

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL (TCC) COMO TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

Juliana Vanessa Puerta Polo y Dancy Eliana Padilla Díaz

RESUMEN

La terapia cognitivo - conductual (TCC) se ha transformado en una de las estrategias por excelencia de tipo no farmacológico para el tratamiento de la depresión. A través del presente estudio se brinda una visión general de las técnicas centrales que los teóricos de la TCC expusieron a través de los últimos 50 años, y que se han estado implementado para el abordaje de dicho trastorno mental. De igual manera, se pretendió informar al lector acerca de las innovaciones y adaptaciones más recientes de este modelo de psicoterapia. Se concluye que la TCC ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, por lo cual debe promoverse este tipo de terapia. (DUAZARY 2011 No. 2, 251 - 257)

Palabras Clave: terapia cognitiva- conductual, depresión, revisión.

SUMMARY

The cognitive - behavioral therapy (CBT) has become one of the strategies for excellence in non-pharmacological treatment of depression. Through this study provided an overview of the theorists core techniques of CBT exposed through last 50 years and have been implemented for addressing the mental disorder. Similarly, it is intended to inform the reader about the latest innovations and adaptations of this model of psychotherapy. We conclude that CBT has been proven effective in the treatment of depression, which should promote this type of therapy.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, depression, review.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentran, en un lugar preponderante, gozar de buena salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparán siempre por conservar y mantener niveles óptimos saludables¹. Es por lo anterior, que los trastornos mentales se consideran un problema de salud pública a nivel mundial. Y en este campo se estima que para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y el primero en países desarrollados^{2,3,4}. Este trastorno afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que alrededor de 340 millones de personas padecen un episodio depresivo⁵⁻⁷.

Los síntomas de la depresión, según el DSM IV (en el cual se le denomina trastorno depresivo mayor), incluyen falta de ánimo, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades y síntomas neurovegetativos, entre los que se circunscriben: déficit en la capacidad de concentración, insomnio, cambio negativos en los hábitos alimenticios y pérdida de energía entre otras⁸. Estos traen como consecuencia un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo, llegando incluso a presentarse en ocasiones la ideación, intento y el acto mismo de suicidio⁸. Puede presentarse como condición única o acompañada de otras patologías psiquiátricas y a menudo se presenta posterior a una pérdida o eventos estresantes⁹⁻¹¹.

LA TCC: ¿EN QUÉ CONSISTE?

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. Y que como su nombre lo indica, surgió por la unión de dos grandes teorías de la psicología. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de

las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración del mismo y sus allegados¹.

Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones¹², y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento¹²⁻¹⁴.

Al realizar un seguimiento informal de algunos de los ensayos controlados de aleatorios de la TCC para la depresión, se encontró que ciertos estudios de perfil elevado han aplicado el protocolo completo de la TC de Beck¹⁵. Otros estudios han destacado componentes incluidos en la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión, como las técnicas de resolución de problema^{16,17}, la activación conductual¹⁸, mientras que otros han ampliado la TC para incluir nuevas técnicas, como la meditación consciente¹⁸⁻²⁰.

En primera instancia se guía inicialmente a los individuos a monitorear y a reconocer los pensamientos automáticos negativos, a averiguar cómo estos pensamientos dan lugar a pensamientos conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas^{13,21}.

Luego, se ilustra a los pacientes acerca de cómo examinar la exactitud y la utilidad de dichos pensamientos, a ponerlos a prueba empíricamente, a arriesgarse para encontrar un nuevo tipo de refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas²¹.

Además, de aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas se exhorta a los pacientes a caracterizar y modificar de creencias centrales e intermedias, que son la base de esos pensamientos automáticos^{13,21}.

LOS OBJETIVOS DE LA TCC

Los objetivos primordiales de la TCC en la depresión son:

Disminuir el pensamiento disfuncional: El modelo cognitivo de depresión predominante es el que planteó Beck y que consta de tres elementos

básicos: a.) **Triadas cognitiva:** Patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro. b.) **Esquemas negativos:** patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y el futuro. c.) **Distorsiones cognitivas:** Tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico. En resumen los individuos propensos a padecer el trastorno y los que ya lo tienen instalado tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa y, desde una perspectiva lógica pero inadecuada, interpretan las experiencias antiguas y nuevas de forma inexacta¹⁴. Y a lo anterior, se le agrega la teoría de la desesperanza la cual sugiere que debido a que el paciente tiene una expectativa negativa generalizada que le indica que todo va a salir mal, al sentirse frustrado y sin energía siente que no puede cambiar esta situación, y se resigna a su situación que opera como una causa próxima suficiente de depresión²²⁻²⁵.

Incrementar las habilidades de autocontrol: La concepción de la depresión se basó en su origen en un modelo de autocontrol general, que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales: auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo. Por ejemplo, Roth y Rehm compararon el auto monitoreo en pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos, y descubrieron que cuando se les permitía elegir el tipo de retroalimentación, los primeros preferían con más frecuencia la retroalimentación negativa en tanto que los no deprimidos elegían positiva en un porcentaje mayor^{24,26-28}.

Optimizar la capacidad de resolución de problemas: Otros autores, sugieren que las dificultades en la capacidad de resolución de problemas de los pacientes para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad. Ya que estos individuos tienen una orientación negativa del problema. Presentándose así una tendencia a ver los problemas como amenazas, a esperar que sean irresolubles, a dudar de la propia capacidad para resolverlos y a sentir frustración y molestia al enfrentarlos^{26,27}.

Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales: Las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Al principio las quejas de estos pacientes atraen a sus círculos sociales pero con el tiempo estas se vuelven muy molestas, lo que da como resultado una reducción del refuerzo y apoyo sociales, así como una confirmación del auto concepto negativo²⁶.

Por otra parte, dentro de las metas adicionales tenemos:

a.) Reducción de la ideación suicida b.) Mejorar la relación marital c.) Disminución de recaídas d.) Mejorar la salud física general^{26, 29-30}.

ANTECEDENTES

Es cierto que la ciencia sigue sin responder varios de los interrogantes básicos sobre la depresión, por ejemplo, la etiología del trastorno, las bases genéticas, la influencia del componente ambiental, el papel de la crianza (educación) en la manifestación del mismo y cuáles son las vías de intervención más convenientes³¹.

Estos cuestionamientos servirían de base para escribir profusamente, no obstante, la presente revisión se centra en analizar la eficacia y eficiencia de la TCC en la depresión.

En la actualidad la pregunta de cuál es el tratamiento más eficaz para tratar la depresión continúa sin respuesta definitiva; sin embargo, las múltiples investigaciones realizadas en los últimos 50 años ofrecen un panorama armonioso de las líneas de intervención efectivas para este trastorno que afecta la calidad de vida de cientos de personas en todo el mundo.

En 1993 unos autores³², realizaron un estudio metodológico y conceptual acerca de la aplicación del modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión, las conclusiones de este estudio indican que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de la depresión, además, los resultados de la terapia cognitiva son superiores a los tratamientos con fármacos tricíclicos en casos de depresión unipolar.

El estudio realizado en 1994³³ buscaba establecer la eficacia de diferentes tipos de psicoterapia, dentro de las que se incluía el modelo cognitivo conductual, para el tratamiento de la depresión. Este estudio se efectuó con la metodología de meta análisis, los autores revisaron estudios efectuados entre 1967 y 1993 donde se empleara algún tipo de psicoterapia para la depresión. Los resultados indican que la TCC y la terapia interpersonal son superiores significativamente frente a otros tipos de psicoterapia. Otra conclusión importante de este estudio es que la eficacia de las psicoterapias no varía en función de la farmacoterapia. Los resultados demuestran que al combinar fármacos y psicoterapia se consiguen los mismos resultados que al aplicar psicoterapia por separado.

Otra investigación realizada titulada "psicoterapia versus medicación para la depresión" realizado en 1995³⁴, cuestiona el uso de la farmacoterapia como vía de tratamiento para la depresión. En su estudio de revisión, encontraron que la TCC ha demostrado mayor eficacia que la farmacoterapia incluso en casos de depresión grave. Sus conclusiones indican que los pacientes que son medicados presentan mayores tasas de recaída y su adherencia al tratamiento es baja en comparación con pacientes no medicados. Estos autores señalan que a pesar de la opinión extendida de la utilidad de la terapia medicamentosa como vía de tratamiento para la depresión, la evidencia no apoya esta afirmación.

En 1998, otro meta análisis³⁵ sobre la eficacia de la TCC y la terapia interpersonal combinada con farmacoterapia, los autores incluyeron solo aquellos estudios donde el diagnóstico de depresión fue realizado a través de entrevista clínica estructurada, e incluyeran puntos de corte para establecer la gravedad de la sintomatología. Sus resultados señalan que la TCC muestra superioridad frente a la terapia interpersonal, en general cerca del 70% de los pacientes sometidos a TCC mejoran significativamente los síntomas. El estudio menciona, además, que en la mayoría de los estudios efectuados se reporta un decremento en el índice de recaídas al aplicar terapia TCC.

Lo NUEVO...

Como adecuadamente lo plantea Feldman^{12,36}, la TCC tradicional se ha ampliado con nuevas técnicas diseñadas para favorecer el bienestar psicológico y

para orientar la reactividad cognitiva (es decir, la tendencia a responder al humor triste con aumento del pensamiento negativo) y las alteraciones del funcionamiento interpersonal.

El sistema de análisis cognitivo-conductual de la psicoterapia (SACCP) es una herramienta que se utiliza en casos agudos y crónicos de depresión, y tiene como herramienta principal un análisis situacional³⁷⁻³⁹.

También, se puede encontrar la terapia del bienestar y la Terapia Cognitiva basada en la atención (TCBA). La primera ayuda a que los pacientes se desvinculen de los momentos de estrés emocional y sean más conscientes de los espacios de tiempos de bienestar, trabajando lógicamente con las cogniciones que suelen interrumpir dichos periodos⁴⁰⁻⁴³. La segunda, es una intervención que se realiza a través de una terapia grupal orientando a que los pacientes aprendan a ser más observadores y objetivos en la evaluación de sus pensamientos y sentimientos utilizando como aliados la meditación y técnicas de la TCC⁴⁴⁻⁴⁷.

Por último, la Terapia Cognitiva de Beck⁴⁸⁻⁵¹ puede incluir, además, intervenciones orientadas conductualmente denominadas «activación conductual», en donde el objetivo es poner cara a cara al paciente con las condiciones que pudieran estar manteniendo el trastorno. Trata de "poner a funcionar" o, como sugiere su propio nombre, "activar" a la persona a pesar de estar (todavía) deprimida, como paso para dejar de estarlo.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, se pone de manifiesto las distintas herramientas por medio de las cuales la TCC aborda el tratamiento de la depresión, y de igual manera se reconoce la aparición de nuevas técnicas que se incorporan a este modelo y que potencializarían de manera positiva en la recuperación de los pacientes, previniendo igualmente la recaída^{32-36,48-55}.

La depresión es por excelencia el trastorno mental más común presente en nuestro mundo actual¹. Si bien existe variación respecto al grado de debilitamiento que manifiestan quienes padecen

un episodio depresivo mayor, debe haber ya sea una angustia significativa desde el punto de vista clínico o algún decremento en áreas sociales, familiares u otros de funcionamiento cotidiano para declarar este diagnóstico. Es importante respaldar que en casos extremos el individuo no es capaz de procurarse el mínimo cuidado o higiene personal.

En la actualidad la TCC es un modelo que aborda este trastorno con una mirada holística, y biopsicosocial. Se enfoca y reactiva al individuo y en procurarle las herramientas para que pueda empezar a ver su vida desde otro punto de vista. El terapeuta TCC no hace el trabajo del paciente, él no le dice que es bueno o malo, incorrecto o no, más bien, impulsa al individuo a que el mismo, a través de experimentos en la vida diaria, compruebe si su situación es tan catastrófica como él piensa.

Aunque los estudios indican que técnicas anteriormente mencionadas son muy útiles para prevenir las recaídas, aún faltan en la literatura estudios que verifiquen el sostenimiento de la desaparición de los síntomas a lo largo del tiempo.

Se puede concluir que la TCC ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, por lo cual debe promoverse este tipo de terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez P. Psicología Clínica. 1a. ed. México: Editorial el Manual Moderno. 2008.
2. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997; 349: 1498 – 504.
3. González C, Jiménez J, Ramos L, Wagner F. Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de Méx* 2008; 50: 4.
4. Acosta M, Mancinilla P, Correa J. et al. Depresión en la Infancia y Adolescencia: Enfermedad de Nuestro Tiempo. *Arch Neurocienc*. 2011 16(1): 20 – 25.
5. Belló, M Puentes E, Medina, M Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de Méx*. 2005; 47(1): 4-11.
6. Kessler R, Gonagle K, Nelson C et al. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, 2 Cohort Effects. *J Affect Disord*. 1994; 30: 15 – 6.
7. Pérez J, Rivera C, Soto E, Muñoz M. Trastorno Depresivo Mayor en Niños Adolescentes. 2011. 12(3): 149 – 54.
8. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*. 2002; 3: 1–39.
9. Zuckerbrot R, Cheung A, Jensen P, Stein R, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD - PC): I. Identification, Assessment and Initial Management. *Pediatrics*. 2007; 120 (5): e1299-e1312.
10. Rodríguez J, Ortiz M. Depresión Infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. Icsa-uaeh. 6: 77 – 88.
11. Feldman G. Terapias Cognitivas y Conductuales para la depresión: visión global, nuevas direcciones y recomendaciones prácticas para la diseminación. 2007; 30: 39 -50.
12. Llardi S, Craighead W. The role of nonspecific factor in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1994; 1: 38 – 55.
13. Gortner E, Gollan J, Dobson K, Jacobson, N. Cognitive – behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 80- 4.
14. Segal Z, Gemar M, Williams S. Diferencial cognitive therapy in mayor depression: changes with pharmacotherapy. *J Nerv Ments Dis*. 1999; 108: 3 – 10.
15. DeRubeis R, Young P, Dahlsgaard K. Affective disorders. En A. Bellack y M. Hersen. 2000.
16. (dirs.), *Comprehensive clinical psychology*, Vol. 6 (pp. 339-366). Oxford: Elsevier Science.
17. Barret J, Williams J, Oxman T, et al. Treatment of dystimia and minor depression in primary care. *J Fam Pract*. 2001;50: 405 – 12.
18. McCullog J. Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. New York. Guilford Press. 2000.
19. Dimidjan S, Hollon D, Dobson K, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 50: 658 – 70.
20. Teasdale J, Segal Z, Williams J, et al. Prevention or relapse/recurrence in major depression b mindfulness based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; (68): 615 – 23.
21. Fava M, Bless E, Otto M, et al. Dysfunctional attitudes in mayor depression: changes with pharmacoterapy. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182: 45 – 9.
22. Segal Z, Kenedy S, Gemar M, et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63: 749 – 55.

23. Abramson L, Metalsky G, Alloy L. Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989; 96: 358 – 372.
24. Nezu A, Maguth C, Lombardo E. *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. 1a. ed. Colombia: Editorial el Manual Moderno. 2006; 18 – 21.
25. Hollon S, Thase M, Marcovitz J. Treatment prevention of depression. *Psychological Science in the public interest* 2002; 3: 39 – 77.
26. Meyer, L. Psychologist and psychotropic medication. *Monitor on psychology*. 2006; 37: 46.
27. Nezu A. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*; 1987; 7: 122 – 44.
28. Roth, D, Rehm L. Relationship between self – monitoring processes, memory and depression. *Psychological Reports*. 1980; 47: 3 -17.
29. Thase M, Callan J. The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *J Psychotherapy integration*. 2006; 16: 162 – 67.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and static manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 2000.
31. Babyak M, Blumenthal J, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: main tenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000, 62: 633 – 38.
32. Hollon SD, Shelton R, Davis D. Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61: 270-75.
33. Jarret, R.B. y Rush, A.J. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57, 115-33.
34. Antonuccio DO, Danton WG, Denelsky GY. Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-85.
35. Craighead WE, Craighead WL, Ilardi S. Psychosocial treatments for major depressive disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (dirs.), *A guide to treatments that work* (pp. 226-239). Nueva York: Oxford University Press, Inc. 1998.
36. Hopko DR, Lejuez C, Ruggiero K, et al. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev*. 2003; 23: 699 – 717.
37. Kabat – Zinn J. *Full catastrophe living*. New York: Bantam Dell. 1990.
38. Jacobson N, Dobson K, Truax P, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 74 – 80.
39. Ma S, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *J consult Clin Psychol*. 2004; 72: 31 – 40.
40. Ilardi S, Craighead W. The role of nonspecific factors in cognitive – behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1994; 1: 138 – 55.
41. Fava G. Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychother Psychom*. 1999; 68: 171 – 79.
42. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well- being. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 57 : 1069 – 081.
43. Den B, Wiersma D, Van D. Why is self- help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta analysis. *Psychol Med*. 2004; 34: 959 – 71.
44. Feldman G, Joorman J, Johnson S. Responses to positive affect: a self-report measure of rumination and dampening. *Cogn Ther Res*. 2008; 32: 507 – 525.
45. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness – based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*. 2007; 3(11): 1 – 17.
46. Jacobson N, Hollon S. Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: now that the jury’s returned its verdict, it’s time to present the rest of the evidence. *J Consult clin Psychol* 1996; 64: 74 – 80.
47. Paykel E, Scott J, Teasdale J, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 829 – 35.
48. Unutzer J, Katon W, Callahan C, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002, 288: 2836 – 845.
49. DeRubeis, R, Gelfand, L, Tang, T, Simons, A. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*. 1999 156, 1007–013.
50. DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
51. Beck A. How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nat Med*. 2006; 12: 8 – 15.
52. DeRubeis R, Gelfand L, Tang T, Tony M, Simons A. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega – analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1007 – 013.
53. Beck A. How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nat Med*. 2006; (12) 8 – 15.

54. Jacobson N, Dobson K, Truax, P et al. A component analysis of cognitive - behavioral treatment for depression. *J Consultant Clin Psychol*. 1996; 64: 74 -80.
55. Weissman M, Verdeli H, Geleroff M, et al. National survey of psychotherapy training psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 295 - 34
56. Elkin I, Shea M, Watkins J, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatric* 1989; 46: 171 - 82.