el actuar, además comportamientos inadaptados pueden ser modificados a través de diversas técnicas para convertirlos en adaptados; mientras que para estos profesionales, la depresión en los adolescentes y adultos, es un trastorno cada vez más común con características particulares en cada fase de desarrollo, que tiene diversas causas, por lo que merece un estudio amplio y profundo.

1.1 Terapia cognitivo conductual

1.1.1 Definición de terapia cognitivo conductual

Núñez y Ortiz (2010) afirman que la terapia cognitivo conductual es aquella “*psicoterapia que integra teorías de la cognición y el aprendizaje*”, porque aplica la teoría y técnicas de dos escuelas psicoterapéuticas conocidas como Terapia Cognitiva y Terapia Conductual. Esta terapia entiende que los problemas del individuo tienen su razón de ser en un inadecuado funcionamiento de la cognición, las emociones y la conducta, por lo que pretende reconocer y cambiar esos elementos inadecuados con ayuda de una modificación de pensamientos o ideas y un cambio en los patrones de comportamiento a través de los principios del condicionamiento e identificación de esquemas mentales.

Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) sostienen que se ha argumentado que la Terapia cognitivo conductual (TCC) debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico y que hay cuatro rasgos que presenta esta terapia en la actualidad. El primero es que se basa en el aprendizaje de emociones, conductas y cogniciones hasta convertirlos en hábitos, que para el individuo representan algo que no logra controlar, sin embargo, desde este enfoque se considera que la persona puede responsabilizarse de ellos; el segundo es que la TCC aplica técnicas y programas específicos para problemas concretos en plazos limitados; el tercero es que este enfoque terapéutico tiene una orientación educativa, es decir, conceptualiza el problema y se guía por la lógica del tratamiento; el cuarto rasgo es que esta terapia adquiere un carácter auto-evaluador, lo que significa que trabaja sobre la experiencia y se valida el tratamiento tras aplicarse.

1.1.2 Componentes de la terapia cognitivo conductual

Mendoza (2010) afirma que la TCC ha sido diseñada con base en evidencias científicas desde los experimentos de Bandura, Kendall y Braswell, los cuales han fundamentado la premisa de que las conductas irracionales o desadaptativas son fruto de una interpretación incorrecta de la realidad.

También menciona que “la *terapia cognitivo conductual es un procedimiento terapéutico activo y estructurado*”, que se compone de un número limitado de sesiones y metas claras a conseguir, entre las que están el generar motivación en el paciente para vivir el proceso terapéutico, segundo que aplique las técnicas que se le proporcionan para mejorar la calidad de vida, el tercero es que se elabore un plan terapéutico para alcanzar las metas personales del paciente, el cuarto es identificar el tratamiento que mejor se adecúe al individuo.

Además, se ha demostrado que las técnicas de este enfoque psicológico son eficaces si se aplican solas o combinadas tanto a corto como a largo plazo, que alargar mucho la terapia puede ser perjudicial y que es aplicable a cualquier edad.

Kanfer como se citó en Mendoza (2010) afirma que las personas suelen acudir a terapia porque carecen de habilidades para expresar las emociones, las respuestas emocionales son muy intensas, las reacciones emocionales no les permite afrontar o actuar ante situaciones determinadas o dichas respuestas emocionales inadecuadas son resultado del propio miedo a no responder adecuadamente. Por lo que esta autora menciona que a través de la evolución de la Terapia cognitivo conductual se ha desarrollado seis componentes principales que guían el proceder en la práctica clínica para aplicar alguno de ellos específicamente en casos concretos, éstos son:

a) Las habilidades en comunicación asertiva, se emplea este elemento en la TCC porque se considera que la persona aprendió a comunicarse de forma destructiva tanto para escuchar como para sentir empatía hacia los demás, lo que genera que las relaciones interpersonales que establezca estén basadas en interpretaciones erróneas que desencadenan emociones negativas en la persona y la terapia busca el ensayo de conductas asertivas aplicables a la vida diaria, ya que el objetivo final es que el paciente logre expresar sentimientos positivos o negativos de una forma social y satisfactoriamente efectiva, pues una de las bases de las relaciones es el tipo de comunicación que se maneje, por ejemplo una comunicación pasiva genera sentimientos de inutilidad, dependencia, tristeza o enojo hacia sí mismo; mientras que una comunicación agresiva mantiene una idea equivocada de las interacciones basadas en el poder; pero una forma asertiva de comunicarse permite la libre expresión de los pensamientos y sentimientos con respeto hacia sí y hacia el otro.

Al respecto, Salter como se citó en Mendoza (2010) presenta una serie de elementos que forman parte de este entrenamiento en asertividad,

- En primer lugar, la persona debe externar lo que siente, es decir necesita aprender a conocer, reconocer, aceptar y expresar sentimientos de forma consciente, empática, libre y respetuosa.
- Seguidamente aprende a usar la expresión facial para acompañar el sentimiento, ya que una gran parte de la comunicación con los demás es a través de lo que no se dice con palabras, entonces entrenar a la persona para reconocer el lenguaje no verbal le ayuda a darse cuenta de la forma en que los demás reciben el mensaje generalmente y con ello trabajar sobre los puntos necesarios que den control al individuo en la manera en que exprese corporalmente las emociones y sentimientos.
- También debe aprender a emitir los desacuerdos que tiene, pues es un punto muy importante en la asertividad, porque aquella persona que acepta todo lo que los demás proponen u opinan aunque le afecte negativamente, se mueve en una forma de comunicación pasiva, y requiere ser entrenada para decir “no” cuando así lo sienta o desee, sin sentirse culpable por la reacción de los demás o las respuestas emocionales de los demás.
- Otro elemento es que el paciente necesita responsabilizarse de las emociones que experimenta y para ello debe aprender a usar el pronombre “Yo”, es decir sentir y adueñarse de dichas emociones y no proyectarlo en los demás. Por ejemplo, si se enoja sabrá decir que se enojó y no que le hicieron enojar pues eso ya no sería responsabilizarse de los sentimientos propios.
- Por otro lado, será importante aprender a aceptar los elogios de los demás, que para algunas personas no suele ser sencillo sobre todo cuando no son asertivos, pues pueden creer que aceptar un elogio es vanagloriarse o dejarse llevar por el egocentrismo, sin embargo, una persona saludable sabrá recibir y agradecer la opinión positiva y los méritos que los demás reconocen en él.
- Debe ser capaz de improvisar, porque hay situaciones que están fuera de las manos de una persona y por tanto no puede controlar todo, lo que una persona no asertiva lo tomaría como algo catastrófico al esperar que las cosas estén planteadas y estructuradas; sin embargo, la vida presenta situaciones que requieren ser creativos.
- Tener contacto visual al hablar, aspecto que mucha gente no logra hacer por incomodidad, inseguridad o temor, cosa que no puede hacer una persona pasiva y que con una

sensibilización sistemática se puede ayudarle para dar esos pasos y desarrolla la capacidad de mantener el contacto visual.

- Usar un tono de voz firme y cálido, en este elemento se aplica el principio de que no son las palabras que se usan sino como se emplean lo que los demás toman en cuenta, de modo que es importante enseñar al paciente a modular el tono de voz de acuerdo a lo que desea transmitir, una forma de lograr esto es registrar el modo de comunicarse en tono, palabras frecuentes y situaciones en las que se comunica de esa forma; también puede aprender a grabar alguna conversación suya y escucharse para identificar en qué momentos usó un tono de voz que no estuvo acorde a lo que deseaba comunicar.
- b) Las auto-instrucciones, es decir darse instrucciones a sí mismo. Esto consiste en que el paciente aprende a autoadministrarse sugerencias concretas que guíen la conducta en un momento determinado, como si alguien externo lo hiciera con él o ella, esto con el objetivo de lograr una respuesta adaptativa a una situación dada generadora de ansiedad o estrés. Al ser un entrenamiento es necesario que el terapeuta acompañe al individuo y le dé las instrucciones para que logre comprender el funcionamiento y ejecutarlo a través de controlar, perseverar, automotivarse o reforzarse, planear, analizar o practicar la relajación con él o ella misma, lo que resulta significativamente útil en aquellos casos en los que la persona llega a buscar atención psicológica porque tiene ataque de ansiedad, pánico, estrés y otros que con guiarse reduce el grado de malestar y las consecuencias negativas en la vida ordinaria del paciente.
- c) Reestructuración cognitiva, significa un cambio en la forma de pensar del individuo, de un cambio en la percepción e interpretación distorsionada que se maneja sobre un estímulo o situación, de modo que se llegue a lograr eliminar la emoción negativa que maneja hacia el factor que considera amenazante. Es decir, se trabajan las distorsiones cognitivas que Deffenbacher, como se citó en Mendoza (2010) las señala como adivinación, abstracción selectiva, irrealidad, magnificación o catastrofismo, generalización excesiva y pensamiento blanco-negro.
- d) Solución de problemas, se refiere a un entrenamiento que permita al individuo resolver situaciones problemáticas y confiar en la propia capacidad para dicha resolución, porque el

objetivo es que éste pueda descomponer la dificultad en partes más pequeñas e identificar el detonador para afrontarlo con las estrategias adecuadas desde una visión más realista, más optimista y confiada que permita ver el panorama con más opciones y alternativas que se adapten a las necesidades y entorno del individuo. Para ello se presta gran atención a los factores que constituyen un antecedente de conflicto, se trabaja en aumentar la funcionalidad de los esfuerzos y medios que tiene el paciente para resolver conflictos, fortalecer los recursos personales como las habilidades que favorezcan la minimización de conflictos futuros.

- e) Relajación, aunque se use como parte de diversas técnicas, por sí sola la respiración resulta funcional para los pacientes que requieren aumentar un estado de bienestar y la TCC la aplica para entrenar a la persona a aumentar la capacidad de control, reducir el nivel de estrés que maneje, reforzar la autoeficacia al afrontar las situaciones cotidianas, entre otras cosas. Aunque es una actividad automática del organismo, es necesario entrenarse diariamente y de acuerdo al objetivo o finalidad existen algunas modalidades para aplicarse, por ejemplo está la respiración diafragmática, la que se usa en una visualización, la aplicada para relajación muscular y la progresiva.

- f) Autocontrol. Se refiere a una serie de pasos para regular la propia conducta y disminuir las respuestas emocionales desadaptativas, se trabaja principalmente sobre el retraso de las recompensas inmediatas para alcanzar una recompensa mayor en un futuro. La idea es que la persona logre decidir en qué momento actuar de determinada forma o dejar de hacerlo para beneficio emocional y para ello se pueden aplicar con el monitoreo constante del paciente por él mismo, los reforzadores en pos del objetivo, controlar los estímulos o detonadores, búsqueda de diversas alternativas para una misma situación en la que el paciente no suele tener el control; para aumentar la responsabilidad de la persona sobre las respuestas emocionales que presenta.

Para una mejor comprensión de la TCC, se abordará de forma individual los dos enfoques terapéuticos que la conforman.

1.1.3 Terapia cognitiva

Consuegra (2010) define la terapia cognitiva como un procedimiento estructurado para tratar alteraciones psíquicas desde la convicción de que la conducta está determinada por los esquemas mentales del individuo formadas a partir de aprendizajes. Por lo tanto, busca desmentir esas creencias erróneas y desadaptativas para que la persona logre controlar los propios pensamientos, identifique la dinámica comportamental que maneja, examine las evidencias o pruebas sobre pensamientos distorsionados, los sustituya por interpretaciones más objetivas y modifique esas falsas creencias; pues parte de la premisa de que los pensamientos influyen en los sentimientos y la conducta.

Esta corriente fue creada por Aaron Beck al darse cuenta que los pensamientos son capaces de provocar emociones, a lo que llamó pensamientos automáticos porque se dan de forma involuntaria, también desarrolló la teoría de los esquemas que son los lentes con que la persona interpreta la realidad, con las cuales forma creencias desde edades tempranas e influyen durante toda su vida, porque constantemente procesa información para adaptarse al entorno.

En palabras de Beck (2010), la terapia cognitiva es un *procedimiento “activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas”*, el cual considera que la forma de actuar y sentir de la persona radica en las estructuras mentales, cogniciones o esquemas que ha formado respecto a la vida y el mundo a partir de experiencias y aprendizajes. Por lo tanto, el objetivo es debilitar y reestructurar esas creencias o esquemas mentales para que el individuo adquiera una forma nueva, más objetiva y realista sobre las situaciones, de modo que se reduzcan los síntomas.

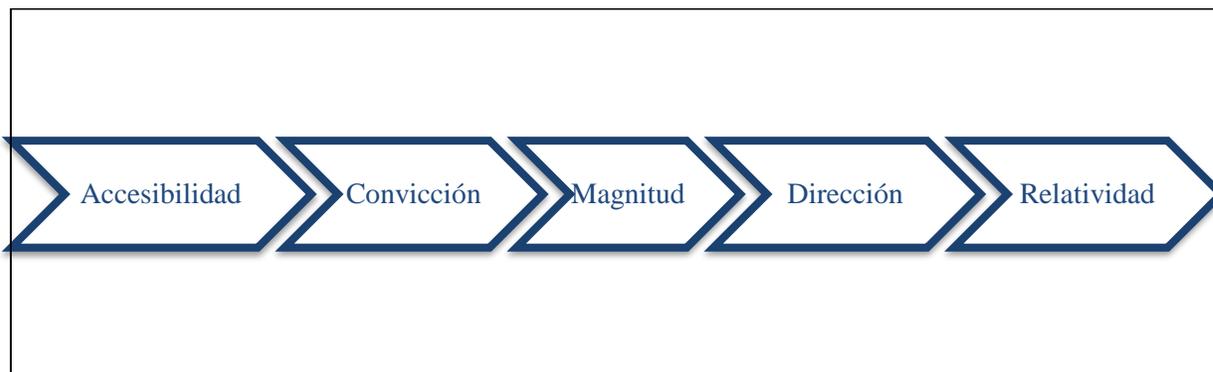
Beck y Haigh (como se citó en Rodríguez 2019) afirman que las creencias se caracterizan por la accesibilidad, convicción, magnitud, dirección y relatividad; accesibilidad es que el esquema que contiene la creencia está muy activo y controla toda la actividad mental, como sucede en los casos de depresión u obsesiones que llevan a la compulsión, los pensamientos están accesibles todo el tiempo; convicción, es la credibilidad que se le da a la creencia; mientras que relatividad, es el significado y valor dado a la creencia; dirección de la atribución hace referencia a la

interpretación que se le da a un evento, de acuerdo a las creencias y esquemas de la persona; y magnitud del sesgo, es el grado de distorsión de la realidad que maneja la persona por lo que actúa con la creencia de hacerlo correctamente. Por tanto, desde este enfoque, los problemas o enfermedades mentales se desarrollan a partir de esos sesgos de pensamientos, lo que conduce a conclusiones erróneas que activan sentimientos inadecuados y respuestas inadaptadas.

Altamirano, Rigotti, Manoiloff, Ferrero y Ramírez (2015) mencionan, que el nacimiento de la terapia cognitiva se dio posterior a la terapia conductual debido al extremo adoptado por dicho enfoque que dejaba de lado los pensamientos e interpretación de la información para responder a los estímulos propuestos por el condicionamiento. Pero también influyó el cambio en las tradiciones científicas donde surgían ideas nuevas, conclusiones de simposios como el de Hixon y pensamientos como los de Karl Lashley quien habló por primera vez sobre la psicología cognitiva. La terapia conductual radical sufrió un debilitamiento como teoría de estímulo y respuesta para empezar a considerarse la idea del proceso de la información, así como crecía el interés por temas como memoria, percepción, resolución de problemas, atención, imágenes mentales, razonamiento, entre otros.

Estos autores exponen el aspecto multidisciplinar que tuvo la terapia cognitiva en los inicios porque tomó aportes teóricos y tecnológicos de otras disciplinas, pues se empezó a desarrollar en la misma época que surgían las computadoras, entonces se tomaron términos como las representaciones o procesos internos mentales para una analogía o metáfora con las computadoras, es decir asemejar el funcionamiento de la mente humana con el de una computadora ya que ambos son sistemas capaces de codificar, conservar y manipular la información, a la vez que ambas la transportaban. Del mismo modo que tomó aportes de computación, también los tomó de lingüística, filosofía, neurología y antropología. De esta forma la psicología se incluyó en las ciencias cognitivas.

Gráfica núm. 1
Clasificación de las creencias



Fuente. Elaboración propia con base en Rodríguez (2019) *Manual de psicoterapias: teoría y técnicas*, p. 302-303.

Teoría de los esquemas

Barlow (2018) afirma que un esquema es una estructura mental que da forma a la ideología de una persona, y generalmente dominan en algunos trastornos, en connotación positiva o negativa, de modo que muchos malestares emocionales parten de la perspectiva o los lentes con los que se mira la realidad. Así mismo hace mención de algunos esquemas que los seres humanos puede adaptar a su estructura cognitiva.

- Abandono/ inestabilidad. Percepción de que las personas cercanas no pueden ser un apoyo y le dejarán siempre solo.
- Desconfianza/ abuso. Tendencia a sospechar que los demás le lastimarán o humillarán.
- Privación emocional. Es una forma de rechazar el apoyo emocional de los otros.
- Imperfección/ vergüenza. Sentirse inferior, sin valor o inútil, lo que lleva a sentir odio o rencor hacia los demás.
- Aislamiento social/ alienación. El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente a los demás y, o no forma parte de ningún grupo o comunidad.
- Dependencia / incompetencia. Creer que se es incapaz de asumir responsabilidades.
- Vulnerabilidad al daño o enfermedad. Es el temor de no poder evitar situaciones negativas.

- Entrampamiento o falta de desarrollo del sí mismo. Es lo que comúnmente se conoce como autosabotaje.
- Fracaso. Percepción de que todo lo realizado es un fracaso o lo conduce a eso.
- Privilegio/ grandiosidad. Sensación de ser superior a los demás.
- Autocontrol o autodisciplina insuficientes. Es la dificultad de manejar los impulsos.
- Subyugación. Sometimiento excesivo al control de otros por sentirse forzado, usualmente para evitar el enojo, las represalias o el abandono.
- Autosacrificio. Atender exageradamente las necesidades de los demás sin atender las propias.
- Búsqueda de aprobación y reconocimiento. La motivación de las acciones de los individuos con este esquema es ser aprobado y reconocido.
- Negativismo/ pesimismo. Visión permanente de que todo es malo o negativo.
- Inhibición emocional. Es el aislamiento para evitar la desaprobación y el error.
- Estándares implacables/ crítica excesiva. Es la creencia subyacente que considera necesario el esfuerzo del ser humano para cumplir muy altos estándares interiorizados de conducta y desempeño, usualmente para evitar la crítica.
- Punitividad. La creencia de que la gente debe ser duramente castigada por cometer errores, es una perspectiva de juicio y condena.

Rodríguez (2019) indica que, para comprender la dinámica de la teoría de los esquemas, es necesario tener conocimiento sobre las distorsiones cognitivas y sesgos atencionales que se refieren a una interpretación errónea de la realidad, donde la información del exterior es alterada; menciona los siguientes, los cuales forman parte del fruto de la evolución de la terapia cognitiva.

- Abstracción selectiva. Es centrarse en un solo detalle de la situación y olvidar los demás.
- Sobregeneralización. Sacar deducciones a partir de detalles menores y quizá sin relación ni evidencia alguna.
- Magnificación y minimización. Es la tendencia a valorar demasiado o no darle importancia necesaria a una situación.
- Personalización. Atribuirse la responsabilidad sobre las situaciones externas, creer que todo lo que sucede es por o para sí.

- Pensamiento dicotómico o absolutista. Es la posición extrema en las experiencias, de muy malo a muy bueno, sí o no, sin dejar lugar a intermedios.
- Lectura de pensamiento. Este sesgo se presenta muy a menudo en varios trastornos donde la persona cree adivinar lo que otros piensan o confabulan, de donde surgen las paranoias.
- Predicciones negativas. Visión pesimista de las situaciones futuras, aunque no tenga evidencia de ello, pero se cree con seguridad y genera conflictos emocionales y comportamentales.
- Etiquetado. Definirse a partir de experiencias pasadas. Por ejemplo, tenerse por fracasado porque se tuvo una experiencia de fracaso.
- Catastrofismo. Tendencia a exagerar los aspectos negativos y dramáticos de una situación.

Así mismo, este autor, menciona que los sesgos cognitivos tienen la capacidad de invadir la psicología del individuo y pueden hacer que la atención esté centrada en la situación, en la propia conducta o en las creencias, lo que genera una visión optimista o pesimista de estos tres elementos, manifestada también con la conducta.

1.1.4 Técnicas cognitivas

Barlow (2018) indica que las técnicas cognitivas se enfocan en descubrir las formas de pensar de la persona, encontrar los sesgos y esquemas de pensamientos limitantes en el funcionamiento óptimo del individuo, para lograr propiciar puntos de entrada que permitan la organización y reorientación de los pensamientos distorsionados, de la misma manera se esfuerza en determinar la forma de entender el mundo y construir la realidad, entre ellas menciona las más usadas en la terapia cognitiva, que en su mayoría se sirven de formatos, registros, debates y análisis tanto del terapeuta junto al paciente como otras en las que el paciente deberá aprender a realizar solo. Por ejemplo, al buscar eliminar o debilitar las distorsiones cognitivas primero debe reconocer cuáles son esas interpretaciones erróneas que tiene de la realidad y posteriormente cuestionarlas, escribirlas, sopesarlas o descartarlas con base a las evidencias.

Entre las técnicas que este autor presenta están el facilitar pensamientos automáticos, cuestionamiento, asignación de tareas de autoayuda lógica y asignación y revisión de tareas;

aunque se exponen estos generales, de ella se desarrollaron una serie técnicas combinadas con otros enfoques como el que actualmente se aplican en la teoría cognitivo conductual.

Tabla núm. 1
Técnicas cognitivas

Técnica cognitiva	Descripción
Facilitar pensamientos automáticos	Los pensamientos automáticos son involuntarios pero que repercuten en el comportamiento cotidiano, además surgen emociones de ellas. Para identificarlos, el terapeuta puede preguntar al paciente cuáles son los pensamientos que suelen pasarle por la mente ante sucesos particulares. Se puede ayudar con un registro de los mismos, que luego en terapia se confrontan y se buscan cambiar por pensamientos agradables u objetivos.
Cuestionamiento	El cuestionamiento es un recurso para obtener información de forma directa desde la experiencia del paciente con el propósito de conocer lo que piensa la persona. También es funcional para identificar problemáticas específicas que se identifiquen en el proceso terapéutico, aunque es una técnica útil en toda la terapia cognitiva.
Asignación de tareas de autoayuda lógica	Consiste en entrenar al paciente en la ejecución de tareas de modo que adquieran las herramientas necesarias para continuar el progreso aun cuando la terapia haya terminado. Ya que a través de tareas, la persona puede recabar información, probar hipótesis o modificar pensamientos.
Asignación y revisión de tareas	Las tareas que se asignan deben ser elaboradas de acuerdo a las necesidades particulares del paciente, por lo que formatos o cuadros de registros contienen instrucciones claras, con un objetivo determinado que se adecúe al proceso de la persona.

Fuente. Elaboración propia con base en Barlow (2018) *Manual clínico de trastornos psicológicos: paso a paso*, p. 295-300.

Beck (2010) menciona otra práctica que funciona en las intervenciones como técnica y es el de emplear las preguntas como instrumento terapéutico, que consiste básicamente en el empleo de preguntas para diversos objetivos, por ejemplo, con un cuestionamiento se puede dirigir la atención del individuo hacia lo que se desea trabajar, a la vez podrían evaluarse las respuestas ante temas nuevos, explorar los problemas y obtener información, con las preguntas también se puede encontrar solución a los problemas o suscitar duda o confrontación en el paciente; por ello, presenta los objetivos principales de esta técnica:

- Obtener datos biográficos. Aquella información que da un panorama general de la vida del paciente y que sean importantes para diagnosticar.
- Formar una idea general sobre la naturaleza del malestar del paciente.
- Obtener una visión general sobre la vida del paciente.
- Examinar los recursos que posee el paciente para superar la situación.
- Transformar las ideas irracionales en aspectos concretos.
- Fomentar la toma de decisiones al encontrar diversas alternativas.
- Promover la responsabilidad del paciente para seleccionar alternativas.
- Capacitar al paciente para reconocer las consecuencias de alguna conducta desadaptativa.
- Lograr que el paciente evalúe la importancia de un comportamiento adaptativo.
- Provocar pensamientos específicos del paciente.
- Identificar la significación que el paciente tiene sobre una situación dada.
- Propiciar que el paciente identifique los criterios que definen la autoestima negativa.
- Desvelar los sesgos que aplica el paciente al elaborar inferencias.
- Presentar al paciente la tendencia de negar o minimizar lo positivo de una situación.
- Tocar y profundizar en áreas que el paciente evita.

1.1.5 Terapia conductual

Consuegra (2010) define la terapia conductual como el tratamiento psicológico que mediante la aplicación de principios de aprendizaje busca modificar un comportamiento inadaptado por uno adaptado, principio que ha servido de base para el desarrollo y la aplicación de la Terapia cognitivo conductual. Mientras que Coon y Mitterer (2016) afirman que la terapia conductual es

una terapia de acción que usa principios de aprendizaje para lograr una modificación conveniente de la conducta, porque los terapeutas especialistas en este enfoque dejan de lado la comprensión profunda de los problemas, es decir no consideran que las intenciones u orígenes de las situaciones sean importantes para lograr una mejoría sino acude a la modificación conductual que consiste en aplicar los principios del condicionamiento clásico y operante para lograr la conducta deseada centrada en el presente con vista hacia el futuro, donde el paciente se empieza a responsabilizar de las respuestas emocionales que da al aumentar la capacidad de control, reforzamiento y entrenamiento en el área que requiera.

Rodríguez (2019) amplía la definición al afirmar que este enfoque surge tras numerosas investigaciones sobre el comportamiento realizado con humanos y animales. Entre los cuales se encuentra el trabajo de Ivan Pavlov, conocido ahora como condicionamiento clásico y se trata del estudio sobre la forma de reaccionar y aprender de los animales a través de la exposición a un estímulo, mismo proceso aplicado por John B. Watson con humanos. Seguidamente Edward Thorndike descubre que toda conducta es controlada por consecuencias al basarse en las leyes de asociación estímulo-respuesta, a lo que Burrhus F. Skinner denominó condicionamiento operante. Con todo este trabajo, el conductismo, comienza a ganar espacios de credibilidad donde el psicoanálisis no tiene toda la verdad, pues la conducta y el ambiente son lo que importa para explicar el comportamiento del ser humano; idea que posteriormente, Albert Bandura fortalece con la teoría del aprendizaje por observación y la autoeficacia, es decir, las creencias de una persona sobre la propia capacidad de alcanzar una conducta.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la Terapia cognitivo conductual nace de la combinación de dos enfoques terapéuticos, la cognitiva y la conductual, que están convencidos de que el ser humano se forma de hábitos y creencias, y al generar cambio en alguno de esos elementos se modificará el estilo de vida, lo que deja de lado la teoría centrada en el malestar por heridas de la historia personal o por la construcción de mecanismos inconscientes. De modo que es importante conocer la evolución que han tenido estas escuelas psicológicas a través del tiempo.

Estas autoras mencionan que las personas desde tiempos remotos han buscado la forma de dar solución a los problemas de comportamiento consideradas desadaptadas, así como la aplicación

de técnicas para generar, modificar o potenciar conductas. Sobre todo si se considera que la sociedad tenía poco conocimiento en salud mental y que había formado grupos a los cuales pertenecer, el primero estaba conformado por la llamada gente normal, es decir aquellos que realizaban actividades cotidianas y se les encontraba en los contextos diarios; el segundo grupo lo formaban los denominados gente insana o loca, los cuales residían en los manicomios; el tercero lo integraban los criminales internados en las prisiones y el cuarto era la gente enferma, reconocidos por visitar a los médicos. Por lo tanto, no se reconocía la necesidad de crear una ciencia dedicada a los problemas mentales.

Sin embargo, con el transcurrir del siglo XX, empezó a surgir el interés por aplicar la ciencia al comportamiento, pero no es hasta los años de 1950 que se le comienza a dar nombre y calidad científica a estas prácticas, con la inquietud de varios filósofos dispuestos a consolidar a la psicología como una ciencia natural centrada en el estudio de la mente y que cuenta con un proceso de investigación a través de la introspección personal estructurada, de ahí que se fundó el Estructuralismo como una corriente sin fines terapéuticos sino experimentales, de los cuales resaltan Wilhelm Wundt como el principal exponente en Alemania y Edward B. Titchener en Estados Unidos de América EEUU en el siglo XIX.

Tras un período de estudios notaron que la introspección no daba los frutos esperados y creció el interés por la investigación de carácter objetivo y experimentable, algo observable, lo que dio pie al surgimiento de tres nuevas escuelas psicológicas en EEUU: la Gestalt, el Conductismo y el Funcionalismo. De éstas, fue el conductismo quien tomó una postura radical influida por el positivismo lógico del Círculo de Viena que buscaban pruebas concretas y observables de todo, al carecer de ello todo lo demás es especulación. Los mayores exponentes en los orígenes de esta escuela y que sentaron las bases de la Terapia cognitivo conductual son: Pavlov, Thorndike, Watson, Skinner y posteriormente algunos neoconductistas como Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman.

Básicamente, los conductistas encuentran la comprensión del ser humano a través de entender su forma de aprender, para esto se aplican tres modalidades de aprendizaje: a) aprendizaje por asociación explicado por el condicionamiento clásico donde un estímulo que no generaba

respuesta llega a provocarla gracias a una conexión establecida, por ejemplo, el miedo a las arañas aprendido por un individuo a partir del grito que daba la madre cuando veía una, entonces se asoció ese grito con miedo y ese miedo con las arañas; b) aprendizaje por consecuencias que explica el condicionamiento operante como el comportamiento repetido o cesado a partir de los premios o castigos que reciba, como el caso de un joven que estudia y logra una buena calificación, lo cual le acarrea felicitaciones o premios, esto aumenta las probabilidades de volver a tener ese comportamiento; y finalmente c) aprendizaje por observación, repetir o no, lo visto en la experiencia de otra persona, por ejemplo, cuando un niño observa que su padre caminó descalzo sobre piso mojado, resbaló hasta caerse y manifestó dolor, entonces el hijo evitará caminar descalzo y sobre piso mojado para evitar ese dolor.

1.1.6 Técnicas conductuales

Gabalda (2011) afirma que las técnicas conductuales consisten en pequeños experimentos realizados por el paciente con el fin de comprobar o rechazar hipótesis creadas sobre sí, ya que las actividades a asignarle deberán ayudar a contradecir los pensamientos pesimistas manejados sobre sí mismo, la capacidad o el rendimiento propio; la finalidad es que exista un cambio en las actitudes inadecuadas del individuo y conseguir una mejora en el desempeño pues para el especialista de esta corriente psicológica el síntoma es el problema, no se enfoca en buscar su origen o significado oculto, sino se esforzará en modificar esa práctica o creencia que repercute negativamente en la vida del individuo. Generalmente se trabajan sobre situaciones concretas y definidas desde el principio de la terapia para establecer las metas o propósitos de las intervenciones ya sea para aumentar, disminuir, erradicar o desarrollar algo y de ese modo elegir la técnica a aplicar; para ello hace mención de una compilación de técnicas conductuales en modelos cognitivos.

- **Técnicas conductuales aplicadas en terapia cognitiva estándar**

Entrenamiento en asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, modelado, análisis de conductas conductuales, ensayo comportamental, distracción, detención de pensamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación, relajación, visualización, desensibilización sistemática, implosión y explosión.

- Técnicas conductuales en el modelo de Ellis

Actividades de quedarse allí, ejercicios contra la dilación, el uso de recompensas y castigos y empleo de roles.

- Técnicas conductuales en el modelo de Beck

Planificación de actividades, tareas graduadas, técnica de dominio y agrado y la autosupervisión.

- El modelo de solución de problemas de A. Nezu

Consiste en orientarse hacia el problema, definir y formular el problema, buscar alternativas, entrenar en la toma de decisiones y poner en práctica la solución y verificar.

En la misma dirección, Rodríguez (2019) hace una categorización más detallada de acuerdo a la finalidad de la terapia y menciona que se puede hacer uso de diversas técnicas desarrolladas a través de la evolución de la psicoterapia cognitivo conductual y que se presentan a continuación.

A. Técnicas de contracondicionamiento y control de la ansiedad

Estas son muestras del condicionamiento clásico, pues su objetivo es eliminar la asociación que se ha establecido entre un estímulo y una respuesta inadecuada para generar una más adecuada.

- Desensibilización sistemática. Consiste en disminuir el grado de malestar que genera un estímulo hasta el punto de lograr enfrentarlo sin que cause la ansiedad inicial, se organiza el factor ansiógeno por orden de jerarquía, lo más común es usar la imaginación para cada escena, pero también puede hacerse con la exposición directa de la persona, sirve ayudarse con la relajación para lograr esto. Coon y Mitterer (2016) mencionan que la desensibilización sistemática aplica al principio de inhibición recíproca, es decir mientras se estimula una conducta, se debilita otra. Además que esta técnica puede aplicarse en tres modalidades: desensibilización vicaria, es decir que el paciente observe a otros realizar la actividad temida; exposición a realidad virtual, que consiste en usar métodos computarizados para que el paciente observe imágenes de lo que teme de forma controlada y segura; y desensibilización con movimiento de ojo que es conocido ahora como desensibilización y reprocesamiento con

movimiento ocular EMDR, que consiste en tener presente los pensamientos inquietantes mientras se mueven los ojos con el fin de reducir el temor hacia eventos traumáticos.

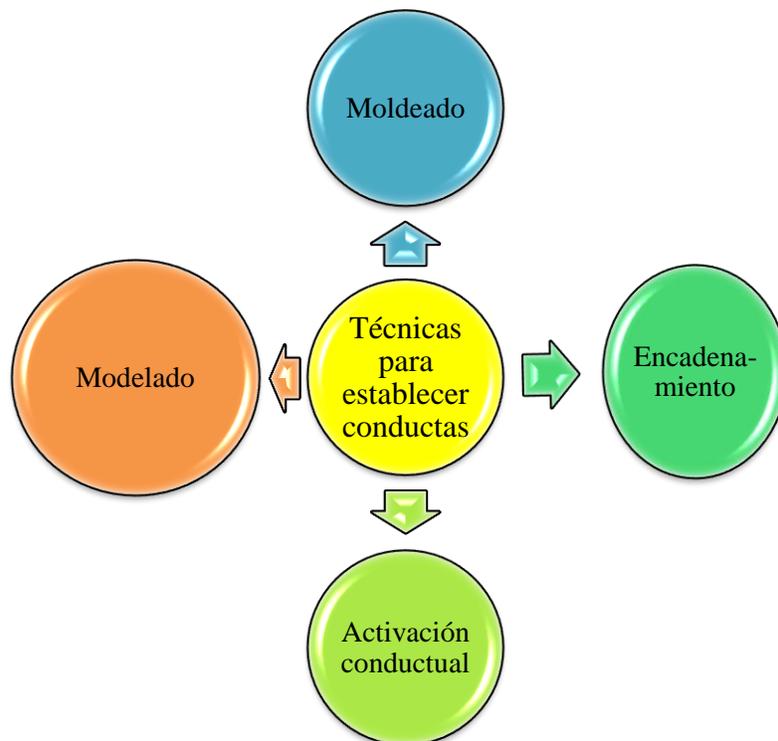
- Entrenamiento asertivo. Con esta técnica se pretende proporcionar herramientas específicas al individuo para saber responder adecuadamente ante cada situación que le genere ansiedad o molestia, sin dañar ni ofender a los demás. Para lograr esto, se establece una lista de situaciones problemáticas para el consultante y se buscan las respuestas asertivas de modo que la persona entrene con ellas y logre responder de forma adecuada y disminuir su molestia. También se aplica esta técnica con un entrenamiento en responsabilidad de los propios pensamientos y sentimientos de modo que la persona al expresarse logre ser consciente de lo que se está haciendo cargo y de lo que no le corresponde.
- Exposición. Esta técnica se puede dar en dos direcciones, implosión e inundación. Cuando se aplica la implosión se expone a la persona ante la situación que le genera ansiedad para aprender a enfrentarla. Y cuando se aplica la inundación, también se expone al individuo, pero para evitar su huida ante el factor ansiógeno.
- Prevención de respuesta. En esta técnica también se expone a la persona al factor generador de ansiedad y la idea es conseguir que se retrase la respuesta hasta lograr eliminarla, método funcional para manejar las compulsiones en las que se presentan los ritos de lavarse las manos, verificar si cerró puertas u ordenar elementos.
- Relajación y respiración. El objetivo principal de esta técnica es lograr un estado de tranquilidad, de tal modo que la persona identifique los momentos de tensión y aprenda a convertirlos en momentos agradables para saber responder a las situaciones difíciles. Existe para esto una variedad de modalidades en la aplicación de la respiración, por ejemplo la diafragmática, que lleva a la persona a destensar el cuerpo y concentrarse en la entrada y salida del aire de acuerdo a distintos tiempos que el terapeuta le indique.
- Mindfulness. Es conocida también como atención plena y se utiliza para reducir efectos negativos que la persona pueda desarrollar por un acontecimiento estresante, para realizar esta técnica es indispensable que la persona se permita sentir y estar en el momento presente, esto se ayuda de la respiración y atención plena.
- Intención paradójica. Tal como lo dice su nombre, consiste en crear una paradoja con la conducta desadaptativa, es decir, que en lugar de controlarla el individuo la realice voluntariamente de modo que desaparezca con más probabilidades, al saber manejarla.

B. Técnicas para establecer conductas

- Moldeado o aproximaciones sucesivas. Se trata de entrenar gradualmente a la persona para alcanzar la conducta deseada.
- Encadenamiento. Consiste en generar una serie de actividades conectadas entre sí para alcanzar una conducta deseada, de manera que no sea tan difícil pensar en un esfuerzo grande sino plantearlo en esfuerzos pequeños para lograr ese mayor.
- Modelado. Esta técnica se logra a través del ejemplo del profesional y con la observación del paciente, consiste en realizar la conducta deseada para que el paciente lo imite y aprenda a llevarlo a la práctica en los momentos necesarios.
- Activación conductual. Consiste en ampliar la participación del individuo en actividades y situaciones agradables que impliquen contacto social, de hecho, es una de las técnicas en las cuales el paciente hace más fuera de la sesión que dentro de ella.

Gráfica núm. 2

Técnicas para establecer conductas



Fuente. Elaboración propia con base en Rodríguez (2019) *Manual de psicoterapias: teoría y técnicas*, p. 257-259.

C. Técnicas para incrementar conductas

- Refuerzo positivo. Esta técnica funciona con los principios del condicionamiento operante, que incluye premiar los logros cada vez que alcance la conducta deseada.
- Control estimular. Consiste en eliminar los estímulos o los acercamientos a éstos, porque así se elimina la conducta desadaptativa.
- Economía de fichas. Según Colli (2019) Es una de las técnicas más conocidas entre las que se aplican con refuerzos, pues consiste en la acumulación de logros para recibir un premio al sumar una cantidad acordada. El riesgo es que a través del tiempo pueden perder efecto en la persona al acostumbrarse al reforzador, por ello se recomienda variar.
- Contrato de contingencias. Se trata de establecer acuerdos sobre las conductas deseadas e indeseadas y las consecuencias que estas acarrearán, entonces existe claridad en el objetivo para potenciar un comportamiento.

D. Técnicas para disminuir conductas

- Extinción. La técnica consiste en dejar de reforzar la conducta que se desea eliminar.
- Castigo. Es incluir una consecuencia negativa cuando la conducta se presente.
- Coste de respuesta. En esta técnica se aplican los castigos negativos, es decir, la persona pierde algo cuando manifieste la conducta no deseada.
- Tiempo fuera. Consiste en aislar al individuo cuando se presente la conducta desadaptativa.
- Reforzamiento de conductas alternativas a la conducta que se busca disminuir. Esta técnica implica entrenar a la persona para aprender a manifestar sus peticiones de forma asertiva porque al hacerlo recibirá una respuesta positiva de parte de los demás.
- Sensibilización encubierta. Se busca que la persona logre imaginar las consecuencias de acciones concretas para potenciar las deseadas y eliminar las rechazadas, una vez proyectado un resultado.
- Práctica masiva. Conocida también como saciación, porque su propósito es que la persona se sacie de la conducta que desea eliminar, repetirla hasta no desear volver a realizarla, como ejemplo es comer tanto de lo que le gusta hasta aburrirse de consumir aquello.

E. Técnicas para trabajar con pensamientos.

Desde este enfoque terapéutico los pensamientos son tomados como eventos, que en ocasiones se dan de forma inadecuada. Para ello se disponen de las siguientes técnicas:

Tabla núm. 2
Técnicas para trabajar pensamientos

Técnicas para trabajar pensamientos	
Técnica	Descripción
Escasez de pensamientos	Existen personas más impulsivas que racionales, por lo que es importante lograr que genere pensamientos y eso se puede lograr a través de darse instrucciones continuamente.
Exceso de pensamientos	Por otro lado, cuando los pensamientos son dañinos por su exceso se trata de identificar los momentos en que aparezcan y aplicar una señal que los detenga, también como un tipo de instrucciones.

Fuente. Elaboración propia con base en Rodríguez (2019) *Manual de psicoterapias: teoría y técnicas*, p. 260-261.

1.1.7 Técnicas cognitivo conductuales

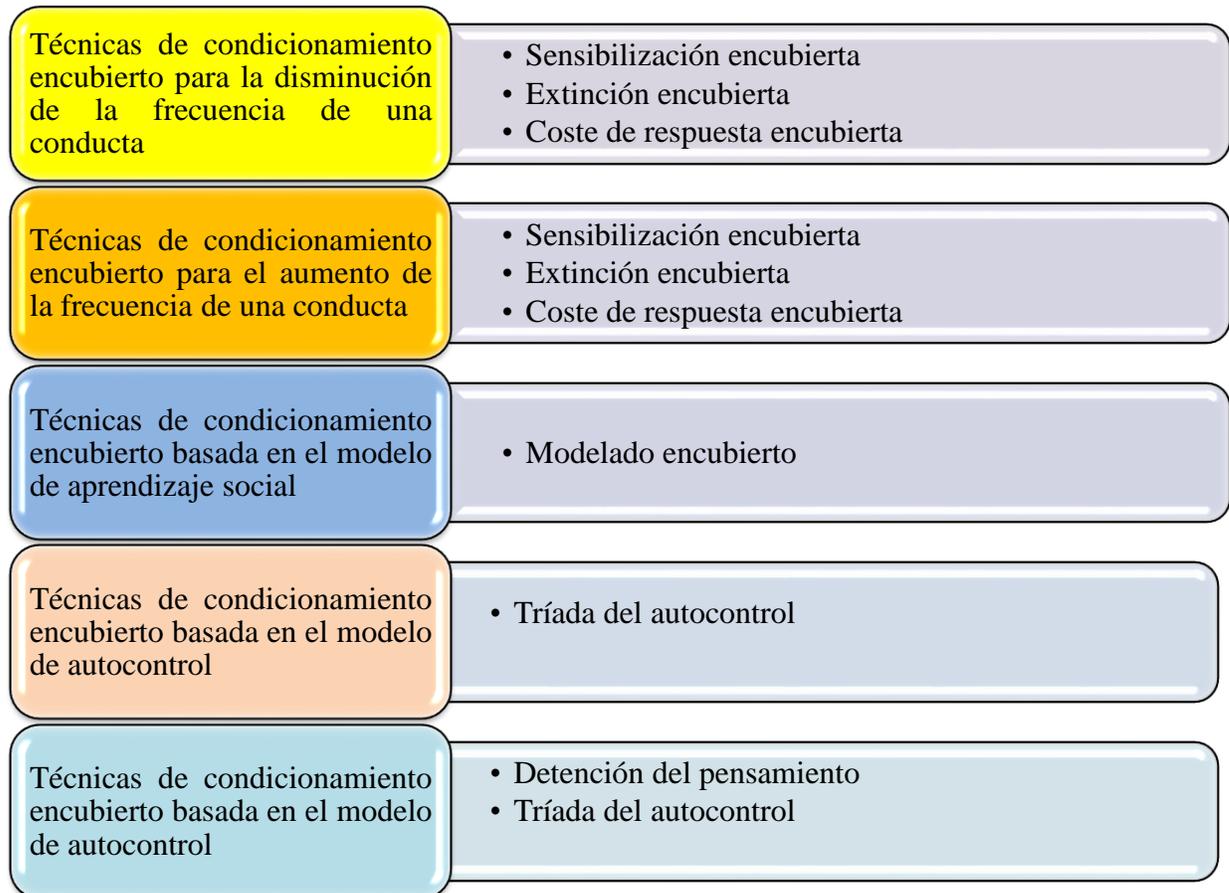
Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) presentan una serie de técnicas cognitivo conductuales que han resultado eficaces en este enfoque terapéutico, pero algunos se tomaron de otras escuelas y se adaptaron a la TCC.

- Entrenamiento en reversión de hábitos. Esta técnica sigue una serie de pasos que empieza por ayudar al paciente a darse cuenta de la interferencia del hábito en su vida cotidiana, identificar las respuestas que genera, proponer algunas conductas contrarias al hábito que logren reemplazarlo, buscar apoyo en su círculo social para reforzar el logro del objetivo y aplicarlo en situaciones concretas.
- Técnicas de condicionamiento encubierto. Consiste en usar la imaginación para manipular las consecuencias que puede generar una conducta para lograr alterarla de acuerdo al objetivo

deseado. Se trata de trabajar con los estímulos, conductas, respuestas y consecuencias, pero se dividen en varias técnicas.

Gráfica Núm. 3

Técnicas de condicionamiento encubierto



Fuente. Elaboración propia con base en Díaz, Ruíz y Villalobos (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. p. 561.

- Condicionamiento por el método de alarma (pipí stop). Esta técnica persigue que el niño que padece enuresis, aprenda a identificar la vejiga llena, para eso utiliza un aparato con alarma que suena cuando hay signos de humedad y los padres deben despertar al niño y pedirle que vaya a orinar al baño. Es un entrenamiento de semanas.
- Técnicas de detención de pensamiento. Se aplica cuando un pensamiento está mucho tiempo en la persona y le afecta considerablemente, entonces se le pide que con la imaginación se sostenga de la serie de pensamientos disfuncionales de modo que una vez logrado, el

terapeuta grita “*STOP*” y golpea la mesa con fuerza, con esto el paciente abrirá los ojos mientras el pensamiento se detiene. El terapeuta lo practicará un par de veces más para que el paciente aprenda a hacerlo él mismo primero en voz alta y con el golpe de mesa, para luego hacerlo solo mentalmente.

- Técnicas de intención paradójica. La TCC adoptó esta técnica de la corriente logoterapéutica pero la aplicó con sus particularidades en pacientes que se resisten a los cambios. El objetivo es que la persona modifique la reacción ante situaciones estresantes, de modo que identifique y corte los círculos de evitación que aplica.
- Técnicas de biofeedback. Esta técnica se encuentra dentro de los procedimientos experimentales de la TCC, trabaja sobre las respuestas del organismo para modificar funciones fisiológicas específicas que intervienen en las causas de un trastorno o malestar determinado. Un ejemplo básico de esta técnica es el uso de espejos para monitorear y perfeccionar un movimiento o una expresión.
- Técnicas de sugestión e hipnosis en la terapia cognitivo conductual. Esta técnica ha adquirido carácter científico a través de los años y se incluyó en la TCC, que se basa en el poder de la sugestión tanto clásica como moderna, la clásica se refiere a aquella autoritaria o directa y la moderna es la que se ayuda de cuentos, metáforas o sugestiones permisivas. Pero en terapia se compone de tres pasos “*inducción, profundización y terapia*”.
- Intervenciones para la regulación emocional. Es una serie de técnicas que ayudan a la persona a lograr un manejo adecuado de ese estado afectivo, que inicia con el reconocimiento de la emoción, discriminar el estado emocional, aceptarlo, encontrar los recursos personales para manejarlo, identificar la capacidad para aplicar dichos recursos en momentos complicados y reducir las respuestas impulsivas.

Para ello puede usar una serie de estrategias que se proponen a continuación.

Tabla Núm. 4

Estrategias de regulación emocional

Estrategias de regulación emocional	
Estrategias de aceptación	Estrategias de cambio
<ul style="list-style-type: none">● Educación emocional● Discriminación emocional● Etiquetación emocional adecuada● Expresión emocional ajustada● Incremento de la tolerancia a los estados emocionales● Mindfulness● Normalización y validación de la experiencia emocional	<ul style="list-style-type: none">● Exposición con prevención de respuesta● Disminución de la vulnerabilidad a la desregulación● Estrategias de control estimular● Distracción y desactivación fisiológica● Activación conductual● Incremento de habilidades sociales● Resolución de problemas

Fuente. Díaz, Ruiz y Villalobos (2012). *Manual de intervención cognitivo conductual*. p. 592.

Leahy (2018) presenta una revisión de aspectos generales sobre la teoría y práctica de la Terapia cognitivo conductual y el desarrollo de investigaciones recientes sobre procesos de resolución de problemas, regulación de emociones, aquellos avances de las terapias cognitivas y conductuales contemporáneas. Por ello, toma en cuenta aspectos basados en la aceptación, en la meditación o conciencia plena, esquemas o meta cognitivos para flexibilizar la labor clínica de modo que el terapeuta se adapte a la forma de entender el mundo de los pacientes o consultantes. Menciona que estas técnicas son aplicables en el tratamiento de diversas patologías ya que incluye elementos de terapias meta-cognitivas, de aceptación, dialéctico-conductual, activación conductual y terapia focalizada en la compasión.

Las técnicas las divide en:

- A. Elicitación de pensamientos. Se busca que los pacientes formen un enfoque para el problema, identifiquen los patrones de pensamientos y modificar aquellos que sean dañinos.
- Diferenciar eventos, pensamientos y sentimientos. Se identifican aquellas situaciones o sensaciones que generan malestar, los pensamientos y sentimientos que surgen a partir de eso e intervenir con preguntas, acciones, registros o valoraciones para reducir el malestar.

- Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. Se explica al paciente la capacidad que tiene para regular pensamientos en pos de aumentar o reducir un estado de bienestar, para lo cual puede ser útil un formato que registre lo que piensa y la emoción que eso despierta.
- Cómo distinguir pensamientos de hechos. Se trata de confrontar los pensamientos y buscar pruebas que la validen o la debiliten, se toma la perspectiva que ofrece el cuadro ABC para el manejo de ideas irracionales.
- Clasificar el grado de emoción y grado de creencia en un pensamiento. Consiste en identificar el nivel o intensidad de una emoción y el nivel de validación que puede tener un pensamiento y porcentuar de 0 a 100, en qué medida tendrían que estar ambos para lograr o aumentar su bienestar.
- Buscar variaciones en un pensamiento específico. Consiste en identificar los cambios que han sufrido las creencias o la valoración que el paciente le da a dichas creencias a través del tiempo.
- Categorizar la distorsión del pensamiento. Se trata de identificar los pensamientos del paciente y ubicarlos en una de las distorsiones cognitivas que pueden ser presentados en un formato.
- Descenso vertical. Es funcional para identificar los miedos ocultos del paciente, porque se parte del pensamiento consciente para llegar a la verdadera razón del malestar.
- Asignar probabilidades en la secuencia. Se trata de asignar probabilidades a los pensamientos que surgen a partir de la exploración realizada en el descenso vertical.
- Adivinar el pensamiento. Consiste en proponer al paciente una variedad de pensamientos que podrían acompañar su sentimiento, cuando éste no lo tiene claro.

B. Evaluación de pensamientos y comprobación de su validez

- Definir palabras. El terapeuta acompaña al paciente para identificar el significado que da a las palabras que surgen de los pensamientos, es decir, que defina las palabras que usa consigo o con las situaciones que se le presentan.
- Definir palabras con claridad e imparcialidad. En otras palabras, es confrontar el significado generalizado que el paciente puede darle a las palabras, de modo que se logre una definición más clara.

- Análisis de los costos y beneficios de un pensamiento. Consiste en que el paciente identifique las consecuencias tanto positivas como negativas de mantener un pensamiento que ya logró identificar y definir.
- Analizar la validez de los costos y beneficios a corto y largo plazo. Se trata de revisar si el individuo es capaz de mantener la postura que asuma tras identificar los costos y beneficios.
- Examinar las evidencias. Es identificar la creencia que causa los síntomas negativos en el individuo y escribir en una parte de una hoja las evidencias que apoyan a la creencia y en otra parte, las que la contradicen.
- El abogado defensor. Es una técnica en la que el paciente hará de abogado defensor ante los pensamientos que le juzgan y le hostigan.
- Role playing en ambos lados de un pensamiento. Para esta técnica el terapeuta busca modificar un pensamiento negativo del paciente y para ello, cada uno de ellos asume un rol del pensamiento, el del racional y el negativo. Posteriormente cada uno da argumentos y se alternan los roles para refutar lo irracional.
- Diferenciar conductas de personas. Consiste en hacer ver al paciente que una conducta no es toda la persona de modo que logre eliminar su autocrítica.
- Modificar el comportamiento para abordar el pensamiento negativo. Esta técnica es funcional en situaciones en las cuales sí existe ese comportamiento que genera el pensamiento negativo, por lo tanto, se identifica tal comportamiento y se trabaja.

C. Evaluación de supuestos y reglas

- Identificar supuestos o reglas subyacentes. Se trata de identificar aquellos mensajes profundos que dirigen las decisiones o comportamientos como los “*debería, debo, tengo que*” que puede encaminar a un mal manejo de las emociones.
- Identificar reglas condicionales. El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de las reglas interiorizadas sobre el costo de algunas acciones, por ejemplo, si hace todos los favores que le piden, entonces la gente no lo abandonará.
- Diferenciar progreso de perfeccionismo. Consiste en darse cuenta de los momentos en que aparecen los pensamientos de perfección y que generan la autocrítica por equivocarse o hacer algo que la persona considera indebido.

- Declaración de derechos. Consiste en ayudar al paciente a darse cuenta de los derechos humanos de libertad, respeto, compasión y otros que olvida aplicar a sí mismo.

D. Examinar errores lógicos en el procesamiento de la información

- Sesgo confirmatorio. Consiste en confrontar al paciente sobre la información que acepta del exterior, porque solo toma aquello que refuerzan los pensamientos negativos.
- Crear falsas dicotomías. Esta técnica se puede aplicar cuando el paciente únicamente considera dos opciones de solución ante alguna problemática, dos polos; pero la idea es que la persona logre imaginar otras opciones que le ayuden a salir de la situación negativa.

E. Modificar el proceso de toma de decisiones

- Identificar metas a corto y largo plazo. La intención de esta técnica es que la persona pueda ver más allá de sus metas a corto plazo y visualizar los beneficios de aquellos a largo plazo. Es decir, dejar de darle más valor a los costos que conllevan a corto plazo y percibir las ventajas.
- Estrategias de compromiso previo. Se usan cuando la persona reconoce que le cuesta confiar en el autocontrol a la hora de tomar decisiones, entonces puede practicar una forma de compromiso previo como llevar una agenda de las cosas que desea implementar en su vida en la que incluya recompensas o castigos por cumplir o no lo que planeó.
- Modificar el razonamiento emocional de las decisiones. Consiste en ayudar al paciente para ver si toma las decisiones a partir de las emociones presentes y sopesar las consecuencias de sus decisiones de manera objetiva.
- Decisión para “mi Yo” del futuro. Consiste en que el paciente tome decisiones a partir de lo que proyecta para él o explicarse a sí mismo cómo se desea ver.

F. Evaluar y responder a los pensamientos intrusivos

- Desapego consciente. Consiste en ser observadores de los pensamientos sin juzgar ni controlar, lo que permite que no afecte a la persona.
- Globo de pensamientos. Esta técnica propone al paciente que imagine los pensamientos como globos que puede manipular y dejar ir sin que le afecte. Puede usar un globo real y soltarlo como soltaría sus pensamientos intrusivos.

- El pensamiento como visitante inesperado. Se le pide al paciente que imagine al pensamiento intrusivo como una visita inesperada que, en lugar de echarlo fuera, lo invita a pasar amablemente y le puede atribuir algunas características que le hacen inofensivo o gracioso.

G. Modificar la preocupación y la rumiación

- Identificar preocupaciones. Consiste en pedir al paciente que, al estar ansioso, empiece a notar cuál es el pensamiento que se presenta y la preocupación que le acompaña, es decir qué teme que pase, posteriormente se identifica la posibilidad o los argumentos válidos que la sostienen.
- Imaginar mejores desenlaces. En esta técnica el paciente imagina cuál es el peor resultado que puede obtener de determinada situación, el mejor y el más probable. Luego debe pensar en lo que puede hacer para lograr ese mejor resultado.
- Limitar el tiempo de preocupación. El paciente debe elegir un tiempo al día, por ejemplo 15 o 30 minutos para estar en un lugar tranquilo y cómodo en el que no haga otra cosa más que pensar en preocupaciones. Si durante el día, fuera del horario que ha destinado para esto, surgen preocupaciones, debe escribirlas en una hoja y pensar en ellas solo cuando haya llegado el momento.

H. Poner las dificultades en perspectiva

- El gráfico circular. Consiste en proyectar la situación que genera culpa como un pastel y dividirlo en varios trozos para atribuir a cada uno de ellos, una causa de dicha situación. Esto para que el paciente se dé cuenta de la parte de responsabilidad que le corresponde y no atribuirse toda.
- Analizar cómo los demás afrontan problemas. Es un tipo de modelado, pesar y observar la forma en que otros afrontan dificultades y si les resulta funcional entonces considerar algunos puntos para imitar.

I. Identificar y modificar esquemas

- Identificar patrones consistentes. Se basa en la identificación de las principales problemáticas a lo largo de la vida del paciente y en las áreas principales, de modo que se trabaje el conflicto principal.

- Escribir cartas a la fuente. En esta técnica el paciente debe escribir una carta dirigida al trauma o esquema personal que causa conflicto en la actualidad, esto para autoafirmarse y expresar lo que desencadenó tal suceso o esquema.
- Refutar el esquema a través de la dramatización. se aplica al identificar que un paciente vive en el pasado, se le propondrá realizar una dramatización con silla vacía trabajado con la fuente del esquema que causa conflicto en la actualidad.

J. Técnicas de regulación emocional

- Acceder a la emoción. Consiste en propiciar la experimentación de la emoción que puede estar bloqueada.
- Escritura expresiva. Se trata de escribir todo lo que se siente, lo que se vivió o aquello que genera una problemática actual en la persona que, con hacerlo varias veces, el valor negativo disminuye.
- Hacer aquello que no quiere hacer. Es un principio que defiende la voluntad más que el deseo, es decir, no se trata de hacer lo que se quiere sino lo que se está dispuesto hacer. *“Debe enfocarse en sus metas a largo plazo y su autodisciplina. Para cada conducta enumerada, debe decir, de manera deliberada, Sé que no quiero hacerlo, pero elijo hacerlo de cualquier modo”.*

1.2 Depresión

I.2.1 Definición

Tena y Chávez (2018) mencionan que el término depresión proviene del latín *depressus* que significa abatimiento, es una de las patologías más antiguas conocidas, consiste en un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, infelicidad, irritabilidad, cambios en el ciclo circadiano, en la alimentación, reproches o culpa y en ocasiones se acompaña de ansiedad, provoca una incapacidad para disfrutar las cosas cotidianas o aquellas que en otra condición generan placer, despierta un sentimiento de crítica hacia sí mismo, genera una visión pesimista o negativa de las situaciones e interfiere en las actividades de la persona porque genera incapacidad en diferentes niveles. Por otro lado, afirman que sus síntomas se pueden manifestar a

nivel físico, psicológico, conductual, cognitivo, asertivo y social. Lo sintetizan con las siguientes palabras:

“Su sintomatología es variadísima; es un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irreplicable cuyas características se manifiestan tanto en su personalidad como en los trastornos que sufre.”

1.2.2 Tipos de depresión

Desde la clasificación de los trastornos depresivos que presenta la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) se encuentran el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente conocido también como distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, trastorno depresivo por otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado. Aunque cabe mencionar que puede presentarse en otros trastornos como el trastorno bipolar. Morrison (2015) menciona que esta clasificación que proporciona la APA, de los trastornos depresivos, deben comprenderse de forma sencilla y para ello presenta una síntesis de aquellas características generales.

A. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Este trastorno se identifica principalmente en niños y adolescentes y se caracteriza por un estado de ánimo negativo y explosiones temperamentales intensas, esto se manifiesta durante al menos un año, varias veces por semana en que se observa al niño con berrinches y conductas no adecuadas para su edad. El diagnóstico se puede establecer entre los 6 y 17 años y los síntomas deben evidenciarse en distintos ámbitos en los que interactúe el menor de edad. No se confunde con un trastorno de conducta.

B. Trastorno de depresión mayor

La característica principal de este trastorno es que las personas que padecen depresión mayor suelen sentirse miserables, tristes y sin interés. Se manifiesta la fatiga, falta de concentración,

desvalorización personal, culpa, pensamientos suicidas, cambios en el apetito, en el sueño y en el desenvolvimiento psicomotriz, esto se mantiene durante un periodo de dos semanas. En los niños y adolescentes se manifiesta la irritabilidad más que la tristeza, también es común que surjan los pensamientos suicidas.

Según la APA (2014) este trastorno tiene varios especificadores, como los del curso, gravedad y presentación de la patología, los cuales son importantes a la hora de diagnosticar, por ejemplo en los especificadores de gravedad están leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total y no especificado. Luego es importante especificar los episodios que puede ser único o recurrente; seguidamente se registra el especificador de las características de los síntomas que presenta el paciente ya que cada individuo desarrolla diferentes manifestaciones de esta patología, dichos especificadores son los siguientes.

- Con ansiedad
- 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 catatonia
- Con inicio en el parto
- Con patrón estacional

C. Trastorno depresivo persistente o distimia

Es un tipo de depresión que afecta el estado de ánimo, al cuerpo y los pensamientos, se mantiene en un período de al menos dos años en que los síntomas están presentes como la fatiga, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, poca valía, sensación de desesperanza, cambios en el apetito, peso y sueño pero que se vuelve un enemigo en volumen bajo. En niños y adolescentes se puede diagnosticar con la presencia de los síntomas en un período de un año. Al manifestarse como una depresión leve se dificulta identificar los síntomas porque tienen períodos

en los que estos disminuyen o aumentan, además las personas que padecen esta patología suelen tener mayor riesgo de tener abuso de sustancias o padecer otro trastorno mental.

Al respecto la APA (2014) menciona que para el diagnóstico de este trastorno deben aplicarse diferentes especificadores de acuerdo a la sintomatología del paciente entre ellos es importante lo siguiente.

Especificar si se presenta

- Con ansiedad
- 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 catatonia
- Con inicio en el periparto

Especificar si se está en remisión parcial o en remisión total, si es de inicio temprano o es de inicio tardío, también es importante definir la gravedad que puede presentarse como leve, moderado o grave. Y finalmente si durante los últimos dos años del trastorno se ha presentado en la mayor parte del tiempo con alguna de estas características.

- Con síndrome distímico puro
- Con episodio de depresión mayor persistente
- Con episodios intermitentes de depresión mayor con episodio actual
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual

D. Trastorno disfórico premestrua

Se caracteriza por síntomas de depresión y ansiedad durante los días previos a la menstruación, se da en el 20% de mujeres en edad reproductiva, suele afectar a nivel social, laboral, académico y familiar; entre esto puede existir pérdida de interés, poco control, cambios en apetito, peso y

sueño, llanto o tristeza, hipersensibilidad física, dolor muscular. Además, se manifiestan síntomas como dolor en las mamas, dolor en las articulaciones o en los músculos y muy raramente pueden presentarse alucinaciones o delirios. Este trastorno se valora más o menos de acuerdo a la cultura de cada continente, pero se ha identificado según la APA (2014) en Estados Unidos, Europa, India y Asia; así mismo entre los factores que influyen en la intensidad de los síntomas está el estrés, antecedentes de traumas interpersonales, cambios climáticos y los roles de género asignado a las mujeres.

E. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Este trastorno depresivo surge como consecuencia del consumo, inyección o inhalación de algún fármaco como antibióticos, desinflamatorios o de alguna sustancia como el alcohol y drogas, entre otras cosas. Para que se diagnostique este trastorno los síntomas deben presentarse durante el consumo de la sustancia o dentro de un mes posterior a su consumo, puede corroborarse tras información de la anamnesis, pruebas de laboratorio y propia observación.

Para el diagnóstico de esta patología es importante seguir la estructura que establece el DSM-5 con sus especificadores de tiempo, gravedad y tipo de consumo. En cuanto al inicio de los síntomas depresivos puede ser con inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia; en la gravedad puede ser leve, moderado o grave y sin trastorno por consumo; y para el tipo de consumo se presenta a continuación de acuerdo a la sustancia:

- Alcohol
- Fenciclidina
- Otro alucinógeno
- Inhalante
- Opiáceo
- Sedante, hipnótico o ansiolítico
- Anfetamina u otro estimulante
- Cocaína
- Otra sustancia o sustancia desconocida

F. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Como su nombre lo indica se debe a los cambios del estado de ánimo debido a otra condición médica diagnosticada, como pueden ser enfermedades neuroanatómicas, infartos cerebrales, enfermedad de Huntington, Parkinson y daño cerebral; afecciones neuroendocrinas como la enfermedad de Cushing, esclerosis múltiple o problemas con la tiroides. Para el diagnóstico es importante especificar si se da con características depresivas, con episodio del tipo de depresión mayor o con características mixtas.

G. Otro trastorno depresivo especificado

Se aplica esta categoría cuando los síntomas no encajan con ninguno de los trastornos depresivos anteriores o no se tiene claridad. Por ejemplo, depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración, estado de ánimo depresivo, episodio depresivo con síntomas insuficientes o el trastorno depresivo no especificado.

Cuando el DSM-5 menciona gravedad actual leve se refiere a la presencia de dos síntomas, moderado son tres síntomas, moderado-severo son cuatro o cinco síntomas y grave son cuatro o cinco síntomas y agitación motora. Y cuando habla de remisión parcial de los síntomas se refiere a que los síntomas estaban presentes pero que actualmente no cumplen con los criterios establecidos en dicha guía o que lleva al menos dos meses sin síntomas; mientras que la remisión total se refiere a que en los últimos dos meses antes del diagnóstico no ha existido ningún síntoma significativo de la patología.

1.2.3 Los síntomas propios de la depresión

Según García (2010) la depresión afecta al 5% de la población adulta en alguna fase de la vida y está considerada la cuarta causa de discapacidad en el mundo. Al ser una enfermedad, la persona no decide el momento de aparición o pasar por desapercibido los primeros signos y síntomas a tal punto de detectarlo hasta que esta patología ha intervenido en el funcionamiento adecuado en diversas áreas; lo que sí está en manos del individuo es tratar esas disfunciones de modo que logre alcanzar la recuperación, que requiere un compromiso y una implicación total, para esto se debe estar consciente que requerirá atención psicológica o farmacológica porque el grado de

afectación varía de un individuo a otro, para eso las personas alrededor deben estar informadas para comprender la conducta y los progresos de la recuperación.

Al ser un síndrome que afecta en distintas áreas de funcionamiento de la persona, se presenta a continuación aquellos cambios más importantes y comunes manifestados durante un trastorno de depresión:

- Cambios en la forma de sentir. El estado de ánimo deprimido es lo más característico en la depresión, no se refiere únicamente a la emoción de tristeza, alegría, irritabilidad que oscilan durante el día, se trata de un sentimiento de fondo incontrolable y permanente que interviene en la visión que se tiene de la realidad, como ponerse unos lentes oscuros de pesimismo, pues generalmente el individuo se sentirá con tristeza permanente y ganas de llorar, enojo, culpa, vergüenza. En otras ocasiones se manifestará un sentimiento de soledad, vacío, ánimo plano, sin deseo ni motivación, tampoco hay interés en actividades que comúnmente eran placenteras. Existen algunos casos crónicos en los que la depresión ha llevado a la inmovilidad, incapacidad para alimentarse, asearse, vestirse y desconectarse por completo del entorno.
- Cambios a nivel corporal. Cuando la depresión aparece es muy común que la persona sienta agotamiento físico y mental. La persona deprimida está generalmente cansada o se fatiga con mucha facilidad, con el tiempo puede notar que realiza sus actividades con lentitud, experimenta pesadez en los brazos y en las piernas; además sentirá que no puede concentrarse, tiene olvidos frecuentes, pierde la atención fácilmente y aumenta la dificultad para tomar decisiones incluso aquellas sencillas. Sufre cambios en el apetito, en el sueño, en el peso, el deseo sexual disminuye, por ejemplo, al ser mujer notará cierta dificultad para la excitación, lubricación o tener un orgasmo y el hombre tendrá dificultades para lograr la erección o problemas con la eyaculación, situación que puede sumar frustración. Si la depresión se presenta con ansiedad, tendrá constantemente inquietud, angustia que no puede explicar.
- Cambios en la forma de pensar. Durante un trastorno depresivo, se experimentan cambios en los recuerdos, imaginación, ideas o planes, que particularmente en esta patología se evidencia la presencia de pensamientos negativos hacia sí mismo como el de ser un fracaso, de ser culpable o estúpido, de estar mal, de no valer nada y mucho menos sentirse merecedor del

cariño de las demás personas, algo que no es objetivo ni acorde a la realidad pero que les llevará a actuar conforme a esas ideas con temor al rechazo o abandono de seres queridos, se tiene una visión del futuro como algo desolador, catastrófico y desesperanzador. En este estado de ánimo predominan las críticas autodestructivas y serán el común denominador del lenguaje y cognición de la persona porque carece de la facultad de cuestionarlos, mucho menos podrá notar lo agradable que posee o que aparecen tales como los pensamientos optimistas. Y en el momento de traer recuerdos a la memoria, es normal que solo vengan a la mente aquellos sucesos dolorosos de la historia personal.

- Cambios en la conducta. Esta parte es la observada por los demás y quizá la que pase por alto al inicio por cuestiones de personalidad o estilo de vida, pero la principal señal en el nivel de comportamiento en la depresión es la falta de vitalidad, ya que el deseo y la motivación están afectadas y por consiguiente afecta en la interacción y relaciones sociales, porque al carecer de energía no habrá motivo para salir de casa o en casos más graves ni de la cama, situación que no depende de la voluntad de la persona únicamente, 7pues a nivel cerebral hay cambios que provocan esto como en los casos en los que la serotonina tiene una producción alterada. Por lo que, de acuerdo a cada paciente, se requerirá de medicación con tratamiento psicológico y en otros casos más leves será únicamente el proceso psicoterapéutico.

Arango, Romero y Romero (2018) se centran en el estudio de la depresión en la niñez y adolescencia que llegan a decir que consiste en *“un cambio persistente en la conducta de un niño consistente en tristeza, descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, dificultades de comunicar con los demás, rendir escolarmente... y que afecta a la adaptación del sujeto al contexto”*. Afirman que para comprender la depresión infanto-juvenil es necesario saber que el niño nace con su dotación de emociones, específicamente el amor, miedo e ira; así se entiende que la depresión nace del miedo y es una forma de huir ante lo incómodo o retador.

Por otro lado, esta patología representa una inadecuada forma de manejar la adversidad, sobre todo en aquellos niños que por temperamento suelen ser más introvertidos o poseen una personalidad neurótica y son más propensos a desencadenar problemas emocionales, sin embargo, una adecuada crianza y ambiente armonioso puede reducir esas posibilidades, que por el contrario un ambiente inestable puede desarrollar algún trastorno mental

Mencionan que en los niños puede observarse signos como expresiones faciales tales como los ojos semicerrados, lloro excesivo, el labio superior que levanta el labio inferior, cejas sesgadas, entre otros; y gestos corporales como estar apáticos, inquieto, agitado o inmóvil. Pero no es hasta que logran expresarse adecuadamente y puedan comprender las propias emociones que sepan cómo comunicar su tristeza o malestar emocional. De hecho, los casos de depresión aumentan en la población infanto-juvenil de la misma forma que las consecuencias fatales crecen con los años, pues el suicidio es cada vez más constante entre los niños y jóvenes.

Tapia, Moreno y Fernández (2018) afirman que en los adolescentes los síntomas deben ser evaluados más minuciosamente porque esa etapa de vida se presta para la manifestación de cambios emocionales y se pueden confundir con la depresión, pero un detalle importante es observar el tiempo en que los síntomas están presentes y el grado de afectación.

Tabla núm. 4

Síntomas depresivos en la niñez y adolescencia	
Niñez	Adolescencia
Más síntomas de ansiedad y quejas somáticas	Se asemeja más a la depresión en la adultez
Pérdida de habilidades aprendidas	Menos síntomas físicos y más problemas de conducta
Expresar la irritación mediante “berrinches”	Abusar de sustancias o conductas de riesgo como delincuencia y agresión
Dificultad para dormir y baja de energía	Dificultad para dormir y menor apetito
Dificultades evidentes en la escuela	Autolesiones y pensamientos suicidas

Fuente. Tapia, Moreno y Fernández (2018) *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*, p. 9.

También es importante mencionar que no se conocen causas específicas en la aparición de un trastorno depresivo, pero se conoce que existen factores de riesgo entre la población juvenil, que

de hecho se dividen en interiores, que se manifiestan de la piel hacia adentro como los factores neurológicos, temperamentales y de personalidad; y exteriores que tienen que ver con el contexto y el entorno de la persona tales como la familia, hábitos de crianza, ausencia o presencia de cariño, alteraciones paternas, rendimiento académico o ambiente escolar, amigos o parejas, acontecimientos estresantes, clase social y otros factores.

El origen de la depresión en los adolescentes es multifactorial, es decir consta de varios factores, que se resumen de la siguiente manera.

- Genéticos: historia familiar de depresión.
- Individuales: ser mujer, baja autoestima e imagen corporal negativa, estilo cognitivo negativo y rígido, habilidades de afrontamiento predominantemente emocional, trastorno de ansiedad durante la niñez y abuso sexual.
- Familiares: recibir tempranamente responsabilidades adultas, padres con alguna enfermedad mental, trastorno de ansiedad en alguno de los padres, ruptura familiar o ausencia parental y escaso apoyo familiar.
- Sociales: precariedad económica, escaso apoyo social, bajo aprovechamiento o abandono escolar, relaciones problemáticas con pares, exposición a la violencia, aislamiento social, eventos negativos o traumáticos de vida.

Así mismo, Beck (2010) menciona que la depresión tiene algunas características particulares, primero, que manifiesta síntomas y conductas peculiares que la diferencian de otras neurosis; en segundo lugar, se desarrolla de una forma determinada que inicia con un nivel medio de intensidad para alcanzar un grado elevado y posteriormente disminuye sustancialmente, también suele ser episódica, lo que explica la ausencia de síntomas en algunos períodos de tiempo, aspecto que no se manifiesta en otros trastornos; tercero, por las consecuencias que pueden desencadenar un suicidio, diagnosticar correctamente es fundamental para esta patología; cuarto, existen algunos tratamientos somáticos con resultados beneficiosos; quinto, existe una alteración biológica en la depresión; sexto, algunos tipos de depresión tienen componentes hereditarios, y séptimo, las distorsiones cognitivas son particulares en este trastorno.

1.2.4 Prevalencia e impacto social de la depresión

En la clasificación que la APA (2014) ha elaborado sobre los trastornos depresivos consideró oportuno incluir en el DSM-5, la última versión actualmente, un apartado exclusivo para los trastornos depresivos por sus características particulares y ya no ser parte de los trastornos del estado de ánimo como en la versión anterior de esta guía. Un cambio importante fue incluir el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que es común en menores de edad llevados a clínica y que presenta una prevalencia en adolescentes de 2 al 5% de la población, presentado más en hombres que en mujeres. En cambio, en el trastorno de depresión mayor suele presentarse en un 7% de la población estadounidense con un inicio en la adolescencia pero manifestado más en mujeres que en hombres, a lo que se suma que existe un 40% de heredabilidad de una generación a otra y que la presencia de una enfermedad médica aumenta los riesgos de ser diagnosticado también con depresión.

El trastorno depresivo persistente tiene una prevalencia del 0.5% y un 1.5% en depresión mayor crónico en la población estadounidense; se manifiesta generalmente desde la infancia o la juventud capaz de ser agravado por personalidad del individuo o la presencia de otro trastorno, las pérdidas en las etapas tempranas de la vida, por la presencia del trastorno en la familia y por alteraciones en los neurotransmisores que regulan e intervienen en el estado de ánimo por eso los efectos pueden ser más graves que en el trastorno depresivo mayor.

En el trastorno disfórico premenstrual no existe un dato definido porque no todas las mujeres llevan un registro de los síntomas o la gravedad pero el dato más exacto obtenido es que las mujeres que mantienen todos los criterios sin que esto afecte su desempeño ocupan un 1.8% de la población y las mujeres que sí sufren consecuencias en el funcionamiento ordinario se encuentran en un 1.3% de la población. Este trastorno puede presentarse después de la menarquia así como puede empeorar cuando se acerca la menopausia, además en esta patología existe de un 30 a un 80% de heredabilidad de los síntomas premenstruales.

En cuanto al trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos existe un 0.26 % presentado en la población estadounidense.

Tabla núm. 5
Prevalencia de los trastornos depresivos

Prevalencia de trastornos depresivos	
296.99 (F34.8) Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	En los niños y adolescentes, en un período de entre 6 meses y 1 año, probablemente en un 2 a 5 %.
Trastorno de depresión mayor	La prevalencia a los 12 meses del trastorno en EE.UU. es aproximadamente 7%.
300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia)	La prevalencia en 12 meses en EE.UU. es aproximadamente 0.5% para el trastorno depresivo persistente y del 1.5% para el trastorno depresivo mayor crónico.
625.4 (N94.3) Trastorno disfórico premenstrual	Entre 1.8 y el 5.8% de las mujeres con menstruación.
Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento	En la población adulta de EE.UU. es del 0.26%

Fuente. Elaboración propia con base en APA (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5*, p. 157-178.

Como resultado de los trabajos de González (2012) se encuentra que la depresión tiene grandes consecuencias a nivel social ya que afecta en el sector económico y la salud pública. “*la depresión clínica tiene costos personales, sociales y económicos muy elevados junto con marcadas dificultades en las relaciones interpersonales*”, esto porque en muchos casos de depresión se presentan o aumenta el riesgo de suicidio sobre todo en el sector juvenil. Pero a nivel de salud pública cuando se padece este trastorno se es propenso a sufrir enfermedades coronarias e hipertensión, pérdida de densidad ósea y con ello aumentan los costos indirectos por muertes prematuras, ausencia en el sector laboral, disminución en el rendimiento y productividad en las áreas de trabajo. Se ha descubierto que el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico alivia en un 80 % los síntomas manifestados en la depresión, también que esta patología suele manifestarse más en mujeres que en hombres.

Depresión y suicidio

En opinión de García y Sanz (2016), el suicidio es uno de los factores que agravan los trastornos depresivos, especialmente en la infancia y adolescencia, pero no se refieren únicamente al acto suicida sino a conductas que representan un riesgo importante, tales como los intentos de suicidio, es decir, aquellas acciones encaminadas a quitarse la vida pero que no resultan como se planearon; amenazas de suicidio, se refiere a aquellas manifestaciones verbales, escritas o de otra índole, que revelen la intención; ideas de suicidio o ideación suicida, se refiere a aquellas ideas que deambulan por la mente para insinuar que la vida no merece ser vivida o que la vida sería mejor sin la persona, incluso ideas sobre estrategias para morir; conductas autolesivas o autolesión no suicida, que son aquellas laceraciones aplicadas por el individuo sobre su propio cuerpo. Aunque suicidio no necesariamente remite a depresión, pero muchas personas deprimidas han llegado a quitarse la vida.

1.2.5 Etiología de la depresión

González (2012) menciona que la depresión es el resultado de una serie de factores como la genética, biología y el contexto de la persona, por ejemplo pérdidas significativas en etapas importantes, personalidad o temperamento, un funcionamiento inadecuado de los neuroquímicos y más, por eso han surgido teorías o modelos para explicar la etiología de esta patología tales como modelos existenciales, sociales, cognitivos y bioquímicos. Pero para efectos de este estudio, se abordará únicamente el modelo cognitivo de la depresión.

a. El modelo cognitivo de la depresión

Este modelo es explicado por Beck (2010) y para ello presenta las bases que la rigen y que explican que la interpretación que la persona hace de la realidad influye en su forma de sentir, hasta el punto de desarrollar sintomatología como la de depresión.

- La percepción y la experiencia como procesos que toman en cuenta la inspección y la introspección;
- Las cogniciones de la persona resultan del cúmulo de estímulos internos y externos;

- La persona evalúa una situación de acuerdo a los pensamientos que maneja;
- La cognición de la persona configura el modo de ver y percibir el mundo;
- Una modificación en la estructura mental del individuo influye en sus afectos y su conducta;
- A través de un proceso terapéutico, una persona puede lograr ser consciente de sus errores de pensamiento;
- Y al modificar esos errores de pensamiento o distorsiones cognitivas, se avanza en su bienestar.

Sostiene que este modelo surge a partir de las observaciones clínicas e investigaciones experimentales, tras los cuales se determinaron tres conceptos específicos sobre los cuales gira la explicación que da sobre la depresión, los cuales son:

1. La tríada cognitiva, que consiste en tres ejes que rigen la visión negativa del paciente. el primer eje es la visión negativa hacia sí mismo, es decir, la persona se ve desgraciada, desvalorizada, torpe o enferma y asume que lo que le sucede es por algo malo que está en él o ella y que por ello se critica o considera que no es apto para la felicidad. El segundo eje consiste en interpretar sus experiencias de manera negativa, considera que la vida le presenta muchas dificultades, derrotas o fracasos; y el tercer eje se enfoca un tener una visión negativa acerca del futuro, es decir proyecta desgracias, dificultades y sufrimientos en su vida futura.
2. Los esquemas, se refieren a esos patrones cognitivos que influyen en la interpretación que se hace sobre el mundo y cuando estar distorsionados de la realidad, como en el caso de la depresión, difícilmente se dará cuenta del error y puede estar desbordado de pensamientos negativos.
3. Los errores cognitivos. Son errores que se dan en el pensamiento del paciente y que le hacen mantener la creencia e interpretación negativa de la realidad a pesar de las pruebas en contra de esas ideas.

También explica que una persona con depresión acude a uno de los modos de percibir la realidad, primitiva o madura; y se deduce que toma la primera para configurar su realidad, pues emiten

juicios globales sobre un acontecimiento, tienen pensamientos extremistas, negativos, absolutistas lo que produce una respuesta emocional con las mismas características. Mientras que un modo maduro sería interpretar desde diversas dimensiones un mismo acontecimiento a la vez que se muestra más flexible antes de emitir juicios o conclusiones. Por tanto, una persona con depresión ve sus experiencias como cosas terribles y se considera un fracasado sin remedio y sin posibilidad de hacer nada para tener el control. Estos dos modos de pensamientos se sintetizan en un esquema que se presenta a continuación.

Tabla núm. 6
Comparación entre pensamiento primitivo y pensamiento maduro

PENSAMIENTO PRIMITIVO	PENSAMIENTO MADURO
No dimensional y global.	Multidimensional
Absolutista y moralista	Relativo
Invariable	Variable
Diagnóstico basado en el carácter	Diagnóstico conductual
Irreversible	Reversibilidad

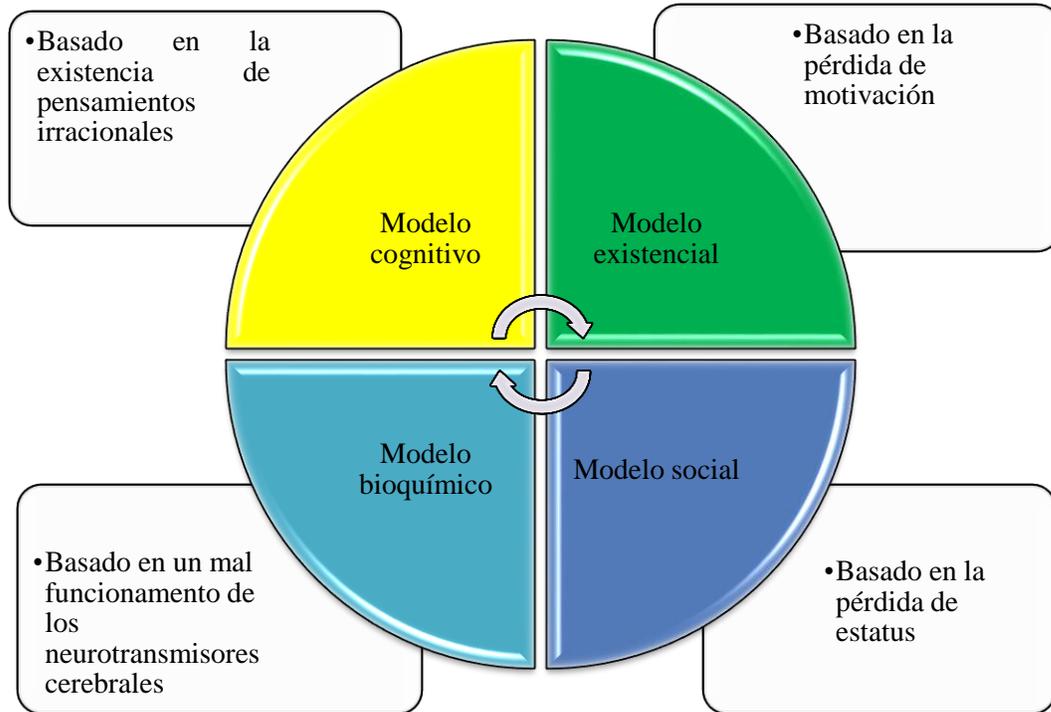
Fuente. Elaboración propia con base en Beck (2010) *Terapia cognitiva de la depresión (19ª. ed.)*, p. 23.

b. Predisposición y desencadenamiento de la depresión

Esta teoría tiene una hipótesis de que las experiencias tempranas pueden generar esquemas que permanecen latentes hasta que algo las activa en el futuro y eso desencadena los síntomas depresivos, por ejemplo, un duelo, una ruptura, una pérdida puede activar conceptos guardados en la mente y que se asocian al dolor sufrido anteriormente, o una situación de enfermedad puede despertar la idea dormida de que la persona nació para sufrir. Esto no significa que los acontecimientos negativos desencadenen depresión en todas las personas, sino que lo hará en aquellas que ya traen consigo una sensibilidad especial hacia situaciones concretas por las propias experiencias anteriores que la relacionan a ella.

Gráfica núm. 4

Modelos sobre etiología de la depresión



Fuente. Elaboración propia con base en González (2012) *Relación entre actividad física y salud mental: el papel del ejercicio en personas con depresión*, p. 103.

Los procesos neurológicos juegan un papel importante en la etiología de la depresión, ya que los neurotransmisores influyen en las emociones y sustancias como la serotonina, acetilcolina, noradrenalina o catecolamidas estimulan las emociones positivas y su ausencia altera el funcionamiento adecuado de la persona. Por otro lado, las situaciones del entorno como catástrofes, muerte de un familiar, una separación, baja autoestima, ansiedad o estrés crónico pueden desencadenar los síntomas de esta patología, sin embargo, no se puede dejar de lado que existen enfermedades físicas como alteraciones de tiroides, hepatitis, diabetes, esclerosis, reumatismos y otras enfermedades crónicas que hacen surgir este padecimiento anímico.

Pero González (2012) encierra en cuatro variables que predisponen a un individuo para padecer algún trastorno de depresión, los cuales se presentan a continuación.

Tabla núm. 7

Variables que predisponen a la depresión

Variable	Afectación
Genética	Incremento del riesgo con la herencia. Aunque no se ha confirmado una relación directa entre depresión y anormalidades genéticas, sí parece que algunas personas son más vulnerables que otras cuando son expuestas a estímulos estresantes.
Bioquímica	Un defecto o un exceso de ciertas sustancias químicas cerebrales puede conllevar una alteración del estado de ánimo y del sueño.
Entorno	Pérdidas significativas en la vida, dificultad en las relaciones sociales, problemas económicos, drogas o un gran cambio en el estilo de vida.
Psicosocial	Ciertos estilos de personalidad, los que se preocupan mucho de las opiniones negativas de ellos que puedan tener los demás, con pensamientos pesimistas, baja autoestima y un sentimiento de bajo control sobre la propia vida, pueden predisponer hacia la depresión, sobre todo tras un evento estresante.

Fuente. González (2012) *Relación entre actividad física y salud mental: el papel del ejercicio en personas con depresión*, p. 104.

Kandel como se citó en González (2012) hace mención de un modelo que integra los aspectos biológicos, sociales y psicológicos en el desarrollo de la depresión, se encuentra en primer lugar que el cerebro es responsable de los procesos mentales y acciones; luego que el funcionamiento del cerebro es controlado por los genes de la persona; en tercer lugar existen factores sociales y contextuales que pueden alterar la manifestación de los genes; cuarto, esta alteración particular de los genes da lugar a los cambios a nivel cerebral y finalmente, los tratamientos de las enfermedades mentales actúan hacia esas alteraciones producidas por los genes y por tanto termina por beneficiar el proceso de funcionamiento del cerebro.

1.2.6 Tratamiento de la depresión

Ramos (2012) afirma que el objetivo de los tratamientos para la depresión es que la persona logre recuperar su funcionamiento en las actividades cotidianas, del mismo modo mejorar el estado de ánimo, pero para cada persona se debe adaptar el que se adecúe a sus necesidades. Entre estas se encuentran las siguientes.

A. Programas conductuales. Se refiere a aquellas prácticas destinadas a promover cambios en el contexto o ambiente del paciente de modo que pueda facilitar los estímulos positivos, actividades placenteras y tiempo de disfrute; también busca promover las habilidades personales que favorezcan las relaciones interpersonales. En síntesis, este tratamiento se basa en aumentar la actividad, entrenar en habilidades sociales, autocontrol y comprensión de su funcionamiento cognitivo.

Para Beck (2010) las técnicas conductuales se aplica con pacientes depresivos graves para modificar la conducta pero también para lograr generar cogniciones que favorezcan aquellas conductas deseadas y eliminar las desadaptativas, pues el paciente requiere de técnicas que le activen al iniciar el tratamiento, entre las cuales puede usar a) el cuestionario de actividades semanales, en el que el paciente registra sus actividades y su respuesta emocional o de disfrute ante ellas; b) el cuestionario de dominio y agrado en el que registra la evaluación de las actividades que ha realizado durante la semana; c) la asignación de tareas graduales que consiste en el establecimiento de tareas pequeñas para el logro de una tarea mayor.

También se puede considerar en este apartado en enfoque de la Activación conductual que explicado por Reyes y Tena (2016), consiste en ayudar a las personas a programar actividades que favorezcan su estado anímico, sobre todo para evitar el aislamiento, ya que se fundamenta en la idea de que las personas deprimidas o con desajustes en su estado de ánimo se debe al bajo control sobre actividades deseadas y las no deseadas, en otras palabras, han dedicado mucho tiempo a lo que no les gusta y no han tenido tiempo para hacer lo que sí disfrutaban, por lo que es indispensable organizar sus horarios y espacios para introducir acciones concretas que estén impregnadas de placer que permite una visión más favorable de la realidad.

Este método se sirve de los principios del condicionamiento para fortalecer conductas que favorecen el cambio y eliminar las dañinas, con el método de reforzamientos positivos, es decir identificar las actividades que han resultado gratificantes en el pasado y las estrategias de evitación que utiliza la persona en la actualidad con el objetivo de ayudarlo a que deje de autosabotearse y se permita darse momentos agradables y espacios de disfrute.

Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2013) afirman que la activación conductual implica involucrarse de manera activa con las tareas y no sólo "*ocuparse por ocuparse*". Para facilitar este proceso, recomiendan el establecimiento de rutinas congruentes con los valores del individuo para dar sentido a las acciones programadas. Para esto han propuesto una serie de pasos a seguir, que inicia con un análisis donde se obtiene información sobre la historia de la persona, se registran los eventos gratificantes y los momentos desagradables de la vida actual y se identifica la forma en que las acciones influyen para poder exponerse más a las primeras, se asume que, con frecuencia, los intentos hechos para afrontar la depresión se vuelven el problema que la mantiene.

Después se utilizan diarios de registro de actividades placenteras y desagradables en la rutina de la persona, los cuales se utilizan para: entender la cantidad de actividad agradables presentes en la vida del consultante, la relación existente entre niveles de actividad y emociones, la relación entre las actividades donde actúa de manera efectiva y el estado de ánimo, identificar conductas de evitación y formas de guiar esa conducta hacia los valores y metas personales.

A partir de la información obtenida por medio de estos diarios se sugiere programar actividades gratificantes para realizar a lo largo de la semana, se debe tener cuidado de no alentar conductas que resulten en situaciones peligrosas o dañinas. Por último, se ayuda a los usuarios a involucrarse en las actividades que valore, para ello, puede resultar útil el siguiente esquema presentado en la tabla Núm. 8, que Gabalda (2011) presenta porque permite una programación diaria con su respectiva evaluación.

Tabla Núm. 8

Una posible hoja de tarea para la autosupervisión

MOMENTO	ACTIVIDAD	EMOCIÓN 0-10	DOMINIO 0-10	SATISFACCIÓN 0-10
8-9 am				
9-10 am				
10-11 am				
11-12 am				
12-13 pm				
13-14 pm				
14-15 pm				
15-16 pm				
16-17 pm				
17-18 pm				
18-19 pm				
19-20 pm				
20-21 pm				
21-22 pm				
23-24 pm				

Fuente. Gabalda, I. C. (2011) *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales*, p. 281.

B. Programas de entrenamiento en habilidades sociales. Tiene relación con los programas conductuales, pero existe una intervención que se enfoca en fortalecer o desarrollar estas habilidades en la interacción con los demás porque se considera que existen razones para pensar que la ausencia de ellas es importante en la etiología de la depresión, pues es más fácil dar paso a los sentimientos de soledad e inadaptación. En la intervención se busca desarrollar los principios de inteligencia emocional, asertividad y empatía, elementos que favorecen la comunicación.

C. Terapia cognitiva. Esta terapia considera que la depresión es por la distorsión que el paciente tiene sobre la realidad, en esto se encierran tres principales, la de uno mismo, de los demás y del futuro; también se fundamenta en los principios de los esquemas y distorsiones cognitivas que suelen ser pensamientos errados o absolutistas en la forma de entender las diferentes situaciones y su realidad. Esta intervención suele ser más mental y confrontativo, pues se centra en evaluar los pensamientos de la persona y trabajar sobre ellos para que comprenda de qué forma le afecta y que no cuenta con bases objetivas, aunque se ayuda de las técnicas conductuales para alcanzar la modificación del pensamiento y con ello la modificación de sentimiento y conducta.

Según Beck (2010) esta terapia aplica técnicas tanto cognitivas como conductuales para confrontar las falsas creencias, para ello enseña al paciente a controlar los propios pensamientos automáticos, identificar la relación entre lo que piensa, siente y hace, examinar la objetividad y evidencias que posee sobre los pensamientos distorsionados que maneja, convertir esas creencias irracionales por racionales y modificar las creencias que distorsionan la realidad. Además, el paciente aprende a auto-instruirse a partir de las técnicas que aprende del terapeuta.

Pero para ello, el terapeuta debe cumplir algunos requisitos para la aplicación efectiva de la terapia: 1) es necesario que conozca el trastorno de la depresión teórica y prácticamente para realizar las entrevistas de forma adecuada, para identificar las distintas variaciones en los síntomas que presenten los pacientes; 2) al ser el suicidio una complicación de la depresión, el terapeuta debe estar capacitado para reconocer las señales suicidas y estar preparado para asumir decisiones importantes al respecto como informar a la familia, recomendar internar al paciente, prescribir las medidas adecuadas ante una hospitalización, entre otras cosas; 3) el profesional debe saber ser un buen terapeuta, es decir ser humano con el paciente, mostrar interés, aceptación y empatía; y 4) al aplicar esta terapia, es necesario que conozca el modelo cognitivo de la depresión, lo que implica formación teórica y práctica de forma permanente y constante.

D. Programas de auto-control. Esta intervención se puede aplicar con otros programas o de forma independiente que consta de tres etapas, la primera consiste en promover la auto-observación para que el individuo identifique la relación del estado de ánimo con las

actividades, se aplica un sistema de registro de actividades y la repercusión en el estado emocional. En la segunda fase se enseña al paciente a autoevaluarse y establecer metas reales, identificar aquellas cosas que están en sus posibilidades lograr o controlar y las que no, de tal manera que se responsabilice de ello. Finalmente, está la fase de autoreforzamiento que consiste en demostrar que el paciente se puede reforzar positivamente con actividades agradables, para ello puede usarse una lista de diferentes actividades que pueden representar beneficios.

- E. Biblioterapia. Se trata de acudir a textos o libros que promuevan la comprensión de la patología, es muy útil en los casos de depresión ligera o moderada. Aunque es efectiva en aquellos casos menos graves, se aplica como complemento en otros programas de tratamiento.
- F. Tratamiento farmacológico. Esta intervención incluye medicamentos antidepresivos que actúan principalmente para inhibir la recaptación de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina o dopamina.
- G. Terapia de hierbas. Consiste en retomar algunas prácticas caseras para el tratamiento de la depresión o la ansiedad. En cada país existen plantas funcionales para reducir los síntomas de la depresión como el insomnio, estado de alerta o promover el estado de relajación, pero cualquier ingesta herbolaria debe ser acompañada con la supervisión de un médico.
- H. Terapia electroconvulsiva. Aunque es una práctica que ha dejado de ser común, en algunas situaciones de depresión severa aún es aplicable, pero solo para las personas con riesgo de suicidio, agitación severa, pensamiento psicótico y otros síntomas crónicos y dañinos para la persona.

1.2.7 Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión

Beck (2010) señala que es necesario desarrollar una práctica psicológica eficaz para el tratamiento de la depresión que tome en cuenta los beneficios y contraindicaciones, porque hay que considerar las características particulares de este trastorno y de los pacientes que la padecen.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que cada modalidad terapéutica que ya se aplica tiene sus ventajas y desventajas, por ejemplo:

- Los fármacos antidepresivos suelen resultar más económicos que un proceso de psicoterapia de larga duración, pero según este autor existen datos que muestran que un 60-65% de los pacientes que consumen antidepresivos tricíclicos realmente tienen una mejoría definitiva; mientras que un 35-40% no responden al tratamiento farmacológico.
- Una gran parte de los pacientes que podría ayudarle los fármacos antidepresivos, no tienen acceso a ellos o abandonan el tratamiento.
- Por otro lado, el hecho de consumir únicamente fármacos puede hacer que el paciente no utilice los propios recursos para afrontar la depresión, y tras una remisión de los pacientes, gran parte de ellos presentan recaídas.

Por lo que se considera más oportuno vivir un proceso de terapia psicológica a largo plazo ya que el paciente utiliza los recursos propios y adquiere aprendizaje sobre la experiencia para futuros síntomas o recaídas, incluso es una alternativa eficaz para reducir el riesgo de suicidio. Para ello, se recomienda de un proceso terapéutico de 15-20 sesiones una vez a la semana, aunque los casos más graves se puede programar dos sesiones a la semana durante las primeras 4-5 semanas y luego una vez a la semana, para posteriormente distanciar cada dos semanas en la última fase del tratamiento; después podría considerarse unas 3 o 4 visitas en el año posterior a la remisión del paciente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el paso de los años, la humanidad ha sufrido cambios importantes que también afectan al ser humano, y los avances o descubrimientos del hombre repercuten en su funcionamiento, por lo que actualmente se observa una serie de malestares que acompañan el desarrollo de la persona. Del mismo modo, un área de la ciencia conocida como Psicología que se centra en el estudio de la mente, sentimientos y acciones crece de tal forma que han surgido diferentes escuelas psicológicas y terapéuticas que ofrecen alternativas o soluciones para abordar esas problemáticas en la salud mental; una de ellas es la Terapia cognitivo conductual que ha evolucionado en sus estudios y prácticas para demostrar la eficacia en el tratamiento de diversidad de patologías que afectan a la población actual, aspecto que la puede convertir en una opción favorable para aplicar en situaciones específicas como la ansiedad o el estrés porque se basa en la modificación conductual para alcanzar cambios de pensamiento y sentimientos negativos o desadaptativos a otros más agradables o adaptativos.

Sin embargo, hasta ahora el abordaje de los beneficios de dicha terapia en uno de los malestares comunes como la depresión, es escasa, principalmente en adolescentes y adultos que la padecen, porque esta enfermedad suele caracterizarse por la tristeza profunda, aumento o disminución de apetito, de sueño, aislamiento, irritabilidad, desvalorización, desesperanza, en el caso de los adolescentes aparecen las alteraciones emocionales, entre otros. Por lo que es necesario encontrar evidencias registradas sobre la aplicación y efectividad de las intervenciones con técnicas y principios de este enfoque terapéutico en poblaciones en el pasado con manifestaciones depresivas, de modo que permita la efectiva aplicación en terapia sobre los síntomas y signos manifiestos de este trastorno.

Dicho esto, en Guatemala hay poca información recopilada sobre los efectos y beneficios de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión y que en un momento determinado ampara los procedimientos que terapeutas y practicantes realizan con los pacientes que acuden a clínica para reducir los síntomas depresivos o los efectos de estos en la vida cotidiana, sobre todo si se tiene en cuenta que este enfoque terapéutico ha resultado eficaz y eficiente en otros países, especialmente en poblaciones juveniles que, por las características particulares de esta

generación, se le considera un sector propenso a padecer las consecuencias de una inadecuada educación emocional, y la adolescencia que debería ser una etapa de crecimiento, cuestionamiento y definición de aspectos importantes como la identidad, principios e ideología, se convierte en un período de malestar emocional que tiene posibilidad de transformarse en trastornos como la depresión; así mismo en la vida adulta se suman muchos factores particulares que afectan al desarrollo de esta patología, que según el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad así como las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias, tales resultados de un cálculo sobre las pérdidas económicas por los impactos de los trastornos mentales revelan que entre 2011 y 2030 será de 16.3 billones de dólares a nivel mundial.

Sin dejar de lado que el contexto influye en el desarrollo y curso de la depresión, es más probable que situaciones como la pobreza, analfabetismo, desempleo, desnutrición, desintegración familiar, violencia, drogas, delincuencia, entre otros aspectos más, al que se enfrentan y con lo que conviven diariamente los guatemaltecos, influyan para la aparición de la sintomatología de este trastorno psicológico y con la falta de conocimiento se dificulta la identificación y búsqueda de tratamiento en el momento adecuado. Situación que da peso a las investigaciones e intervenciones que buscan la prevención y establecimiento de prácticas funcionales en el área de la salud mental.

Con todo lo expuesto, surge la siguiente interrogante: ¿cuáles son los beneficios descritos en la literatura científica sobre la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Identificar los beneficios descritos en la literatura científica sobre la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar los beneficios registrados, tras estudios científicos, de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento psicoterapéutico.
- Recopilar las técnicas aplicadas en la terapia cognitivo conductual
- Clasificar las técnicas desde el enfoque cognitivo documentadas por diversos autores
- Clasificar las técnicas del enfoque conductual documentadas por diversos autores
- Resumir la clasificación existente teóricamente de la depresión
- Categorizar los síntomas documentados de la depresión
- Describir las causas de la depresión
- Señalar la prevalencia registrada teóricamente de la depresión
- Identificar los tratamientos habituales y documentados aplicados para la depresión

2.2 Variables

Depresión

Terapia cognitivo conductual

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual de las variables

Terapia cognitivo conductual

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) definen la terapia cognitivo conductual como un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido, estas respuestas practicadas a lo largo del tiempo y convertidas en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, las personas no siempre son conscientes de la adquisición de hábitos por aprendizaje y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos; pero esta terapia considera que el individuo tiene

responsabilidad en los procesos de malestar y puede ejercer un elevado grado de control sobre sus acciones, sentimientos y pensamientos.

Depresión

Ramos (2012) hace referencia que la palabra depresión proviene del latín *depressio*, que significa hundimiento y lo define como un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo hasta el síndrome clínico caracterizado por un estado emocional de intenso abatimiento acompañado de determinados síntomas vegetativos y manifestaciones de autocolpa y autodesprecio, y todo ello asociado a un sentimiento de pérdida. Lo más común en un trastorno de depresión es la tristeza, irritabilidad y cambios en el funcionamiento adecuado del individuo en el área personal, familiar, laboral, académico o social.

2.4 Alcances y límites

La investigación se realizó con base a información registrada sobre los resultados de la aplicación de la terapia cognitivo conductual y depresión en adolescentes y adultos, de sexo masculino y femenino. Se excluye de esta investigación, la información registrada sobre terapia cognitivo conductual y depresión en niños, adultos mayores a 40 años y ancianos. Se revisa información registrada en los últimos diez años sobre la terapia cognitivo conductual y depresión en sus diversos tipos.

2.5 Aporte

Con la siguiente investigación se brinda información sobre la terapia cognitivo conductual y depresión en adolescentes y adultos. Este estudio beneficiará a la sociedad, como una herramienta de formación personal, a la comunidad científica como un antecedente para futuros estudios, a la Universidad Rafael Landívar como un instrumento más para la formación permanente que ofrece y enseña a los profesionales egresados de esta casa de estudios, a los psicólogos y psicólogas, para tener información que fundamente y fortalezca su práctica profesional y a los estudiantes de las diferentes carreras de la facultad de humanidades como un medio de fundamentación teórica.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

La investigación se realizó con base a información bibliográfica sobre terapia cognitivo conductual y depresión en las diversas modalidades que se puede presentar en adolescentes y adultos, de sexo masculino y femenino con un rango de edad de 12 a 40 años, sin considerar situación económica, religión o demografía.

3.2 Procedimiento

- Seleccionar posibles temas a investigar.
- Elaboración y presentación de dos sumarios candidatos de investigación.
- Aprobación del tema de investigación de parte de autoridades correspondientes.
- Búsqueda y elaboración de antecedentes a través de revistas y tesis nacionales e
- Selección de temas para marco teórico y elaboración de índice con base a libros y diccionarios.
- Redacción de marco teórico con base a libros sobre las variables.
- Elaboración de planteamiento del problema, desde lo observado.
- Realización de método con enfoque de revisión sistemática de literatura.
- Análisis de los resultados por medio de esquemas
- Elaboración de discusión de resultados para verificar los resultados de objetivos e hipótesis con fundamento de otros profesionales.
- Elaboración de conclusiones conforme a los objetivos.
- Registro de bibliografía.

3.3 Tipo de investigación, diseño y metodología

Martínez (2012) explica que la investigación de tipo cualitativa es aquella que se orienta a encontrar cualidades específicas en aquello que se busca comprender, y tiene un alto grado de subjetividad al incluir los puntos de vista de los participantes del estudio a diferencia de la investigación cuantitativa en la que no intervienen los juicios, creencias, ideas o preferencias de

la persona que investiga. Además, este tipo de investigación sigue el proceso inductivo más que el deductivo. Lo que Cruz, Olivares y González (2014) complementan al decir que esta forma de investigación metodológicamente incluye aquellos trabajos que no poseen un protocolo específico a seguir por los investigadores.

El diseño de este estudio es una revisión sistemática de literatura que en palabras de Cardona, Higuera y Ríos (2016) se requiere de una búsqueda exhaustiva de la literatura en la que se excluyen o incluyen estudios con base en criterios predeterminados, la evaluación del sesgo y la calidad metodológica de las investigaciones. Mientras que Hernández, Fernández y Baptista (2010) lo complementan al decir que una revisión de literatura consiste en detectar, consultar y obtener bibliografía, así como todo el material requerido y necesario del cual se pueda extraer o recopilar información sobre el problema de investigación. Mencionan que tiene la característica de ser selectiva al tomar algunos de tantos estudios realizados sobre el tema de interés, a la vez expresan una serie de pasos que conlleva este enfoque como el inicio de la revisión de la literatura, obtención de la literatura, consulta de dicho material y extracción de la información.

El alcance de este estudio es de tipo descriptivo, es decir su finalidad es describir, que Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen como aquel que busca especificar las propiedades, características o perfiles de personas, grupos, procesos, objetos o cualquier tema que se someta a un análisis; recoge información de manera independiente o conjunta sobre las variables de estudio.

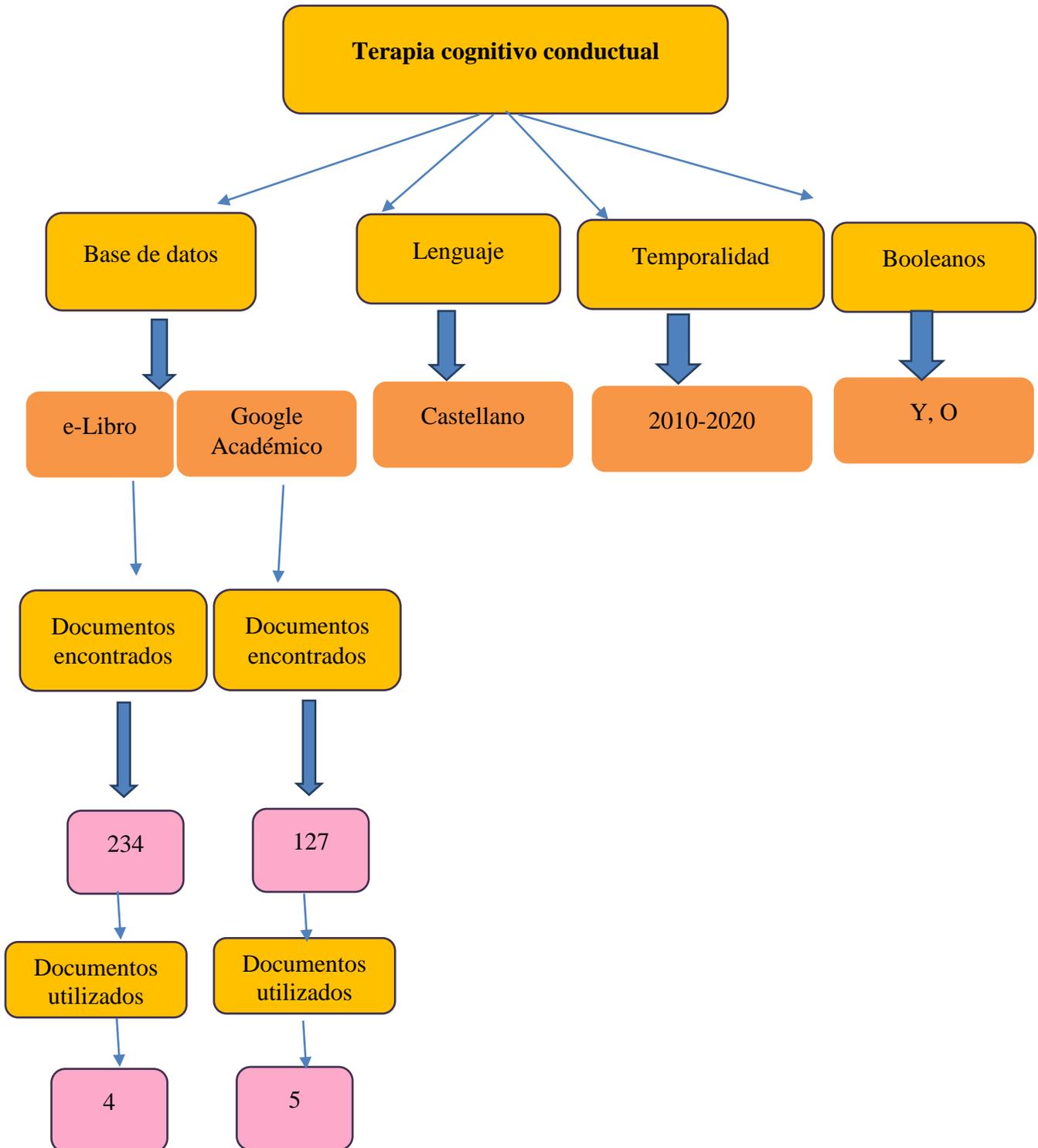
La temporalidad de ejecución de esta investigación se basó principalmente en información registrada en libros, revistas, tesis y otros documentos científicos con un máximo de diez años.

Los documentos utilizados para alcanzar los objetivos de este estudio fueron libros físicos y electrónicos, tesis nacionales e internacionales, revistas de carácter científico.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Figura núm. 1

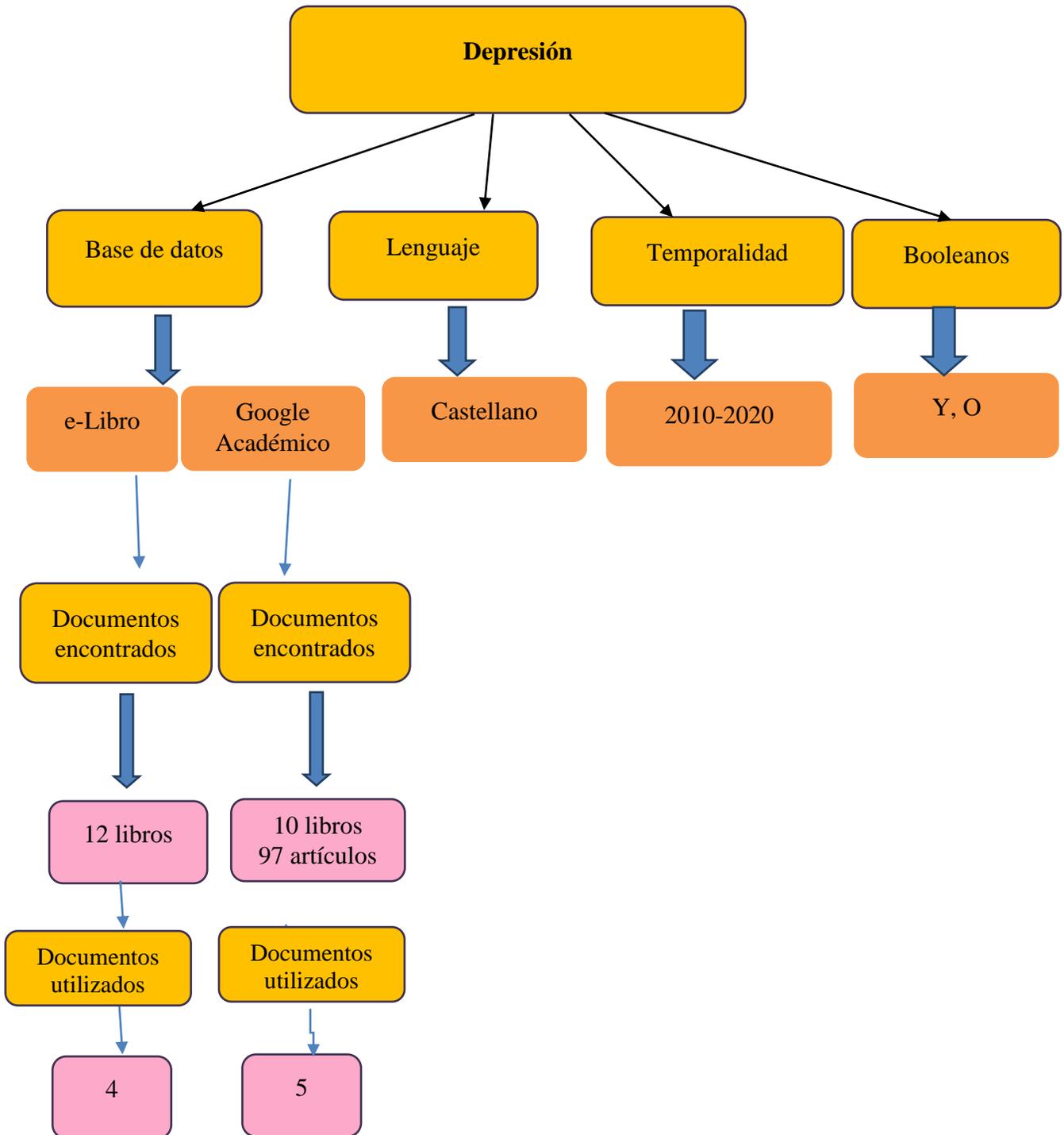
Ruta de investigación de documentos



Fuente. Elaboración propia (2020)

Figura núm. 2

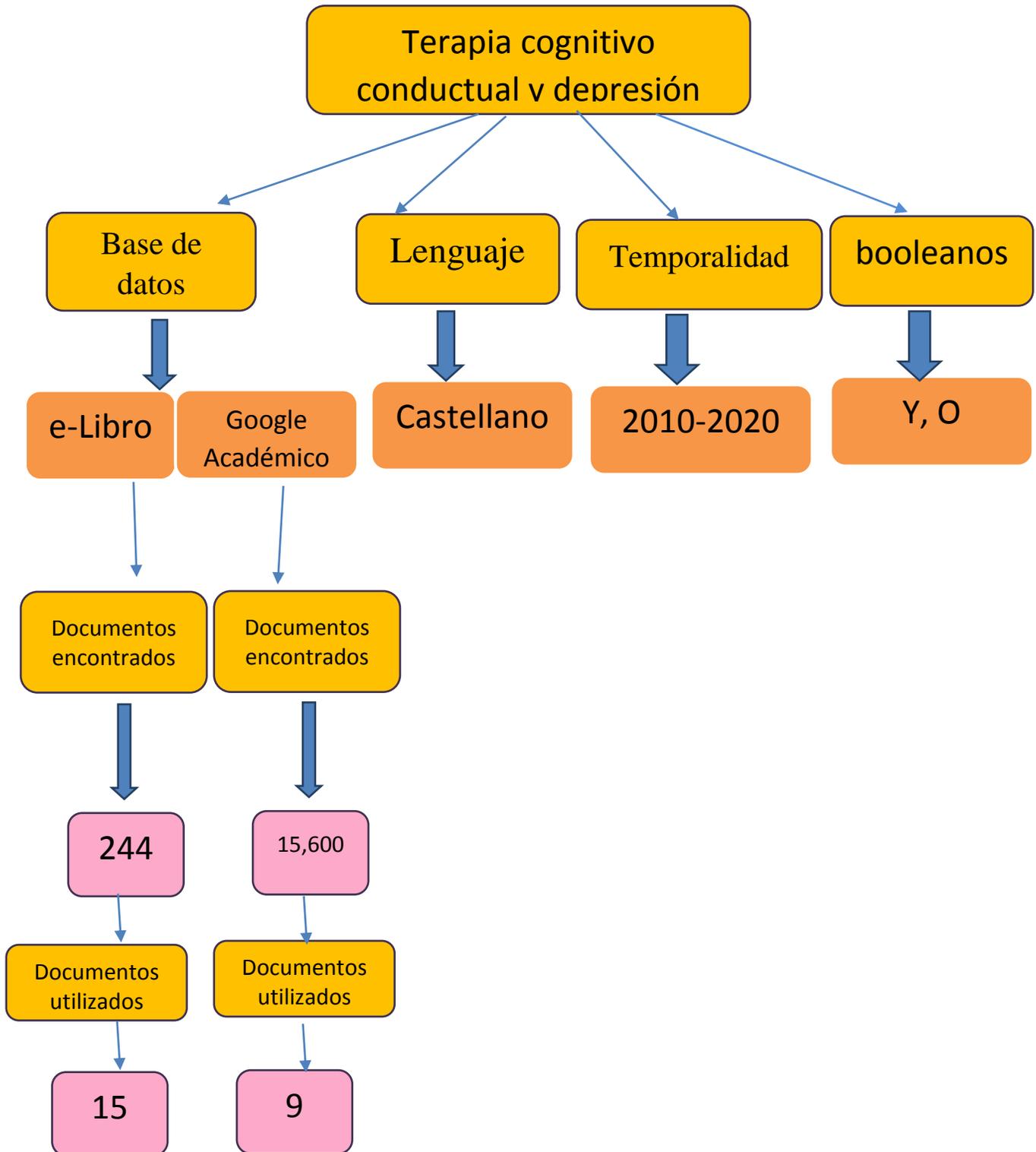
Ruta de investigación de documentos



Fuente. Elaboración propia (2020)

Figura núm. 3

Ruta de investigación de documentos



Fuente. Elaboración propia (2020)

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión según la OMS (2020) afecta a más de 300 millones de individuos y es considerada como uno de los males de esta época debido a un cambio significativo en el estilo de vida y las exigencias que conlleva, dicha patología manifiesta variaciones en el estado de ánimo como en las respuestas emocionales y en los casos más graves puede llevar al suicidio, ya que en promedio 800 000 personas se suicidan cada año y es la segunda causa de muerte entre la población de 15 a 29 años de edad. En el campo de la ciencia, se ha buscado alternativas como tratamiento, una de ellas es la terapia cognitivo conductual que ha demostrado eficacia en el quehacer profesional del psicólogo, sin embargo es importante identificar su influencia en el tratamiento de la depresión que presentan los adolescentes y adultos, por ello se realiza esta investigación sistemática de literatura para responder a algunos objetivos planteados; que para desarrollarlos se recurrió a estudios realizados por distintos autores a lo largo de los últimos diez años a nivel nacional como internacional, en el campo de la terapia cognitivo conductual y la depresión, principalmente en población joven y adulta, de 12 a 40 años de edad.

De acuerdo al objetivo general que se expresa de la siguiente manera Identificar los beneficios descritos en la literatura científica sobre la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, se encontró que diversos autores han realizado estudios en el campo experimental, descriptivo y revisiones literarias sobre este tema, entre los que se encuentra a Martínez y Piqueras (2010) que tras una investigación descriptiva mencionan que la terapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia en patologías como la ansiedad y depresión en población joven y adulta, pues se basa en la modificación de la conducta y los pensamientos que llevan a la persona a cambiar emociones y la interpretación que tienen sobre la realidad, dicha afirmación la corroboraron con estudios de neuroimagen antes y después de una intervención cognitivo conductual. Así mismo Rosselló, Duarté, Bernal y Zuluaga (2011) en un estudio realizado con jóvenes diagnosticados con depresión mayor identificaron la efectividad de la TCC porque aplica estrategias que desarrollan destrezas de reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos y emociones, habilidades en la solución de problemas y comunicación efectiva, fortalecimiento de redes de apoyo, psicoeducación a los padres y madres y activación conductual.

Huaynates (2019) como se ha mencionado en los antecedentes, encontró en un estudio de caso, que las técnicas cognitivo conductuales colaboran en la disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y conductas negativas tanto en duración, como en frecuencia e intensidad; lo que indica la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la depresión. Pero Chávez, Benitez y Ontiveros (2014) resaltan que en el tratamiento de los síntomas depresivos presentes en el trastorno bipolar tipo I, esta terapia aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico, aspecto que Huaynates (2019) no abordó; mencionan que entre los beneficios de esta terapia se encuentran la disminución de las recaídas en el primer año, los síntomas depresivos son residuales, las hospitalizaciones disminuyen, la duración de los episodios son menores, el funcionamiento psicosocial es evidente y mejora la adherencia al proceso terapéutico.

Así mismo Navarro y López (2013) realizaron una revisión a nivel teórico y empírico de las terapias con enfoque cognitivo conductual y encontraron que el amplio desarrollo de este enfoque permite ser eficiente en el tratamiento de trastornos de personalidad, porque busca comprender la funcionalidad de la conducta y adaptación al entorno, pues se sirve de diversas orientaciones como la terapia de aceptación y compromiso, la terapia analítico funcional, la cognitivo conductual dialéctica, entre otras.

Por otro lado, González (2013) recopiló información sobre una de las ramas de la terapia cognitivo conductual basada en el mindfulness para tratar y prevenir la depresión, no realizó trabajo de campo, pero de los datos que obtuvo a partir de estudios de otros países, encontró que esta terapia representa beneficios para el entrenamiento de mujeres, desempleados y para identificar grupos de riesgo que no reciben atención temprana para el diagnóstico de los síntomas depresivos; en esa misma línea trabajaron Puerta y Padilla (2011) en la revisión bibliográfica centrada en el análisis de la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo conductual en la depresión del que lograron concluir que las técnicas empleadas durante estos años son eficaces para tratar la depresión y por lo tanto debe promoverse como tratamiento.

De la misma forma, Beck (2010) afirma que esta terapia aplica técnicas tanto cognitivas como conductuales para confrontar las falsas creencias, para ello enseña al paciente a controlar los pensamientos automáticos, identificar la relación entre lo que piensa, siente y hace, examinar la objetividad y evidencias sobre los pensamientos distorsionados, convertir esas creencias

irracional por racional, modificar las creencias que distorsionan su realidad. Ante esto Mendoza (2010) sostiene la efectividad de las técnicas cognitivas conductuales si se aplican solas o combinadas tanto a corto como a largo plazo, ya que son aplicables a cualquier edad. Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la terapia cognitivo conductual nace de la combinación de dos enfoques terapéuticos, la cognitiva y la conductual, que están convencidos de que el ser humano se forma de hábitos y creencias, y al generar cambio en alguno de esos elementos se modificará el estilo de vida.

Para responder al primer objetivo específico que señala, Identificar los aportes de la TCC a la psicoterapia, se encuentra a Monterroso (2016) que tras su investigación cuasi experimental con 14 adolescentes encontró que la terapia cognitivo conductual permite la modificación de pensamientos y constructos mentales a la vez que favorece el desarrollo de la sociabilidad. Mientras que Acevedo y Romel (2014) afirman que el modelo cognitivo conductual es aplicable en el tratamiento psicológico, con personas que han experimentado problemas psicosociales como violencia política, desplazamiento, secuestros o desastres naturales; esto tras un análisis de la situación que atravesaban los colombianos lo cual generó una propuesta de intervención cognitivo conductual desde el enfoque grupal, por los beneficios que implica trabajar con varias personas con las mismas experiencias de la misma manera que reduce la ansiedad en los individuos.

De acuerdo al segundo objetivo específico, planteado como Recopilar las técnicas aplicadas en la terapia cognitivo conductual se encontró como clasificación de técnicas cognitivas conductuales el de las autoras Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la cuales presentan una serie de técnicas que según sus estudios, han resultado eficaces en la psicoterapia con enfoque cognitivo conductual, éstas son el entrenamiento en reversión de hábitos, técnicas de condicionamiento encubierto, condicionamiento por el método de alarma (pipí stop), técnicas de detención de pensamiento, técnicas de intención paradójica, técnicas de biofeedback, intervenciones para la regulación emocional, técnicas de sugestión e hipnosis en la terapia cognitivo conductual; como característica de estas técnicas es su aplicación práctica. Mientras que Leahy (2018) las enfocó más hacia lo cognitivo o de registros y las agrupa también como cognitivas conductuales, por lo que explica que estas técnicas son aplicables en el tratamiento de diversas patologías al incluir

elementos de terapias meta-cognitivas, de aceptación, dialéctico-conductual, activación conductual y terapia focalizada en la compasión.

Dichas técnicas las divide en elicitación de pensamientos, evaluación de pensamientos y comprobación de su validez, evaluación de supuestos y reglas, examinar errores lógicos en el procesamiento de la información, modificar el proceso de toma de decisiones, evaluar y responder a los pensamientos intrusivos, modificar la preocupación y la rumiación, poner las dificultades en perspectiva, identificar y modificar esquemas y técnicas de regulación emocional.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que indica Clasificar las técnicas desde el enfoque cognitivo documentadas por diversos autores, se encontró que Barlow (2018) sintetiza las técnicas cognitivas en facilitar pensamientos automáticos, asignación de tareas de autoayuda lógica, asignación y revisión de tareas y cuestionamiento, éste último Beck (2010), lo denomina uso de preguntas que persiguen muchas finalidades tales como obtener datos biográficos, formar una idea general sobre la naturaleza del malestar del paciente, conseguir una visión general sobre la vida, examinar los recursos que posee para superar la situación, transformar las ideas irracionales en aspectos concretos, fomentar la toma de decisiones al encontrar diversas alternativas, promover la responsabilidad para seleccionar alternativas, capacitarlo para darse cuenta de las consecuencias de la conducta desadaptativa, lograr que evalúe la importancia de un comportamiento adaptativo, provocar pensamientos específicos, identificar la significación que tiene sobre una situación dada, propiciar que identifique los criterios que definen la autoestima negativa, desvelar los sesgos que usa al elaborar inferencias, presentar al paciente su tendencia de negar o minimizar los aspectos positivos de una situación y profundizar en áreas que evita.

Como característica principal de la terapia cognitiva y que dejan ver los s en el proceso terapéutico con la aplicación de registros, formatos o escritos que le ayuden a darse cuenta de la situación, así como recursos, opciones y responsabilidad en lo que le genera malestar, ya sea por descubrir cómo los esquemas personales no le ayudan a adaptarse a la realidad o sus ideas lo limitan para lograr lo que él desea.

Para responder al cuarto objetivo específico Clasificar las técnicas desde el enfoque conductual, Gabalda (2011) afirma que las técnicas conductuales consisten en se forma presenta una variedad de técnicas desde el enfoque de varios autores como las técnicas conductuales aplicadas en terapia cognitiva estándar entre las que se encuentran el entrenamiento en asertividad,

entrenamiento en habilidades sociales, modelado, análisis de cadenas conductuales, ensayo comportamental, distracción, detención de pensamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación, relajación, visualización, desensibilización sistemática, implosión y explosión. Seguidamente aborda las técnicas conductuales en el modelo de Ellis, que integra actividades de quedarse allí, ejercicios contra la dilación, el uso de recompensas y castigos y empleo de roles. También presenta las técnicas conductuales desde el modelo de Beck que abarca la planificación de actividades, tareas graduadas, técnica de dominio y agrado y la autosupervisión; y el modelo de solución de problemas de A. Nezu que consiste en orientarse hacia el problema, definir y formular el problema, buscar alternativas, entrenar en la toma de decisiones y poner en práctica la solución y verificar.

Pero Rodríguez (2019) hace una clasificación más amplia de acuerdo al objetivo de la técnica, como las Técnicas de contracondicionamiento y control de la ansiedad que se dividen en desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, exposición, prevención de respuesta, relajación y respiración, mindfulness e intención paradójica; luego están las Técnicas para establecer conductas tales como el moldeado o aproximaciones sucesivas, encadenamiento, modelado y activación conductual; seguidamente presenta las Técnicas para incrementar conductas entre ellas el refuerzo positivo, control estimular, economía de fichas y contrato de contingencias; el siguiente grupo lo conforman las Técnicas para disminuir conductas que incluyen extinción, castigo, coste de respuesta y tiempo fuera; entre las Técnicas para reforzamiento de conductas alternativas a la conducta que se busca disminuir se encuentra la sensibilización encubierta y práctica masiva; finalmente las Técnicas para trabajar con pensamientos, sea por exceso o escasez. Ambos autores están en consonancia con las técnicas que exponen, pero hacen una clasificación desde perspectivas diferentes, mientras la primera las clasifica desde modelos, el segundo lo hace desde el uso o finalidad de las mismas.

Al responder el quinto objetivo que indica Resumir la clasificación existente teóricamente de la depresión, Morrison (2015) citado en el marco teórico presenta la misma clasificación de trastornos depresivos que menciona la APA (2014), en dicho grupo entran los siguientes, Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente o distimia, Trastorno disfórico pre-mestrua, Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, Trastorno depresivo debido a otra afección médica y

otro trastorno depresivo especificado que incluye la depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración, estado de ánimo depresivo, episodio depresivo con síntomas insuficientes y el trastorno depresivo no especificado.

Respecto al sexto objetivo específico de Categorizar los síntomas de la depresión, Ferrel, Vélez y Ferrel (2014), mencionan que la depresión en un niño, adolescente o adulto es el mismo en cuanto trastorno, pero los cambios biológicos, sociales y psicológicos pueden ser diferentes en cada etapa, pues en la adolescencia y adultez suelen manifestarse síntomas de tipo cognitivo como el pesimismo o catastrofización. Mientras que García (2010) clasifica los síntomas en cambios en la forma de sentir, cambios a nivel corporal, cambios en la forma de pensar y cambios en la conducta. A lo que Tapia, Moreno y Fernández (2018) afirman que en los adolescentes los síntomas deben ser evaluados más minuciosamente porque esa etapa de vida se presta para la manifestación de cambios emocionales que se pueden confundir con la depresión, pero resaltan que un detalle importante es observar el tiempo en que los síntomas están presentes y el grado de afectación, aspecto del que no hacen mención los otros dos autores.

Al dar respuesta al séptimo objetivo que plantea Describir las causas de la depresión, Tapia, Moreno y Fernández (2018) mencionan que no se conocen las causas específicas para la depresión, pero existen factores de riesgo como los neurológicos, temperamentales, de personalidad y factores exteriores que tienen que ver con el contexto y el entorno de la persona tales como la familia, hábitos de crianza, ausencia o presencia de cariño, alteraciones paternas, rendimiento académico o ambiente escolar, amigos o parejas, acontecimientos estresantes y clase social. Esto lo refuerza González (2012) al decir que la depresión es el resultado de una serie de factores como la genética, biología y el contexto de la persona, por ejemplo, pérdidas significativas en etapas importantes, personalidad o temperamento, un funcionamiento inadecuado de los neuroquímicos y más. Ambos autores están de acuerdo en que existen diferentes causas de la depresión.

Pero Beck (2010) da una perspectiva distinta desde el modelo cognitivo de la depresión que sostiene una hipótesis de que las experiencias tempranas pueden generar esquemas que permanecen latentes hasta que algo las activa en el futuro y eso desencadena los síntomas depresivos, por ejemplo duelo, una ruptura, pérdidas pueden activar conceptos guardados en la

mente y se asocian al dolor sufrido anteriormente, o una situación de enfermedad puede despertar la idea dormida de que la persona nació para sufrir. Esto no significa que los acontecimientos negativos desencadenen depresión en todas las personas, sino que lo hará en aquellas que ya traen consigo una sensibilidad especial hacia situaciones concretas por experiencias anteriores que la relacionan a ella.

También López, González, Andrade y Outhof (2012) se centran en los estresores que pueden propiciar la depresión en adolescentes, por ejemplo, para ellos los sucesos estresantes son: cambio de aula o contexto escolar, muerte de un familiar, mudanza, ruptura de una relación, ya sea de amistad o amorosa; mientras que situaciones permanentes de conflictos familiares suelen alargar la presencia de la depresión y por consiguiente dificultades en el rendimiento académico. Por lo que deben diseñarse programas preventivos adecuados para el manejo de los estresores económicos, sociales, familiares, académicos, de pareja y todos aquellos ámbitos con influencia en el adolescente. Aspectos específicos de este grupo que no mencionan los otros autores.

Para responder el octavo objetivo específico que expresa Señalar la prevalencia registrada teóricamente de la depresión se encontró que Morrison (2015) toma el mismo registro que la APA (2014) presenta en el DSM-5, la cual señala que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, común en menores de edad, muestra una prevalencia en adolescentes de 2 al 5%, más en hombres que en mujeres. En cambio, en el trastorno de depresión mayor suele identificarse en un 7% de la población estadounidense con un inicio en la adolescencia, pero manifestado más en mujeres que en hombres, a lo que se suma que existe un 40% de heredabilidad de una generación a otra y que la presencia de una enfermedad médica aumenta los riesgos de ser diagnosticado también con depresión. En cuanto al trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos existe un 0.26 % de prevalencia en la población estadounidense.

El trastorno depresivo persistente tiene una prevalencia del 0.5% y 1.5% en depresión mayor crónico en la población estadounidense; se manifiesta generalmente desde la infancia o la juventud capaz de ser agravado por personalidad del individuo o la presencia de otro trastorno, las pérdidas en las etapas tempranas de la vida, por la presencia del trastorno en la familia y por alteraciones en los neurotransmisores que regulan e intervienen en el estado de ánimo, por eso

sus efectos pueden ser más graves que en el trastorno depresivo mayor. En el trastorno disfórico premestual no existe un dato definido porque no todas las mujeres llevan un registro de los síntomas o la gravedad, pero el dato más exacto obtenido es que las mujeres que mantienen todos los criterios sin que esto afecte su desempeño ocupan un 1.8% de la población y las mujeres que sí sufren consecuencias en el funcionamiento ordinario se encuentran en un 1.3% de la población. Este trastorno puede presentarse después de la menarquia, así como puede empeorar cuando se acerca la menopausia, además en esta patología existe de un 30 a un 80% de heredabilidad de los síntomas premenstruales.

Al responder el último objetivo específico planteado como Identificar los tratamientos habituales y documentados aplicados para la depresión se encuentra a Ramos (2012) quien menciona que entre los tratamientos habituales aplicados para la depresión se encuentran los programas conductuales, los cuales buscan aumentar la actividad, entrenar en habilidades sociales, autocontrol y comprensión del funcionamiento cognitivo; en lo que Beck (2010) está de acuerdo al afirmar que estas técnicas conductuales se aplican con pacientes depresivos graves para modificar la conducta pero también para lograr generar cogniciones que favorezcan conductas deseadas y eliminar las desadaptativas, entre las que se encuentra la Activación conductual que explicado por Reyes y Tena (2016), consiste en ayudar a las personas a programar actividades que favorezcan el estado anímico, sobretodo evitar el aislamiento; sin embargo Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2013) resaltan que la activación conductual implica involucrarse de manera activa con las tareas y no sólo "*ocuparse por ocuparse*", con lo que Gabalda (2011) está de acuerdo y propone la elaboración de un registro o programación diaria que incluya esa participación activa de la persona, lo que significa que estos autores consideran que es importante generar actividad en el paciente para evitar esas conductas que fortalecen los sentimientos depresivos.

Ramos (2012) presenta los programas de entrenamiento en habilidades sociales como uno de los tratamientos más utilizados en la depresión pues se enfoca en fortalecer las herramientas para interactuar con los demás de modo que se evite la soledad y el aislamiento; también se encuentran los programas de autocontrol que promueve la responsabilidad del paciente sobre el estado emocional al fortalecer la autoobservación, automotivación y autoreforzo. Además

menciona el recurso de la biblioterapia como una forma de psicoeducar al paciente y apoyar otros enfoques de tratamiento; así mismo habla del tratamiento de hierbas que consiste en aprovechar los beneficios medicinales de hierbas propias de cada país y usarlas en infusiones; seguidamente se encuentra el tratamiento farmacológico que corresponde ser medicado por un especialista, asimismo menciona la terapia electroconvulsiva como un recurso poco usado, que en situaciones de depresión severa aún es aplicable, pero solo para las personas con riesgo de suicidio, agitación severa, pensamiento psicótico y otros síntomas crónicos y dañinos para la persona.

Este autor menciona a la terapia cognitiva como otro de los tratamientos comunes en la terapia de la depresión porque parte de la premisa que la patología surge por la distorsión que el paciente ha elaborado sobre la realidad, esta intervención suele ser más mental y confrontativa, pues se centra en evaluar los pensamientos de la persona y trabajar sobre ellos para que comprenda de qué forma le afecta y que no cuenta con bases objetivas. Lo que Beck (2010) reafirma al decir que esta terapia aplica técnicas tanto cognitivas como conductuales para confrontar las falsas creencias, para ello enseña al paciente a controlar los pensamientos automáticos, identificar la relación entre lo que piensa, siente y hace, examinar la objetividad y evidencias sobre los pensamientos distorsionados que tiene, convertir esas creencias irracionales por racionales y modificar las creencias que distorsionan la realidad. Además, el paciente aprende a auto-instruirse a partir de las técnicas que aprende del terapeuta.

Por lo tanto, a pesar de existir diversas perspectivas respecto a los beneficios, técnicas y tratamientos para la depresión, los autores mencionados coinciden en puntos importantes sobre los que se registran evidencias suficientes de los efectos positivos de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, que se refuerzan con los resultados que encontraron por medio de investigaciones descriptivas, experimentales o monográficas. Aunque difieren en algunos aspectos específicos como causas de la depresión, síntomas o clasificación de técnicas cognitivas o conductuales, no se contradicen sino muestran otros enfoques que se refuerzan entre sí.

IV. CONCLUSIONES

Tras la exploración y recopilación de información sobre la terapia cognitivo conductual y depresión se obtienen las siguientes conclusiones.

- Entre los principales beneficios descritos en la literatura científica sobre la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, se identifica la participación activa del paciente en el logro de los objetivos de la terapia, las técnicas que evitan el aislamiento, pasividad o soledad; la adhesión al tratamiento farmacológico y el cambio de esquemas personales para lograr un funcionamiento adaptativo.
- Entre los beneficios identificados de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento psicoterapéutico están la aplicabilidad en personas de cualquier edad, facilidad de combinar sus técnicas, factibilidad para complementar otro enfoque de psicoterapia, el uso como medio de prevención o tratamiento, enfoque objetivo y empírico, variedad de técnicas que posee, búsqueda de recursos personales y empoderamiento del paciente.
- Tras la recopilación de las técnicas aplicadas en la terapia cognitivo conductual se encuentran diversas propuestas de acuerdo a distintos autores que combinan tanto el uso como la finalidad.
- En la clasificación de técnicas documentadas desde el enfoque cognitivo se encuentran principalmente los aportes de la terapia cognitiva desarrollada por Beck y que han sido ampliadas y adaptadas por otros autores para uso contemporáneo, con el fin de modificar los esquemas e ideas irracionales que maneja el paciente y que le impiden vivir como desea. Entre ellos están el empleo de preguntas, facilitar pensamientos automáticos, cuestionamiento, asignación de tareas de autoayuda lógica y asignación y revisión de tareas
- Las técnicas desde el enfoque conductual documentada por diversos autores se dividen en dos clasificaciones desde perspectivas diferentes, principalmente una enfocada en modelos que incluye las técnicas conductuales aplicadas en terapia cognitiva estándar, las del modelo de Ellis, de Beck y el de solución de problemas de A. Nezu; la segunda es desde el uso o finalidad que se divide en técnicas de contracondicionamiento y control de la ansiedad, técnicas para establecer, incrementar, disminuir, reforzar conductas alternativas y para trabajar con pensamientos

- La clasificación existente de la depresión incluye el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente o distimia, Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, Trastorno depresivo debido a otra afección médica y otro trastorno depresivo especificado que incluye la depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración, estado de ánimo depresivo, episodio depresivo con síntomas insuficientes y el trastorno depresivo no especificado.
- Las categorías encontradas sobre los síntomas de la depresión se dividen principalmente en cuatro, los cuales son cambios en la forma de sentir, a nivel corporal, en la forma de pensar y en la conducta.
- Los autores están de acuerdo en que no existe una causa definida para el desarrollo de la depresión, pero influyen factores de riesgo como los genéticos, biológicos, neurológicos, temperamentales, de personalidad y factores exteriores que tienen que ver con el contexto y el entorno de la persona tales como la familia, hábitos de crianza, ausencia o presencia de cariño, alteraciones paternas, rendimiento académico o ambiente escolar, amigos o parejas, acontecimientos estresantes y clase social. aunque existe una hipótesis de que las experiencias tempranas generan esquemas que tienden a la depresión, las cuales permanecen latentes y son activadas en el futuro.
- Existe una prevalencia variada de acuerdo a cada trastorno registrado por la Asociación Americana de Psiquiatría que tienen que ver con sexo, edad y herencia genética.
- Entre los tratamientos habituales identificados para el tratamiento de la depresión se encontraron los programas conductuales que incluyen la activación conductual, los programas de entrenamiento en habilidades sociales, los programas de autocontrol, la biblioterapia como método psicoeducativo, el tratamiento de hierbas, el tratamiento farmacológico, la terapia electroconvulsiva como un recurso poco usado, que en situaciones de depresión severa aún es aplicable, pero solo para las personas con riesgo de suicidio, agitación severa, pensamiento psicótico y otros síntomas crónicos y dañinos para la persona; está también la terapia cognitiva como otro de los tratamientos comunes en la terapia de la depresión.

V. REFERENCIAS

- Acevedo, A. y Romel, Ch. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. *Tesis psicológica*, 156-171. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139031679013>
- Altamirano, P., Rigotti, H., Manoilloff, L., Ferrero, C. y Ramírez, A. (2015). *Historia de la Psicología: Orígenes, teorías y corrientes*. Córdoba: Brujas.
- APA- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). España: Médica Panamericana.
- Arango L, J., Romero G, I. y Romero G, I. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. México: Manual Moderno. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39799>
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso*. México: Manual Moderno. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/39797?as_all=Manual__cl%C3%ADnico__de__trastornos__psicol%C3%B3gicos&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as
- Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/47611?>
- Cardona, J., Higuera, L. y Ríos, L. (2016). *Revisiones sistemáticas de la literatura científica: la investigación teórica como principio para el desarrollo de la ciencia básica y aplicada*. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi:<http://dx.doi.org/10.16925/9789587600377>
- Chávez, E., Benitez, E. y Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar I. *Salud mental*, 111-117. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004
- Colli A, M. (2019). *Teorías de la psicoterapia, conceptos, ejercicios y casos: manual para estudiantes, consejeros y psicólogos clínicos*. Argentina: Brujas. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/118232?as_all=Teor%C3%ADas__de__la__p__sicoterapia__conceptos,__ejercicios__y__casos&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as

- Consuegra A, N. (2010). *Diccionario de psicología* (2ª. ed.). Bogotá, Colombia: Ecoe ediciones. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/69124?as_all=consuegra&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as
- Coon, D. y Mitterer, J. (2016). *Introducción a la Psicología: el acceso a la mente y la conducta. Mapas conceptuales y comentarios.* (13 ed.). México: Cengage Learning.
- Cruz del C, C., Olivares O, S. y González G, M. (2014). *Metodología de la investigación.* México: Grupo Editorial Oatria. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39410?page=151>.
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales.* Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/127910?>
- Ferrel, F., Vélez, J., y Ferrel, L. (julio-diciembre de 2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, 12(2). Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476655660003>
- Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/47941?as_all=Hacia__una__pr%C3%A1ctica__eficaz__de__las__psicoterapias__cognitivas:__modelos__y__t%C3%A9cnicas__principales&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as
- García S, J. (2010). *Afronta tu depresión: con psicoterapia interpersonal.* Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/47922>
- García, V. y Sanz, F. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta.* Madrid: Ediciones Pirámide. Obtenido de <http://ebookcentral.proquest.com>
- González B, R. (2012). *Relación entre actividad física y salud mental: el papel del ejercicio en personas con depresión.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/62759>
- González, L. (2013). *Terapia Cognitivo Conductual basada en el Mindfulness: propuesta de aplicación en personas con síntomas depresivos.* México: Universidad Nacional

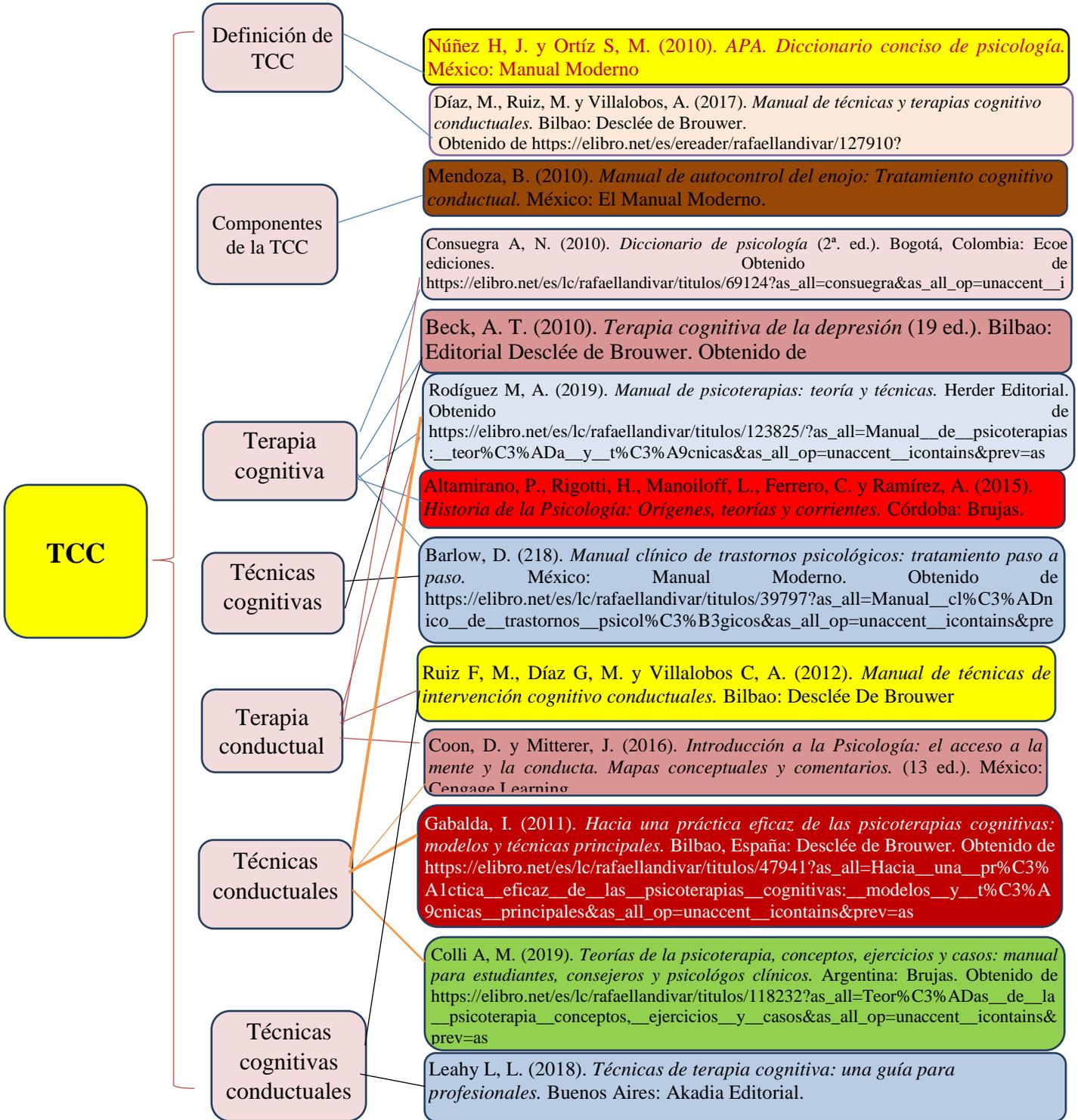
- Autónoma de México. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2014/enero/0707960/0707960.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Leahy L, L. (2018). *Técnicas de terapia cognitiva: una guía para profesionales*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- López, M., González, N., Andrade, P. y Outhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35-27. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252012000100006&lng=pt&nrm=iso
- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman D, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/48018?as_all=activaci%C3%B3n__conductua l&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as
- Martínez R, H. (2012). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Cengage Learning Editore. Obtenido de https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39957?as_all=metodolog%C3%ADa__de__la__investigaci%C3%B3n&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as&page=120
- Martínez, A. y Piqueras, J. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Neurología.com*, 167-178. Obtenido de <https://www.neurologia.com/articulo/2009195>
- Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: Tratamiento cognitivo conductual*. México: El Manual Moderno.
- Monterroso, S. (2016). *Terapia cognitivo-conductual y sociabilidad*. (Tesis de licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Monterroso-Sthephanie.pdf>

- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. (G. Enríquez C, Trad.) México: Manual Moderno.
- Navarro, M. y López, M. (junio de 2013). Terapias cognitivas conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 33-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030771004.pdf>
- Núñez H, J. y Ortiz S, M. (2010). *APA. Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Organización mundial de la salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf&ua=1;jsessionid=F1BB2A38752D34CF9F686D4CEC661B0C?sequence=1
- Organización mundial de la salud. (2017). *Salud mental*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. Recuperado el 05 de marzo de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Puerta, J., Padilla, D. (julio-diciembre de 2011). Terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ramírez, B. (2018). *Incidencia de la depresión en adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No.850. (Propuesta de programa preventivo "Crisálida")*. (Tesis de licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus Central . Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/05/42/Ramirez-Brenda.pdf>
- Ramos R, P. (2012). *Actualización de conocimientos del Trastorno Depresivo* (2ª. ed.). Málaga, España: ICB. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/106628>
- Reyes O, M., Tena S, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica, una guía para terapeutas*. México: Manual Moderno. Obtenido de https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/39752?as_all=Regulaci%C3%B3n_emocional_en_la_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica__&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as
- Rodríguez M, A. (2019). *Manual de psicoterapias: teoría y técnicas*. Herder Editorial. Obtenido de

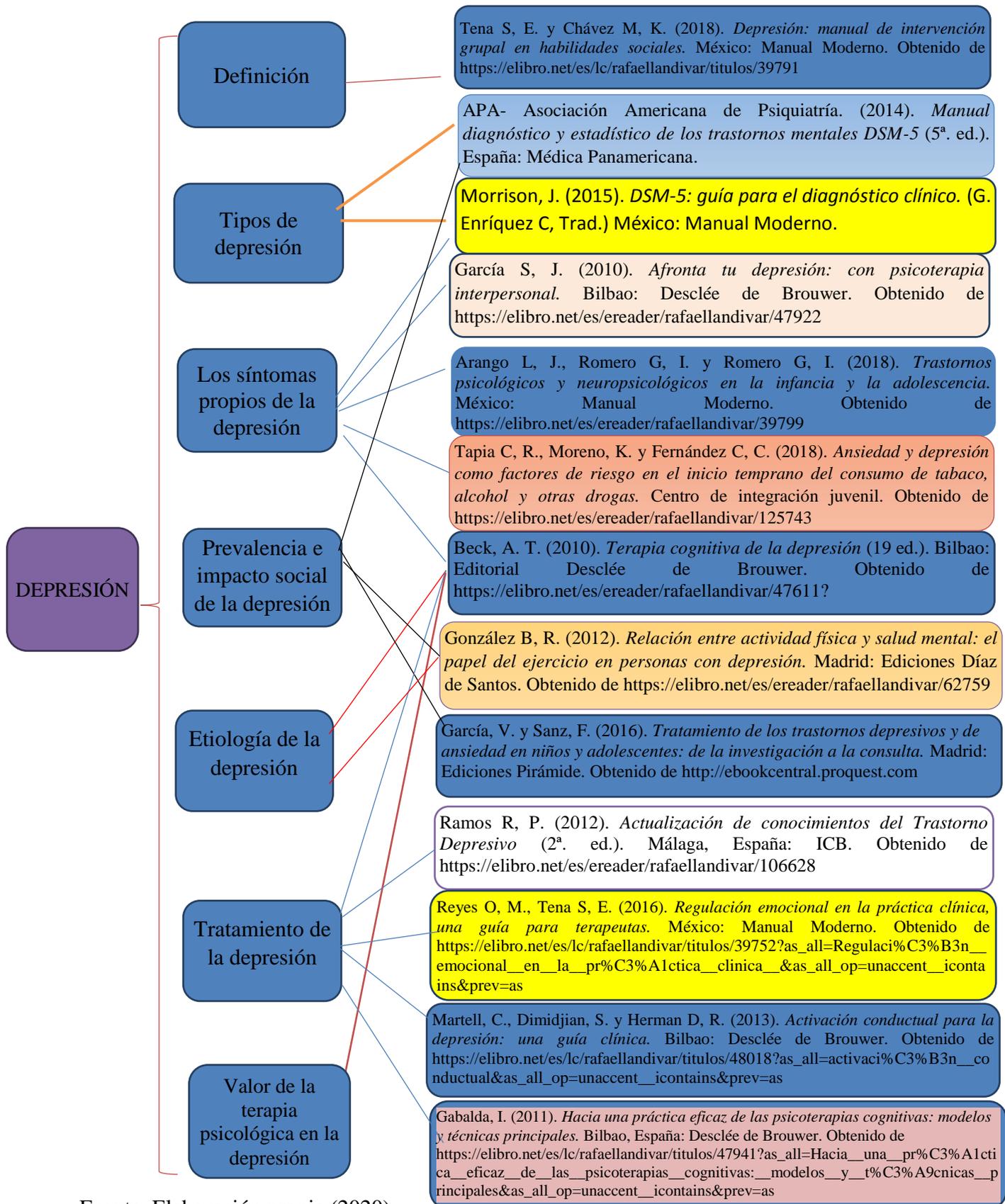
- [https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/123825/?as_all=Manual__de__psicoterapias:
__teor%C3%ADa__y__t%C3%A9cnicas&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as](https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/123825/?as_all=Manual__de__psicoterapias:__teor%C3%ADa__y__t%C3%A9cnicas&as_all_op=unaccent__icontains&prev=as)
- Rosselló, J., Duarté, Y., Bernal, G. y Zuluaga, M. (septiembre-diciembre de 2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-329. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002>
- Rubio S, J. (2015). Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión. Barranquilla: Universidad del Norte de Barranquilla. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1>
- Ruiz F, M., Díaz G, M. y Villalobos C, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Tapia C, R., Moreno, K. y Fernández C, C. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Centro de integración juvenil. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/125743>
- Tena S, E. y Chávez M, K. (2018). *Depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales*. México: Manual Moderno. Obtenido de <https://elibro.net/es/lc/rafaellandivar/titulos/39791>

VI. ANEXOS

Anexo 1: esquemas de búsqueda método vertebado



Fuente. Elaboración propia (2020)



Fuente. Elaboración propia (2020)