



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Terapias Cognitivo conductuales de la tercera generación para el trastorno depresivo**

*Trabajo final de grado.*

*Monografía.*

**Alumna:**

**Paulina Rodríguez Cáceres**

**4714397-0**

**Tutor:**

**Prof. Hugo Selma**

# ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1 - Depresión: prevalencia, definición, factores de riesgo.....	6
1.1 Prevalencia.....	6
1.2 Definición y clasificación.....	6
1.3 Factores de Riesgo.....	9
Capítulo 2 - Tratamiento.....	11
2.1 Tratamiento Psicofarmacológico.....	11
2.2 Psicoterapia.....	12
2.2.1 Terapia Cognitiva Conductual.....	14
Capítulo 3 - Tres generaciones.....	15
3.1 Primera Generación.....	15
3.2 Segunda Generación.....	17
3.3 Tercera Generación.....	18
Capítulo 4 - Activación Conductual.....	20
Capítulo 5- Mindfulness.....	22
5.1 Terapia Cognitiva basada en Mindfulness.....	23
Capítulo 6 - Terapia de Aceptación y Compromiso.....	26
Capítulo 7 - Eficacia y efectividad.....	29
Reflexiones finales.....	34
Referencias.....	36

# 1- Resumen

El objetivo de esta monografía es revisar, analizar, sistematizar e integrar la literatura existente acerca del trastorno depresivo y cómo abordarlo desde las terapias cognitivas conductuales (TCC) de la tercera generación.

Para ello, se realizará una breve introducción sobre su prevalencia para luego adentrarse en su definición, clasificación y factores de riesgo.

Asimismo, se abordarán algunos elementos claves para la temática como el tratamiento, incluyéndose dentro de este una breve reseña sobre psicofarmacología y psicoterapia.

Partiéndose de este último concepto, se realizará una breve introducción sobre la teoría cognitiva conductual, exponiendo un recorrido teórico de las tres generaciones (o tres olas), para identificar aspectos relevantes de cada una de ellas. Así, se pretenderá aproximarse, especialmente, a las terapias de la tercera generación e indagar cuáles de ellas han resultado efectivas para el tratamiento de la depresión y su prevención de recaída. Se pondrá énfasis en la Activación Conductual (AC), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En el desarrollo del documento se tomarán ideas de algunos pioneros como Skinner, Pavlov, Beck, Kabat-Zinn, Lewinsohn, Ferster y Jacobson.

El trabajo se concluye con aportes y reflexiones personales que pretenden dar cuenta de lo aprendido durante el proceso de elaboración.

Palabras claves: Depresión, Tercera Generación, Activación Conductual, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso.

## Introducción

La elección de esta temática resulta relevante ya que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas, equivalente a un 4,4 % de la población mundial. Es un trastorno que impacta la vida cotidiana de las personas que la padecen, perjudicando su calidad de vida y llevando, en el peor de los casos, al suicidio. Además ejerce un impacto sobre su entorno inmediato (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Álvarez (2014) agrega que la depresión es una de las principales causas de discapacidad. Según la OMS (2004, 2008) estas, consideradas en relación a la carga global de la enfermedad —es decir, al porcentaje de discapacidad multiplicado por los años de discapacidad— son las siguientes (citado en Botella, 2009, p. 8):

Depresión	17%
Otras condiciones psiquiátricas	12%
Alzheimer	8%
Adicción al alcohol	8%
Adicción a las drogas	2%
Migraña	2%
Enfermedades respiratorias	8%
Enfermedades cardiovasculares	5%
Cáncer	2%
Otras	36%

Elaboración propia a partir de Botella (2009)

Basándose entonces en la relevancia que tiene a nivel mundial la depresión y en el hecho de que, pese a que existen diversos tratamientos eficaces para ella, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no los reciben (Álvarez, 2014), se considera importante la aproximación a esta temática. El objetivo de esta tesis entonces está en enfatizar en algunas de las terapias que han resultado efectivas para su tratamiento.

Esta situación paradójica sucede por varias causas, como la falta de recursos, la escasez de personal sanitario capacitado (OMS, 2020) y el uso de los sistemas de clasificación de psicopatología. Estos últimos ofrecen beneficios como la organización de la información y la

adecuada comunicación entre profesionales pero, sin embargo, han sido criticados como generadores de «etiquetas» que son provisorias y se van modificando en las diferentes ediciones (Romero, Sánchez y Vázquez, 2014).

A su vez Andreasen (2007) plantea que:

El uso de sistemas categoriales como los imperantes en la actualidad puede hacer que los profesionales y estudiantes nos limitemos a memorizar listas de síntomas para asignar categorías, olvidando la evaluación de otra serie de aspectos importantes en la formulación del caso (citado en Romero, et al., 2014, p. 96).

Según la OMS (2020), dichas causas conllevan a la evaluación clínica inexacta que da lugar al sobrediagnóstico o infradiagnóstico, llevando a su vez a un infratratamiento.

Por otra parte, Segal, Williams y Teasdale (2002) mencionan que hay una incapacidad por parte de las personas de solicitar ayuda. Además plantean que estudios sociológicos han demostrado que las personas que padecen enfermedades mentales, incluyendo la depresión, son quienes menos uso hacen de los servicios de salud mental —solo un 12 % consulta con un especialista, es decir que la mayoría de los individuos no son tratados—.

La OMS estima que para el 2020 la depresión sería la segunda enfermedad más extendida en el mundo, por lo tanto su abordaje terapéutico es un desafío importante (Segal, et al., 2002).

Se han desarrollado a lo largo de los años tratamientos desde las diversas disciplinas de la salud. La Psicología, en particular, ha abordado el trastorno depresivo desde diferentes perspectivas teóricas, como el *psicoanálisis* y la *terapia cognitiva-conductual*, entre otras, siendo esta última la que ha demostrado mayor efectividad y desarrollado tratamientos con mayor apoyo y validación empírica (Bianchi y Muñoz, 2014).

# Capítulo 1 - Depresión: prevalencia, definición, factores de riesgo

## 1.1 Prevalencia

La depresión es un trastorno que puede presentarse en personas de cualquier rango etario, dándose su mayor prevalencia entre los 15 y 45 años (Álvarez, 2014). Williams y Penman (2011) agregan que en el pasado la depresión era un trastorno que se manifestaba en la edad adulta, sin embargo actualmente una población significativa sufre su primer episodio en la adolescencia, siendo un 2,6 % de la población infanto-juvenil en el mundo quienes son afectados por el trastorno depresivo (Álvarez, Pereira y Ortuño, 2017).

Según la OMS y la OPS (2017), investigaciones realizadas en el año 2015 estiman que afecta más a mujeres que a hombres, con un porcentaje aproximado de 5,1 % y 3,6 % respectivamente. Álvarez (2014) agrega que la prevalencia-vida es de 16,2 %, es decir que esas personas padecieron depresión mayor en algún momento de su vida y la prevalencia-año es de 6,6 %, siendo ese porcentaje el de personas que la padecieron en el último año.

Asimismo, es relevante destacar que los casos más severos pueden llevar al suicidio, siendo principalmente el sexo masculino quien lo ejecuta. A su vez, cuando la depresión es recurrente y la persona experimenta más de un episodio depresivo, el riesgo de suicidio también aumenta, siendo un 15 % la probabilidad de que los pacientes ejecuten el acto (Segal, et al., 2002). De acuerdo a Álvarez (2014), la depresión es una de las causas más vinculadas a la conducta suicida, siendo esta última el segundo motivo de muerte en personas de entre 15 y 29 años (OMS, 2020).

## 1.2 Definición y clasificación

Corr Phillip (2008) afirma:

Todos experimentamos decepciones y adversidades que pueden definirse como deprimentes (...) No obstante, la depresión clínica es más que una decepción o tristeza cotidiana; es, en diversos grados, una sensación de pérdida, falta de valía, baja autoestima y un sentimiento de desamparo en cuanto a que la vida está más allá de nuestro control —en sentido crucial, un sentimiento de que uno tiene la culpa de las cosas malas que le suceden— (pp. 409-410).

La depresión es una afectación global tanto psíquica como física que se caracteriza por un conjunto de síntomas principalmente afectivos dentro de los cuales predominan la tristeza patológica, la desesperanza, la anhedonia (incapacidad de experimentar placer), apatía, decaimiento y malestar subjetivo. A su vez se pueden hacer presentes síntomas cognitivos

como la disminución de la capacidad atencional, alteraciones del sueño y síntomas somáticos inespecíficos (Álvarez, 2014).

Raij (2017) plantea que muchos afectados no la reconocen como una enfermedad y por ende no buscan ayuda profesional, debido a que no entienden los síntomas como parte de un trastorno, sino como propios de estar teniendo un mal día.

El paciente depresivo suele presentar en la entrevista síntomas tales como una apariencia deteriorada, movimientos lentos, un tono de voz bajo, cansancio y falta de energía vital. A su vez la capacidad atencional también se ve afectada (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006).

Asimismo, la depresión puede clasificarse en leve, moderada o grave, dependiendo de los síntomas que la persona presenta y de su intensidad (OMS, 2020). En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-4) (2013) encontramos la categoría de los Trastornos depresivos que presenta, a su vez, ocho subcategorías: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente (distimia), Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, Trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro Trastorno depresivo especificado y otro Trastorno depresivo no especificado.

A continuación se especifican los criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor (Tabla 2) y los criterios diagnósticos del Trastorno depresivo persistente (Tabla 3), siendo estos los que cobran relevancia en el contenido de este trabajo y sobre los que se hará referencia.

**Tabla 2: Trastorno de depresión mayor**

A- Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo 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 llorando).
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- (3) Pérdida de peso (sin hacer dieta), aumento de peso o disminución del apetito.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
- (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o de tomar decisiones casi todos los días.
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes, 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.

(American Psychiatric Association, 2013)

### Tabla 3: Trastorno depresivo persistente (distimia)

A- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B- Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C- Durante el periodo de dos años de la alteración el individuo no ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).



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

(American Psychiatric Association, 2013)

### 1.3 Factores de Riesgo

Lucio, Rapp-Paglicci & Rowe (2011), definen los factores de riesgo como «aquellos atributos o variables que incrementan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen alguna problemática» (citado en González, Pineda y Gaxiola, 2018, p. 2) siendo, en este caso, varios los factores de riesgo relacionados con el trastorno depresivo. Algunos de ellos serán nombrados a continuación dentro de las siguientes categorías:

#### *Personales y sociales*

Con respecto a los factores personales, Álvarez (2014) menciona que el género femenino tiene mayor probabilidad de padecer depresión, así como, aquellas personas con estado civil solteras, divorciadas o viudas. En este mismo sentido, Silva (2002) coincide al afirmar que la pérdida de la pareja en la adultez está asociado al comienzo de la depresión. Por otra parte, Berenzon, Lara, Robles, y Medina (2013) enuncian que determinados factores del entorno tiene un papel relevante en la manifestación del trastorno depresivo, como las crisis económicas y la violencia. Ante esto último Castillo y Arankowsky (2008) alegan al afirmar que la violencia doméstica en mujeres es un factor de riesgo, influyendo a su vez el bajo nivel socioeconómico y la ausencia de apoyo social que estas mujeres recibían al padecer violencia.

#### *Genéticos*

Álvarez (2014) afirma que tienen el doble de posibilidad de padecer depresión ante la población general aquellas personas que tengan un familiar de primer grado depresivo (padres, hijos, hermanos). Es decir que, se considera a los hijos de padres depresivos como vulnerables ante este trastorno, y por ende con mayor probabilidad de padecerlo en algún momento de su vida. Lo anteriormente explicitado está dado por la existencia de factores genéticos que generan un mayor riesgo de padecer este trastorno (Fañanás, 2002). Sin embargo los estudios familiares realizados presentan limitaciones, ya que no se puede definir cuánto riesgo implican estos factores y cuanto el ambiente familiar del sujeto depresivo. Se afirma, según la limitada evidencia, que los factores genéticos tienen una influencia en el riesgo de padecer la enfermedad, pero es parcial (Silva, 2002).

*Factores ambientales:*

Está demostrado que los factores ambientales aumentan el riesgo, generando además que el trastorno se presente probablemente en una edad menor, que se den episodios recurrentes y que sea mayor la incapacidad presente durante estos (Silva, 2002).

*Otros factores:*

En el rango etario comprendido entre los 58 y 85 años se destacan algunos factores de riesgo más específicos como duelo, discapacidad, episodio depresivo previo y trastornos del sueño (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

En la población general, se asocian a la depresión el consumo de alcohol y tabaco, el padecimiento de migraña, el desempleo, entre otros (Álvarez, 2014).

Asimismo, la OMS plantea que la depresión y las enfermedades físicas están relacionadas siendo las enfermedades cardíacas y el padecimiento de enfermedades endocrinas factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. También los rasgos de personalidad neurótica, los trastornos de ansiedad y los ataques de pánico —este último principalmente en varones— son asociados con una incidencia mayor de depresión (Álvarez, 2014).

## Capítulo 2 - Tratamiento

Los tratamientos e intervenciones existentes para abordar el trastorno depresivo tienen como objetivo acompañar y apoyar al paciente en la búsqueda de su bienestar integral, entendiéndolo como un ser biopsicosocial. Es fundamental tener en cuenta el consentimiento y las preferencias del paciente, así como el apoyo de sus familiares, generando un papel activo de ambas partes en el tratamiento (Álvarez, 2014).

Asimismo, de acuerdo con Álvarez (2014), las intervenciones seleccionadas deben abarcar aspectos psicoterapéuticos y farmacológicos. Estos se desarrollarán en los puntos a tratar a continuación.

### 2.1- Tratamiento Psicofarmacológico

En el siglo XIX comienzan los intentos por utilizar las drogas psicoactivas en los tratamientos de trastornos psiquiátricos. Más adelante, en el 1950 se investigan los psicofármacos, desarrollándose la clínica psicofarmacológica (López y Álamo, 2006) que actualmente es un componente importante para el tratamiento de los trastornos depresivos (Rodríguez y Sacristán, 2002).

El objetivo del tratamiento con fármacos antidepresivos es mejorar los síntomas (Álvarez, 2014). Estudios demuestran la eficacia que tiene este tratamiento en el trastorno depresivo de adultos, adolescentes y niños al compararlo con el efecto placebo (Álvarez, et al., 2017), siendo a su vez mayor cuando los síntomas son más graves (Álvarez, 2014). Sin embargo, años atrás otros estudios demostraron que no todas las personas con depresión responden a este tratamiento, siendo un 60-65 % quienes presentan una mejoría (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En esta línea, más recientemente Barlow et. al (2004) plantean que los efectos de los tratamientos farmacológicos son iguales o menores que los tratamientos psicológicos, presentando a largo plazo efectos menos duraderos que estos últimos (citado en Botella, 2009). Sin embargo, su eficacia en adultos está bien investigada y documentada (Álvarez, 2014).

Pérez, Fernández. J, Fernández. C y Vázquez (2003) refieren a diversas clasificaciones y destacan como relevante aquella que distingue los antidepresivos clásicos y los nuevos, llamados también de primera (Tabla 4) y de segunda generación (Tabla 5). En esta línea, Álvarez (2014) explicita que en general los pacientes confían en este tratamiento, destacando aspectos positivos como la disminución de síntomas. Sin embargo, su prescripción genera interrogantes sobre los efectos secundarios existentes y síntomas al dejar de tomarlos, además de preocupaciones por el posible grado de dependencia, factores que dificultan la adherencia al tratamiento. Con esto, resulta relevante que el paciente reciba información

suficiente sobre estos aspectos que facilite esta adherencia. En este sentido, el autor concluye afirmando que «el tratamiento exclusivamente farmacológico no responde a las necesidades y expectativas del paciente» (Álvarez, 2014, p. 51).

Tabla 4: Clasificación de los antidepresivos clásicos comercializados en España		
Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina, Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina.

Tomado de Álvarez (2014)

Tabla 5: Clasificación de los antidepresivos de la nueva generación comercializados en España		
Nueva Generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Tomado de Álvarez (2014)

A modo de resumen, se concluye que está comprobada la eficacia del tratamiento farmacológico convirtiéndose, al combinarlo con la psicoterapia, en un potenciador (Álvarez, 2014).

## 2.2- Psicoterapia

Son múltiples las definiciones que se han dado a lo largo de los años sobre la Psicoterapia. Esta práctica fue creada por médicos en el siglo XIX con el objetivo de tratar enfermedades pertenecientes a su campo (Keegan, 2010). Sin embargo, tiene otros antecedentes además

de la disciplina de la medicina, como la religión, la filosofía, incluso la Psicología como ciencia y la Psicología Clínica como campo de aplicación psicológico surgieron mucho después que la Psicoterapia (López, 2002 y Feixas, 1993, citado en Gómez, 2010).

La primera forma de psicoterapia fue el Psicoanálisis (Keegan, 2010). En este sentido, Laplanche y Pontalis (1967) definen la psicoterapia como «todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc» (p. 324).

Keegan (2010) plantea que el término de *psicoterapia* se utiliza para designar una práctica psicoterapéutica que tiene objetivos distintos, sin embargo, el objetivo genérico es fomentar y restaurar el bienestar anímico de la persona. Propone que la psicoterapia al trabajar con trastornos mentales debe estar basada en investigaciones empíricas que demuestren su eficacia, efectividad y utilidad clínica, sin embargo este criterio no se aplica cuando el objetivo terapéutico es el desarrollo personal y las crisis vitales, debido a que conlleva un trabajo más variable.

Por otra parte, Compas & Gotlib (2002) plantean que la psicoterapia es una forma de intervención utilizada en psicología clínica una vez que se manifiestan diferentes trastornos (como se cita en Gómez, 2010). A su vez Caro (2011) la denomina como una etiqueta dentro de la cual se encuentran modelos terapéuticos distintos, que pueden ser psicodinámicos, conductuales, etc. A pesar de esto, toda psicoterapia comparte aspectos en común, como la intervención psicológica de un terapeuta con el objetivo de ayudar a otra persona a aliviar o curar determinados trastornos emocionales (Poch y Ávila, 1998, citado en Caro, 2010).

Se la define según la European Association for Psychotherapy (EAP) como:

Un tratamiento de intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación más amplia de desarrollo personal, relacionada con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Para ello utiliza métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamientos alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar (Álvarez, 2014, p. 70).

Se entiende que la psicoterapia para el tratamiento del trastorno depresivo es una práctica positiva y efectiva, que le brinda al paciente un espacio para ser escuchado y orientado en la búsqueda de soluciones, generando que muchas veces sea el paciente quien solicite este proceso (Álvarez, 2014). Son diversas las intervenciones psicoterapéuticas existentes, siendo terapia cognitivo-conductual la que se expondrá a continuación.

## 2.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC surge como un modelo terapéutico en los años 60 y 70, basando sus desarrollos teóricos en la terapia comportamental (TC), empero, apartándose de una perspectiva radical. La designación del nombre *cognitivo-conductual* busca integrar las ideas de Freud y de Skinner sobre la conducta. Estos planteaban que estaba determinada únicamente de manera interna (Freud) o externa (Skinner) y las TCC por su parte rechazan esta dicotomía, buscando integrar ambos puntos de vista. Fueron varios los terapeutas y teóricos que orientaron sus trabajos hacia esta terapia generando un impacto clínico positivo, entre ellos Beck y Ellis (Keegan y Holas, 2010).

Se encuentran diversas terapias bajo el nombre cognitivo-conductual, que utilizan para su tratamiento enfoques de abordajes diferentes, sin embargo todas comparten la premisa de que el trabajo sobre el pensamiento de la persona genera la modificación del estado de ánimo y de la conducta (Keegan y Holas, 2010).

Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) hacen referencia a algunas características de las TCC, entre ellas, explicitan que las personas son capaces de controlar los hábitos y procesos que le afectan debido a que fueron aprendidos principalmente en la infancia y forman parte de su repertorio comportamental —sobre el que pueden trabajar—. A su vez, para esta terapia la realidad es polisémica y es construida por el sujeto en el momento que vivencia una situación y procesa los datos otorgándole determinada interpretación y significación que dará lugar a un estado de ánimo. Por lo tanto, el principal objetivo es que la persona pueda aprender a observar con una perspectiva más flexible su realidad.

La TCC debe ser reconocida y valorada como una de las terapias psicológicas más competentes por su eficacia para tratar una amplia variedad de trastornos psicológicos (Keegan, 2010), entendiendo que su nombre designa a una familia de modelos terapéuticos que tienen abordajes teóricos comunes o similares, que se ubican en diferentes periodos históricos llamados generaciones u olas (Keegan y Holas, 2010).

## Capítulo 3- Las tres generaciones

Las terapias de primera, segunda y tercera generación (u olas) hacen referencia a diferentes periodos históricos de la terapia de la conducta (Pérez, s.f).

Keegan y Holas (2010) plantearon las cuatro principales etapas que encontramos dentro de las TCC:

- 1- La primera generación formada por la terapia comportamental 1950-1970
- 2- La segunda generación formada por la terapia cognitiva 1960-1970.
- 3- La fusión de estas terapias en la cognitivo-conductual.
- 4- La tercera generación de terapias que se fueron desarrollando desde el 1990.

Considero relevante aclarar, que los términos “generaciones” u “olas” son utilizados para diferenciar las terapias y sus constructos teóricos según el periodo histórico en el que aparecieron y se extendieron.

### 3.1 - Primera Generación

Podemos ubicar la primera generación a partir de la década del 1950 cuando se instaura la terapia conductual con validación científica. Hay dos coyunturas que dan lugar a este suceso, por un lado comienzan las dudas con respecto a la eficacia del psicoanálisis (Pérez, 2014). Eysenck (1952) coincide en este sentido al afirmar que «el psicoanálisis no era más efectivo que la ausencia de tratamiento» (citado en Keegan y Holas, 2010, p.2). Por otro lado, la psicología del aprendizaje —disciplina científico-experimental de la psicología— expande sus fundamentos a la clínica, proponiendo dos principios terapéuticos, el condicionamiento clásico y el operante, que tienen como objetivo comprender y modificar el comportamiento humano en diferentes ámbitos. Estos principios formaron parte de las intervenciones de la psicoterapia conductual. El primero fue propuesto por Iván Pavlov y pone énfasis en el aprendizaje a través de la asociación que se da entre estímulos y conductas. El segundo fue introducido por Skinner y explica un tipo de aprendizaje que se da por el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias (refuerzos) (Pérez, 2014). Siguiendo la línea de los condicionamientos se destacan algunos fundamentos relevantes para entenderlos. Según Cansado, Morillas y Muñoz (2015) Pavlov postuló el condicionamiento clásico, un mecanismo de aprendizaje que se da a través de la asociación de un estímulo condicionado con un estímulo incondicionado. Estudió este método de aprendizaje con perros y descubrió que al presentarle alimentos (estímulo incondicionado) se activa el reflejo de salivación (respuesta incondicionada). A continuación, antes de presentarle la comida, agrego un estímulo neutro, en este caso el sonido de un diapasón, volviéndose luego de unos días un estímulo

condicionado que lleva al perro a salivar al escucharlo (respuesta condicionada), debido a que esta asociarlo con la presencia de comida.

Descubrió cuatro características importantes:

1- Adquisición: refiere al emparejamiento de estímulos incondicionados (por ejemplo: el alimento) con estímulos neutros (por ejemplo: el sonido del diapasón) que generan como consecuencia una respuesta condicionada (por ejemplo: el reflejo de salivación).

2- Generalización: frente a estímulos similares se reproduce la conducta, es decir que se tiende a actuar de manera semejante.

3- Discriminación: consiste en la capacidad de diferenciar entre el estímulo que se condicionó originalmente y aquel que es similar.

4- Extinción: la conducta se extingue cuando el estímulo condicionado no va acompañado de vez en cuando del estímulo incondicionado (Cansado, Morillas y Muñoz, 2015)

A través de estos postulados teóricos, se pudieron desarrollar distintas técnicas que podrían usarse terapéuticamente con el objetivo de extinguir las conductas condicionadas, como la Desensibilización Sistemática (DS) y la Exposición Prolongada con prevención de respuesta (EP) (Pérez, 2014).

Por otra parte, el condicionamiento operante tiene como principal técnica el análisis funcional del comportamiento, formada por una unidad de tres términos: ABC, siendo A - los antecedentes a la conducta, B- la conducta y C- las consecuencias. Este condicionamiento propone que todo aprendizaje se instaura en el sujeto debido a la consecuencia que tiene la conducta que realiza. Esa consecuencia recibe el nombre de reforzador positivo, si fortalece la conducta o reforzador negativo, si lleva a que esta se extinga (Pérez, 2014). Por lo tanto, cuando un comportamiento es reforzado positivamente aumenta su frecuencia y la probabilidad de que se vuelva a realizar, por el contrario, se extingue cuando es reforzado negativamente o cuando se ausentan los reforzadores positivos (Meyers, 2006). Fue a partir de las investigaciones realizadas y de los aportes existentes sobre ambos condicionamientos que se determinó que las conductas son aprendidas, por lo tanto se pueden adquirir nuevas así como extinguir las ya existentes (Dowd, sf).

En conclusión, esta primera generación planteo una alternativa clínica que basaba sus teorías en los principios y las leyes del comportamiento humano, con el objetivo de vencer aquellas limitaciones del modelo clínico presente en esa época (Mañas, 2012). Fueron varios los conductistas que hicieron aportes que contribuyeron al desarrollo de la terapia conductual enfocándose mayormente en las conductas observables (Pérez, 2014). Poniendo el foco de estudio en el desarrollo, la adquisición y el cambio de la conducta (Dowd, sf).

Comienzan a surgir nuevos aportes que marcan un declive en esta etapa y emerge la idea de las cogniciones como un factor relevante para el bienestar psicológico. Además la



psicología cognitiva experimental propone un modelo que se extiende a la clínica y que basa sus propuestas en el papel que tiene la cognición en el procesamiento de la información, dando lugar a la segunda generación (Keegan y Holas, 2010).

### **3.2 - Segunda generación**

Con el objetivo de ampliar el modelo y explicar el comportamiento humano no solo desde la perspectiva del estímulo-respuesta, surge en Estados Unidos la segunda generación de las terapias cognitivas —en los años 60 y 70— (Keegan y Holas, 2010). Mahoney (1974) afirmó que la terapia de la conducta no podía explicar todo el comportamiento humano (citado en Keegan y Holas, 2010), volviéndose necesario un nuevo modelo que destaca la importancia de las cogniciones y los pensamientos como causa principal de las conductas, con objetivos y técnicas dirigidas a estos sucesos internos, así como también a las emociones, recuerdos y sensaciones corporales (Mañas, 2012).

La terapia cognitiva busca detectar y modificar aquellas variables cognitivas que forman parte de los problemas y trastornos mentales de las personas, con el objetivo de disminuir su sufrimiento y ayudarlas a mejorar (Garay, Keegan y Korman, 2015).

Un pionero de la TCC fue Aaron Beck, psiquiatra norteamericano con formación psicoanalítica. Él comenzó a estudiar bajo el modelo cognitivo los fenómenos psicológicos, buscando respuestas sobre los mecanismos específicos que dan lugar a los síntomas depresivos. Surge en 1967, a partir de sus investigaciones la Terapia Cognitiva de la Depresión (Keegan, 2010), la cual considera que, los trastornos mentales pueden ser generados y mantenidos por las cogniciones (Castanedo, 2008), que refieren a los pensamientos y a las representaciones mentales que las personas le adjudican a los mismos (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Beck, a partir de sus investigaciones atribuyó la depresión a una alteración idiosincrásica de la cognición, esa alteración se explicó a partir de lo que llamó triada cognitiva (Keegan, 2010), que estaba formada por tres patrones cognitivos principales que son:

- la visión negativa sobre uno mismo (las personas se perciben como ineficaces, ineptas, incapaces),
- la visión negativa sobre el mundo (perciben su vínculo con el exterior en términos de fracaso),
- la visión negativa sobre el futuro (esperan problemas, dificultades sobre lo que va a acontecer).

El origen de estas alteraciones está en los esquemas depresógenos que surgen de aprendizajes que advienen de experiencias y acontecimientos tempranos, en la infancia (Vázquez, et al., 2000). Estos esquemas están formados por las creencias centrales de los

sujetos. Beck et al. (1983) agregan que las personas estructuran las experiencias y responden a estas teniendo como base sus esquemas, los cuales muchas veces generan actitudes disfuncionales y contraproducentes que mantienen los síntomas depresivos. Asimismo, esta tríada, conforma la estructura cognitiva básica que genera pensamientos negativos, originando a su vez, síntomas depresivos. Se instaura en el individuo, cuando se interpreta una experiencia acontecida, esto conlleva a que se cometan *errores lógicos* (Chertok, 2006), llamados también, distorsiones cognitivas. Se distinguen, según Camacho (2003) las siguientes:

*Inferencia Arbitraria:* frente a una situación, el individuo deduce lo que va a pasar sin evidencias.

*Abstracción Selectiva:* el individuo focaliza su atención en los estímulos o detalles que confirman su esquema, sacándolos de contexto.

*Sobregeneralización:* el individuo considera que lo que le pasó una vez, le va a pasar siempre, creando reglas generalizadas, a partir de algo puntual, para todas las situaciones

*Maximización:* el individuo maximiza carencias y errores.

*Minimización:* el individuo minimiza sus cualidades y éxitos.

*Personalización:* el individuo se atribuye situaciones externas sin evidencia.

*Pensamiento dicotómico:* el individuo se maneja en los extremos, por ejemplo todo o nada.

La Terapia cognitiva de la depresión es según Alberto Chertok (1988)

Es un modelo teórico muy completo y coherente con una vertiente psicopatológica, que explica los procesos que dan lugar al acontecer depresivo y una vertiente terapéutica que consiste en una estrategia cognitivo-conductual que ha reportado un amplio porcentaje de resultados positivos (p.170).

Debido a que su campo de trabajo se ha ampliado a diferentes áreas de tratamiento y que se probó su eficacia para diversos trastornos psicológicos, fueron múltiples las terapias cognitivas que se desarrollaron a lo largo de los años. Sin embargo, comienza a surgir una evolución hacia la tercera generación de terapias (Pérez, 2014).

### **3.3 Tercera generación**

La tercera generación engloba aquellas terapias que surgen en el 1990 y que tienen como principal pionero e inspiración para el desarrollo de otros modelos los aportes a Jon Kabat-Zinn (Keegan y Holas, 2010). Aparecen como respuesta a la interrogante del cómo y el por qué son eficaces las terapias psicológicas, entendiendo, que desde cada modelo el terapeuta explica la mejoría de los síntomas o trastornos de sus paciente, sin poder aceptar o entender cómo y por qué las otras teorías también son eficaces. Surge ante esto la teoría de los

factores comunes que sin dejar de lado la importancia de las diferentes técnicas utilizadas en cada modelo, propone ciertos factores comunes como la relación de confianza, el lugar sanativo, el contexto de tratamiento con un carácter humanista, entre otros. Estos modelos terapéuticos parten de una filosofía contextualista que propone herramientas y técnicas de cambios basadas en las experiencias y aprendizajes de los sujetos (Mañas, 2012).

Las dos primeras generaciones consideran a los trastornos psicológicos como disfunciones de uno mismo, sin embargo, esta tercera generación los entiende como situacionales y contextuales, basando sus objetivos en que las personas transformen su relación con los síntomas y no en eliminarlos (Labrador y Crespo, 2012). Pérez (2014) menciona que los trastornos se explican a partir de la historia coevolutiva del individuo y de las circunstancias en las que está inmerso y no como algo defectuoso que surge en el propio individuo, es decir en el cerebro o en la mente de este.

Hayes (s.f), como se citó en Keegan y Holas (2010), plantea que:

(...) la tercera ola de terapia cognitiva y comportamental es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo a su forma, y tiende de este modo a enfatizar estrategias de cambio conductuales y vivenciales además de estrategias más didácticas y directas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y eficaces (...) La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de terapia cognitiva y comportamental y les permite avanzar en interrogantes, cuestiones y áreas abordadas con anterioridad (...) (p.8)

Desde este enfoque se considera que el hombre es un ser conductual y pensante, pero que es también un ser emocional. Se da un cambio de sentido, la emoción deja de estar subordinada a la cognición y a la conducta generando una relación de interacción constante entre ellas (Castanedo, 2008). A su vez, estos modelos terapéuticos constituyen la «segunda revolución cognitiva», la que, según Western (2000) como se cita en Keegan y Holas (2010) trae nuevamente al inconsciente y por ende, la concepción de que los pensamientos, emociones y sentimientos surgen como consecuencia de este. Sin embargo, proponen otras formas de acceder a ellos, a través de la consciencia plena y la aceptación (Keegan y Holas, 2010).

Son varios los abordajes terapéuticos que forman parte de esta tercera generación, sin embargo se hará referencia y se desarrollarán en los próximos apartados aquellos que resultaron efectivos para el tratamiento de la depresión.

## Capítulo 4 - ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

### Intervención en casos graves

La Activación Conductual es una terapia perteneciente a la tercera generación. Sin embargo, tiene sus comienzos en 1953 como un modelo conductual, cuando Skinner propone el análisis funcional del comportamiento. Este es un método utilizado para identificar las variables que se dan en los comportamientos con el objetivo de poder entender cómo funcionan. En la clínica se seleccionan para el análisis funcional aquellas variables relacionadas con el comportamiento problema que la persona trae a la consulta (Caballo, Carrillo y Marinho, 2003). Ferster en 1970 desarrolló y aplicó el concepto del análisis funcional planteado por Skinner a la clínica, teniendo en cuenta fenómenos psicológicos como la depresión. Explicó este trastorno partiendo de la importancia que tiene en la historia de aprendizaje del individuo los reforzadores positivos y como la carencia de ellos aumenta la probabilidad de tener depresión. El término reforzador positivo es propuesto por Skinner en su modelo del condicionamiento operante. Estos reforzadores se aplican después de que los sujetos realizan determinadas conductas con el objetivo de controlarla, incrementando la probabilidad futura de que se repita y aumentando su frecuencia (Ardila, 2001). Luego Lewinsohn reelabora este modelo conductual de la depresión, dándole importancia en sus programas tanto al componente conductual como al cognitivo. No obstante, en los años 60 aparece el modelo cognitivo de Beck que le quita prioridad al componente conductual al incorporar elementos nuevos para el análisis funcional de la conducta, poniendo énfasis principalmente en el componente cognitivo. Este modelo cobra una importante relevancia empírica y extiende sus aportes a diversos trastornos psicológicos, generando como consecuencia que la AC pierda consideración, al menos por esos años. En el año 2001 Neil Jacobson y colaboradores retoman los conceptos de Ferster y Lewinsohn dando lugar a la terapia de la AC, que fue desarrollada tomando como base la terapia cognitiva de la depresión (Pérez, 2014). Asimismo fue pensada con el objetivo de intervenir en los casos de depresión más graves (Vallejo, 2010).

Para el tratamiento de la depresión la AC ha demostrado en diferentes estudios empíricos su validez, es por esto y porque es un método breve, sencillo y estructurado que se ha dado un creciente interés en su aplicación (Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2010). Es una terapia breve, de aproximadamente 15 sesiones y si bien es estructurada puede variar dependiendo del consultante (Pérez, 2006). Barraca (2016) agrega que su eficacia es mayor que la terapia cognitiva, además presenta virtudes frente a la medicación. Se considera que es una de las alternativas más ventajosas en comparación con la terapia de Beck para la depresión.

Por otra parte, la terapia de la AC pone énfasis en una visión contextualista, que aborda la relación que se genera entre el contexto y las conductas depresivas (Bianchi y Muñoz, 2014). Martell como se citó en Barraca (2016), plantea que «es el contexto y no factores internos (como determinadas cogniciones o desequilibrios de los neurotransmisores) lo que aporta una explicación de la depresión más eficiente y representa un ámbito de intervención más eficaz» (p. 18).

La AC se basa en dos supuesto principales, por un lado en las condiciones del contexto que promueven las conductas depresivas y por otro lado las consecuencias que tienen para el consultante las mismas. Se considera que las conductas depresivas son en parte una forma de evitar la realidad en diferentes ámbitos que son para el sujeto desagradables, como consecuencia del bajo o alto nivel de reforzadores positivos y/o aversivos respectivamente (Pérez, 2006). Se considera que las personas vulnerables al tener problemas reducen la recompensa positiva del ambiente, dando lugar a síntomas que se enmarcan dentro del trastorno depresivo. Por ende, el objetivo de la AC está centrado en fomentar en el individuo el desarrollo de conductas que sean placenteras (Martel, et al. 2010) para que re experimente aquellas experiencias y acciones que en algún momento de su vida fueron motivo de recompensa. Para esto se utilizan métodos de intervención que restablezcan su contacto con los reforzadores positivos. Siendo uno eficaz y fundamental para el tratamiento de la persona depresiva la programación y estructuración de actividades (Barraca, 2016). Por otra parte, se busca orientar a la persona a enfrentarse a situaciones que normalmente evitaría, que la ponen en contacto con conductas depresivas. De esta forma aumenta la probabilidad de que visualice nuevas posibilidades e intereses que generen otras conductas positivas ante los reforzadores naturales que aparecen (Pérez, 2006). Para esto, el terapeuta debe guiar y enseñar al individuo a convertirse en el observador de sus comportamientos y de las consecuencias que van generando en su contexto y entorno social, para que así pueda controlar su propia vida. El consultante no debe centrarse en cómo se siente, sino que debe cuestionarse por qué se siente de esa manera y por qué aparecen esas emociones y su contenido (Vargas, 2018).

En suma, la AC fue un modelo conductual que por ende formó parte de la primera generación de terapias cognitivas conductuales. Sin embargo, diferentes aportes destacaron su papel cognitivo, resurgiendo actualmente, en esta tercera generación como una de las terapias más destacadas por su eficacia y por ser un modelo fácil, tanto de entender como de aplicar (Pérez, 2014).

## Capítulo 5 - MINDFULNESS

El Mindfulness es un concepto que orienta desde su filosofía y sus técnicas a diferentes modelos terapéuticos que forman parte de esta tercera generación de terapias (Pérez, 2014). El concepto de Mindfulness se traduce al español con el término de atención plena, conciencia plena, atención cabal, entre otros (Rodríguez, 2018).

Realizando una breve reseña histórica, se hallan los comienzos del mindfulness hace unos 2500 años. Fue Siddharta Gautama (el Buda Shakyamuni) quien dio inicio a esta práctica, al comenzar una tradición religiosa y filosófica que se extendió por el mundo (Simón, 2006). Sin embargo, a pesar de que no hay registros para afirmarlo, se considera que es una práctica aún más antigua, según Reynolds (2005) se remonta a unos 17.000 años antes de Cristo (citado en Simón, 2006).

Actualmente en Occidente se están dando avances importantes en la terapia cognitiva, haciendo uso y beneficiándose de los conocimientos meditativos provenientes del Oriente, dando lugar a diferentes modelos terapéuticos que forman parte de la tercera generación (Simón, 2006).

Un pionero del mindfulness es Jon Kabat-Zinn quien creó el Programa de Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena (MBSR) (Keegan y Holas, 2010). En la década del noventa el MBSR se empezó a difundir llevando a que otros profesionales se desarrollen en el tema y que el uso del mindfulness comience a crecer en todo el mundo, volviéndose una herramienta con evidencia científica para diversos tratamientos de depresión, ansiedad, estrés, entre otros (Rodríguez, 2018).

El concepto de *mindfulness* hace referencia a la conciencia centrada en el presente, en el aquí y el ahora (Miró, Pérez y Pérez, 2011), que lleva a asumir con interés, curiosidad y aceptación las experiencias que se viven en cada momento, atendiendo de forma consciente la situación y generando con ella un vínculo directo (Moñivas, García-Diex y García-De-Silva, 2012).

Silvio Raij define el mindfulness como «el arte de darnos cuenta de lo que está ocurriendo mientras está ocurriendo. Es decir, ser conscientes de nuestras experiencias en el momento presente» (Raij, 2017, p. 28). Este autor en su libro "Mindfulness: recupera tu paz interior", da cuenta de algunos beneficios que tiene esta práctica para la salud, como por ejemplo: disminuye síntomas de ansiedad, estrés, irritabilidad, agotamiento, depresión, mejora determinadas funciones cerebrales generando mayor capacidad de atención, de creatividad, reduce conductas adictivas, entre muchos otros (Raij, 2017). Altman (2014) agrega que los pacientes con depresión tienen una rumiación constante de pensamientos negativos y que estudios demuestran que la respiración consciente capta la atención de la persona y desplaza

su concentración desde esos pensamientos hacia esta práctica, mejorando los síntomas depresivos. El mindfulness disminuye los pensamientos negativos, transformando la relación de la persona con aquellos que son autocríticos y auto culpabilizadores, que son síntomas presentes en los estados depresivos. A su vez estimula a la persona a estar en el presente centrada en su vida cotidiana, desarrollando hacia sí misma sentimientos de aceptación y amabilidad. Siguiendo la línea de estos aportes otros autores como Williams y Penman (2011) coinciden en este sentido y agregan que se ha demostrado su eficacia para evitar la depresión y que además modifica patrones cerebrales relacionados con este trastorno ayudando a que desaparezcan los síntomas que con facilidad son generados por el estado.

El mindfulness se enlaza a procedimientos terapéuticos como: la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva basada en Mindfulness, entre otras las cuales pertenecen a las terapias de la tercera generación (Castanedo, 2008). De forma generalizada estas terapias proponen como objetivo que la persona reconozca y acepte cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece tal cual es, transformando la relación con estos (Labrador y Crespo, 2012). Se espera que la persona cambie la experiencia subjetiva del síntoma, tomando conciencia de él y llevando a que disminuya su carga emocional (Moñivas, et. al., 2012). A su vez se busca que la persona desarrolle la compasión por sí misma, observándose sin críticas y prestando atención a aquellos pensamientos negativos sin tomarlos como algo personal, sino como algo pasajero que debe ser observado con curiosidad (Williams y Penman, 2011). Es necesario que el ser humano se centre en su interior, para sanarse a sí mismo desde adentro, dirigiendo su atención y dándole relevancia a sus recursos y potencial personal (Didonna, 1980).

## **5.1 - TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS**

### **La depresión como un problema recurrente.**

Zindel, Segal, Mark, Williams y Teasdale se entrenaron en Mindfulness con Jon Kabat-Zinn e introdujeron esta práctica a sus tratamientos clínicos (Acosta, 2014). En el 2002 desarrollaron un modelo terapéutico para la prevención de recaídas de los trastornos depresivos que se llama Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) (Vásquez, 2016). Este se enfoca en procedimientos terapéuticos que integran herramientas de mindfulness y de la terapia cognitiva, siendo actualmente un tratamiento recomendado por el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE Guidelines) del Reino Unido (Gracia, s.f). Se entiende, por lo tanto, a la MBCT como una propuesta terapéutica planteada con el objetivo de evitar la recurrencia del trastorno depresivo (Korman y Garay, 2012) y cobra relevancia debido a que diversos estudios han demostrado que las personas que ya se han recuperado tienden a la recurrencia (Segal, et al., 2002). Se estima que el riesgo es de un 90 % en pacientes que

experimentaron más de un episodio depresivo y del 60 % en aquellos que presentaron solo uno (Korman y Garay, 2012).

Este abordaje terapéutico plantea el concepto de vulnerabilidad cognitiva, presente en aquellos pacientes que padecieron depresión, está compuesta por: la vulnerabilidad sociotrópica que está dada por estresores de naturaleza interpersonal y la automática que está relacionada con estresores propios, como la pérdida de trabajo (Garay, Keegan y Korman, 2015).

El tratamiento consiste en transformar la vulnerabilidad y por lo tanto evitar las recaídas, mediante la desactivación y modificación de los esquemas cognitivos (Garay, Keegan y Korman, 2015) que generan como plantea Beck distorsiones cognitivas (Cebolla y Miró, 2006). Sin embargo, la MBCT es un modelo terapéutico que amplía sus conceptos y va más allá de una terapia basada únicamente en las cogniciones, postulando la existencia de dos subsistemas, el cognitivo y el sensorial. Explica que cuando una persona padece depresión se genera una interacción entre estos dos subsistemas que está dominada por pensamientos negativos, estos, a su vez van a retroalimentar aquellos esquemas depresogénicos de los que Beck hablaba, ocasionando un bucle cognitivo que genera el mantenimiento de la depresión. Además, aparece también la existencia de un bucle sensorial, que se conecta al resto del sistema y que se activa a través del feedback sensorial, que es la reactivación de sensaciones corporales que se experimentaron en el estado depresivo. Es decir que después del tratamiento cognitivo conductual estados de disforia pueden reactivar estados depresivos, a partir de la reactivación de las sensaciones corporales produciendo una recaída (Cebolla y Miró, 2006).

Este modelo a diferencia del de Beck no está centrado en trabajar únicamente sobre las cogniciones, su objetivo es intervenir en lo sensorial, generando a partir del bucle sensorial una modificación en todo el sistema (Cebolla y Miró, 2006). Teasdale y colaboradores se centraron en comprender el efecto que tenía el estado de ánimo sobre los pensamientos e investigaron que las personas depresivas estaban centradas en las experiencias y acontecimientos negativos de sus vidas, quitándole relevancia a los positivos, esto estaba ocasionado porque padecían estados de ánimos negativos que se reactivan fácilmente llevando a pensamientos negativos (Segal, et al. 2002). En esta línea, Teasdale propone una hipótesis llamada "hipótesis de la activación diferencial". Esta refiere a que las personas, en su mayoría, pueden ignorar la tristeza que se presenta de forma eventual, sin embargo los individuos que han experimentado estados depresivos, no pueden hacerlo, viéndose afectados los patrones de pensamientos frente a la presencia de estados de ánimo triste (Segal, et al., 2002).

La MBCT se formula como un recurso terapéutico para reducir la vulnerabilidad en pacientes depresivos con el objetivo de evitar la recurrencia (Garay, Keegan y Korman., 2015). Existen



varios modelos terapéuticos con técnicas basadas en la prevención de recaídas, pero como dicen Garay, Keegan y Korman (2015) la MBCT tiene una característica alentadora: que es una intervención breve.

## Capítulo 6- Terapia de Aceptación y Compromiso

El modelo de terapia llamado Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT], está basado en un supuesto que propone que los individuos podemos desarrollar un contacto inflexible con la realidad debido a que muchas veces, dejamos de lado las contingencias y respondemos a reglas de funcionamiento que aprendemos en determinado momento pero que ya no funcionan. Un estudio demostró que aquellas personas que desde un primer momento están en contacto con las contingencias desarrollan una mayor capacidad para pensar en nuevas estrategias frente a esas situaciones, por el contrario quienes siguen determinadas reglas al encontrarse con contingencias se enfrentan a dificultades (Álvarez, 2014). Barraca (2007) siguiendo este lineamiento plantea que la ACT tiene como fundamento la necesidad de abandonar la lucha que los individuos tenemos contra el malestar, dirigiendo el foco del tratamiento a aceptar como son aquellos sentimientos, pensamientos y situaciones adversas que generan malestar. A su vez, plantea que es esa necesidad de evitar el dolor y no estar en contacto con él es lo que de forma contraproducente genera trastornos psicopatológicos como la ansiedad, depresión, etc. A este proceso se le da el nombre de *evitación experiencial* y al contrapuesto, se le da el nombre de *aceptación psicológica*, que es la capacidad del sujeto de experimentar el dolor sin intentar evitarlo. Para algunos autores ambos términos implican dos formas de comportarse ante situaciones de la vida, sin embargo resultan incompatibles cuando las circunstancias son adversas (Hayes, Jacobson, Follette y Dougher, 1994, citados en Ferro, 2000). Por consiguiente Ferro (2000) agrega que la aceptación psicológica es una estrategia de cambio que le da importancia y se basa en que el individuo se permita atravesar y sentir las situaciones difíciles o los eventos privados, sobrellevando sus consecuencias, sin evitarlos, ni modificarlos.

Se entiende que, el objetivo del clínico es ayudar al individuo a aceptar los síntomas que experimenta en determinado contexto, frente a diversas situaciones, de manera abierta y receptiva, sin emitir juicios valorativos que son contraproducentes e innecesarios. Comprendiendo que cada momento es un todo, con sus partes positivas y aquellas negativas (Álvarez, 2014).

Las psicoterapias que pertenecen a la tercera generación se fundamentan en el marco teórico y empírico de la Teoría de los Marcos Relacionales [RFT], siendo la ACT la que más difunde sus conceptos prácticos. La RFT surge de investigaciones sobre lenguaje y cognición, esta teoría expone que dentro del marco relacional hay diversos estímulos que se relacionan, los individuos aprendemos a interpretar y realizar asociaciones de esas relaciones, según las reglas verbales que controlan nuestras conductas. Esas reglas nos permiten responder dependiendo del contexto, pero pueden volverse rígidas, generando cierta inflexibilidad en

las regulaciones verbales de las conductas. En estos casos, muchas veces se necesita consultar con un terapeuta (Mandil, 2015).

Soriano y Valdivia (2006) plantean algunas características relevantes de la ACT:

1- Se considera a la experiencia del sujeto como la clave del tratamiento, por ende, se realiza el análisis funcional del comportamiento.

2- Para lograr un cambio conductual se propone poner énfasis en las acciones valiosas del individuo, clarificando los valores para actuar a partir de estos aceptando los eventos privados que generan malestar o sufrimiento como normales.

3- El objetivo es ayudar al individuo para que logre reaccionar ante situaciones que generan malestar de una forma más flexible y adaptativa.

Siguiendo este lineamiento, a estas características considero necesario agregarle un aporte de Pérez (2014) con respecto a los valores, él explica que son aquellas cosas que hacemos a pesar de las dificultades, que elegimos y construimos en la búsqueda de un significado y un propósito para la vida. Asimismo, este autor expone por un lado, los procesos psicopatológicos y por otro, los procesos saludables y terapéuticos alternativos, que se muestran a continuación:

<b>Tabla 6: Procesos psicopatológicos</b>	
<i>Procesos psicopatológicos</i>	<i>Procesos saludables y terapéuticos alternativos</i>
Fusión cognitiva: cuando el lenguaje tiene un excesivo o inadecuado control sobre los eventos, lo que se dice o piensa se torna literal.	Difusión: se proponen ejercicios con el objetivo de bajar la credibilidad que se le adjudica al evento privado con la realidad.
Evitación experiencial: cuando se intentan cambiar o sustituir sentimientos, pensamientos, recuerdos aversivos o que generan malestar por otros que no lo sean.	Aceptación: es una alternativa, que en lugar de promover el cambio, propone que el individuo debe aceptar conscientemente las experiencias como son y vivirlas con curiosidad y flexibilidad, entendiendo que forman parte de uno mismo.
Pérdida de contacto flexible con el presente: plantea que se pierde el contacto con las contingencias cuando estamos constantemente analizando el pasado y el futuro.	Contacto con el momento presente: se proponen ejercicios de mindfulness, para estar en el presente, abiertos y flexibles.
Apego al yo conceptualizado: se le llama yo conceptualizado a la narrativa que cada uno tiene sobre sí mismo, que puede generar patrones conductuales contraproducentes e impidiendo el contacto con un yo más trascendente	El yo como contexto: el objetivo es que el individuo se centre en el yo con base en las experiencias presentes, que pueda observarse distanciado de sí mismo, para generar otra perspectiva.

Falta de claridad con los valores: los valores orientan y dan sentido a la vida por lo tanto es importante la elección y la clarificación de ellos.	Clarificación y elección de valores: en la terapia se busca clarificar y poner en primer plano los valores.
Inacción, impulsividad o persistente evitación: son generadas por los problemas psicológicos.	Compromiso de actuar: se propone actuar en dirección a los valores, con el objetivo de salir de la inacción, de la impulsividad y la actitud evitativa.

Fuente: elaboración propia (2021) a partir de Pérez (2014).

## Capítulo 7 - Eficacia y efectividad.

Mustaca, et al (2015) explicita que los términos eficacia, eficiencia y efectividad forman parte de la valoración empírica de los tratamientos psicológicos. Fernández y Pérez (2001) plantean que la valoración empírica se vuelve necesaria por varias razones, siendo una de ellas el carácter científico-profesional que tiene la Psicología Clínica y que lleva, por ende, a que el profesional desarrolle su tarea teniendo en cuenta estas dos perspectivas. El código ético de la APA y Código Deontológico del COP, cada uno por su parte, establecen artículos que respectivamente, explicitan:

APA (1992) como se cita en Fernández y Pérez (2001) (...) “profesionales mantendrán un nivel razonable de conocimiento de la información científica y profesional en los campos de su actividad y llevarán a cabo los esfuerzos necesarios para mantener su competencia en las habilidades que usen (...)” p.338

COP (1993) como se cita en Fernández y Pérez (2001) “(...) el/la Psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente (...)” p.338.

Se define a la eficacia como la capacidad que tiene la intervención psicológica de generar cambios conductuales o de otro tipo, que supere a otros tratamientos, a la ausencia de los mismos o al efecto placebo (Fernández y Pérez, 2001). Asimismo, Labrador, et al (2003) define como un tratamiento psicológico eficaz a aquel que por supera aquellos controles y pruebas científicas que se realizan con el objetivo de comprobar que funciona (citado en Becoña, Casete y Lloves, 2004). Es necesario destacar que los estudios de eficacia se realizan con grupos homogéneos, formados generalmente por personas voluntarias que no saben a qué grupo han sido asignados. Se utilizan procedimientos estandarizados para evaluar los resultados que demuestran la validez interna de los procesos terapéuticos. Sin embargo, al ser procedimientos sumamente condicionados y controlados generan dudas con respecto a la validez externa.

Aparece entonces el concepto de efectividad, que tiene como objetivo concluir si los tratamientos que se proponen generan efectos medibles en amplias poblaciones de individuos que estén en el ambiente clínico real. En este tipo de estudios, por lo general las personas no son voluntarias, sino que por el contrario al participar están pagando y siendo partícipes del tratamiento que desean recibir (Fernández y Pérez, 2001).

A continuación se van a plasmar los resultados de la aplicación de las terapias desarrolladas en capítulos anteriores.

## Activación Conductual - AC

La AC es considerada una terapia eficaz para tratar el trastorno depresivo. Asimismo, autores afirman que su eficacia supera a la terapia cognitiva y muestra ventajas ante la medicación (Dimidjian et al., 2006, y Moradveisi et al., 2013, citados en Pérez, 2014).

A continuación, la tabla 7 tiene el objetivo de mostrar los resultados de la AC en paciente con depresión utilizando una revisión sistemática de la AC en formato grupal para ansiedad y depresión que sistematiza estudios científicos que tienen el fin de demostrar su eficacia.

Tabla 7 - Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática			
Nombre del Estudio	Objetivo	Duración	Conclusión
Chu et al., 2016 EEUU	Evaluar la viabilidad y eficacia de ACG en la escuela para evitar ansiedad y depresión.	12 a 15 sesiones semanales de 1h y 2 sesiones individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encontraron mejoras significativas en depresión en la post-evaluación; y también en el seguimiento.</li> <li>- Se comprueba su eficacia respecto a un grupo control de no intervención.</li> <li>- Se vieron importantes tasas de remisión en los diagnósticos de depresión.</li> </ul>
Fereidooni et al., 2015 Irán	Evaluar eficacia de ACG suplementario a farmacoterapia en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo.	7 sesiones en cuatro semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encontraron mejoras significativas en depresión en la post-evaluación; y también en el seguimiento</li> <li>- Al comparar la farmacoterapia con la adición de AC o de un placebo psicológico. La AC resulta igual de efectiva que la medicación sola o con placebo en el post y el seguimiento a los dos meses, sin embargo, resulta más efectiva a los 8 meses.</li> </ul>
Locke et al., 2017 Canadá	Evaluar cambios en funcionamiento interpersonal y depresión durante terapia de grupo. Busca estudiar la eficacia diferencial de AC respecto a el sistema de análisis	20 sesiones semanales de 2 h y 2 sesiones individuales iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descenso en depresión (<math>b_{10} = -.030, p &lt; .005</math>)</li> <li>- Mejoras significativas en depresión en la post-evaluación; y también en el seguimiento</li> <li>- Mayor autoeficacia</li> </ul>

	cognitivo-conductual de la psicoterapia (SACCP)		- La AC resulta igualmente efectiva que SACCP
Yang et al., 2018 China	Probar CSCT con énfasis en AC para depresión y evaluar factores que contribuyen a la eficacia.	8 sesiones semanales de 90m y 4 sesiones mensuales de 90min	Se encontraron mejoras significativas en depresión en la post-evaluación; y también en el seguimiento.

Fuente: elaboración propia (2021).

Con respecto a lo expuesto en la Tabla 7, se entiende que el objetivo general de los cuatro estudios es incrementar los patrones de la AC y analizar su eficacia o efectividad en el tratamiento de la depresión y/o ansiedad. Se concluye con la afirmación de que todos los trabajos expuestos en la Tabla 7, en la post-evaluación así como en el seguimiento mostraron mejoras significativas en la depresión.

### Terapia Cognitiva basada en Mindfulness - MBCT

A continuación, en la Tabla 8, se mostrará una revisión sistemática de trabajos realizados a partir de la literatura científica sobre tratamientos basados en Mindfulness para tratar síntomas de ansiedad y de depresión —seleccionando en este caso únicamente aquellos en los que se aplicó MBCT—

Tabla 8: Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática		
Nombre del estudio	Objetivo	Conclusión
Teasdale 2000 (UK y Canadá)	Conocer el grado de eficacia del MBCT para la depresión mayor remitido con dos o más episodios en personas de entre 18-65 años.	Presentan mayor riesgo de recaída aquellos pacientes con tres o más episodios depresivos, Las recaídas estaban relacionados con factores internos y la MBCT resulta eficaz porque interrumpe el patrón de pensamiento rumiador en momentos de riesgo de recaída. Sin embargo no es eficaz en aquellas personas con dos episodios porque en este caso, la recaída está relacionada con factores externos.
Teasdale 2002 (UK y Canadá)	Conocer el grado de eficacia del MBCT para la depresión mayor remitido con dos o más episodios en personas de entre 18-65 años.	El grupo que siguió la MBCT mostraba un incremento de la capacidad metacognitiva con respecto a los pensamientos y emociones negativos, contribuyendo esto a reducir el riesgo de recaída.

Williams 2000 (UK)	Conocer el grado de eficacia del MBCT para la depresión mayor remitido con dos o más episodios en personas de edad media, 44 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El MBCT demostró ser eficaz para reducir la tendencia a la sobregeneralización — siendo esta uno de los rasgos más sobresalientes del pensamiento depresivo rumiador— de los recuerdos en pacientes con depresión.</li> <li>- No se encontraron cambios en las emociones.</li> </ul>
Williams 2008 (UK)	Conocer el grado de eficacia del MBCT en el tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes con depresión unipolar y bipolar con ideación suicida remitida	Con respecto a la disminución de los síntomas depresivos, en el grupo que recibió MBCT, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con depresión unipolar y bipolar.

Fuente: elaboración propia (2021).

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática comprueban que las intervenciones en personas con trastorno depresivo parecen ser eficaces para aliviar los síntomas de este. A su vez, la MBCT mostró resultados más prometedores para la prevención de recaídas, siendo por lo tanto, eficaz (Miró, M, et.al., 2011).



## Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT

En la Tabla 9 se mostrará un estudio que se realizó con el objetivo de examinar la eficacia de la ACT para la sintomatología depresiva. Los participantes eran adultos de edad media 49 años y se seleccionaron aleatoriamente.

Tabla 9: Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial

Nombre del estudio	Objetivo	Conclusión
Bohlmeijer, Fledderus, Rokx y Pieterse (2011)	Evaluar la eficacia de la ACT para la sintomatología depresiva.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se redujo significativamente la sintomatología depresiva y se mantuvo durante 3 meses.</li><li>- La ACT mostró efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos.</li><li>- Mostró efectos positivos sobre la ansiedad y el estrés.</li></ul>

Fuente: elaboración propia (2021).

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se concluye que los síntomas depresivos disminuyeron, siendo la ACT una terapia que demuestra tener beneficios para tratar este trastorno.

## Reflexiones finales

Como se denota previamente, este trabajo está orientado al análisis y conocimiento del trastorno depresivo. Personalmente, he considerado importante la elección de esta patología ya que tiene una alta prevalencia a nivel mundial, siendo una de las enfermedades mentales más frecuentes pero menos visible a nivel social. Es un trastorno sumamente dañino que impacta en la vida del ser humano, causando una inestabilidad emocional importante y afectando la conducta de niños, adolescentes, jóvenes y adultos, generando una problemática severa en el ambiente laboral, psicológico y familiar. Como ya se evidenció, implica el 17 % de la carga global de discapacidad, siendo este porcentaje sumamente mayor que el de otras enfermedades tales como: el cáncer (2 %), las enfermedades cardiovasculares (5 %) y las enfermedades respiratorias (8 %) (Botella, 2009).

Considero que esta patología debería tener mayor relevancia en el sistema educativo y de salud. En este último, los tratamientos de las enfermedades físicas mencionadas son por lo general específicos y seguros desde las mutualistas y desde lo público, sin embargo, un tratamiento eficaz, multidisciplinario y específico para la depresión es de difícil acceso ya que la única vía es la privada independiente con cargo monetario. Esto perjudica a la sociedad en general pero principalmente a aquellos con una economía restringida.

Ante esto, el compromiso desde el sistema de salud pública y desde las mutualistas para las patologías físicas como psicológicas debería de ser el mismo. Así también, sería recomendable la existencia de protocolos estandarizados según la gravedad del paciente, que tengan en cuenta a cada persona como un ser individual, único y diferente de los demás. Sin embargo, esto insuere a estas un gasto considerable dado el alto porcentaje de personas que padecen esta enfermedad.

La OMS afirmó que el trastorno depresivo en el año 2020 sería la segunda enfermedad más extendida en el mundo (Segal, et al., 2002). Ante esto me cuestiono cómo los recientes acontecimientos de la epidemia de Covid-19, que se dieron a nivel mundial, pueden haber potenciado este dato. Asimismo, esta interrogante surge del intercambio con profesionales de la salud que afirman el aumento de las listas de espera de las mutualistas.

En conclusión, todo parece indicar que en el mundo este fenómeno se ha incrementado y afecta a una porción cada vez más amplia de la población.

Álvarez (2014) explicita que «el tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que pueden mejorar el bienestar y la capacidad funcional» (p. 69). Entiendo importante añadir a esta definición que el tratamiento debería ser de la misma manera para todos los rangos etarios, dado que la prevalencia es mayor entre los 15 y 45 años, siendo el 2.6 % de la población infanto-juvenil quienes presentan esta enfermedad (Álvarez, Pereira y Ortuño,

2017). Siguiendo esta línea, al momento de elegir la temática, consideré la elección de la rama psicoterapéutica cognitivo-conductual debido a mi formación extracurricular en ella. De este modo me resultó sumamente interesante y enriquecedor para mi formación el poder realizar el presente trabajo sobre la tercera generación de las TCC, ya que esto me ha acercado al desafío de profundizar en algunas de las diferentes opciones terapéuticas existentes dentro de este periodo histórico. Se debe tener en cuenta que la Licenciatura en Psicología carece de los conocimientos aquí abordados sobre las terapias, que cuentan con un amplio respaldo empírico y en mi opinión deberían tener presencia y un peso relevante en nuestra formación, para que aquellos que deseen trabajar con trastornos depresivos puedan contar con un abanico amplio de herramientas que sean eficaces.

Uno de los aspectos que diferencia esta generación de las anteriores es que tiene como objetivo concientizar al individuo de que padecer una enfermedad mental no es un defecto o una disfunción propia de él o de la sociedad, enfocándose en trabajar sobre las circunstancias vividas que son diferentes en cada uno. Opino que este enfoque terapéutico busca romper con la estigmatización que la sociedad y que el propio sujeto se adjudica, al quitarle relevancia a esa categoría social de “disfuncionalidad” (en este caso, depresión).

Las tres terapias seleccionadas, AC, MBCT y ACT, como se evidencio en el Capítulo 7 tienen respaldo empírico y han demostrado su eficacia terapéutica en la mejora del trastorno depresivo. Sus modelos terapéuticos aspiran a que el consultante se vuelva su propio observador, a que se cuestione por qué se siente de determinada manera, teniendo un papel libre y activo en la comprensión de lo que le está sucediendo. En esto último, el clínico toma un papel activo con el objetivo de ayudarlo y acompañarlo. Me parece importante que las personas puedan aceptar el malestar como parte de la vida, sin esperar que en todo momento nos sintamos bien, siendo esta una característica social actualmente muy visible.

Por otra parte, estas terapias se caracterizan por ser breves. En el siglo XXI dada la vorágine social en la que vivimos, lo expuesto anteriormente se vuelve necesario y eficiente. Considero que estos tipos de terapia se amoldan a las sociedades actuales y a la inmediatez que estas reclaman, volviéndose necesario su mayor desarrollo en Uruguay y su amplio acceso tanto en el ámbito académico como en su aplicación. Sería sumamente beneficioso para la población que sufre depresión que los psiquiatras y psicólogos puedan adoptar este tipo de intervenciones para brindar otras posibilidades terapéuticas, que además debido a su breve duración tienen un costo menor. Considero interesante la posibilidad de que los profesionales cuenten con el conocimiento y aprendizaje de las diferentes herramientas y puedan utilizar la que sea adecuada según la persona o incluso varias de ellas en un mismo caso, para obtener resultados eficaces, que a su vez se mantengan en el tiempo.

## Referencias

- Acosta, P. (2014). *Mindfulness para el mundo. Vivir en el Presente sin Juzgar*. República Dominicana: Editora Búho
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C., (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6 (11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Álvarez, M. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
- Ardila, R. (2001). *Psicología del Aprendizaje*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores argentinos s.a.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21 (2), pp. 183-197
- Barraca, J., (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 15-33. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12311/La-Activacion.pdf?sequence=2>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19 edición). Bilbao: Editorial Desclée de Brower
- Becoña, E., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., Lage, M., Gutiérrez, M... Míguez, M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25 (87), pp. 9-19  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808702.pdf>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55 (1), pp. 74-80. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>.
- Bianchi, J. y Muñoz, A., (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8 (2), 83-93.
- Botella, C. (2009). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. . Castellón de la Plana.
- Camacho, J. (2003) El ABC de la Terapia Cognitiva.  
Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cansado, M., Morillas, A., y Muñoz, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opcion*, 31 (2), 813 - 831

- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Carrillo, G., Marinho, M. L., y Caballo, V. E., (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento en el proceso de elección del tratamiento: un estudio de caso. *Psicología Conductual*, 11 (2), 335-350.
- Castanedo C., (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: El Manual Moderno.
- Castillo, R y Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed*, 19 (3), 128-136
- Cebolla y Miró (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión (pp - 133 155) *Revista de Psicoterapia, Mindfulness y Psicoterapia XVII*.
- Chertok, A. (2006). *Las causas de nuestra conducta*. Montevideo, Uruguay: Edición Digital. Recuperado de: <https://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>
- Coto, R., Fernández, C., González, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38 (1), 63–84.
- Corr, P., (2008). *Psicología Biológica*. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de [https://www.academia.edu/19794628/Corr\\_Philip\\_Psicologia\\_Biologica\\_PDF](https://www.academia.edu/19794628/Corr_Philip_Psicologia_Biologica_PDF)
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas y terapias cognitivas-conductuales. Desclée de Brouwer.
- Didonna, F (1980). *Manual clínico de Mindfulness*. Recuperado de: <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-cl%C3%ADnico-de-mindfulness.pdf>
- Donald, A., (2014). *50 técnicas de mindfulness para la ansiedad, la depresión, el estrés y el dolor. Mindfulness como terapia*, Málaga, España: Editorial Sirio S.A.
- Dowd, E. T., (s.f) La evolución de las terapias cognitivas. En I. Caro. (Ed.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp- 26-35). Barcelona, España: Paidós.
- Fañanás, L. (2002). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (3) 21-42.
- Fernández, J., y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), pp. 337-344. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/458.pdf>
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12 (3), pp. 445-450  
Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/355.pdf>
- Garay, C., Keegan, E. y Korman, G. (2015). *Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales, XXVI*, pp. 49-56. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/281519109\\_Mindfulness-](https://www.researchgate.net/publication/281519109_Mindfulness-)

Based\_Cognitive\_Therapy\_MBCT\_and\_the\_'Third\_Wave'\_of\_Cognitive-Bahavioral\_Therapies\_CBT

García, C (s.f) *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness: Intervención basada en mindfulness para el manejo y la prevención de recaídas en depresión y ansiedad*. Recuperado de: <https://nirakara.org/wp-content/uploads/2017/11/syllabus-mbct-2.pdf>

Guía de Prácticas Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Recuperado de [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

Korman, G. y Garay, C. (2012). *El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness)*, XXI (1), pp. 5-13. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>

Labrador, F. J., y Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid, España: Editorial Pirámides.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina. Buenos Aires: Editorial Paidós.

López, F y Álamo, C. (2006). Historia de la psicofarmacología, la consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspecto éticos- legales y perspectivas de futuro. España: Editorial Panamericana.

Mandil, J. (2015). Teoría de los marcos relacionales: lecturas de un terapeuta integrativo Recuperado de: <https://pavlov.psyciencia.com/2015/11/385054890-Teoria-de-Los-Marcos-Relacionales.pdf>

Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.

Martell, C., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Bilbao, España: Editorial Desclée de brouwer

Miró, M., Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), pp. 1-14 Recuperado de: <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/miro-et-al.-mindfulness.-rppc-16-.pdf>

Moñivas, A., García-Diex, G., y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención Plena): concepto y teoría. *Portularia*, XII, pp. 83-89 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1610/161024437009>

Mustaca, A., Chimpén, C., Desuque, D., Benito, E., Primero, G., Basler, H... Combina, V. (2015). Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud: Introducción a las Prácticas Basadas en la Evidencia.

Myers, D. (2006). *Psicología*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Núñez, M., Morillas, S. y Muñoz, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria, *Opción*, 31 (2), pp. 813-831

- Organización Mundial de la Salud. (2020). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017) Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peña, D., Herazo, M. y Calvo, J. (2009). Depresión en Ancianos. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14375/15165>
- Pérez, M., Fernández, C., Vázquez, I., Fernández, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. España: Edición Pirámides.
- Pérez, M. (2006). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión, *Infocop*. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1157&cat=](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1157&cat=)
- Pérez. M (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, Vallehermoso: Síntesis, S.A.
- Raij, S. (2017). *Mindfulness: recupera tu paz interior*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Rodríguez, J. (2018). Mindfulness: Cuadernillo de Introducción al Mindfulness. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/331683708\\_MINDFULNESS\\_-\\_Cuadernillo\\_de\\_Introduccion\\_al\\_Mindfulness\\_MINDFULNESS](https://www.researchgate.net/publication/331683708_MINDFULNESS_-_Cuadernillo_de_Introduccion_al_Mindfulness_MINDFULNESS)
- Rodríguez, A. L., y Sacristán, A. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (1). pp 1-8.
- Revista de psicoterapia, mindfulness y psicoterapia (2006), Barcelona.
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. New York, USA: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Vargas, J. (2018). *La Terapia de Activación Conductual: apuntes para un seminario*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/328224598>
- Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*, (8) 3, pp. 417-449. Recuperado de: [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf)
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology*, 18 (1), 139-165  
Recuperado de: [https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-1oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa-1.pdf)
- Vázquez, C., Sánchez, Á. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos Psicológicos: usos y limitaciones de los sistemas DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10.

Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/311767064\\_Clasificacion\\_y\\_diagnostico\\_de\\_los\\_trastornos\\_psicologicos\\_Usos\\_y\\_limitaciones\\_del\\_DSM-IV-TRDSM-5\\_y\\_la\\_CIE-10](https://www.researchgate.net/publication/311767064_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_Usos_y_limitaciones_del_DSM-IV-TRDSM-5_y_la_CIE-10)

Vázquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79 (1) Recuperado de:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972016000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972016000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Williams, M. y Penman, D. (2011). *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*.

Keegan, E. (2010). *Escritos de Psicoterapia cognitiva*. Editorial Eudeba.

Recuperado de:

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Teoricos%20Psicoterapias%20Keegan/keegan%20-%20escritos%20de%20psicoterapia%20cognitiva.pdf>

Sánchez, L, Cangas, A., y Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 445-458

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (1), pp. 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>

Soriano, M y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), pp.79-91.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>

Tabla 1- Botella, C. (2009). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. . Castellón de la Plana.

Tabla 2- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA

Tabla 3- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA

Tabla 4- Álvarez, M. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Tabla 5- Álvarez, M. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)

Tabla 6- Pérez, M (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, Vallehermoso: Síntesis, S.A.

Tabla 7- Coto, R., Fernández, C., González, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38 (1), 63–84.



Tabla 8- Miró, M., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), pp. 1-14  
Recuperado de: <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/miro-et-al.-mindfulness.-rppc-16-.pdf>

Tabla 9 - Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Rokx, T., y Pieterse, M. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial [Eficacia de una intervención temprana basada en la terapia de aceptación y compromiso para adultos con sintomatología depresiva: evaluación en un ensayo controlado aleatorio]. *49* (1), 62-67