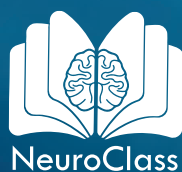


TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

para el abordaje de la depresión



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

para el abordaje de la depresión

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso online
Terapia cognitivo conductual para el abordaje de la depresión.

Objetivos:

1. Comprender los principios teóricos de la terapia cognitivo conductual en la depresión, incluyendo la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos.
2. Adquirir habilidades de evaluación clínica para identificar síntomas y factores de riesgo en pacientes con depresión.
3. Aplicar técnicas específicas de terapia cognitivo conductual, como la reestructuración cognitiva, para modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales en pacientes deprimidos.
4. Reconocer la importancia de la alianza terapéutica y la empatía en el tratamiento de la depresión, y abordar la resistencia y la falta de motivación de los pacientes.
5. Integrar conceptos teóricos y habilidades prácticas en casos clínicos.

Disertante:



Elena Flores, PhD(c)

Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca (USAL), España. Máster Universitario en Neuropsicología por la USAL. Máster en Psicología Clínica y de la Salud por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) y Máster en Psicoterapia Cognitivo Conductual, en Madrid, España. Grado de experto en docencia de la Neuroeducación e inteligencia emocional en la primera infancia por la Universidad Nebrija, en Madrid, España. Candidata a Doctorado en la USAL. Cofundadora de NeuroClass y ponente en diversos cursos.

Índice

Prólogo	1
---------------	---

MÓDULO I

¿Qué es la depresión?	2
------------------------------------	----------

Etiología	3
-----------------	---

Síntomatología	5
----------------------	---

Clasificación en el DSM-V	7
---------------------------------	---

Diagnóstico diferencial	7
-------------------------------	---

Evaluación inicial	9
--------------------------	---

MÓDULO II

Terapia cognitivo conductual en la depresión	10
---	-----------

Tipos	12
-------------	----

Ventajas en el tratamiento de la depresión	16
--	----

Indicaciones y contraindicaciones para la terapia cognitivo conductual	17
---	----

Temporalidad del tratamiento según la gravedad	20
--	----

Estructura básica de la terapia cognitivo conductual	21
--	----

MÓDULO III

Modelo, entrevista y gestión del tratamiento	24
---	-----------

Modelo cognitivo para la depresión	25
--	----

Entrevista clínica para la terapia cognitivo conductual	26
---	----

Aspectos para tener en cuenta en la evaluación	27
--	----

Gestión del tratamiento en la depresión	28
---	----

Inicio del tratamiento	28
------------------------------	----

Intervenciones conductuales	29
-----------------------------------	----

MÓDULO IV

Fin del tratamiento y factores claves35

Identificación de suposiciones disfuncionales36

Consolidar el plan de aprendizaje37

Preparación para la recaída37

Aspectos que cuidar en terapia38

Factores facilitadores o no del paciente

y profesional en terapia38

Actitudes deseables del terapeuta39

Solución a posibles obstáculos41

Psicoeducación y seguimiento42

La importancia de la realización de tareas para casa44

Creación de una correcta alianza terapéutica 44

MÓDULO V

Consideraciones psicofarmacológicas y casos clínicos47

Medicación y terapia cognitivo conductual
en el tratamiento de la depresión48

Relación con la terapia cognitivo conductual48

Desafíos y consideraciones en el uso de medicación49

Importancia de considerar la medicación
en la terapia cognitivo conductual para la depresión50

Casos prácticos52

Caso Ana52

Caso María53

Caso Javier55

Obstáculos en la terapia56

Referencias bibliográficas59

Prólogo

En el vasto y complejo panorama de la salud mental en nuestra sociedad contemporánea, la depresión se destaca como un desafío omnipresente que afecta a personas de todas las edades y orígenes. En este contexto, la terapia cognitivo conductual emerge como un faro de esperanza y eficacia en el tratamiento de la depresión. Este curso, que se extiende como un viaje de conocimiento y transformación, se adentra a fondo en los fundamentos y aplicaciones de la terapia cognitivo conductual en el abordaje de la depresión.

En el corazón de este curso radica la idea de que la formación en terapia cognitivo conductual no solo enriquece la práctica clínica, sino que también es una fuerza poderosa para mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan la depresión. A medida que exploramos las bases teóricas de la terapia cognitivo conductual y su aplicación práctica, los participantes adquieren una comprensión integral de cómo esta terapia basada en evidencia puede marcar una diferencia significativa en la vida de las personas que luchan contra la depresión.

Si bien se mostrarán las diferentes clasificaciones y características de algunos trastornos depresivos, este documento tratará de centrarse especialmente en el trastorno de depresión mayor, recordando la importancia de que cada uno de los cuadros mencionados se trate de forma individualizada por los profesionales en salud pertinentes según el caso. Pues las intervenciones de terapia cognitivo conductual son complejas, ya que incluyen múltiples componentes de contenido y se pueden realizar de diferentes maneras. Así, el presente escrito es una breve introducción o esquema general que tiene como objetivo principal familiarizar al lector con este tipo de terapia.

Este curso es, en última instancia, un compromiso con la transformación, un camino hacia la mejora tanto de la práctica terapéutica como de la calidad de vida de quienes buscan sanar y encontrar esperanza en medio de la batalla contra la depresión.

MÓDULO I

¿Qué es la depresión?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **más de 300 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por la depresión**, y estimaciones recientes indican números aún más altos. Los trastornos depresivos son altamente prevalentes en todo el mundo y afectan a personas de todas las edades y ubicaciones geográficas. Aunque pueden manifestarse en cualquier momento de la vida, su inicio más común se encuentra en la adolescencia y adultos jóvenes, y las mujeres tienen el doble de probabilidades de verse afectadas en comparación con los hombres. Asimismo, abarcan una amplia gama de condiciones clínicas, desde síntomas menores y temporales hasta situaciones graves que resultan en una marcada discapacidad social y ocupacional.

Generalmente, se manifiestan a través de una **combinación de síntomas** que involucran aspectos cognitivos, emocionales, conductuales, fisiológicos, interpersonales, sociales y ocupacionales; pudiendo variar en gravedad, y manifestándose junto con episodios recurrentes de la enfermedad, por ejemplo. Y es que, la depresión a menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos y médicos, como trastornos de ansiedad, adicciones, trastorno obsesivo-compulsivo, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Además, contribuyen indirectamente a la carga de otros trastornos, como el suicidio y las enfermedades cardiovasculares.



Etiología

Tienen una **progresión relativamente crónica y también altas tasas de incidencia y prevalencia**, por lo que se consideran uno de los principales desafíos de salud en todo el mundo. Los trastornos depresivos son afecciones complejas y multifactoriales en las que se entrecruzan diversos factores de influencia, aunque no se ha identificado una causa exacta. Se reconoce que tanto componentes genéticos como ambientales contribuyen a su desarrollo.

En términos de **predisposición genética**, se estima que alrededor del 50% de la etiología de la depresión se debe a la herencia, aunque esta cifra puede variar en la denominada "depresión de inicio tardío". Por lo tanto, es más común encontrar casos de depresión entre los familiares de primer grado de los pacientes, y la concordancia entre gemelos idénticos es notablemente alta. Además, se ha observado que los factores genéticos pueden influir en la respuesta depresiva ante eventos adversos.

Otras teorías se centran en alteraciones en las concentraciones de neurotransmisores, como la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica y serotoninérgica. La desregulación neuroendocrina también es considerada un factor importante, involucrando ejes como el hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hipotálamo-hipófisis-hormona de crecimiento.

Además de estos factores biológicos, se reconocen **elementos psicosociales en la génesis de la depresión**. Situaciones de estrés significativo en la vida diaria, especialmente eventos como separaciones y pérdidas suelen preceder a episodios de depresión mayor, aunque generalmente no provocan una depresión intensa de larga duración, excepto en personas con predisposición a trastornos del estado de ánimo.

Las personas que han experimentado un episodio de depresión mayor tienen un mayor riesgo de sufrir recaídas en el futuro. Aquellas con menor flexibilidad emocional y/o tendencia a la ansiedad tienden a ser más propensas a desarrollar un trastorno depresivo, a menudo careciendo de las habilidades sociales necesarias para lidiar con las presiones de la vida. Las comorbilidades con otros trastornos mentales también aumentan el riesgo de padecer depresión.

A nivel demográfico, las mujeres muestran un riesgo mayor, aunque no se ha establecido una teoría que explique completamente esta diferencia. Posibles factores incluyen una mayor exposición o respuesta al estrés diario, niveles elevados de monoaminoxidasa (una enzima que degrada neurotransmisores asociados con el estado de ánimo), tasas más altas de disfunción tiroidea y cambios endocrinos relacionados con la menstruación y la menopausia. En el caso de la depresión periparto, los síntomas aparecen durante el embarazo o en las semanas posteriores al parto (depresión posparto), donde se considera la participación de factores endocrinos, aunque no se ha identificado una causa específica.

En los trastornos afectivos estacionales, los síntomas siguen un patrón estacional, generalmente manifestándose en otoño o invierno, y tienden a ser más frecuentes en regiones con inviernos largos y rigurosos.

Es importante señalar que los síntomas o trastornos depresivos pueden surgir en el contexto de diversas condiciones médicas, como trastornos tiroideos y suprarrenales, tumores cerebrales benignos y malignos, accidentes cerebrovasculares, VIH/SIDA, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. Además, ciertos medicamentos, como los corticosteroides y ciertos beta-bloqueantes, pueden desencadenar o acompañar trastornos depresivos, al igual que el abuso de sustancias recreativas como el alcohol y las anfetaminas. Los efectos tóxicos de estas sustancias o los síntomas de abstinencia a menudo se asocian con síntomas depresivos transitorios (Ghasemi et al., 2017).

Síntomatología

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-V, en inglés), los síntomas principales son:

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). [Nota: En **niños y adolescentes**, el estado de ánimo puede ser irritable.]
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. [Nota: En los **niños**, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.]
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

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



E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el periparto.
- Con patrón estacional (solo episodio recurrente).



Clasificación en el DSM-V

El DSM-V presenta la siguiente clasificación de los trastornos depresivos atendiendo al tiempo de duración, temporalidad y etiología:

- Trastorno depresivo especificado y no especificado
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- De depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor)
- Distimia/Trastorno depresivo persistente
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Derivado de otra afección médica

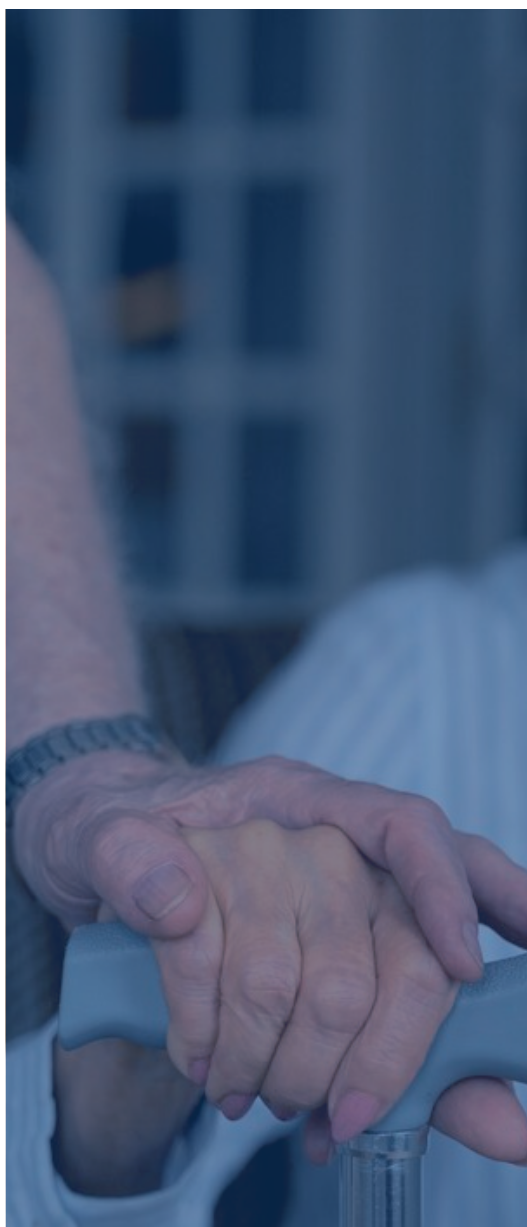
La edición incluye, en relación con la cuarta edición, el trastorno disruptivo por desregulación anímica y añade el trastorno disfórico premenstrual. Este primero trata de evitar el sobrediagnóstico y tratamiento de trastorno bipolar en menores de 18 años. En cuanto al segundo, se constituye como un tipo de depresión tras la ovulación con alto impacto en la funcionalidad. Sumado a ello, se añade un nuevo especificador de síntomas ansiosos específicos (que enfatiza la importancia de atender a aquellos que aparezcan en cuadros depresivos) y el criterio de exclusión de duelo es eliminado.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de los trastornos depresivos se fundamenta en la identificación de los indicadores y síntomas, junto con los criterios clínicos previamente mencionados. Se emplean preguntas específicas de respuesta cerrada para determinar si los pacientes presentan los síntomas requeridos por el DSM-V para diagnosticar la depresión mayor. Para distinguir entre los trastornos depresivos y las fluctuaciones normales del estado de ánimo, se debe observar una angustia considerable o una disminución en el funcionamiento social, laboral y en otras áreas importantes.

La gravedad se determina mediante la **intensidad del sufrimiento y la discapacidad, tanto en términos físicos como en el ámbito social y laboral, y también según la duración de los síntomas**. Es crucial que un profesional de la salud pregunte de manera sensible pero directa a los pacientes acerca de pensamientos o planes de autolesiones o de hacer daño a otros, antecedentes de amenazas o intentos de suicidio, y otros factores de riesgo. La presencia de psicosis y catatonía sugiere una depresión severa, mientras que características melancólicas indican una depresión de gravedad moderada o severa. Los problemas físicos concurrentes, así como los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad, pueden agravar la situación.

Es esencial distinguir entre los **trastornos depresivos y la desmoralización o la tristeza**. Otros trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad, pueden imitar o complicar el diagnóstico de la depresión, y en ocasiones, se presentan en combinación. Asimismo, es necesario diferenciar la depresión mayor (trastorno unipolar) del trastorno bipolar.



Por otra parte, en pacientes de edad avanzada, la depresión, a menudo, se manifiesta como demencia depresiva, que comparte muchos signos y síntomas con la demencia, como la ralentización psicomotora y la falta de concentración. Sin embargo, en casos de demencia temprana, la depresión puede preceder a la demencia. En general, cuando existe incertidumbre en el diagnóstico, se debe considerar el tratamiento de un trastorno depresivo. Diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los trastornos por abuso de sustancias puede ser complicado, especialmente cuando coexisten y se influyen mutuamente.

Finalmente, como hemos mencionado, es importante **descartar causas físicas de los síntomas depresivos**. El hipotiroidismo es un factor común que puede desencadenar síntomas de depresión, especialmente en la población anciana. La enfermedad de Parkinson, en particular, puede manifestarse con síntomas similares a la depresión, como la falta de energía, la expresión reducida y la disminución de la movilidad. Se requiere una evaluación neurológica exhaustiva para descartar esta afección [Coryell, 2022].

Evaluación inicial

Existen varios cuestionarios breves disponibles para detectar la depresión, los cuales pueden ayudar a identificar algunos síntomas depresivos. No obstante, el diagnóstico no debe basarse únicamente en estos cuestionarios. Sin embargo, estas herramientas resultan útiles para identificar a las personas en riesgo que requieren una evaluación más profunda. Algunas de las herramientas de detección más utilizadas son el **Cuestionario de Salud del Paciente-9** (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9, en inglés) y el **Inventario de Depresión de Beck** (*Beck Depression Inventory*, BDI, en inglés).

Ningún resultado en análisis de laboratorio es específico de los trastornos depresivos. No obstante, se realizan pruebas de laboratorio para descartar problemas físicos que puedan desencadenar la depresión. Esto incluye análisis de sangre completo, medición de los niveles de hormona estimulante de la tiroides y electrolitos, así como análisis de vitamina B12 y ácido fólico de rutina. En hombres mayores, se puede medir también la testosterona. En algunos casos, se pueden realizar pruebas para detectar el uso de drogas ilegales.



MÓDULO II

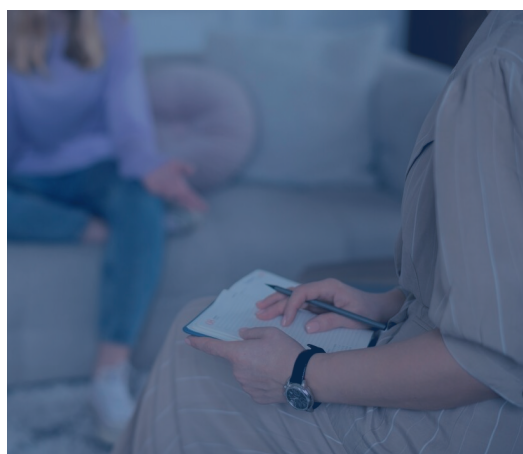
Terapia cognitivo conductual
en la depresión

La psicoterapia se puede definir como la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones y/u otras características personales en las direcciones que los participantes consideren deseables.

Concretamente, la terapia cognitivo conductual es una de las terapias psicológicas más respaldadas por evidencia científica en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, como la depresión, trastornos de ansiedad, trastorno somatoforme y el abuso de sustancias. Más recientemente, su aplicación se ha ampliado para abordar trastornos psicóticos, medicina del comportamiento, problemas matrimoniales, situaciones de estrés y otras condiciones clínicas.

Los enfoques de la terapia cognitivo conductual de la tercera ola consideran las cogniciones y los procesos cognitivos como eventos psicológicos privados y se centran en cómo afectan la respuesta emocional a una situación. Esto implica examinar cómo las personas intentan suprimir pensamientos angustiantes o evitar cualquier pensamiento, sentimiento o recuerdo que les cause malestar. **A diferencia de la terapia cognitivo conductual tradicional**, que se enfoca en vincular pensamientos, sentimientos y comportamientos y abordar directamente las situaciones o desencadenantes que generan una respuesta emocional, fomentando la evaluación cognitiva de estos desencadenantes y trabajando en cambiar el contenido de las cogniciones.

Así pues, los enfoques de terapia cognitivo conductual utilizan estrategias como ejercicios de atención plena (por ejemplo, escaneo corporal, meditación de atención plena de los sentidos), aceptación de pensamientos y sentimientos no deseados y/o defusión cognitiva (dando un retroceso y viendo los pensamientos como solo pensamientos) para provocar un cambio en el proceso de pensamiento y reducir los síntomas de la depresión.



Por lo expuesto, no hay que olvidar que **la terapia cognitivo conductual se considera una "familia" de terapias relacionadas** y los protocolos de intervención incorporan una variedad de componentes como la psicoeducación, la tarea, la activación conductual y la resolución de problemas. Por lo que hay que tener en cuenta que las intervenciones de terapia cognitivo conductual son complejas, ya que incluyen múltiples componentes de contenido y se pueden realizar de diferentes maneras [López-López, 2019].

Numerosos estudios han demostrado la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, evidenciado incluso que esta es una estrategia de tratamiento eficaz para la depresión y que su combinación con medicación es más efectiva que el uso de medicación sola. Además, se ha observado que los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual presentan tasas más bajas de recaída en comparación con aquellos que solo reciben medicación. Con esto, si bien la terapia cognitivo conductual constituye el formato estándar de oro, el tratamiento también se puede administrar como terapia de grupo o autoayuda guiada, por ejemplo, a través de Internet o como biblioterapia. También son posibles intervenciones híbridas, que incluyen sesiones presenciales y funciones multimedia [Santoft et al., 2019].

En cuanto a los tratamientos, la mayoría de los pacientes con depresión prefieren el tratamiento psicológico a la farmacoterapia, y el tratamiento psicológico que más se ha estudiado en el tratamiento de la depresión es la terapia cognitivo conductual. Y es que, este segundo, a pesar de constar con una eficacia probada en la depresión aguda, tiene tasas de adherencia muy bajas, en parte debido a las preocupaciones de los pacientes sobre los efectos secundarios y la posible dependencia [Churchill et al., 2013].

Las directrices de tratamiento para la depresión sugieren que las intervenciones psicológicas son una opción efectiva y aceptable, especialmente para casos leves a moderados de depresión, tienen efectos más duraderos que los medicamentos y se pueden aplicar de forma flexible con diferentes formatos y en diferentes grupos objetivo. Sin embargo, debido a la disponibilidad limitada de terapeutas capacitados y las preferencias de los pacientes, se tiende a utilizar, paradójicamente, la medicación como el enfoque principal en el tratamiento de la depresión.

Tipos

En el contexto de la revisión actual, el factor determinante para clasificar un enfoque de terapia cognitivo conductual como de tercera ola fue que la terapia se centrara en **cambiar la función de los pensamientos en lugar de su contenido**. Los enfoques de terapia cognitivo conductual de tercera ola se dividieron en siete categorías principales, siguiendo los principios teóricos establecidos por los autores de los ensayos:

- Terapia de aceptación y compromiso: En esta los terapeutas trabajan en transformar la relación entre los síntomas y los pensamientos/sentimientos difíciles, de modo que los síntomas ya no tengan que ser evitados, convirtiéndolos en eventos psicológicos incómodos pero transitorios. Los clientes se animan a desarrollar flexibilidad psicológica a través de seis principios básicos.

- Entrenamiento mental compasivo: Motiva a las personas a cuidar de su propio bienestar, ser sensibles a sus necesidades y mostrar compasión hacia sí mismas, lo que puede fomentar comportamientos prosociales.
- Psicoterapia analítica funcional: Considera la cognición como un tipo de comportamiento encubierto y se enfoca en la relación entre la cognición y el comportamiento, utilizando la relación cliente-terapeuta como una oportunidad de enseñanza en vivo.
- Activación conductual: La original incluye técnicas de relajación y habilidades sociales, pero se ha expandido para abordar la evitación y el afrontamiento inútil, alentando a las personas a desviar su atención de los pensamientos negativos hacia la experiencia inmediata.
- Terapia metacognitiva: Se basa en la idea de que la depresión se mantiene a través de patrones de pensamiento problemáticos y la rumiación. Se centra en mejorar el control de los pensamientos y reducir la rumiación.
- Terapia cognitiva basada en la atención plena: Combina la terapia cognitiva con la práctica de la atención plena, ayudando a las personas a prestar atención al momento presente y observar sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos.
- Terapia de comportamiento dialéctico: Originalmente desarrollada para tratar a personas con trastorno límite de la personalidad, se ha modificado para su uso con adultos mayores deprimidos. Se centra en habilidades de afrontamiento que incluyen la aceptación de elementos de la vida que no se pueden cambiar, la conciencia, la tolerancia al sufrimiento, la acción opuesta y la mejora de la eficacia interpersonal. Aunque a menudo se consideran enfoques de terapia cognitivo conductual de tercera ola, algunos de sus creadores no los ven necesariamente de esa manera.

Los tipos de terapia más utilizados:

Los tipos de terapia que se han examinado mejor en entornos de atención primaria son la terapia cognitivo conductual, la terapia de activación conductual, la psicoterapia interpersonal, la terapia de resolución de problemas y el asesoramiento no directivo. Recordemos que además de la reestructuración cognitiva, los componentes conductuales desempeñan un papel importante como factores de tratamiento activo [Cuijpers et al., 2019].

Tabla 1

Psicoterapias efectivas en el tratamiento de la depresión

Terapia	Descripción
Terapia cognitiva conductual	• El mejor tipo de psicoterapia examinada que está disponible actualmente, también en atención primaria. • Aunque es el tipo de terapia mejor estudiado, no hay evidencia de que sea más eficaz que otras terapias. • El terapeuta se centra en el impacto que los pensamientos disfuncionales actuales de un paciente tienen en el comportamiento actual y el funcionamiento futuro. • Tiene como objetivo evaluar, desafiar y modificar las creencias disfuncionales de un paciente [reestructuración cognitiva]. • Los terapeutas ejercen una influencia activa sobre las interacciones terapéuticas y los temas de discusión, utilizan un enfoque psicoeducativo y enseñan a los pacientes nuevas formas de hacer frente a situaciones estresantes.
Terapia de activación conductual	• A menudo se combina con la anterior, pero también se puede ofrecer como un tratamiento separado. • El paciente registra una rutina agradable y actividades esenciales. • Se estimula al paciente para aumentar las interacciones positivas con su entorno. • La entrega de esta es menos complicada que la anterior. • La formación en habilidades sociales también puede ser parte de la intervención.

Psicoterapia interpersonal	• Una psicoterapia manual altamente estructurada que aborda los problemas interpersonales en la depresión con exclusión de todos los demás focos de atención clínica. • En la atención secundaria, generalmente se utiliza la versión completa de 16 sesiones, pero también hay una versión breve de asesoramiento interpersonal que se desarrolló para la atención primaria. • No tiene un origen teórico específico, aunque su base teórica puede verse como parte del trabajo de Sullivan, Meyer y Bowlby. • La forma actual del tratamiento fue desarrollada por el difunto Gerald Klerman y Myrna Weissman en la década de 1980.
Terapia de resolución de problemas	• Los pacientes aprenden a resolver sistemáticamente sus problemas en una serie de pasos. • Primero, se definen los problemas, luego se generan tantas soluciones como sea posible, se elige la mejor, se hace un plan para hacerlo realmente, se ejecuta el plan y finalmente se evalúa si el problema está resuelto. Si no, el paciente debe volver al primer paso. • Se desarrolló originalmente como una intervención de 12 sesiones que tenía como objetivo la resolución de problemas y también el cambio de actitudes y creencias que inhiben la resolución efectiva de problemas. • Sin embargo, en la década de 1990, se desarrolló una breve versión de 6 sesiones específicamente para la atención primaria.

Asesoramiento no directivo	• El asesoramiento es una terapia no estructurada sin técnicas psicológicas específicas distintas de las comunes a todos los enfoques, como ayudar a las personas a ventilar sus experiencias y emociones y ofrecer empatía. • No está dirigido a soluciones ni a adquirir nuevas habilidades. • La suposición es que el alivio de los problemas personales se puede lograr a través de la discusión con otros. • A menudo se describe en la literatura como terapia de apoyo (no directiva).
----------------------------	--

Nota. Tipos de intervenciones psicológicas más importantes en atención primaria.

Ventajas en el tratamiento de la depresión

Como se ha expuesto, la terapia cognitivo conductual ofrece notables ventajas en el tratamiento de la depresión. A través ella, los individuos pueden adquirir **habilidades para afrontar el estrés, resolver problemas y reemplazar patrones de pensamiento distorsionados por otros más realistas y adaptativos**. Además, la terapia cognitivo conductual se centra en objetivos concretos y medibles, lo que facilita la evaluación de su eficacia. Esta terapia puede ser especialmente útil, como hemos mencionado, en casos de depresión leve a moderada, y su enfoque a corto plazo puede llevar a mejoras notables en el bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes.

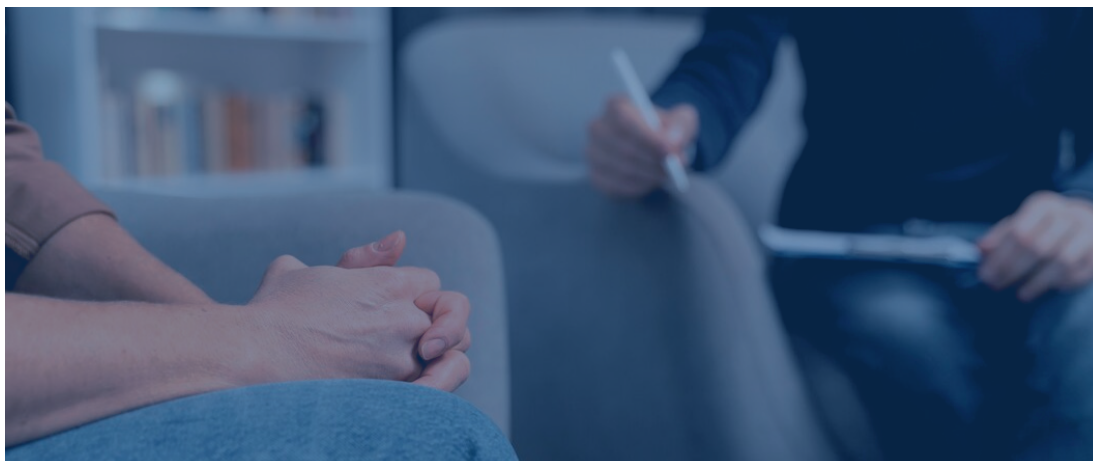


Tabla 2

Ventajas de la terapia cognitiva conductual en la depresión

- Se utiliza para reducir los síntomas de la depresión como tratamiento independiente o en combinación con medicamentos.
- Se utiliza para modificar los esquemas o creencias subyacentes que mantienen la depresión.
- Se puede utilizar para abordar varios problemas psicosociales, por ejemplo, la discordia marital, el estrés laboral que puede contribuir a los síntomas.
- Reducir las posibilidades de recurrencia.
- Aumentar la adherencia al tratamiento médico recomendado.

Nota. Esta tabla muestra algunos de los notables beneficios de la terapia cognitivo-conductual.

Indicaciones y contraindicaciones para la terapia cognitivo conductual

La elección de un enfoque terapéutico adecuado para la atención de la salud mental es un proceso complejo y altamente individualizado que depende de una serie de factores. Entre los aspectos clave que influyen en esta elección se encuentran:

Tabla 3

Indicaciones para la terapia cognitiva conductual [situaciones que pueden requerir un uso preferido de las intervenciones psicológicas]

- Preferencia del cliente.
- Disponibilidad y accesibilidad del terapeuta capacitado.
- Situaciones especiales como niños y adolescentes, embarazo, lactancia, mujeres en grupo de edad fértil que planean el embarazo, comorbilidades médicas, etc.

- Incapacidad para tolerar tratamientos psicofarmacológicos.
- La presencia de factores psicosociales significativos, conflictos intrapsíquicos y dificultades interpersonales.

Nota. Esta tabla muestra algunas consideraciones que mejoran la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de la terapia cognitiva conductual.

Por otro lado, si bien la terapia cognitivo conductual es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada en el campo de la salud mental, conocida por su efectividad en una amplia gama de trastornos psicológicos y emocionales, **no todos los pacientes son candidatos ideales para este enfoque terapéutico**, y existen algunas contraindicaciones y consideraciones importantes que los profesionales de la salud mental deben tener en cuenta:

Tabla 4

Consideraciones fundamentales para garantizar un tratamiento seguro y efectivo en el ámbito de la salud mental

- Trastornos graves de personalidad comórbidos, como los trastornos de personalidad antisocial y la inteligencia anormal: Se menciona que estos trastornos pueden hacer que la terapia cognitiva conductual sea difícil de manejar, aunque no se consideran contraindicaciones absolutas.
- Pacientes con depresión grave con psicosis y/o suicidalidad: En estos casos, se sugiere que la terapia cognitiva conductual por sí sola puede ser insuficiente, y se recomienda considerar medicamentos y otro tratamiento antes de abordar la terapia cognitiva conductual.
- Necesidad de descartar condiciones orgánicas: Antes de considerar la terapia cognitiva conductual, es importante descartar condiciones médicas orgánicas, lo que implica realizar una evaluación clínica y exámenes relevantes según sea necesario.

Nota. No hay una contraindicación absoluta para la terapia cognitiva conductual.

Además, entre otras limitaciones es importante considerar:

Compromiso requerido: Para obtener los máximos beneficios de la terapia cognitiva conductual, el paciente debe estar comprometido con el proceso terapéutico. Esto implica asistir a las sesiones programadas y participar activamente en las tareas y ejercicios entre sesiones. Sin la cooperación del paciente, la terapia cognitiva conductual puede ser menos efectiva.

Tiempo y recursos: El enfoque, a menudo, requiere un compromiso significativo de tiempo. Las sesiones regulares de terapia y la realización de tareas adicionales entre sesiones pueden ocupar una parte importante de la agenda de una persona. Lo que puede ser un desafío para aquellos con horarios ocupados o responsabilidades adicionales.

No adecuada para todos: Como se ha expuesto en la tabla 3, la terapia cognitiva conductual puede no ser la elección adecuada para personas con necesidades de salud mental más complejas, como trastornos psicóticos graves o dificultades de aprendizaje significativas. En tales casos, es posible que se necesite un enfoque terapéutico diferente o una atención especializada.

Enfrentamiento de emociones y ansiedades: Esta modalidad implica explorar y enfrentar las emociones y ansiedades del paciente. Algunas personas pueden experimentar ansiedad o malestar emocional al principio de la terapia mientras exploran estos aspectos, aunque a menudo este malestar es parte del proceso terapéutico y tiende a disminuir con el tiempo.

No aborda problemas sistémicos o familiares: La terapia se centra en el individuo y sus patrones de pensamiento y comportamiento. Es decir, no aborda cuestiones más amplias en sistemas familiares o sociales que puedan estar contribuyendo a los problemas de salud mental. Para cuestiones de este tipo se suele requerir terapia familiar o enfoques terapéuticos sistémicos adicionales.

Es importante recordar que la elección de un enfoque terapéutico debe basarse en las necesidades individuales y la naturaleza de los problemas de salud mental. Un terapeuta experimentado puede evaluar cuál es la terapia más apropiada para cada caso y adaptar el tratamiento según sea necesario.



Temporalidad del tratamiento según la gravedad

La literatura científica ha destacado consistentemente el beneficio significativo asociado con el enfoque de tratamiento combinado para la depresión grave. Este enfoque, que integra tanto la farmacoterapia como la psicoterapia, ha demostrado ser eficaz en mejorar los resultados clínicos y en prevenir recaídas en comparación con la monoterapia. Aunque el tratamiento combinado puede conllevar un mayor costo en comparación con la administración de un único tipo de intervención, los beneficios obtenidos, especialmente en términos de reducción de recaídas, hacen que la inversión sea rentable desde una perspectiva a largo plazo.

Ahora, la duración y la frecuencia de las sesiones terapéuticas en un tratamiento combinado **pueden variar según la respuesta individual del paciente**. Por ende, la adaptabilidad en la programación de sesiones es esencial, permitiendo una personalización del tratamiento de acuerdo con las necesidades específicas y la progresión del paciente en el proceso terapéutico. En esto, debemos tener en cuenta que la capacidad de respuesta del paciente puede influir en el número total de sesiones necesarias para lograr y mantener mejoras significativas en el estado de ánimo y el funcionamiento psicosocial.

Además, se reconoce la importancia de las **sesiones de refuerzo** en el tratamiento combinado, pues dichas sesiones adicionales, realizadas a intervalos específicos, proporcionan una oportunidad para evaluar el mantenimiento de los beneficios terapéuticos y abordar cualquier síntoma residual o posibles desencadenantes de recaída. Nuevamente, la necesidad de sesiones de refuerzo puede variar y dependerá de la evolución del paciente, así como de factores externos que puedan afectar su bienestar psicológico.

En la tabla 5, se puede observar el uso de la terapia cognitiva conductual de acuerdo con la gravedad de la depresión. Ahora, en el tratamiento de la depresión, la elección entre terapia cognitivo conductual y medicación varía según el tipo y la gravedad de la depresión, así como la necesidad de un enfoque combinado.

Para la depresión leve y moderada, tanto la terapia como la medicación se posicionan como opciones de primera línea, con un rango de 8 a 16 sesiones. Y, en casos de depresión severa, la medicación o el tratamiento somático se consideran como primera línea, seguidos por la terapia con una duración de 16 sesiones o más.

Por su parte, en situaciones de depresión crónica o recurrente, se aboga por un enfoque combinado de terapia y medicación, con un número de sesiones que se extiende a 16 o más, y sesiones de refuerzo que pueden continuar hasta 1 o 2 años. Este enfoque integral busca abordar no solo los síntomas inmediatos sino también prevenir recaídas a largo plazo.

Tabla 5

Uso de la terapia cognitivo conductual de acuerdo con la gravedad de la depresión

Tipo de depresión	Descripción	Complementario	Número de sesiones
Leve	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	8-12
Moderado	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	8-16
Severo	Medicación y/o tratamiento somático	Terapia cognitivo conductual	16 o más
Depresión crónica y depresión recurrente	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	Terapia cognitivo conductual o medicamentos	16 o más y sesiones de refuerzo de hasta 1-2 años

Nota. Esta tabla proporciona una referencia práctica para el tratamiento de la depresión, teniendo en cuenta la gravedad de la condición.



Estructura básica de la terapia cognitivo conductual

Conocer la estructura básica de la terapia cognitivo conductual es fundamental en el campo de la salud mental, pues proporciona un marco sólido y sistemático para abordar una amplia variedad de trastornos y problemas psicológicos. Además, dicha comprensión es esencial para adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada paciente, lo que aumenta las posibilidades de lograr resultados positivos en el tratamiento.

Tabla 6*Estructura de la terapia cognitiva conductual*

Tipo de depresión	Descripción	Complementario
1	- Inicio de la sesión - Comprobación del estado de ánimo - Configuración de la agenda - Revisando los deberes	5-10
2	- Discusión de los temas/problemas de la agenda - Descripción de la ocurrencia de un problema específico - Elicitación y confirmación de elementos del modelo cognitivo - Discusión colaborativa sobre cómo abordar un problema - Justificación de la introducción de la intervención - Evaluación de la eficacia de la intervención - Resumen por paciente	35-40

2	- Plan de acción colaborativo por escrito - Planificar y discutir una tarea y cómo abordarla	35-40
3	- Comentarios del terapeuta	1-2

Nota. En esta tabla se muestra la estructura básica de la terapia cognitiva conductual como pilar fundamental para una terapia eficaz y centrada en el paciente en el ámbito de la salud mental.

Tabla 7

Descripción general de la terapia cognitiva conductual para la depresión

- Mutuamente acordado sobre la definición del problema por el terapeuta y el cliente.
- Configuración de objetivos.
- Explicar y familiarizar al cliente con el modelo de cinco áreas de terapia cognitiva conductual.
- Mejorar la conciencia y la comprensión de la actividad y el comportamiento cognitivos.
- Modificación de pensamientos y comportamiento, utilizando principios de diálogo socrático, descubrimiento guiado y experimentos de comportamiento/ejercicio de exposición.
- Aplicación y consolidación de nuevas habilidades y estrategias en sesiones de terapia y sesiones de tareas para generalizarlas a través de las situaciones.
- Prevención de recaídas.
- Fin de la terapia.

Nota. En esta tabla se presentan aspectos importantes a considerar a la hora de realizar la terapia.

MÓDULO III

Modelo, entrevista y gestión del tratamiento

Modelo cognitivo para la depresión

La teoría cognitiva sostiene que las personas **son influenciadas no por los eventos en sí, sino por su percepción de esos eventos**. Esto implica que las diferencias individuales en el proceso de pensamiento inadaptado y la evaluación negativa de los sucesos de la vida conducen al desarrollo de respuestas cognitivas disfuncionales. Tales disfunciones cognitivas, a su vez, son responsables de los demás síntomas en los ámbitos emocional y conductual.

Aaron Beck (1976) formuló un modelo cognitivo de la depresión, que se detalla en la figura 1. Las disfunciones cognitivas se dividen en las siguientes categorías:

- Esquema: La estructura interna estable de la información que generalmente se forma durante los primeros años de vida, también incluye la creencia básica sobre uno mismo.
- El procesamiento de la información y la creencia intermedia generalmente se interpretan como reglas de vida y generalmente se expresan en términos de oraciones de "si y entonces".
- Los pensamientos automáticos, relacionados proximalmente con los eventos cotidianos y en la depresión, a menudo reflejan la tríada cognitiva, es decir, la visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro.

La tríada cognitiva negativa de la depresión dada es la siguiente:

- Estoy indefenso [indefensa].
- El futuro es sombrío [desesperanza].
- No valgo [sin valor].

La implementación práctica del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck conlleva una serie de consideraciones clínicas intrincadas y meticulosas. Estas se centran en la evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas que constituyen los pilares conceptuales de dicha teoría. Veámoslo de forma resumida:

1. **Evaluación de esquemas cognitivos:** La fase inicial de la intervención implica una evaluación minuciosa de los esquemas cognitivos arraigados. Métodos estandarizados y semi-estructurados, incluyendo entrevistas clínicas profundizadas, pruebas psicométricas y cuestionarios autoinformados, son empleados para discernir las creencias nucleares acerca de la autovalía, el entorno y el futuro. Este proceso establece el fundamento necesario para comprender cómo estos esquemas actúan como lentes interpretativas distorsionadoras.

- 2. Abordaje de creencias intermedias:** Las creencias intermedias, conceptualizadas como reglas de vida expresadas en proposiciones condicionales "si y entonces", constituyen objetivos específicos de intervención. La terapia cognitivo-conductual despliega técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar la rigidez de estas creencias automáticas. La modificación de estas reglas de vida contribuye a la desarticulación de patrones de pensamiento disfuncionales.
- 3. Desafío de pensamientos automáticos:** El análisis y modificación de pensamientos automáticos, particularmente aquellos integrados en la tríada cognitiva negativa, ocupa un lugar central en la intervención clínica. Así, la terapia se orienta hacia la identificación y cuestionamiento de tales pensamientos automáticos distorsionados mediante estrategias como la técnica socrática y el registro de pensamientos automáticos. Este proceso promueve una reflexión más precisa y adaptativa.
- 4. Desarrollo de habilidades de autorregulación:** Por su parte, la intervención se extiende hacia el fomento de habilidades de autorregulación emocional. Se instruye a los pacientes en estrategias específicas para reconocer y gestionar emociones negativas asociadas con patrones cognitivos disfuncionales. En esto, la integración de prácticas de atención plena (mindfulness) y técnicas de relajación constituyen componentes integrales para mejorar la conciencia emocional y la capacidad de gestión del malestar.
- 5. Sesiones de refuerzo y prevención de recaídas:** El modelo cognitivo aboga por sesiones de refuerzo sistemáticas a intervalos prescritos para consolidar los cambios cognitivos logrados durante la terapia. Dichas sesiones, de naturaleza preventiva, ofrecen una plataforma para revisar y consolidar las estrategias aprendidas, anticipar posibles recaídas y robustecer la resiliencia cognitiva frente a desafíos futuros.

Entrevista clínica para la terapia cognitivo conductual

En general, una evaluación integral de la depresión debe tener en cuenta todos estos aspectos para diseñar un plan de tratamiento efectivo y adaptado a las necesidades individuales del paciente.



Aspectos para tener en cuenta en la evaluación

Síntomas y cogniciones asociadas:

Los síntomas de la depresión pueden variar, pero comúnmente incluyen una **profunda tristeza, falta de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban (anhedonia), fatiga, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva, dificultades de concentración y pensamientos de suicidio**. La identificación de pensamientos automáticos *negativos* es una parte clave de la terapia cognitiva. Estos pensamientos suelen ser irracionales y pesimistas, como "soy un fracaso" o "nada tiene sentido". Por ello, reconocer y desafiar tales pensamientos puede ayudar a cambiar patrones de pensamiento *negativo*.

Impacto en el funcionamiento:

La depresión puede afectar significativamente la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria. Así, es muy probable que dé lugar a absentismo laboral o escolar, disminución del rendimiento académico o laboral, aislamiento social y problemas en las relaciones interpersonales. En base a lo anterior, comprender cómo el cuadro impacta en el funcionamiento permite a los profesionales de la salud mental abordar los desafíos específicos que enfrenta el paciente y establecer objetivos realistas de tratamiento.

Estrategias de afrontamiento:

Los pacientes con depresión a menudo recurren a estrategias de afrontamiento poco saludables, como el consumo de alcohol o el aislamiento social, como una forma de lidiar con sus síntomas. Estas estrategias pueden proporcionar alivio a corto plazo, pero no abordan las causas subyacentes de la depresión y pueden empeorar la condición a largo plazo. Aspecto que se debe de tener en cuenta de cara a identificar estrategias de afrontamiento más saludables y efectivas, como la comunicación abierta, la actividad física, la terapia y el apoyo social.

Inicio de los síntomas actuales:

Entender cuándo y cómo comenzaron los síntomas de la depresión puede revelar factores desencadenantes o eventos estresantes en la vida del consultante que contribuyeron a su aparición y puede ayudar a identificar las distorsiones cognitivas que estén en juego.

Información de antecedentes:

Obtener un historial detallado del consultante, incluyendo su personalidad premórbida, historia de trastornos mentales en la familia y experiencias de vida pasadas, es esencial para comprender la vulnerabilidad al trastorno. Y es que, algunas personas pueden tener una predisposición genética o haber experimentado traumas en el pasado que aumentan su susceptibilidad a esta.

Gestión del tratamiento en la depresión

Inicio del tratamiento

El inicio del tratamiento se enfoca en la primera entrevista y tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Establecer una alianza terapéutica cálida y colaborativa: Durante esta etapa, se busca establecer una relación de confianza y colaboración entre el terapeuta y el paciente. Una relación terapéutica sólida es crucial para el éxito del tratamiento.
- Identificar problemas y objetivos: Se realiza una revisión de los problemas específicos que el paciente enfrenta, ya sea relacionados con los síntomas de la depresión o problemas sociales, como conflictos familiares. Se selecciona un problema inicial para abordar y se establecen objetivos terapéuticos.
- Educar al paciente sobre el modelo cognitivo: Se brinda al paciente una comprensión básica de cómo los pensamientos afectan las emociones y el comportamiento. Se explora el círculo vicioso que mantiene la depresión y se utiliza la información proporcionada por el paciente para ilustrar este concepto.
- Introducción a las opciones de tratamiento: El paciente recibe información sobre las diferentes intervenciones y procedimientos terapéuticos disponibles. Esto incluye una descripción de la terapia cognitivo conductual y cómo se llevará a cabo en sesiones posteriores.



Dentro del marco de la terapia cognitivo conductual, la estructura de las sesiones puede dividirse en tres partes:

1. **Identificación de problemas y objetivos:** Se elabora una lista de problemas específicos que el paciente enfrenta, lo que incluye síntomas de depresión y desafíos sociales. Esta lista se utiliza para planificar los objetivos del tratamiento.
2. **Introducción del modelo cognitivo de la depresión:** En la primera sesión, el paciente aprende cómo las cogniciones influyen en las emociones y el comportamiento. Los datos proporcionados por el paciente se utilizan para ilustrar cómo los pensamientos afectan su bienestar.
3. **Determinación de por dónde comenzar:** El terapeuta y el paciente acuerdan un objetivo de tratamiento común y asignan tareas específicas para abordar este objetivo. La alianza terapéutica es esencial en este proceso, ya que impulsa la colaboración y la implicación activa del paciente en su propia recuperación.

Intervenciones conductuales

Reducción de las rumiaciones:

Las rumiaciones se refieren a la tendencia de las personas con depresión a enfocarse en pensamientos negativos y autocríticos de manera repetitiva. En la terapia cognitivo conductual, se trabaja con los pacientes para que sean conscientes de estas rumiaciones y para que aprendan a redirigir conscientemente su atención hacia aspectos positivos de sus vidas. Esto implica identificar y desafiar los patrones de pensamiento negativos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y constructivos.

Actividades de seguimiento:

La pérdida de interés en las actividades diarias es un síntoma común de la depresión. Los consultantes a menudo experimentan una disminución significativa en su capacidad para disfrutar de las actividades que antes les resultaban placenteras. Para abordar este problema, se utilizan las "actividades de seguimiento" como una herramienta terapéutica.

De esta forma, los pacientes llevan un registro detallado de sus actividades a lo largo del día, anotando la hora en que se realizaron, una calificación de 0 a 10 para el nivel de placer (P) experimentado durante la actividad y una calificación de 0 a 10 para el sentido de logro (M) que experimentaron. Las calificaciones P indican cuán agradable fue la actividad, mientras que las calificaciones M se refieren a cuánto logro sintieron en el momento de llevarla a cabo.

La mayoría tiende a calificar sus actividades con valores bajos en el sentido de logro. Por lo tanto, es importante explicar que la calificación M se refiere al logro en función de cómo se sintieron en el momento de realizar la actividad. Esto les ayuda a cambiar su perspectiva y a valorar sus esfuerzos y logros de una manera más realista.

Además, se les instruye a calificar sus actividades de forma inmediata y no retrospectiva, lo que les ayuda a ser más conscientes de sus experiencias actuales y a romper el patrón de evitación y apatía que a menudo acompaña a la depresión. Estas actividades de seguimiento son útiles para aumentar la sensación de autonomía y autoeficacia, especialmente.

Planificación de actividades:

Una vez que el paciente aprende a automonitorizar las actividades de cada día se planifica con antelación. Entre algunos de sus beneficios se destaca que:

- **Proporciona estructura y establece prioridades:** La planificación de actividades ayuda a los pacientes a organizar su día de manera efectiva, lo que les da una sensación de estructura y ayuda a establecer prioridades en sus actividades.
- **Evita la toma de decisiones constante:** Al planificar de antemano, se reduce la necesidad de tomar decisiones continuas sobre qué hacer a continuación. Esto alivia la carga mental y la sensación de abrumamiento que a menudo acompaña a la depresión.
- **Cambia la percepción del caos a tareas manejables:** La planificación transforma lo que podría parecer un día caótico en una serie de tareas manejables y realizables. Esto puede ayudar a los pacientes a sentirse menos abrumados.
- **Aumenta la probabilidad de llevar a cabo actividades:** Al tener un plan en su lugar, los pacientes son más propensos a participar en actividades en lugar de evadirlas, lo que es común en la depresión.
- **Mejora el sentido de control:** La planificación de actividades empodera a los pacientes al brindarles un mayor sentido de control sobre su día y su vida en general.



Componentes de la planificación de actividades:

- **Equilibrio entre placer y dominio:** Se busca que las actividades planificadas equilibren la sensación de placer y logro. Esto significa incluir tanto actividades que proporcionen satisfacción personal como aquellas que ofrezcan un sentido de logro.
- **Tareas graduadas:** Las actividades que los pacientes generalmente evitan se pueden dividir en tareas más pequeñas y manejables. Esto les permite abordar desafíos de manera progresiva y aumentar su autoconfianza.
- **Automonitoreo de pensamientos negativos inútiles:** Los pacientes también son alentados a llevar un registro de los pensamientos negativos relacionados con las tareas. Esto les ayuda a identificar y desafiar patrones de pensamiento destructivos.

Otras actividades de comportamiento importantes:

- **Meditación de atención plena:** La atención plena ayuda a los pacientes a mantenerse enfocados en el presente, alejándose de las ruminaciones y promoviendo la aceptación y la tranquilidad.
- **Aproximación sucesiva:** Dividir tareas más grandes en tareas más pequeñas facilita su realización y reduce la sensación de abrumamiento.
- **Visualizar la mejor parte del día:** Fomentar a los pacientes a imaginar y anticipar las partes del día que esperan con optimismo puede mejorar su estado de ánimo y motivación.
- **Programación de actividades agradables:** Planificar actividades placenteras y gratificantes en el futuro cercano proporciona una sensación de anticipación y satisfacción, lo que puede ser un poderoso impulso para el bienestar.

Trabajar con pensamientos automáticos *negativos*:

Los pacientes aprenden a registrar incidentes perturbadores tan pronto como sea posible después de que ocurran [el retraso hace que sea difícil recordar pensamientos y sentimientos con precisión]. Aprenden:

- Identificar emociones desagradables [por ejemplo, desesperación, ira, culpa], signos de que el pensamiento *negativo* está presente. Las emociones se clasifican para la intensidad en una escala de 0 a 100. Estas calificaciones [aunque el paciente puede resultarles difíciles al principio] ayudan a hacer pequeños cambios en el estado emocional obvios cuando comienza la búsqueda de alternativas a los pensamientos *negativos*. Esto es importante, ya que el cambio rara vez es todo o nada, y de lo contrario se pueden perder pequeñas mejoras.

- Para identificar la situación problemática. ¿Qué estaba haciendo o pensando el paciente cuando se produjo la dolorosa emoción (por ejemplo, "esperando en la caja del supermercado", "preocupándose de que mi marido llegue tarde a casa")?
- Identificar pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones desagradables. Las sesiones dirigen al terapeuta a preguntar: "¿Y qué pasó por tu mente en ese momento?" Los pacientes se vuelven conscientes de los pensamientos, imágenes o significados implícitos que están presentes cuando se producen cambios emocionales y se registran. La creencia en cada pensamiento también se califica entre un 0 % y un 100 %.

Tabla 8

La herramienta principal para este registro de pensamiento automático negativo

Registro de pensamiento 1				
Situación (escribe los detalles exactos de la situación específica)	Emociones (Clase 0-100%)	Conducta	Reacciones físicas	Pensamiento/imágenes automáticas (identificar el pensamiento más importante)

Registro de pensamiento 2						
Situación (escribe los detalles exactos de la situación específica)	Emociones (Clase 0-100%)	Pensamiento/imágenes automáticas (identificar el pensamiento más importante)	Evidencia de pensamientos automáticos	Evidencia contra los pensamientos automáticos	Pensamiento equilibrado	Califica la emoción ahora (0-100%)

Nota. Dos formas para registrar pensamientos que luego se verán de forma conjunta en la sesión.

Cuestionando pensamientos *negativos* y automáticos:

El terapeuta puede ayudar al paciente a descubrir pensamientos automáticos disfuncionales a través del "descubrimiento guiado".

1. ¿Qué es la evidencia?
2. ¿Cuáles son las opiniones alternativas?
3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de esta forma de pensar?
4. ¿Cuáles son mis prejuicios de pensamiento?

Las distorsiones cognitivas comunes son:

- **Blanco y negro** (también llamado pensamiento todo o nada, polarizado o dicotómica): Situaciones vistas en solo dos categorías en lugar de en un continuo. Ejemplo: "Si no supero los exámenes. Soy un fracaso".
- **Adivinación** (también llamada catastrofización): El futuro se predice negativamente sin tener en cuenta otros resultados posibles y más probables. Ejemplo: "Estaré tan molesto que no podré funcionar en absoluto".
- **Descalificar o descontar lo positivo**: La persona se dice a sí misma de manera injustificada que las experiencias, los actos o las cualidades positivas no cuentan. Ejemplo: "He aprobado el examen, pero eso no significa que sea competente; fue una casualidad".
- **Razonamiento emocional**: Uno piensa que algo debe ser cierto porque él/ella "se siente" (en realidad lo cree) con tanta fuerza, ignorando o descontando la evidencia de lo contrario. Ejemplo: "Sé que completo con éxito la mayoría de mis tareas, pero todavía siento que soy incompetente".
- **Etiquetado**: Uno pone una etiqueta fija y global en uno mismo o en los demás sin considerar que la evidencia podría conducir más razonablemente a una conclusión menos desastrosa. Ejemplo: "Soy un fracaso. No es lo suficientemente bueno".
- **Ampliación/minimización**: Cuando uno se evalúa a sí mismo, a otra persona o una situación, uno magnifica irrazonablemente lo negativo y/o minimiza lo positivo. Ejemplo: "Obtener una calificación C en los exámenes demuestra lo mediocre que soy. Obtener altas calificaciones no significa que sea inteligente".
- **Abstracción selectiva** (también llamada filtro mental): Uno presta una atención indebida a los detalles negativos en lugar de ver la imagen completa. Ejemplo: "Debido a que solo obtuve notas de aprobación en una asignatura en mis exámenes (que también contenía distinciones en otras asignaturas), significa que no soy un buen estudiante".
- **Lectura de la mente**: Uno cree que sabe lo que otros están pensando, sin considerar otras posibilidades más probables. Ejemplo: "Asumo que su jefe piensa que soy un novato para esta tarea".
- **Exceso de generalización**: uno llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de la situación actual. Ejemplo: "[Porque me sentí incómodo en la reunión] No tengo lo que se necesita para ser un líder de grupo".
- **Personalización**: Se cree que otros se están comportando negativamente debido a él/ella, sin explorar explicaciones alternativas para su comportamiento. Ejemplo: "El vigilante no me sonrió porque hice algo mal".

- **Imperativos** (también llamados declaraciones de "debería"): Uno tiene una idea precisa y fija de cómo uno u otros deben comportarse, y sobreestiman lo malo que es que no se cumplan estas expectativas. Ejemplo: "Es terrible que estornude porque soy un entrenador de gimnasio".
- **Visión de túnel:** uno solo ve los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: "Mi subordinado no puede hacer nada bien. Es insensible, casual e insensible hacia su trabajo".



MÓDULO IV

Fin del tratamiento y factores claves

La terapia cognitivo conductual es una forma de terapia dirigida a objetivos limitados en el tiempo. Por lo tanto, el paciente es informado sobre el final del tratamiento con antelación. Esto se puede hacer a través de las siguientes etapas.

- Identificación de suposiciones disfuncionales.
- Consolidar el plan de aprendizaje.
- Preparación para el revés.

Identificación de suposiciones disfuncionales

Una vez que el paciente es capaz de identificar pensamientos automáticos *negativos*. Antes de finalizar el tratamiento, los pacientes deben ser conscientes de las suposiciones disfuncionales.

- I. ¿De dónde viene esta regla? Identificar la fuente de una suposición disfuncional (por ejemplo, la crítica de los padres) a menudo ayuda a fomentar la distancia al sugerir que su desarrollo es comprensible, aunque puede que ya no sea relevante o útil.
- II. ¿De qué manera la regla no es realista? Las suposiciones disfuncionales no encajan en la forma en que funciona el mundo. Operan por extremos, que se reflejan en su lenguaje (siempre/nunca en lugar de parte del tiempo; debe/debe/debería en lugar de querer/preferir/le gustaría).
- III. ¿De qué manera es útil la regla? Las suposiciones disfuncionales no suelen ser totalmente negativas en sus efectos. Por ejemplo, el perfeccionismo puede conducir a un rendimiento genuino y de alta calidad. Si tales ventajas no se reconocen y se tienen en cuenta cuando se formulan nuevas suposiciones, el paciente puede ser reacio a seguir adelante.
- IV. ¿De qué manera la regla no es útil? Las ventajas de las suposiciones disfuncionales normalmente se compensan con sus costos. El perfeccionismo conduce a recompensas, pero también socava la satisfacción con los logros y evita que la gente aprenda de la crítica constructiva.
- V. ¿Qué regla alternativa podría ser más realista y útil? Una vez que se ha socavado la antigua suposición, es útil formular una alternativa explícita (por ejemplo, "Es bueno hacer las cosas bien, pero solo soy humano, a veces cometo errores"). Esto proporciona una nueva pauta para vivir, en lugar de simplemente socavar el antiguo sistema.
- VI. ¿Qué hay que hacer para consolidar la nueva regla? Al igual que con los pensamientos automáticos negativos, la reevaluación se hace realidad mejor a través de la experiencia: experimentos conductuales.

Consolidar el plan de aprendizaje

El paciente debe ser capaz de resumir todo lo que ha aprendido a lo largo de las sesiones.

Las siguientes preguntas podrían ayudar a establecer el marco:

- I. ¿Cómo se desarrollaron mis problemas? (creencias y suposiciones inútiles, las experiencias que llevaron a su formación, los eventos que precipitan el inicio).
- II. ¿Qué los mantuvo en marcha? (factores de mantenimiento).
- III. ¿Qué aprendí de la terapia que me ayudó? Técnicas (por ejemplo, programación de actividades) e ideas (por ejemplo, "puedo hacer algo para influir en mi estado de ánimo").
- IV. ¿Cuáles fueron mis pensamientos y suposiciones negativas más inútiles? ¿Qué alternativas encontré para ellos? (resumido en dos columnas).
- V. ¿Cómo puedo construir sobre lo que he aprendido? (un plan de acción sólido, práctico y claramente especificado).

Preparación para la recaída

Dado que la depresión es una enfermedad recurrente, el paciente debe ser consciente de la posibilidad de recaída.

- I. ¿Qué podría llevarme a un revés? Por ejemplo, pérdidas futuras (por ejemplo, niños que salen de casa) y tensiones (por ejemplo, dificultades financieras), es decir, eventos que afectaron a las vulnerabilidades de los pacientes y, por lo tanto, pueden ser interpretados negativamente.
- II. ¿Qué señales de alerta tempranas necesito estar alerta?
- III. Se identifican y enumeran los sentimientos, comportamientos y síntomas que podrían indicar el comienzo de otra depresión.
- IV. Si me doy cuenta de que me estoy deprimiendo de nuevo, ¿qué debo hacer? Aquí se necesitan instrucciones claras y sencillas, que tendrán sentido a pesar del mal humor. Se debe hacer referencia a las ideas y técnicas específicas resumidas anteriormente en el plan.

Aspectos que cuidar en terapia

Factores facilitadores o no del paciente y profesional en terapia

El inicio del tratamiento se enfoca en la primera entrevista y tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Mentalidad psicológica de los pacientes: Los pacientes que son capaces de entender y etiquetar sus sentimientos y emociones generalmente responden mejor a la terapia cognitivo conductual. Y es que, en el curso del tratamiento aprenden esas habilidades durante el proceso.
- El nivel intelectual del paciente también podría afectar a la eficacia general del tratamiento.
- Voluntad y motivación por parte de los pacientes: Aunque no es un requisito previo, los pacientes que están motivados para analizar sus sentimientos y están listos para someterse a varias tareas muestran una mejor respuesta al tratamiento.
- La preferencia del consultante es el factor más importante: Después de la evaluación inicial del paciente, a aquellos que prefieren el tratamiento psicológico se les puede ofrecer solo o en combinación, dependiendo del tipo de depresión.
- Las personas con depresión leve a moderada de terapia cognitivo conductual se pueden recomendar como primera línea de tratamiento.
- Los pacientes con depresión grave pueden necesitar una combinación de terapia cognitivo conductual y medicamentos (y otros tratamientos).
- Situaciones especiales como niños y adolescentes, embarazo, lactancia, mujeres en grupo de edad fértil planificación para el embarazo, comorbilidades médicas.
- Incapacidad para tolerar el tratamiento psicofarmacológico.
- La presencia de factores psicosociales significativos, conflictos intrapsíquicos y dificultades interpersonales.
- Disponibilidad de terapeuta/psiquiatra cognitivo-conductual.
- La capacidad del terapeuta para formar una alianza terapéutica con el paciente.

Actitudes deseables del terapeuta

- La tarea fundamental es inspirar confianza. Este objetivo se logra mediante la aplicación de consideración positiva incondicional, empatía genuina y congruencia, siguiendo los principios de Carl Rogers. La congruencia implica ser auténtico y transparente, mostrando coherencia entre lo que se dice y se hace. Asimismo, es crucial que el paciente perciba que el terapeuta está bien preparado para abordar sus problemas y desafíos.
- La relación terapéutica se nutre también de una actitud de trabajo en equipo que destaca y mantiene el terapeuta en todo momento. Esta perspectiva colaborativa subraya la importancia de abordar los problemas como un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el consultante, fomentando así un enfoque más efectivo hacia el cambio y el crecimiento.
- La actitud positiva, caracterizada por el reencuadre y la búsqueda de aspectos útiles en cualquier situación, se manifiesta con ejemplos concretos. Por ejemplo, ante la manifestación de escepticismo por parte del paciente, el terapeuta podría expresar: "Es muy útil que te cuestiones las cosas y busques evidencias para aceptar o rechazar una idea". De manera similar, cuando se abordan impulsos suicidas, el profesional podría explicar su utilidad en términos del aprendizaje dependiente del estado emocional.
- La habilidad para hacer resúmenes de lo expresado por el consultante y la solicitud de que este también realice resúmenes son estrategias que fortalecen la comprensión mutua y el trabajo en equipo. Esto se alinea con la práctica de hacer preguntas, que desempeña múltiples roles, como asegurarse de la comprensión del paciente, conocer su actitud hacia la terapia, explorar su marco de referencia y dirigir su atención al examen de sus cogniciones.
- El humor se utiliza con prudencia y sensatez para destacar lo absurdo y perjudicial de algunas ideas, buscando provocar una disonancia cognitiva. Sin embargo, se enfatiza la importancia de cuidar que la persona no interprete mal estas intervenciones humorísticas.
- La comprensión del paradigma personal del consultante es clave, reconociendo que sus ideas pueden parecer razonables y plausibles desde su perspectiva. El terapeuta se esfuerza por comprender su punto de vista antes de proponer alternativas, evitando ataques directos que podrían afectar la percepción de ser comprendido por el paciente.
- El uso de preguntas como herramienta central implica diversos propósitos, desde asegurarse de la comprensión de quien acude a terapia hasta inducirlo a hacerse preguntas a sí mismo. Estas preguntas se integran en el diálogo interno del paciente, fomentando prácticas cognitivas que contribuyen al proceso terapéutico.

Veamos algunos ejemplos:

- **Inspirar confianza:**

Ejemplo: El paciente comparte un temor profundo y vulnerable. El terapeuta responde con empatía, diciendo: "Aprecio tu valentía al compartir eso. Estoy aquí para apoyarte en este proceso, y juntos encontraremos maneras de abordar este miedo".

- **Trabajo en equipo:**

Ejemplo: Durante una sesión, el terapeuta destaca la colaboración al decir: "Recuerda que estamos trabajando juntos en esto. Tú aportas tu experiencia y conocimientos, y yo aportó herramientas y orientación. Juntos, podemos lograr un cambio significativo".

- **Actitud positiva y reencuadre:**

Ejemplo: Ante un pensamiento negativo, el terapeuta podría señalar: "Es comprensible que veas la situación así, pero ¿has considerado que esta dificultad también podría ser una oportunidad para aprender y crecer?".

- **Hacer resúmenes y preguntas:**

Ejemplo: Después de que el paciente comparte sus experiencias, el terapeuta resume: "Entiendo que te sientes abrumado en situaciones similares. ¿Cómo describirías tus pensamientos en ese momento?".

- **Uso del humor:**

Ejemplo: Ante una situación tensa, el terapeuta podría introducir humor de manera cuidadosa: "A veces, la vida nos presenta desafíos absurdos. ¿Cómo podríamos ver esta situación desde una perspectiva un poco más ligera?".

- **Comprender el paradigma personal:**

Ejemplo: Cuando el paciente expresa una creencia negativa arraigada, el terapeuta podría decir: "Entiendo que eso es lo que sientes en este momento. Quisiera entender mejor cómo llegaste a esa conclusión. ¿Hay eventos pasados que influyeron en esta forma de pensar?".

- **Hacer preguntas para el aprendizaje guiado:**

Ejemplo: En lugar de dar una respuesta directa, el terapeuta podría preguntar: "¿Cómo te sientes respecto a esa situación ahora? ¿Qué otras interpretaciones podrían tener esos eventos?".

- **Habilidad para el diálogo interno:**

Ejemplo: El terapeuta alienta al paciente a hacer preguntas a sí mismo, diciendo: "Cuando te enfrentes a pensamientos negativos, intenta preguntarte a ti mismo, ¿qué evidencia tengo para respaldar esta creencia? ¿Hay otras formas de ver esto?".

Solución a posibles obstáculos

Cuando surgen obstáculos entre un terapeuta y su paciente, es esencial abordarlos de manera efectiva para garantizar que el tratamiento siga siendo beneficioso y productivo. A continuación, algunas acciones a considerar según el caso [Gimeno, 2022]:

Si el consultante indica algún problema en la relación terapéutica:

- Hablar sobre la alianza directamente con él explicando su importancia y significado en psicoterapia.
- Dar y pedir feedback sobre la relación que mantienen. ¿Qué está sucediendo entre clínico y consultante?
- Invertir más tiempo en explorar su experiencia (cómo se siente con respecto a la terapia o qué dificultades se encuentra, por ejemplo).
- Discutir experiencias compartidas.
- Revisar si hay acuerdo en las metas y tareas terapéuticas.
- Aclarar posibles malentendidos.
- Dar más feedback positivo.
- Usar más comunicaciones empáticas.
- Discutir si el estilo del clínico encaja con sus necesidades.
- Trabajar con la transferencia.

Si falta suficiente motivación para el cambio (he estado pre contemplativo o contemplativo):

- Discutir con el consultante directamente su motivación para el cambio.
- Dar y recibir feedback sobre su motivación.
- Ajustar los objetivos y las tareas para que sean desafiantes, pero no demasiado difíciles de conseguir.
- Conversar acerca de las consecuencias de cambiar o no cambiar.
- Conversar acerca del proceso de cambio y de las habilidades específicas que pueden ser de ayuda.

Si el consultante tiene escaso apoyo social:

- Derivar a terapia grupal.
- Derivar a tratamiento con biofeedback.
- Derivar a entrenamiento en asertividad.
- Ensayar situaciones sociales en sesión.
- Asignar tareas relacionadas con este aspecto.
- Valorar las creencias sobre sí mismo.
- Incluir en las sesiones a otras personas significativas.
- Animar a realizar actividades con otras personas.
- Trabajar aspectos relacionados con la confianza hacia los demás.
- Animar a implicarse en organizaciones en las que es frecuente la interacción social.

Si se revisa la formulación del caso y existen otras opciones de intervención:

- Consultar fuentes relevantes y cambiar el enfoque.

Si la medicación puede ser una opción eficaz:

- Derivar a consulta con un psiquiatra.

Psicoeducación y seguimiento

La renuencia a usar la psicoterapia se debe en parte a la **falta de una alfabetización de salud mental adecuada** y a las percepciones de baja aceptabilidad del tratamiento (adecuación para un problema dado) y credibilidad (lógica del tratamiento y si el paciente espera una mejora). Por ello, mejorar la alfabetización sobre la depresión puede ayudar a las personas a buscar ayuda profesional oportuna y reducir las disparidades de salud mental.

La psicoeducación es uno de los conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual y engloba la idea de que se pueden comprender la mayoría de las formas de psicopatología y conductas problemáticas dentro del contexto de los hallazgos empíricos de la psicopatología experimental, la teoría de las emociones, la psicología social, la psicología cognitiva, la teoría de la decisión y otras áreas de la psicología. Ayudar al paciente a comprender lo que teorizamos sobre la naturaleza y el tratamiento del trastorno y los hallazgos generales de la literatura sobre los resultados del tratamiento ayuda a socializarlo con la postura empírica de la terapia cognitivo conductual.

Además, en cuanto al tratamiento, **proporciona un contexto para la autocomprensión, explica las técnicas y conceptos que se discutirán a lo largo de este y proporciona un optimismo equilibrado y realista con respecto a la mejora de los síntomas a partir de la participación.** Por lo tanto, estos beneficios deberían ayudar a mejorar la motivación y la adherencia. Con frecuencia, la psicoeducación se brinda en la primera sesión de tratamiento y como tarea a través de literatura escrita.

El seguimiento se utiliza como procedimiento de evaluación y como estrategia de tratamiento. Como evaluación, el monitoreo identifica el contexto y el contenido de pensamientos, conductas, sensaciones fisiológicas y emociones relacionadas con las áreas de preocupación y monitorea los cambios o el progreso en estas áreas. Como estrategia de tratamiento, ayuda al individuo a tomar conciencia de los patrones y a proporcionar un contexto tanto para centrarse en las emociones *difíciles* [como exposición] como para distanciarse de ellas [para examinarlas sin juzgarlas].

Como ya hemos expuesto, la tarea básica en la mayoría de las formas de seguimiento es que cada vez que el paciente sienta una emoción *intensa*, debe registrar detalles relacionados con el tiempo, el lugar y el contexto (es decir, cuál fue el desencadenante), la intensidad y duración de la experiencia, y los pensamientos, sensaciones físicas y respuestas que ocurrieron (es decir, estrategias conductuales o cognitivas utilizadas para intentar hacer frente a las reacciones). La cantidad de información recopilada varía dentro y entre cada paciente, según la experiencia y las capacidades y necesidades de cada individuo.

Es importante recordar que el incumplimiento del seguimiento por parte de un paciente es perjudicial para el tratamiento por varias razones: puede reflejar una **falta de motivación, una evitación del afecto, falta de comprensión de la lógica de la tarea o del tratamiento, o temores de completar la tarea de manera incorrecta.** Ahora, cuando sea necesario, se puede simplificar y/o resolver problemas para lograr el cumplimiento en lugar de eliminar el monitoreo por completo. La cuestión del cumplimiento de las tareas es importante en la mayoría de las formas de terapia cognitivo conductual. Veamos más este punto, a continuación [Huppert, 2009].



La importancia de la realización de tareas para casa

Aunque la terapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia como terapia para la depresión como ocurre con cualquier intervención psicológica, solo funciona cuando un paciente **realmente cumple con las recomendaciones del tratamiento y lo completa**. Así, la terapia requiere cambios significativos de comportamiento, cognitivos y de estilo de vida que a menudo son difíciles de implementar para los pacientes.

•

Con esto, se destaca la importancia y el posible impacto negativo de solicitar a los pacientes que completen estrategias terapéuticas para obtener los beneficios completos de la terapia cognitivo conductual. Esta preocupación se basa, en parte, en la terminología utilizada, especialmente el término "tarea", que proviene del modelo educativo y puede no transmitir de inmediato la naturaleza colaborativa esencial de este proceso terapéutico.

A pesar de la diversidad de términos utilizados en los estudios de tratamiento, "tarea" es el más común y se define como "actividades planificadas que el paciente realiza entre sesiones, seleccionadas en conjunto con el terapeuta, para avanzar hacia los objetivos de la terapia". No es sorprendente que incluso mejoras modestas en el cumplimiento de estas "tareas" puedan resultar en mejoras significativas en los resultados de la terapia cognitivo conductual. Con esto, se ha constatado que un mayor cumplimiento de las tareas se asocia con resultados terapéuticos positivos en las intervenciones para la depresión es, en sí misma, evidencia de que la evaluación del cumplimiento de las tareas es importante para la terapia cognitivo conductual.

Ahora, hay que tener en cuenta que, a diferencia de las intervenciones farmacológicas, que siguen un protocolo de tratamiento coherente, la naturaleza y el propósito terapéutico de la tarea pueden variar considerablemente. Incluso cuando los pacientes participan en actividades terapéuticas según lo planeado, en línea con sus habilidades conductuales y cognitivas, no queda claro si estas medidas se adoptan según criterios específicos predefinidos para el cumplimiento de las tareas en psicoterapia. Algunos pacientes pueden adherirse a las tareas por el deseo de aprobación, mientras que otros pueden mantener su ansiedad o trastorno del estado de ánimo [Kazantzis et al., 2017].

Creación de una correcta alianza terapéutica

Establecer y mantener una alianza terapéutica sólida es esencial para abordar la depresión de manera efectiva. Esta desempeña un papel crucial en el tratamiento al establecer una conexión positiva y colaborativa entre el terapeuta y el individuo. Pues una relación de confianza y comodidad ofrece un espacio seguro donde se pueden explorar abiertamente las emociones y pensamientos asociados con la depresión.

En esto, la colaboración activa entre el terapeuta y la persona que enfrenta la depresión refuerza la idea de que ambos están comprometidos en el proceso de recuperación, lo que puede aumentar la comprensión y la adherencia al tratamiento. Además, la alianza proporciona un valioso sistema de apoyo emocional, contrarrestando la sensación de soledad y aislamiento.

Sumado a lo anterior, motiva y empodera, generando un impacto positivo en la motivación y el sentido de capacidad para superar los desafíos asociados con la depresión. Veamos una expansión detallada de las pautas, junto con ejemplos prácticos de intervenciones terapéuticas:

- **Establecer una conexión empática:**

Pauta: La empatía es fundamental, pues demuestra una comprensión auténtica y sensible hacia las emociones y experiencias de la persona.

Ejemplo: "Noté que has estado sintiéndote abrumado últimamente. Quiero que sepas que estoy aquí para apoyarte y entender cómo te sientes."

- **Crear un espacio seguro:**

Pauta: Crea un ambiente donde la persona se sienta cómoda compartiendo sus pensamientos y emociones sin temor al juicio.

Ejemplo: "Este es un espacio seguro. Aquí, puedes expresar lo que necesites sin preocuparte por ser juzgado. Estamos aquí para trabajar juntos."

- **Establecer metas colaborativas:**

Pauta: Colabora con el consultante para identificar metas terapéuticas específicas y realistas.

Ejemplo: "Me gustaría saber si hay metas específicas que te gustaría lograr durante nuestra terapia para abordar la depresión. ¿Hay aspectos particulares que quieras trabajar?"

- **Fomentar la colaboración activa:**

Pauta: Involucra activamente al individuo en el proceso terapéutico, fomentando la participación en la toma de decisiones.

Ejemplo: "Quisiera que trabajemos juntos para identificar estrategias prácticas que puedan ayudarte a superar los desafíos que estás experimentando. Tu participación es clave en este proceso."

- **Validar y normalizar emociones:**

Pauta: Valida las emociones del cliente y normaliza la experiencia de la depresión para reducir el estigma y la autoestigmatización.

Ejemplo: "Es completamente comprensible sentirse de esta manera, especialmente considerando las circunstancias. No estás solo en esto, y estoy aquí para apoyarte mientras trabajamos juntos."

- **Proporcionar educación sobre la depresión:**

Pauta: Proporciona información educativa para ayudar al paciente a comprender la naturaleza de la depresión.

Ejemplo: "Me gustaría compartir información contigo sobre la depresión y cómo afecta a las personas. Cuanto más comprendamos, mejor podremos abordarlo de manera efectiva."

- **Promover la autonomía:**

Pauta: Empodera al consultante para que tome decisiones y participe activamente en su propio proceso de recuperación.

Ejemplo: "Vamos a trabajar juntos para desarrollar habilidades que te permitan enfrentar la depresión y recuperar el control de tu bienestar emocional. Tú eres una parte crucial de este proceso."

- **Revisar y ajustar objetivos:**

Pauta: Realiza revisiones periódicas de los objetivos de la terapia, ajustándolos según sea necesario para reflejar el progreso y las necesidades cambiantes.

Ejemplo: "Vamos a repasar cómo te sientes en relación con tus metas terapéuticas. ¿Hay algo que debemos ajustar o cambiar para asegurarnos de que estemos avanzando de manera efectiva?"



MÓDULO V

Consideraciones psicofarmacológicas
y casos clínicos

Medicación y terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión

Hay un interés significativo en las formas en que las modalidades de psicoterapia podrían combinarse con medicamentos/terapias somáticas para aprovechar un estado de plasticidad neuronal mejorada y mejorar los resultados a largo plazo en los trastornos del estado de ánimo.

El tratamiento farmacológico de la depresión se basa en **diversas clases de antidepresivos, cada uno con mecanismos de acción únicos**. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], como la fluoxetina, son fundamentales en el tratamiento, pues aumentan los niveles de serotonina en el cerebro, mejorando el estado de ánimo. A su vez, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina [IRSN], como la venlafaxina, actúan sobre múltiples neurotransmisores. Por su parte, los antidepresivos tricíclicos, aunque menos prescritos actualmente, son efectivos en algunos casos. Finalmente, los inhibidores de la monoaminoxidasa [IMAO] son menos comunes debido a restricciones dietéticas y riesgos de interacciones.

Se ha de partir con que **cada clase de antidepresivo tiene ventajas y limitaciones**. Por ejemplo, los ISRS son preferidos por su perfil de efectos secundarios más favorable, mientras que los tricíclicos pueden ser considerados en situaciones específicas. Con esto, la elección del medicamento depende de factores como la gravedad de los síntomas y tolerabilidad individual.

Relación con la terapia cognitivo conductual

La relación entre la medicación y la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión es esencial para abordar la complejidad de este trastorno. Cuando es necesario, la terapia cognitivo conductual, enfocada en la modificación de patrones cognitivos y conductuales, se complementa de manera integral con la medicación, que actúa a nivel neuroquímico para proporcionar estabilidad emocional. Esta complementariedad no solo desmitifica el proceso terapéutico, haciendo que la terapia cognitivo conductual sea más accesible para algunos pacientes, sino que también facilita la autoexploración emocional profunda cuando la medicación alivia los síntomas agudos.

Así, la combinación de medicación y terapia cognitivo conductual promueve la adherencia al tratamiento, motivando a los consultantes a participar activamente en la terapia. Además, la medicación facilita las transiciones terapéuticas, suavizando el camino hacia la autoexploración emocional y el aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales. Esta relación flexible y personalizada aborda no solo los aspectos psicológicos, sino también los biológicos de la depresión, desarrollando una alianza terapéutica sólida y contribuyendo a la prevención de recaídas a largo plazo.

Desafíos y consideraciones en el uso de medicación

El uso de medicación en la depresión no está exento de desafíos. Los efectos secundarios varían según la clase de antidepresivo. Mismamente, los ISRS, aunque generalmente bien tolerados, pueden causar problemas gastrointestinales o insomnio. Y, los tricíclicos, por otro lado, pueden estar asociados con sequedad bucal y aumento de peso.

Por ello, la **variabilidad en la respuesta individual** es un desafío clave. Es decir, la eficacia de un medicamento puede variar significativamente entre individuos, y la dosis adecuada debe determinarse a través de un proceso de prueba y error. Para esto, la supervisión médica es crítica para ajustar la medicación según sea necesario y gestionar los efectos secundarios.

Por otro lado, el **tiempo de respuesta** también es una consideración fundamental. Aunque algunos pacientes pueden experimentar alivio rápido, otros pueden requerir varias semanas o incluso meses para notar mejoras significativas. En consecuencia, la paciencia y la comunicación abierta con el profesional de la salud son cruciales durante este proceso. En definitiva, a pesar de su eficacia demostrada, la terapia cognitivo conductual presenta desafíos únicos.

Asimismo, la **motivación y la participación activa** del paciente son cruciales para el éxito. Y es que, como hemos expuesto en apartados anteriores, la terapia cognitivo conductual implica una exploración profunda de patrones de pensamiento arraigados, y la resistencia a este proceso puede limitar la eficacia del tratamiento.

Otro desafío es la **duración del tratamiento**. Aunque este enfoque puede proporcionar beneficios a corto plazo, se necesita un compromiso a largo plazo para abordar efectivamente los patrones cognitivos y conductuales. Por ende, hay que considerar la prevención de recaídas, que implica la consolidación de nuevas habilidades y estrategias, lo que destaca la necesidad de una continuidad en el tratamiento.

Finalmente, la **supervisión médica constante** es fundamental durante el uso de medicación. La prescripción y el ajuste de dosis deben realizarse bajo la supervisión de un profesional de la salud mental para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento. Para esto, el diálogo abierto sobre los posibles efectos secundarios y la evolución de los síntomas es esencial para adaptar el tratamiento de manera óptima.



Importancia de considerar la medicación en la terapia cognitivo conductual para la depresión

La depresión, una enfermedad mental que afecta a millones de personas en todo el mundo, es un complejo que requiere intervenciones multifacéticas. En el abordaje terapéutico, la combinación de medicación y terapia cognitivo conductual ha emergido como un enfoque integral para ofrecer resultados más efectivos y sostenibles. Algunos puntos a tener en cuenta:

- **Entendiendo la depresión como un trastorno multifactorial**

La depresión no se limita a un único factor causante; más bien, es un trastorno multifactorial que involucra componentes biológicos, psicológicos y sociales. La comprensión de la depresión desde una perspectiva bio-psico-social destaca la importancia de abordar no solo los aspectos cognitivos y conductuales con la terapia cognitivo conductual, sino también los factores biológicos que pueden contribuir a la enfermedad.

- **Efectividad de la terapia cognitivo conductual en la modificación de patrones cognitivos y conductuales**

La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser altamente efectiva en la modificación de patrones de pensamiento negativos y conductas disfuncionales asociadas con la depresión. Los terapeutas cognitivo conductuales trabajan con los pacientes para identificar y cambiar patrones cognitivos irracionales, promoviendo una visión más realista y adaptativa del mundo y de uno mismo. Asimismo, esta técnica se enfoca en cambiar comportamientos que pueden contribuir al mantenimiento de la depresión.

- **Limitaciones de la terapia cognitivo conductual en la modulación biológica**

A pesar de su eficacia en la modificación de aspectos cognitivos y conductuales, este enfoque tiene limitaciones en la modulación directa de factores biológicos subyacentes. Es decir, los desequilibrios en neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina, son comunes en la depresión, y aunque la terapia cognitivo conductual puede mejorar la sintomatología, no aborda directamente estos aspectos biológicos.

- **Rol de la medicación en la corrección de desequilibrios neuroquímicos**

La medicación para la depresión, especialmente los antidepresivos, desempeña un papel crucial en la corrección de desequilibrios neuroquímicos. Con lo que los ISRS y otros tipos de antidepresivos actúan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro, medicamentos beneficiosos cuando existe una clara base biológica en la depresión.

- **Sinergia entre medicación y terapia cognitivo conductual: Abordando la complejidad de la depresión**

La combinación de medicación y terapia cognitivo conductual aborda la complejidad de la depresión de manera holística. Así, mientras que la terapia se enfoca en modificar patrones cognitivos y conductuales, la medicación puede estabilizar los niveles de neurotransmisores, proporcionando una base sólida para el trabajo terapéutico. Esta sinergia permite un enfoque integral que considera tanto los aspectos psicológicos como los biológicos del trastorno.

- **Alivio rápido de los síntomas agudos con medicación**

La medicación puede proporcionar alivio rápido de los síntomas agudos de la depresión, lo cual es esencial en casos de gravedad significativa. De esta manera, los antidepresivos pueden estabilizar el estado de ánimo y reducir la intensidad de los síntomas, permitiendo al paciente participar de manera más efectiva en la terapia.

- **Facilitación de la participación activa en la terapia cognitivo conductual**

La medicación, al aliviar los síntomas, puede facilitar la participación activa del consultante en la terapia cognitivo conductual. Y es que, cuando la carga sintomática disminuye, los individuos pueden estar más receptivos a la introspección y al trabajo terapéutico, lo que crea un entorno propicio para abordar patrones cognitivos y conductuales arraigados.

- **Prevención de recaídas y mantenimiento de resultados a largo plazo**

La combinación de medicación y terapia cognitivo conductual ha demostrado ser efectiva en la prevención de recaídas a largo plazo. Pues, mientras que la medicación puede proporcionar estabilidad bioquímica, la terapia cognitivo conductual trabaja para consolidar habilidades y estrategias que ayudan a mantener la salud mental a lo largo del tiempo. Esta combinación se orienta hacia el mantenimiento de resultados positivos y la prevención de recaídas.

- **Individualización del tratamiento: abordando la diversidad de respuestas**

No hay que olvidar que cada persona responde de manera única a la depresión y a los tratamientos. La combinación de medicación y terapia cognitivo conductual permite una individualización del tratamiento, adaptándolo a las necesidades específicas de cada persona, contando con que algunas pueden beneficiarse más de la medicación, mientras que otras pueden encontrar que la terapia es la clave para una recuperación duradera.

- **Consideraciones éticas y de informed consent en el tratamiento integral**

Es fundamental abordar consideraciones éticas y de consentimiento informado al considerar la medicación en el contexto de la terapia cognitivo conductual. Los profesionales de la salud deben proporcionar información clara sobre los beneficios y riesgos de la medicación, permitiendo que los consultantes tomen decisiones informadas sobre su tratamiento. Por esta razón, la ética terapéutica implica un diálogo abierto y transparente para construir una colaboración efectiva en el proceso de tratamiento.

Casos prácticos

A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos reales y diálogos entre terapeuta y paciente. Encontrarás los ejercicios correspondientes en la plataforma, pudiendo ampliar la información que se encuentra en los vídeos explicativos con el manual.

Caso Ana

Ana, de 32 años, enfrenta una profunda tristeza y desinterés en las actividades que solían brindarle alegría. A lo largo de su vida, ha experimentado rechazo y críticas, contribuyendo a una percepción negativa de sí misma. Esta autopercepción se ha vuelto aún más pronunciada últimamente, llevándola a cuestionar su valía y perder el interés en aspectos significativos de su vida, como su trabajo y relaciones personales.

Antecedentes familiares y personales:

Ana proviene de un entorno familiar en el que las expectativas y estándares eran elevados. Desde joven, sentía la necesidad de cumplir con estas expectativas para sentirse aceptada y valiosa. Sin embargo, eventos significativos, como la pérdida de un trabajo importante y el final de una relación, desencadenaron una serie de pensamientos automáticos negativos que ahora la acosan diariamente.

Entrevista inicial:

En la primera sesión, se muestra reticente pero dispuesta a explorar sus sentimientos. Al compartir su historia, emerge un patrón recurrente de autocrítica y auto-desprecio. Su diálogo interno refleja una tendencia a magnificar los errores pasados y a filtrar cualquier evidencia que contradiga sus creencias autodestructivas.

Experiencia laboral y social:

Ana describe una disminución significativa en su rendimiento laboral y un distanciamiento gradual de amigos y familiares. La sensación de ser una carga para los demás se ha arraigado, y siente que la vida no tiene sentido. La pérdida de interés en actividades placenteras es un elemento clave de su experiencia depresiva.

Objetivos de la terapia:

- **Identificar y desafiar pensamientos automáticos:** Ana aprenderá a reconocer y cuestionar sus pensamientos automáticos negativos que refuerzan su baja autoestima.
- **Desarrollar habilidades de afrontamiento:** Se enseñarán estrategias prácticas para afrontar el estrés y la autocrítica.
- **Reestructuración cognitiva:** El cambio de patrones de pensamiento disfuncionales es fundamental para cultivar una visión más realista y positiva de sí misma.

Desarrollo de la terapia:

Las sesiones posteriores exploran eventos clave en la vida de Ana, especialmente aquellos que contribuyeron a sus creencias negativas. El uso de registros de pensamientos automáticos revela patrones específicos que son desafiados de manera colaborativa entre Ana y el terapeuta.

Integración de ejercicios prácticos:

Ana se involucra en ejercicios prácticos, como la elaboración de una lista de logros personales y la identificación de pensamientos distorsionados asociados con estos logros. La terapia incluye la práctica regular de técnicas de relajación y mindfulness para abordar la ansiedad anticipatoria.

Inclusión de apoyo social:

El terapeuta alienta a Ana a compartir su proceso con amigos cercanos y familiares de confianza. Se enfatiza la importancia del apoyo social en el proceso de recuperación y se trabajan habilidades para comunicar sus necesidades de manera efectiva.

Evaluación y progresión:

Se realizan evaluaciones periódicas para medir la progresión. A medida que desarrolla habilidades de afrontamiento, se exploran metas realistas y se establecen pasos concretos hacia el cambio. La reestructuración cognitiva se integra de manera más profunda, y Ana empieza a notar una mejora gradual en su autoestima.

Caso María

Presentación del paciente:

María es una mujer de 32 años que ha sido referida a terapia por su médico de cabecera debido a síntomas consistentes con un episodio de depresión mayor. Se queja de sentirse abrumada por la tristeza, la falta de energía y la pérdida de interés en las actividades que solían darle placer. Estos síntomas han persistido durante los últimos seis meses, afectando significativamente su capacidad para funcionar en el trabajo y en sus relaciones personales.

Antecedentes personales:

María es una profesional exitosa que trabaja como gerente de proyectos en una empresa de tecnología. No tiene antecedentes médicos significativos y no toma medicamentos. Tiene una red de apoyo social compuesta por amigos y familiares, pero ha notado que se está distanciando de ellos debido a su estado de ánimo decaído.

Síntomas:

Estado de ánimo:

María describe su estado de ánimo como "constantemente triste" y a menudo se siente abrumada por una sensación de desesperanza.

Ha experimentado episodios de llanto sin razón aparente y tiene dificultades para encontrar placer en actividades que solía disfrutar, como salir con amigos o participar en pasatiempos.

Cogniciones negativas:

María informa pensamientos negativos sobre sí misma, como sentirse inútil y creer que es una carga para los demás. Experimenta una autocrítica constante y se percibe a sí misma como incapaz de alcanzar sus metas profesionales y personales.

Cambios en el sueño y la energía:

Reporta insomnio, tiene dificultades para conciliar el sueño y se despierta temprano por la mañana.

Se siente constantemente fatigada y tiene dificultades para concentrarse en el trabajo.

Cambios en el peso y el apetito:

Ha experimentado una disminución significativa en el apetito y ha perdido peso involuntariamente en los últimos meses.

Historia familiar:

María informa que no hay antecedentes familiares conocidos de trastornos del estado de ánimo, pero sus padres se divorciaron cuando era adolescente, lo que fue una experiencia difícil para ella.

Objetivos de la terapia cognitivo conductual:

- **Identificar y desafiar pensamientos negativos:** María aprenderá a identificar patrones de pensamiento negativos y distorsiones cognitivas. Para esto, es importante desafiar y reemplazar estos pensamientos con pensamientos más realistas y positivos.
- **Desarrollar habilidades de afrontamiento:** María aprenderá estrategias de afrontamiento para manejar el estrés y las situaciones desencadenantes. Se centrará en la construcción de habilidades para afrontar la autoevaluación negativa y el perfeccionismo.
- **Restaurar actividades placenteras:** Se fomentará la participación en actividades que solían brindar placer a María. Además, se establecerán metas graduales para aumentar la participación en estas actividades a lo largo del tratamiento.
- **Mejorar las relaciones sociales:** María trabajará en mejorar la comunicación con amigos y familiares. Para lograr este objetivo, se alentará a construir y fortalecer las conexiones sociales para mejorar el apoyo emocional.

Evaluación del progreso:

Se realizarán evaluaciones periódicas para medir el progreso de María en función de la reducción de síntomas depresivos, el aumento de la funcionalidad y la mejora en la calidad de vida. La colaboración entre María y el terapeuta será fundamental para adaptar el enfoque de la terapia cognitivo conductual a sus necesidades individuales a lo largo del tratamiento.

Caso Javier**Presentación del paciente:**

Javier, un hombre de 28 años, ha buscado tratamiento psicológico debido a una profunda sensación de tristeza, desesperanza y pérdida de interés en las actividades que solían brindarle placer. La depresión de Javier ha impactado negativamente en su rendimiento laboral y ha generado conflictos en sus relaciones interpersonales.

Antecedentes personales:

Javier tiene antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. Su madre fue diagnosticada con depresión en el pasado, lo que ha influido en su percepción de la salud mental y en su disposición a buscar ayuda profesional.

Síntomas:**Estado de ánimo:**

Javier describe su estado de ánimo como abrumadoramente triste, sin razón aparente.

Ha experimentado cambios en el sueño, con insomnio y despertares tempranos.

Cogniciones negativas:

Se percibe a sí mismo como una carga para su familia y amigos.

Cree que no tiene control sobre su situación y que su futuro será siempre sombrío.

Cambios en el comportamiento:

Ha reducido su participación en actividades sociales y recreativas.

Ha experimentado una disminución en el rendimiento laboral y dificultades para concentrarse.

Objetivos de la terapia cognitivo conductual:

- **Identificar patrones cognitivos negativos:** Javier aprenderá a reconocer y desafiar patrones automáticos de pensamiento negativo.
- **Desarrollar habilidades de afrontamiento:** Se trabajará en estrategias para abordar el estrés y mejorar la resiliencia emocional.

- **Restaurar actividades placenteras:** Javier establecerá metas para reintegrar actividades que solían ser gratificantes.
- **Mejorar relaciones interpersonales:** Se explorarán habilidades de comunicación y se abordarán posibles conflictos en relaciones cercanas.

Obstáculos en la terapia

Caso Diego

Durante una sesión, el terapeuta nota resistencia por parte de Javier para explorar más a fondo sus pensamientos negativos. Se inicia un diálogo:

T [terapeuta]: *Javier, noto que hay cierta resistencia para profundizar en tus pensamientos. ¿Hay algo que te preocupa o que te impide compartir más?*

P [Javier]: *No sé, simplemente me siento incómodo hablando de estas cosas. Siento que no tiene sentido.*

T: *Entiendo que puede ser difícil. A veces, enfrentarnos a nuestros pensamientos más íntimos puede generar incomodidad. Pero es fundamental para el proceso terapéutico. ¿Hay algo específico que te preocupa al explorar estos pensamientos?*

P: *Supongo que me da miedo descubrir cosas sobre mí mismo que no me gusten.*

T: *Es comprensible tener ese temor. La terapia está aquí para apoyarte a medida que exploramos estos pensamientos. Descubrir más sobre ti mismo puede ser un paso importante para el cambio. ¿Cómo te sentirías si pudiéramos abordar este miedo juntos?*

Caso Juan

Terapeuta (T): *Bueno, Juan, hoy hemos discutido algunos de los patrones de pensamiento que identificamos la semana pasada. ¿Cómo te has sentido al respecto?*

Juan (J): *Sinceramente, no veo cómo cambiar estos pensamientos va a hacer alguna diferencia. No importa lo que haga, siempre me siento deprimido.*

T: *Entiendo que puedas sentirte así, Juan. Cambiar patrones de pensamiento puede llevar tiempo, y es normal sentirse escéptico al principio. ¿Podrías profundizar un poco más sobre por qué sientes que no hará ninguna diferencia?*

J: *Simplemente, no veo cómo cambiar mi forma de pensar va a cambiar mi situación. Todo sigue igual.*

T: *Entiendo que puedas sentirte frustrado, Juan. A veces, el proceso puede parecer lento, pero es importante recordar que estamos trabajando no solo en cambiar tus pensamientos, sino también en mejorar tu capacidad para afrontar los desafíos. ¿Puedes pensar en algún momento en el pasado donde hayas experimentado algún cambio positivo, incluso si fue pequeño?*

J: *No, no lo sé. Todo parece un ciclo interminable.*

T: *Comprendo que pueda parecer así en este momento. Quiero que sepas que estamos aquí para trabajar juntos y encontrar formas de romper ese ciclo. A veces, puede ser útil descomponer los cambios en pasos más pequeños y manejables. ¿Te gustaría intentar identificar un pequeño objetivo que podamos abordar en las próximas semanas?*

J: *No estoy seguro de por dónde empezar.*

T: Eso está bien, Juan. Podemos explorar juntos algunas áreas específicas en las que te gustaría ver algún cambio, incluso si es algo pequeño. La terapia es un proceso colaborativo, y estamos aquí para adaptarnos a tus necesidades y metas. ¿Hay algún área específica que te gustaría abordar o mejorar?

J: Supongo que podría intentar salir a dar un paseo cada día, pero no estoy seguro de que realmente vaya a ayudar.

T: Esa suena como una idea excelente, Juan. El ejercicio y la exposición al aire libre pueden tener impactos positivos en el estado de ánimo. Vamos a incorporar esto a nuestro plan y observaremos cómo te sientes a medida que avanzamos. También podemos seguir revisando y ajustando nuestras estrategias según sea necesario. ¿Cómo te sientes acerca de intentar esto?

J: Está bien, lo intentaré, pero no prometo nada.

T: Eso está perfecto, Juan. No hay presión para que todo cambie de inmediato. Estamos aquí para trabajar juntos y ajustar nuestro enfoque según lo necesites. Tu disposición a probar es un gran paso. ¿Hay algo más en lo que te gustaría centrarte en las próximas sesiones?

Caso María

Terapeuta (T): Bueno, María, veo que has expresado algunas dudas sobre la terapia cognitivo conductual y cómo puede beneficiarte. ¿Puedes compartir un poco más sobre tus inquietudes?

Paciente (P): Sí, es solo que he estado viniendo y aún no veo resultados tangibles. Siento que hablamos mucho, pero no sé si realmente está ayudando.

T: Entiendo, María. Es completamente comprensible querer ver resultados concretos. A veces, el proceso terapéutico puede llevar tiempo, pero estoy aquí para ayudarte. ¿Hay algo específico que sientas que no está funcionando?

P: No sé, solo esperaba sentirme mejor, supongo.

T: Entiendo tu deseo de sentirte mejor. Quisiera proponerte una estrategia que podría ayudarnos a entender mejor lo que está sucediendo entre nuestras sesiones. ¿Te gustaría probar llevar un registro entre sesiones?

P: No estoy segura de cómo eso podría ayudar.

T: Es comprensible que tengas dudas. El llevar un registro entre sesiones nos permitirá identificar patrones en tus pensamientos y emociones. Es una herramienta que puede brindarnos más claridad sobre las áreas que podríamos explorar más a fondo en nuestras sesiones. ¿Qué opinas?

P: No sé, parece un poco... ¿inútil?

T: Entiendo que pueda parecer así. Pero, María, este registro puede ser muy valioso. No es solo una actividad descriptiva, sino una herramienta útil para explorar áreas específicas de malestar. Además, está respaldada por evidencia científica que sugiere que puede mejorar el bienestar emocional.

P: ¿En serio? No sabía eso.

T: Sí, la evidencia respalda su utilidad. Creo que podría ofrecernos una nueva perspectiva sobre lo que estás experimentando. ¿Te sentirías más cómoda dándole una oportunidad y explorando cómo podría beneficiarte?

P: Supongo que podría intentarlo, aunque no estoy segura de qué esperar.

T: *Eso está bien, María. Estamos aquí para explorarlo juntas. Recuerda que estamos trabajando juntas para tu bienestar, y cualquier pregunta o inquietud que tengas es completamente válida. ¿Cómo te sientes respecto a intentarlo en nuestra próxima sesión?*

P: *Está bien, lo intentaré.*

T: *Eso es genial, María. Estoy aquí para apoyarte en cada paso del camino.*

Referencias bibliográficas

- **American Psychiatric Association. (2013).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [5th ed.]. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- **Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).** *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- **Beshai, S., Watson, L. M., Meadows, T. J. S., & Soucy, J. N. (2019).** Perceptions of Cognitive-Behavioral Therapy and Antidepressant Medication for Depression After Brief Psychoeducation: Examining Shifts in Attitudes. *Behavior therapy*, 50(5), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.001>
- **Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2013).** 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, [10], CD008705. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>
- **Coryell, W. (octubre de 2022).** *Trastornos depresivos*. Manual MSD para el profesional. Recuperado el 16 de octubre de 2023 de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
- **Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019).** Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- **Ghasemi, M., Phillips, C., Fahimi, A., McNerney, M. W., & Salehi, A. (2017).** Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 80, 555–572. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.002>
- **Gimeno, A. (2022).** *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia*. Psicología Pirámide.
- **Huppert J. D. (2009).** The building blocks of treatment in cognitive-behavioral therapy. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(4), 245–250.
- **Kazantzis, N., Brownfield, N. R., Mosely, L., Usatoff, A. S., & Flighy, A. J. (2017).** Homework in Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review of Adherence Assessment in Anxiety and Depression [2011-2016]. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 625–639. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.001>
- **Lee Y. J. (2023).** Depression Literacy, Associated Factors, and Correlation of Related Variables in Middle-Aged Korean Adults: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(11), 6021. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116021>

- **López-López, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. S., Wiles, N., & Welton, N. J. (2019).** The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(12), 1937–1947. <https://doi.org/10.1017/S003329171900120X>
- **Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L. G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019).** Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(8), 1266–1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>

