



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión

Monografía

Estudiante: María Cecilia Elgorriaga Dudgión CI: 4.590.105-9

Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz

Revisor: Asist. Mag. Vicente Chirullo

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2024

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Marco teórico .....	6
1. Depresión .....	6
1.1 Definición .....	6
1.2 Etiología del trastorno.....	6
1.3 Prevalencia .....	8
1.4 Tratamientos .....	8
2. Terapia Cognitivo Conductual .....	10
2.1 Breve historia de la TCC .....	10
2.2 Primera generación .....	15
- Consideraciones generales .....	15
- Condicionamiento clásico .....	15
- Condicionamiento operante .....	19
2.3 Segunda generación .....	23
- Consideraciones generales .....	23
- Modelo cognitivo de la depresión.....	24
2.4 Beneficios de la TCC en la depresión.....	31
Conclusiones .....	34
Referencias .....	36

## **Resumen**

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza persistente y pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, afectando a personas de diversas edades. La terapia cognitivo conductual engloba una serie de psicoterapias que se centran en analizar la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, con el objetivo de ayudar al paciente a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamientos negativos. Estas terapias promueven el aprendizaje de respuestas más adaptativas y no solo buscan la reducción de síntomas, sino también el desarrollo de habilidades para enfrentar mejor los desafíos de la vida. El presente trabajo tiene como objetivo revisar, analizar e integrar la literatura disponible acerca de la terapia cognitiva conductual, centrándose especialmente en el modelo cognitivo de Aaron T. Beck para comprender la depresión. Para ello, se realizará un recorrido histórico sobre dichas terapias, explorando los conceptos más relevantes y significativos hasta llegar al modelo cognitivo mencionado. Los conceptos y conocimientos vistos en esta monografía visualizan la importancia de estas terapias para un manejo más efectivo de la depresión.

**Palabras clave:** depresión, terapia cognitivo conductual, psicoterapia, modelo cognitivo

## Introducción

La presente monografía corresponde al trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. En este trabajo, se aborda la depresión desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), utilizando el modelo de depresión propuesto por Aaron T. Beck como marco teórico central. La elección de este tema tiene que ver con mi interés creciente sobre la TCC, así como un compromiso personal y académico por comprender la complejidad de la depresión, un trastorno que me gustaría investigar con mayor profundidad en el futuro.

En la primera parte de esta monografía, se proporciona una descripción detallada de la depresión. Inicia con una definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala la depresión como un trastorno mental caracterizado por una tristeza persistente y pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras. Se explorarán también las causas y los orígenes de la depresión, analizando brevemente los factores genéticos, biológicos y ambientales que pueden contribuir a su aparición. Este análisis incluye estudios que identifican las interacciones entre estos factores y cómo pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno. Además, se examina la prevalencia de la depresión en diferentes poblaciones, destacando su impacto en la salud pública y el bienestar social. También se revisan los tratamientos que se utilizan para abordar dicho trastorno, teniendo en cuenta lo farmacológico y las diferentes psicoterapias utilizadas haciendo énfasis en las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), en las cuales se profundiza.

La segunda parte de esta monografía se organiza en varias secciones que detallan el desarrollo y los principios fundamentales de la TCC. Comienza con un breve recorrido histórico sobre el surgimiento de la TCC, considerando sus orígenes y mencionando dos de sus generaciones. En la primera, se exploran conceptos esenciales como el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, que establecen las bases del enfoque conductual. En la segunda generación, se analizan las contribuciones de dos pioneros de la terapia cognitiva: Albert Ellis y Aaron T. Beck. Me centraré especialmente en Beck, quien desarrolló un modelo cognitivo que ha tenido un impacto significativo en la comprensión y tratamiento de la depresión. Luego de presentar la segunda generación, se pone énfasis en el "modelo cognitivo de la depresión" de Beck. Este modelo explica los procesos subyacentes a la depresión mediante conceptos clave como la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores cognitivos. Es importante resaltar y mencionar en esta segunda parte los beneficios de la TCC en el tratamiento de la depresión.

Finalmente, la monografía concluye con reflexiones personales que intentan articular la depresión con los conceptos desarrollados sobre la TCC. Es importante destacar que la TCC incluye una tercera generación y aunque la misma no se vea desarrollada en esta monografía, es muy importante para el tratamiento de trastornos como la depresión.

A través de este trabajo, espero aportar a una mayor comprensión de la depresión y la efectividad de la TCC en su tratamiento, dado que estas terapias cuentan con una sólida evidencia científica. Además, la finalidad de este trabajo es consolidar mi formación en TCC y profundizar en el análisis de la depresión.

## **Marco teórico**

### **1. Depresión**

#### **1.1 Definición**

Para la Organización Mundial de la Salud (2023), el trastorno depresivo mayor (de aquí en más “depresión”) es un trastorno común que interfiere con la vida diaria de los sujetos, su trabajo, estudio, alimentación y sueño, e implica cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. La depresión implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de placer o interés por actividades durante un período de tiempo de al menos dos semanas. Además, aparecen síntomas tales como: pérdida importante de peso o aumento de peso, insomnio o hipersomnía, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución en la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio (APA, 2014).

#### **1.2 Etiología del trastorno**

Los diferentes autores en las distintas investigaciones, revisiones bibliográficas y otras publicaciones, coinciden en que existen diferentes factores que intervienen en la depresión. La etiología de la depresión es compleja y puede originarse por una combinación de factores genéticos y biológicos relacionados por ejemplo con cambios en neurotransmisores o circuitos neuronales, y por otro lado, los factores psicosociales como el estrés, traumas de la infancia y ciertos rasgos de la personalidad (López Palomino, 2023). Existe un riesgo para las personas de padecer depresión cuando interactúa su vulnerabilidad genética con el ambiente (Pérez-Padilla et al., 2017). Los estudios genéticos enfatizan la interacción compleja de la predisposición genética y las vivencias traumáticas estresantes en momentos vitales, tempranos y cruciales para el desarrollo de las personas. La manera en que cada persona vivencia esas situaciones estresantes, a las que todos nos encontramos expuestos, y su relación con el desarrollo de la depresión podrían ser explicadas por variaciones en factores genéticos (Celleri, et al., 2023).

## *Factores biológicos y genéticos*

Dentro de los factores biológicos tenemos a las monoaminas, la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, que se creen implicadas en la depresión (Celleri, et al., 2023). La serotonina es el neurotransmisor más frecuentemente asociado a la depresión. Las funciones principales de esta son el sueño, la actividad motora, la percepción sensorial, la sexualidad, el apetito y la secreción de hormonas (Sancho, et al., 2020). Cabe destacar que la asociación entre la depresión y la serotonina se encuentra actualmente en discusión ya que una revisión reciente muestra que no hay evidencia convincente de que la depresión está asociada con, o sea causada por, concentraciones o actividad reducidas de serotonina. Según este trabajo, la mayoría de los estudios no encontraron evidencia de una actividad reducida de serotonina en personas con depresión en comparación con personas sin depresión (Moncrieff et al., 2022).

En cuanto a la noradrenalina, algunos estudios encontraron una disminución en la liberación de la noradrenalina en personas deprimidas, indicando una alteración en el sistema noradrenérgico en la fisiología de este trastorno (Pérez-Padilla et al., 2017). Esta disminución afectaría la motivación, el estado de alerta-vigilia, el apetito, el aprendizaje, la evaluación de las recompensas, entre otros (Sancho, et al., 2020).

La dopamina, un neurotransmisor fundamental en los circuitos del placer, está estrechamente vinculada con alteraciones en la depresión, especialmente en relación con la anhedonia, que se caracteriza por una disminución en la capacidad para experimentar placer (Celleri, et al., 2023). En este contexto, algunos autores destacan que, en pacientes con depresión, la actividad dopaminérgica se encuentra reducida, lo que refuerza la asociación entre esta disminución y los síntomas de anhedonia observados en este trastorno (Sancho, et al., 2020). Estas investigaciones sugieren que las alteraciones en los circuitos dopaminérgicos podrían desempeñar un papel crucial en los mecanismos subyacentes de la depresión y sus manifestaciones clínicas.

En lo que respecta a los factores genéticos, los estudios en gemelos sugieren una heredabilidad de un 40%-50%. A su vez, estudios indican que los familiares de primer grado de individuos con depresión tienen un riesgo mayor de presentarla, siendo el doble de riesgo de padecerla si son ambos progenitores los que lo presentan, aunque este hallazgo también podría relacionarse con los estilos de crianza (Sancho, et al., 2020).

## *Factores ambientales*

La depresión puede afectar a cualquier persona, pero tienen mayor probabilidad de sufrirla quienes vivieron abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes (OMS, 2023). Cada evento estresante que se experimente puede tener impactos importantes y duraderos en nuestro cerebro que pueden alterar su función. El estrés crónico es un desencadenante grave de consecuencias negativas a nivel cognitivo que pueden terminar en trastornos como la depresión (Pérez-Padilla et al., 2017).

Se sugiere que el estrés en edad temprana o bajo condiciones de abuso o maltrato ocasionan disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal el cual regula la respuesta al estrés, lo que incrementa el riesgo a desarrollar depresión en edad adulta (Celleri, et al., 2023). No todas las personas que desarrollan un evento estresante importante van a padecer depresión. Aquellos casos en los que hay una red de contención positiva tienen menos riesgo de presentarla (Celleri, et al., 2023).

### **1.3 Prevalencia**

Distintos autores y publicaciones coinciden en que la depresión es altamente prevalente y ha aumentado a lo largo de los años. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos con más alta prevalencia y con un alto nivel de gravedad a nivel mundial en cuanto a trastornos invalidantes en personas adultas (Celleri, et al., 2023).

La OMS (2023) estima que el 3,8% de la población (280 millones de personas) experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (siendo estos 4% varones y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. La prevalencia en las personas entre 18 y 29 años es tres veces mayor que en las personas de 60 años o mayores (APA, 2014). A su vez, la depresión es un 50% más frecuente en mujeres que en varones. Más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que recientemente fueron madres experimentan depresión (OMS, 2023). Se estima que la depresión afecte a más de 450 millones de personas en todo el mundo en el 2030, y que una de cuatro personas sufrirán de este problema a lo largo de su vida (Corea Del Cid, 2021).

### **1.4 Tratamientos**

Identificar cuál es el tratamiento más eficaz para la depresión ha sido el objetivo de muchos trabajos e investigaciones a lo largo de los años. La mayor parte de estas investigaciones se ha centrado en analizar el efecto de la psicoterapia, los fármacos antidepresivos o de la combinación de ambos (Cano et al., 2012).



La psicoterapia se caracteriza por ser un conjunto de intervenciones organizadas y metódicas diseñadas para afectar el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo empleando métodos psicológicos tanto verbales como no verbales (Vergel et al., 2021). Existen diversos modelos de psicoterapia que difieren en su base teórica y en el grado de desarrollo formal de sus técnicas. En las últimas décadas, la investigación en psicoterapia ha crecido significativamente, y de manera concurrente, las guías de práctica clínica sobre la depresión consistentemente recomiendan su uso, especialmente de aquellas intervenciones diseñadas específicamente para el tratamiento de la depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Se recomienda la psicoterapia como tratamiento inicial en personas con depresión leve. Se recomienda también la psicoterapia en casos como embarazo, lactancia, y en donde existan desencadenantes o alteraciones en el contexto psicosocial de la persona como por ejemplo duelos, divorcios, problemas en la pareja, desempleo, entre otros (Vergel et al., 2021). El propósito fundamental del tratamiento es lograr la remisión, controlar los síntomas y restaurar la funcionalidad (Vergel et al., 2021). La mayoría de los tratamientos psicológicos investigados han mostrado un impacto significativo en la depresión. Entre los enfoques más efectivos se encuentran la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal. Estos tratamientos no solo resultan útiles en adultos con depresión, sino también en mujeres con depresión posparto y pacientes que padecen tanto de depresión como de trastornos médicos generales (Cuijpers et al., 2009).

Es importante identificar las características del cuadro depresivo para decidir si se debe iniciar un tratamiento farmacológico o no. Los factores a considerar incluyen la severidad de los síntomas, la duración de su evolución, la existencia de episodios previos, la duración de estos episodios y el tratamiento recibido anteriormente. Además, es fundamental evaluar el grado de adherencia del paciente a los tratamientos previos (Vergel et al., 2021).

Los medicamentos estabilizadores del humor son los tratamientos farmacológicos más recetados para la depresión en el mundo. Los antidepresivos suelen tardar varias semanas en hacer efecto, tardando un mínimo de dos a tres semanas para poder ver sus beneficios terapéuticos (Pérez-Padilla et al., 2017). Con respecto a estos tratamientos existen diversos grupos de antidepresivos: antidepresivos atípicos (AA), moduladores de serotonina (MS), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN). Por otro lado, están los más antiguos que son los inhibidores de la monoaminoxidasa

(IMAO) y antidepresivos tricíclicos (ATC) (Vergel et al., 2021). Desde principios de la década de los 60, los antidepresivos tricíclicos han sido el principal tratamiento farmacológico para la depresión. Sin embargo, estos antidepresivos presentan efectos adversos los cuales pueden aparecer al principio del tratamiento, o tras aumentar la dosis administrada (Pérez-Padilla et al., 2017).

Un conjunto de investigaciones ha analizado los efectos comparativos de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, revelando que ambos tienen efectos similares. Además, se ha encontrado que un tratamiento combinado tiende a ser más efectivo que la farmacoterapia o la psicoterapia por sí sola (Cuijpers et al., 2009).

La Terapia cognitivo conductual muestra resultados comparables a los de la medicación en el tratamiento de pacientes con síntomas depresivos, sin importar su gravedad. Sin embargo, se enfatiza que, en situaciones donde la depresión está acompañada de pensamientos o intentos de suicidio, es crucial incluir psicofármacos en el enfoque psicoterapéutico (Gómez et al., 2022).

## **2. Terapia Cognitivo Conductual**

En cuanto a la terapia cognitivo-conductual (TCC), se ha mostrado evidencia positiva de su efecto terapéutico para la depresión leve y moderada. Este tipo de psicoterapia se enfoca en la relación entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos, con el objetivo de promover en el paciente el aprendizaje de respuestas más adaptativas. Dentro de la TCC se recurre a múltiples estrategias (Vergel et al., 2021).

### **2.1 Breve historia de la TCC**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) surgió como una forma específica de intervención en la década de 1950, aunque sigue siendo una disciplina relativamente nueva (Díaz, et al., 2012). La historia de la TCC está conectada con la historia de la psicología. La psicología como disciplina científica surgió en parte por un grupo de filósofos europeos con una mentalidad científica. Cuando abandonaron la filosofía, comenzaron con la psicología como la ciencia de estructura de la mente y la conciencia. El objetivo fue utilizar como técnica principal de investigación de la mente la introspección personal estructurada (Díaz, et al., 2012).

Los orígenes filosóficos de esta terapia comienzan con los Estoicos (siglo IV a.c), Crispo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Las filosofías orientales como el Taoísmo y el Budismo, también abordan las emociones humanas argumentando que las mismas están basadas en las ideas. El control entonces de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante el cambio de ideas (Beck, 2010).

A principios del siglo XX, existió una revolución en la psicología americana siendo este como principal resultado el surgimiento de tres nuevas escuelas en los Estados Unidos. Estas escuelas fueron la escuela de la Gestalt, el Conductismo y el Funcionalismo (Díaz, et al., 2012).

La Terapia de Conducta (TC) aparece en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado como una alternativa diferente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta manera, en la TC, los terapeutas comenzaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente que las produce. Se desarrolló para esto el proceso de evaluación conductual, lo cual fue también una alternativa en los sistemas de diagnóstico tradicionales (Díaz, et al., 2012).

En la actualidad, el conductismo no se restringe únicamente al estudio de fenómenos observables, las teorías ahora también abarcan eventos internos como pensamientos e imágenes. Sin embargo, se sigue manteniendo el principio de vincular las teorías con la conducta observable a través de un enfoque experimental (Chertok, 2006).

John B. Watson (1878-1958) es reconocido como el fundador del conductismo, el cual él mismo conceptualizó y promovió. En el marco del conductismo watsoniano, se han diferenciado dos aspectos principales: uno de ellos es el denominado conductismo metafísico, que hace referencia a la visión específica del psiquismo de Watson, basada en la negación ontológica de la mente. Watson no tomaba en cuenta el papel de la herencia en la configuración del comportamiento. Consideraba que la conducta se forma en gran medida a través del aprendizaje y propuso prescindir del concepto de instinto. Vale destacar que el conductismo metafísico como tal, hoy no se utiliza más (Chertok, 2006).

El representante más emblemático del conductismo, como se menciona en el párrafo anterior, es Watson quien intentó convertir el condicionamiento pavloviano en la base de la psicología conductual. El impacto en el desarrollo y fundamentos de esta escuela fueron determinantes para la TC (Díaz, et al., 2012). Es importante destacar que el condicionamiento pavloviano ha influido en la secuencia temporal en que se presentan los estímulos en relación con el aprendizaje. Una de las variables temporales más importantes que impactan el condicionamiento es la duración del intervalo entre estímulos, que se define como el tiempo que pasa desde el inicio del estímulo condicionado hasta la presentación del estímulo incondicionado. Dichos estímulos se desarrollarán más adelante en la primera generación de la terapia cognitiva (Bueno, 2001).

Skinner, destacado psicólogo conductista, quien nació en 1904, investigó el comportamiento y el condicionamiento operante, llamaba "mentalismo" a aquellas teorías que trataban de explicar la actividad humana mediante conceptos como conciencia, mente, inconsciente, deseo y placer. Pensaba que era fundamental crear una ciencia de la conducta que fuera distinta a los enfoques existentes hasta ese momento (Pérez, 1990).

El verdadero auge de la terapia del comportamiento ocurre tras la Segunda Guerra Mundial, dando lugar al neoconductismo o conductismo postguerra. Las nuevas corrientes conductuales presentan diferencias significativas en comparación con las propuestas de los primeros conductistas como Watson. Aprovechan numerosos elementos de los teóricos del aprendizaje anteriores, como Pavlov y Thorndike, quienes llevaron a cabo sus investigaciones durante la primera mitad del siglo (Chertok, 2006).

Desde la década de 1930 en Estados Unidos se produjo el avance del condicionamiento operante, impulsado por las investigaciones de Skinner y sus colaboradores. Es importante mencionar que el condicionamiento operante estudia el comportamiento, centrándose en cómo la frecuencia de una conducta puede modificarse en función de las consecuencias que esta genera (Reynolds, 1968). Durante la década de 1950, emergen en diferentes lugares y como resultado del trabajo de investigadores independientes, varias corrientes de pensamiento que posteriormente se integrarán (Chertok, 2006).

Desde 1960, Bandura y Walters introducen un modelo de aprendizaje con un enfoque "mediacional", en el que el individuo juega un papel activo como intermediario entre el estímulo y la respuesta. Este modelo, conocido como aprendizaje imitativo u

observacional, investiga las condiciones que facilitan o dificultan la adquisición y eliminación de comportamientos a través de la imitación (Chertok, 2006).

El enfoque mediacional se vuelve altamente significativo durante 1960 y 1970, y sigue siendo relevante en la actualidad junto con el avance de las corrientes cognitivas. En cambio, el conductismo había dejado de lado aspectos como pensamientos, sentimientos, expectativas, intereses y otros fenómenos subjetivos (Chertok, 2006).

A partir de la década de 1960, varios investigadores empiezan a utilizar la metodología conductista para analizar los procesos psicológicos subjetivos. Los conductistas comienzan a examinar pensamientos, sentimientos y expectativas, lo que facilita el avance del enfoque cognitivo. Actualmente, este enfoque es una de las áreas más prolíficas en el ámbito de la terapia conductual (Chertok, 2006).

El modelo cognitivo se origina en la investigación llevada a cabo por el psiquiatra Aaron T. Beck para entender los procesos psicológicos en el tratamiento de la depresión. Este enfoque sostiene que la terapia cognitiva se fundamenta en la idea de que la percepción y el procesamiento de la realidad por parte de las personas afectan directamente sus emociones y comportamientos, siguiendo la tríada cognitiva definida por los estudios de Beck (Teixeira, 2021).

En esta terapia, al desarrollar estrategias de afrontamiento y planes de acción con el paciente, facilita al terapeuta la construcción de su interpretación y diagnóstico. Es crucial, en este sentido, alinear los objetivos y explorar hipótesis para apoyar el proceso cognitivo de flexibilización y cambio de creencias disfuncionales en los pacientes, creando oportunidades para investigaciones e intervenciones adaptadas a cada contexto particular (Bez, 2013).

Los primeros trabajos en esta línea son atribuidos a Albert Ellis, quien creó una modalidad de psicoterapia conocida como "Terapia Racional Emotiva" (TRE) que sería la raíz del modelo cognitivo. Más tarde, autores como Aaron T. Beck ampliaron y perfeccionaron este enfoque. El trabajo de Beck en la comprensión y tratamiento de la depresión continúa siendo sumamente relevante. Beck creó un modelo psicopatológico fundamentado en la cognición y una "terapia cognitivo-conductual para la depresión" que ha mostrado una gran eficacia (Chertok, 2006).

El enfoque teórico de las diferentes aproximaciones cognitivo conductuales varía en cuanto a la importancia que otorgan al condicionamiento clásico y operante, a la influencia de factores cognitivos y al papel de las variables biológicas. Las discrepancias

actuales entre los distintos enfoques cognitivo-conductuales son incluso de índole epistemológica, reflejando concepciones significativamente diferentes sobre la realidad y la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se reflejan en los métodos de intervención, que van desde los más estrictamente conductuales hasta los más cognitivos y constructivistas. No obstante, todas estas aproximaciones han evolucionado y desarrollado en estrecha proximidad, algunas desde los inicios del conductismo radical, enriqueciendo sus prácticas y modelos mediante la integración de principios y métodos de cada una (Díaz, et al., 2012).

Los aportes de la investigación sobre el aprendizaje del principio del siglo XX son reconocidos como los cimientos básicos que permitieron luego, el anclaje de la estructura de la TCC. Es importante mencionar que estas investigaciones siguen siendo hasta el día de hoy elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos cognitivos conductuales (Díaz, et al., 2012).

Hace aproximadamente cincuenta años, la TC se basaba principalmente en los principios del aprendizaje. Su fundamento teórico ha evolucionado, incorporando no sólo las teorías del condicionamiento, sino también factores y modelos de diversas áreas de la psicología, como la psicología evolutiva, social y cognitiva, para explicar el comportamiento humano (Díaz, et al., 2012).

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 allegados (Puerta Polo, et al., 2011).

La terapia cognitivo conductual se define como una intervención psicológica utilizada para tratar diversos trastornos mentales. Este modelo terapéutico es fundamental porque busca modificar las creencias y pensamientos que contribuyen al trastorno del paciente, promoviendo un pensamiento lógico y racional sobre su situación y posibles respuestas. Es importante tener en cuenta el uso adecuado de las técnicas, dado que la variabilidad en los diagnósticos y la intensidad de los síntomas pueden influir en su eficacia. Por lo tanto, se recomienda fortalecer la terapia para reducir la tasa de abandonos y aumentar el número de personas que se benefician de estas terapias (Lorenzo-Díaz et al., 2021).

## **2.2 Primera generación**

### **- Consideraciones generales**

La primera generación de terapeutas de conducta se caracteriza por su vínculo cercano y exclusivo con las teorías del aprendizaje, destacando el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. El análisis conductual aplicado se desarrolló como un enfoque terapéutico que se basa en los principios del aprendizaje y la conducta, los cuales fueron identificados mediante el análisis experimental del comportamiento establecido por Skinner. Esta orientación propone que la conducta, ya sea "normal" o "anormal", y tanto la observable como la encubierta, se rige por los mismos principios. Asimismo, estas conductas pueden ser analizadas en función de las contingencias biológicas y ambientales a las que ha estado expuesto el individuo (Rey et al., 2005). Su principal característica es la aplicación de los principios de aprendizaje en el contexto clínico. En esta etapa, el terapeuta de conducta se desempeña principalmente como investigador, intentando aplicar las regularidades obtenidas de la investigación básica a problemas clínicos. No solo emplean estos principios para crear intervenciones, sino que también desarrollan modelos que explican cómo se generan y mantienen los problemas cotidianos. De este modo, la conducta tanto normal como anormal se considera el resultado de los mismos principios de aprendizaje (Díaz, et al., 2012).

Dentro de la primera generación existe la etapa del surgimiento de la TC. Consiste en la extrapolación y principios del aprendizaje. En Estados Unidos aparece Skinner con su conductismo radical, el análisis experimental aplicado, y el análisis conductual aplicados en problemas de relevancia social (Díaz, et al., 2012).

### **- Condicionamiento clásico**

El condicionamiento clásico tuvo su gran aporte a la psicología en general y a la TC en particular, y fue descubierto a finales del siglo XIX (Díaz, et al., 2012).

Si pensamos en el condicionamiento clásico, es importante definir qué es el aprendizaje. El aprendizaje se define como un cambio en la conducta debido a la experiencia. El aprendizaje, a diferencia de la capacidad para aprender que es algo

natural, puede ser considerado como el logro más grande de la evolución (Chance, 1995).

El aprendizaje es un mecanismo diferente de las conductas heredadas ya que le proporciona al individuo la tendencia a modificar sus conductas para ajustarse a una situación. Facilita que el individuo se adapte a las condiciones rápidamente cambiantes y comienza donde los reflejos, los patrones de acción fija, y los rasgos de conducta heredados terminan. Este mecanismo ayuda a los organismos a adaptarse a situaciones, como por ejemplo evitar alimentos venenosos. Vale destacar que, aunque todo aprendizaje es resultado de una experiencia, no todas ellas producen aprendizaje. Los cambios en la conducta que son resultado directo de cambios automáticos o psicológicos no califican como aprendizaje. Los fármacos, enfermedades, fatiga, daño, provocan un cambio en la conducta pero éstos no se consideran ejemplos de aprendizaje (Chance, 1995).

Pavlov fue una figura clave en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. La TC se asentó sólidamente sobre la metodología experimental de Pavlov. Su principal interés al estudiar los reflejos fue comprender la actividad cerebral y con ello la conducta. Esto lo llevo a investigar de forma específica los reflejos condicionados como la extinción, la generalización, recuperación espontánea, la inhibición, y la discriminación (Díaz, et al., 2012).

Si definimos aprendizaje, también debemos definir la conducta. La conducta se define como algo que una persona o animal hace, lo cual puede ser observado. Los psicólogos utilizan el término respuesta para referirse a un caso específico de la conducta. Una respuesta, se define en términos de la operación mediante la cual es a medida. Esto se conoce como definición operacional (Chance, 1995). La característica principal de estas reacciones es que son provocadas por situaciones o estímulos específicos. La conducta operante también puede emitirse en presencia de ciertos estímulos, pero estos últimos sólo aumentan la probabilidad de que ocurra el comportamiento (Chertok, 2006).

El condicionamiento clásico es un proceso en el que se vincula un estímulo condicionado a uno incondicionado. Este proceso implica la presentación de dos estímulos que ocurren casi simultáneamente. El primer estímulo, conocido como incondicionado (EI), provoca una respuesta refleja. Tras varios ensayos, el segundo estímulo, llamado condicionado (EC), también comienza a generar una respuesta



similar (Sarason, 1981). Pavlov explicaba la relación entre el EC y el EI como el resultado de una conexión nerviosa en el sistema nervioso central. Asociaba los fenómenos del condicionamiento con procesos de excitación e inhibición en la corteza cerebral. Para él, los procesos de condicionamiento tenían un valor adaptativo, ya que permitían al individuo responder adecuadamente a nuevos estímulos en su entorno (Chertok, 2006).

Pavlov investigaba los reflejos de salivación en perros cuando notó cambios sistemáticos en las respuestas salivares de los animales, relacionados con su comportamiento en el laboratorio. Los perros empezaban a salivar no solo al recibir la comida, sino también al olerla o al percibir la presencia del experimentador que acostumbraba a traer el alimento. Este fenómeno llevó a Pavlov a considerar si la salivación anticipada era provocada únicamente por la vista de la comida o si, en cambio, otros estímulos, como el sonido de un diapasón o una luz, podrían también inducir la salivación, siempre que se presentaran con cierta frecuencia junto con la comida. De esta hipótesis se originó el concepto de condicionamiento clásico (Núñez, et al., 2015).

Concluyó que existen dos tipos diferentes de reflejos. Uno es el innato (no aprendido y en general permanente), que se encuentra en casi toda la especie y varía poco de un individuo a otro. Pavlov lo denominó reflejos incondicionados. El segundo, no está en todos presentes al nacer, deben adquirirse a través de la experiencia y es relativamente poco permanente. Debido a que estos reflejos dependen de la experiencia, varían de un individuo a otro. Pavlov, los denomina reflejos condicionales (Chance, 1995).

El mecanismo del condicionamiento clásico opera de la siguiente manera: cuando se presenta comida a un perro, este genera una respuesta incondicionada que resulta en salivación, un reflejo innato. Si se asocia un estímulo neutro, como el sonido de una campana, con el estímulo incondicionado (la comida), después de varios días de entrenamiento, el estímulo neutro se transforma en un estímulo condicionado. Así, el sonido de la campana puede provocar por sí solo la salivación en el perro. En este caso, la respuesta no es innata, sino que se ha condicionado. Este proceso permite que el perro aprenda que el sonido de la campana significa comida, lo que lo lleva a anticipar y preparar su estómago salivando (Núñez, et al., 2015).

Después de adquirir un estímulo condicionado, surge una tendencia a reaccionar de manera similar ante estímulos que se asemejan al estímulo condicionado original; esto se conoce como el principio de generalización. Según este principio, si un organismo ha sido condicionado a responder a un estímulo específico, es probable que reproduzca esa misma respuesta ante estímulos similares (Núñez, et al., 2015).

Por otro lado, el proceso opuesto se llama discriminación, lo que permite a un individuo responder de manera diferente a estímulos similares, dependiendo de si uno de ellos es seguido regularmente por el EI y el otro no (Chertok, 2006).

Algunos de los aprendizajes que adquirimos no siempre son adaptativos, de hecho, pueden ser perjudiciales. Es crucial diferenciar entre el perro que me mordió y los demás perros porque de lo contrario mi aprendizaje podría influir negativamente en mi comportamiento. La discriminación implica la habilidad de reconocer las diferencias entre el estímulo condicionado original y otros estímulos que tienen características similares (Núñez, et al., 2015).

Es importante destacar que cuando el EC se presenta reiteradamente sin el EI, pierde paulatinamente su capacidad de provocar la respuesta. Este proceso se conoce como extinción (Chertok, 2006). La extinción es un proceso que conlleva la eliminación de un tipo de conducta. Aunque inicialmente cualquier comportamiento puede tener un propósito adaptativo, en ciertos casos puede volverse perjudicial para el individuo. Es en estas situaciones donde se recurre a la extinción para eliminar dicha conducta del repertorio del organismo (Morales, 2004).

La extinción es efectiva no solo para eliminar conductas desadaptativas mantenidas por reforzamiento positivo, sino también para aquellas que se sustentan en el reforzamiento negativo. En este contexto, las conductas que se desean reducir o erradicar suelen ser aquellas que facilitan el escape o la evitación de situaciones aversivas (Díaz, et al., 2012).

Muchas variables diferentes afectan el curso del aprendizaje pavloviano. Sin embargo, una vez que se establece una respuesta condicionada, ésta tiende a ser bastante duradera y puede permanecer durante varios años. Por ejemplo, fobias y aversiones al sabor pueden perdurar de por vida. A pesar de ello, este resultado no es inevitable y las respuestas condicionales pueden extinguirse (Chance, 1995).

El interés de Pavlov para la TC no se ocupa únicamente en los principios del condicionamiento clásico, sino que su estudio de las bases neuronales del

condicionamiento ha tenido un impacto directo en los terapeutas de conducta (Díaz, et al., 2012).

#### - **Condicionamiento operante**

El condicionamiento operante se ocupa de la conducta. De manera más precisa, este término se refiere a un proceso en el que la frecuencia de una conducta se modifica debido a las consecuencias que esta genera. A lo largo del tiempo, el condicionamiento operante se ha consolidado como una verdadera aproximación a la psicología científica. Esta perspectiva se caracteriza, por un lado, por un determinismo en el comportamiento y, por otro, por un análisis experimental de la conducta. Además, se enfoca en el estudio de la conducta operante o instrumental, sin descuidar el análisis de la conducta reflejada (Reynolds, 1968).

Skinner (1904-1990) fue junto con Pavlov el autor que más influencia tuvo en la aparición de la TC. Fue quien introdujo el término “terapia de conducta” por primera vez en la literatura de la psicología. Por otro lado, estableció los principios básicos de condicionamiento operante y las variables que contribuyen a una conducta operante, entre ellos el concepto de refuerzo el cual resulta central. Este concepto se refiere al aumento, intensidad o duración de una respuesta que inmediatamente va a tener consecuencias (Díaz, et al., 2012).

Aproximadamente al mismo tiempo que Pavlov intentaba explicar los estímulos y los reflejos, un estudiante llamado Thorndike en 1998 en la Universidad de Columbia realizó diversas investigaciones con animales. Este joven estudiante reconocía la imposibilidad de estimar las capacidades animales a partir de evidencias anecdóticas (Chance, 1995).

Esto llevaba a las personas a notar los logros de los animales que fueran únicamente increíbles, pero no tomaban en cuenta los actos comunes o poco inteligentes como por ejemplo en los perros perderse una y otra vez. Sin embargo, cuando estos perros se perdían y sabían cómo volver a sus casas, eso sí se registraba como importante y circulaba en todas partes (Chance, 1995).

Thorndike entonces, estableció las bases de las técnicas operantes a través de sus investigaciones sobre el aprendizaje en animales. Concluyó que los animales tienden a repetir comportamientos que les brindan resultados positivos (recompensas) y a evitar aquellos que les resultan negativos (castigos). Esto le permitió formular un principio conocido como la ley del efecto, que establece que un resultado positivo de un

comportamiento aumenta la probabilidad de que este se repita en situaciones similares (Torres-Sandoval, 2019).

Para Thorndike responder cómo se podría estudiar de manera científica la inteligencia de los animales consistió en presentarle un problema al animal, mostrárselo de nuevo y observar si el desempeño mejoraba. Estudiaba la inteligencia animal al estudiar su aprendizaje (Chance, 1995).

Skinner en 1938 propuso un enfoque particular para la psicología. Identificó cuatro procedimientos operantes. Dos de ellos fortalecen la conducta y los otros dos la debilitan. Los procedimientos que fortalecen las conductas se los denomina como reforzamientos. El reforzamiento es el procedimiento por el cual la conducta se aumenta o se mantiene. Para que se considere como reforzamiento debe tener tres características siendo estas que la conducta debe tener una consecuencia, la conducta debe ir en aumento, y su incremento tiene que ser el resultado de la consecuencia (Chance, 1995).

El condicionamiento operante busca comprender el comportamiento a través del análisis de los factores que lo alteran. Como una disciplina objetiva, se enfoca en el estudio de elementos que son observables, medibles y replicables (Reynolds, 1968).

Existen dos tipos de reforzamientos: positivo y negativo. Reforzamiento positivo se define como una situación que, al presentarse tras una conducta, incrementa la frecuencia de esa conducta. Este concepto es equivalente a una recompensa. La clave de esta técnica es que, una vez que se identifica un evento como un reforzador positivo para una persona en una situación particular, ese evento puede usarse para fortalecer otras conductas en contextos similares (Torres-Sandoval, 2019).

Skinner señaló que un reforzador se define por sus efectos sobre la conducta a la cual le sigue. En el reforzamiento positivo a una respuesta le sigue el aumento en la intensidad de un estímulo. El reforzador positivo fortalece entonces la conducta que lo precede. Existe el ejemplo de un perro. Si el mismo ladra y alguien le da comida es probable que ladre de nuevo. Entonces, a la ocurrencia de una respuesta le sigue la aparición del estímulo reforzante (Chance, 1995).

El reforzamiento negativo por otro lado, se refiere al aumento en la frecuencia de una respuesta que ocurre cuando se elimina un estímulo aversivo justo después de que se lleva a cabo dicha respuesta. En este proceso, las conductas se refuerzan o

incrementan debido a la aparición o la posibilidad de aplicar un estímulo negativo (Torres-Sandoval, 2019).

Tanto el reforzamiento positivo como el negativo ayudan a mantener o aumentar la frecuencia de una conducta. La diferencia clave es que, en el reforzamiento positivo, la consecuencia es la aparición de un estímulo, mientras que, en el reforzamiento negativo, la consecuencia implica la eliminación de un estímulo. Los términos *positivo* y *negativo* no describen la naturaleza de la consecuencia, sino que simplemente indican que se ha añadido algo (reforzamiento positivo) o que se ha retirado (reforzamiento negativo) (Chance, 1995).

Los reforzadores positivos y negativos forman parte de una contingencia. Contingencia conductual tiene que ver con la conducta, sus consecuencias, y la ocasión en que la conducta produce esas consecuencias. Para que el reforzamiento sea posible, el reforzador debe aparecer en forma contingente con la conducta. Es decir, el reforzador aparece una vez que ha ocurrido el comportamiento y no se presenta en ausencia del mismo. El reforzador, depende de la conducta (Chertok, 2006).

Las conductas por reforzamiento positivo son las que se aprenden mejor y se logran mantener más en el tiempo. Existen clasificaciones para los estímulos reforzadores. Por un lado, reforzadores intrínsecos y extrínsecos, y los reforzadores primarios y secundarios. Se entiende como reforzador intrínseco cuyo reforzamiento viene ya con la persona y no se requiere que otro lo enseñe. Por otro lado, el reforzador extrínseco es aquel que su valor de reforzamiento lo otorga un medio externo (Barraca, 2014).

Los reforzadores primarios, por otro lado, son los no aprendidos. Estos son los que tienen que ver con la supervivencia para el desarrollo o mantenimiento de la especie. Por ejemplo, las conductas basales. Los reforzadores secundarios son todo el resto de reforzadores que no califican como primarios, es decir los aprendidos. Es importante destacar que los reforzadores secundarios se adquieren por su relación con los primarios de manera vicaria (ver que el otro lo hace y disfruta de su adquisición) (Barraca, 2014).

Dentro del condicionamiento operante aparece también el llamado *Principio de Premack*. Cuando se investigó sobre los reforzamientos aparecieron los aportes de David Premack (1959-1965), el cual observó que cuando una persona tiene acceso libre

a una serie de actividades, el tiempo que le dedica a cada una de ellas es variable. Esto lo que hace es definir la preferencia que el sujeto le asigna a cada actividad (Chertok, 2006).

Premack adoptó un enfoque completamente distinto respecto al problema del reforzamiento. A diferencia de la perspectiva común que considera a los reforzadores como estímulos, Premack argumentó que también se pueden ver como conductas (Chance, 1995).

El principio de Premack sostiene que las conductas o respuestas que ocurren con mayor frecuencia pueden emplearse para reforzar aquellas que tienen una menor probabilidad de ocurrir. Este principio de Premack suele utilizarse en procedimientos de autocontrol (Chertok, 2006).

Este principio sirve para evitar elecciones anteriores sobre los reforzadores. Tiene que ver con hacer una observación sistemática y estimar de forma objetiva el tiempo libre de actividad que pasa el sujeto con cada una de sus actividades. Luego, una vez recogidos estos datos, se puede hacer contingente para bajar otras actividades, es decir, modificar la conducta (Barraca, 2014).

Dentro del condicionamiento operante también aparece la *extinción*. La extinción disminuye y puede parecer completa, pero lo que sucede es que si luego se coloca a la persona o animal de regreso a la situación, la conducta extinguida se presentará nuevamente como si nunca se hubiera puesto en extinción. Entre más largo es el intervalo de ambas sesiones de extinción, mayor es la recuperación (Chance, 1995).

Al comenzar un programa de extinción, inicialmente se observa un aumento en la conducta, que posteriormente disminuye en frecuencia. Asimismo, las conductas que se mantienen mediante reforzamiento negativo también experimentan un proceso de extinción (Chertok, 2006).

Si una respuesta permanece en un estado de extinción continuo, su frecuencia continuará disminuyendo. Cuando la respuesta ya no se presenta u ocurre con menos frecuencia que antes, se considera que se ha extinguido. Aunque la extinción y el reforzamiento son procedimientos relacionados, no producen el mismo efecto, ya que la falta de reforzamiento no anula el reforzamiento previamente establecido (Chance, 1995).

La extinción no es el único método para disminuir la frecuencia de ciertas conductas. Por lo general, se combina con el reforzamiento de una conducta que es incompatible con la que se busca extinguir (Chertok, 2006).

## **2.3 Segunda generación**

### **- Consideraciones generales**

La segunda generación de la TCC se caracteriza por su heterogeneidad y el esfuerzo por superar las limitaciones de las teorías del aprendizaje. Los terapeutas de esta etapa argumentan que el condicionamiento ofrece un marco insuficiente para explicar el comportamiento humano, proponiendo que la psicología experimental, cognitiva y social aporta elementos esenciales para comprender la complejidad de la conducta humana (Díaz, et al., 2012).

Surge en las décadas de 1970 y 1980 y se distingue por la ampliación y perfeccionamiento de los enfoques iniciales. Durante este periodo, se realizaron numerosos estudios clínicos que demostraron su efectividad para diversos trastornos, como la depresión y la ansiedad, además de que se incorporaron nuevas técnicas y estrategias terapéuticas (Vélez, 2024).

Con la revolución cognitiva de la década de 1950, los enfoques conductuales se integraron con los modelos cognitivos, dando origen a la TCC. Desde entonces, la TCC se ha establecido como el enfoque psicológico predominante para abordar los trastornos psicológicos, enfatizando la relación entre nuestras cogniciones (especialmente los pensamientos automáticos), conductas y emociones. La TCC se fundamenta en la idea de que nuestras respuestas conductuales y emocionales son fuertemente influenciadas por nuestras cogniciones y la manera en que percibimos los eventos (Vélez, 2024).

Esta generación, además, desarrolla el aprendizaje social y el enfoque cognitivo donde podemos encontrar las técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas del manejo de situaciones, y técnicas de solución de problemas (Díaz, et al., 2012).

En el desarrollo de la psicología conductual, la segunda generación marca un cambio significativo en la manera de entender y practicar la psicología, destacando las contribuciones de los autores Albert Ellis y Aaron T. Beck (Chilatra et al., 2021).

Albert Ellis (1913-2007) fue uno de los psicólogos más influyentes del siglo XX y una figura clave en el desarrollo de la psicología, especialmente tras su ruptura con la escuela psicodinámica. Es conocido por ser el autor de una de las teorías que

transformaron los principios y métodos en el tratamiento de problemas emocionales y psicológicos, logrando así un lugar destacado entre los grandes de la psicología (Regader, 2013).

La TRE que comenzó Ellis, luego se transformó en Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC). Esta teoría se basa en la cita del filósofo Epicteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos.” A partir de esta idea, Ellis formuló su modelo ABC en 1991, que establece que entre el evento A y el resultado C siempre está B. Este modelo analiza la relación entre los sucesos, los pensamientos y sus consecuencias. Además, Ellis concebía al ser humano como un organismo complejo con la capacidad de fijar metas y trabajar para alcanzarlas (Chilatra et al., 2021).

Aaron T. Beck (1921-2021), médico psiquiatra considerado como el padre de la TC desarrollada en la década de 1960 donde sus aportes para la terapia de la depresión fueron revolucionarios. Al inicio de su carrera, intentó confirmar la importancia de las motivaciones inconscientes, pero terminó creando una teoría sobre los trastornos que destacaba el impacto de creencias erróneas y fallos en el pensamiento, accesibles en gran medida a la introspección consciente. Esta innovadora teoría cognitiva lo llevó a establecer principios de cambio, que luego codificó en una terapia cognitiva, la cual se ha convertido en una de las intervenciones más ampliamente utilizadas y con mayor respaldo empírico en la actualidad (Hollon, 2010).

Beck es reconocido internacionalmente como el fundador de la TCC y uno de los investigadores más destacados en psicopatología. Se le atribuye el haber influido significativamente en el campo de la salud mental, y la revista *The American Psychologist* lo ha calificado como uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de la historia (Beck institute for cognitive behavior therapy, 2024).

#### - **Modelo cognitivo de la depresión**

En 1967, Beck desarrolló el modelo de la terapia cognitiva para las depresiones. Este modelo teórico se caracteriza por su exhaustividad y coherencia, abarcando tanto una dimensión psicopatológica que explica los procesos subyacentes al fenómeno de la depresión, como una dimensión terapéutica que se fundamenta en una estrategia cognitivo-conductual, la cual ha demostrado obtener un alto porcentaje de resultados positivos (Chertok, 2006).



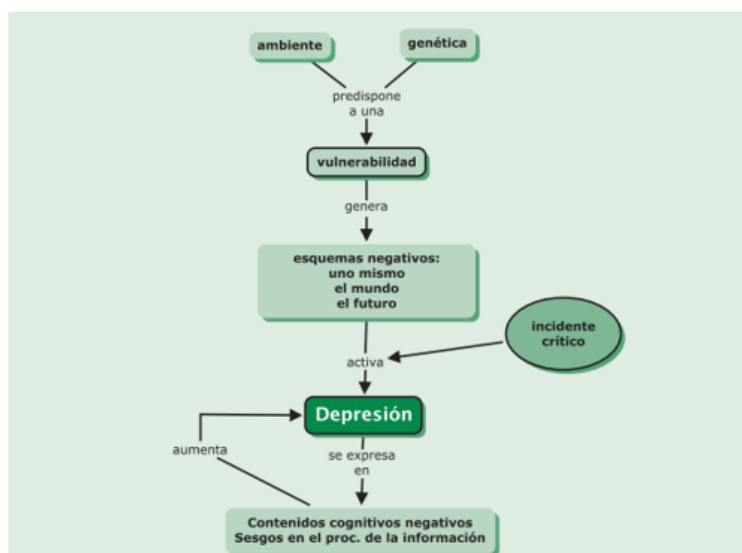
El modelo de trabajo propuesto por Beck y sus seguidores busca redefinir la relación clásica entre cognición, emoción y conducta. A diferencia del enfoque tradicional de estímulo-respuesta, que sostiene que las emociones influyen directamente en los pensamientos y acciones del individuo, sugiriendo que al cambiar las emociones (por ejemplo, a través de medicamentos) se mejorarán también los pensamientos y comportamientos. Este nuevo enfoque considera que la generación de emociones y conductas está ligada a una evaluación cognitiva del significado de la información del entorno (Figueroa, 2002).

Aunque la organización cognitiva de la persona no se considera la causa directa de los trastornos depresivos, el modelo plantea que el primer indicio de la depresión surge cuando se activan esquemas negativos relacionados con la percepción de uno mismo, el mundo y el futuro. Así, las personas con esquemas negativos o una mayor tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información, debido a aprendizajes o experiencias tempranas, son más propensas a desarrollar depresión que aquellas que tienen menos esquemas negativos o una tendencia menor a estos errores (Díaz, et al., 2012).

Cuanto más arraigadas estén las creencias depresivas y más intensas sean las emociones asociadas, mayor será la vulnerabilidad a desarrollar depresión frente a eventos negativos. Independientemente de la causa de la depresión, la mayoría de los pacientes comparten ciertos patrones cognitivos y esquemas que reflejan una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, lo que Beck denominó la tríada cognitiva (Díaz, et al., 2012).

El modelo cognitivo sugiere que todas las perturbaciones psicológicas comparten una distorsión del pensamiento que afecta tanto el estado de ánimo como la conducta de los pacientes (Beck, 2000).

Figura 1. Modelo de depresión de Beck



Extraído de Díaz, et al. (2012). *Historia de la terapia cognitivo conductual*. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales (p.371)

Según una serie de estudios realizados en animales y humanos, Beck propone que los eventos estresantes durante la infancia fomentan la formación de estructuras o "esquemas" cognitivos negativos y estables en casos de depresión. Por otro lado, los esquemas depresivos son creencias o supuestos básicos disfuncionales que se mantienen de manera no explícita y abstracta, y que influyen en cómo se procesa la información sobre uno mismo, así como en las acciones, emociones y creencias subyacentes (Figueroa, 2002)

Sostenía que desde una edad temprana, los individuos forman un conjunto de creencias sobre su propio valor, sobre el mundo y sobre el futuro. Estas creencias son entendidas como estructuras cognitivas que pueden predisponer a la depresión (Chertok, 2006).

Este modelo propuesto se originó a partir de observaciones clínicas detalladas y estudios experimentales. Esta combinación de métodos clínicos y experimentales ha permitido un avance continuo tanto del modelo como de la terapia que se deriva de él. El modelo es amplio, y se compone de varios conceptos para explicar su manejo con la depresión (Beck, 2010).

A continuación, se profundizará en la *tríada cognitiva*, los *esquemas* y los *errores cognitivos*, tal como lo propone Beck (2010).

La *tríada cognitiva* está formada por tres patrones de pensamiento fundamentales que llevan al paciente a percibirse a sí mismo, el mundo y el futuro de manera única y personal, influenciada por sus creencias, vivencias y emociones (Beck, 2010).

Su primer componente es que el sujeto atribuye sus experiencias desagradables como un defecto propio de tipo psíquico, moral, o físico. De acuerdo a esta manera de ver las cosas, el paciente cree que por causa de estos "defectos" es inútil y carece de valor. Cree carecer de atributos que considera esenciales para lograr sentirse feliz (Beck, 2010). Tienen una percepción negativa de sí mismos, ya que se ven como personas desvalorizadas e ineficaces, incapaces de alcanzar sus objetivos (Chertok, 2006).

El segundo elemento de esta tríada, se centra en la tendencia del paciente depresivo de interpretar sus experiencias de manera negativa. La persona con depresión construye sus situaciones en una dirección negativa aún teniendo otras alternativas posibles (Beck, 2010). Estos individuos perciben su entorno como una fuente inagotable de obstáculos que se interponen en sus esfuerzos y objetivos,

experimentándose como una fuente de frustración. Mantienen una visión negativa del mundo, considerando su relación con este en términos de fracaso y derrota (Chertok, 2006).

Por último, el tercer componente de esta tríada cognitiva es centrarse en la visión negativa acerca del futuro. Cuando una persona con depresión planifica a futuro, tiende a anticipar que sus dificultades o sufrimientos actuales se prolongarán de manera indefinida (Beck, 2010).

Una vez que estas estructuras cognitivas se han establecido a través del aprendizaje, tienden a ser validadas por medio de una percepción distorsionada de la realidad y una evaluación selectiva de los eventos (Chertok, 2006). Según Beck, los síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión surgen de estos tres patrones cognitivos. Además, esta sintomatología contribuye a confirmar y fortalecer los pensamientos vinculados a la tríada cognitiva (Barraca, 2014).

El modelo cognitivo está relacionado también con la idea de *esquemas*. Este concepto ayuda a entender por qué el paciente con depresión mantiene actitudes que le generan sufrimiento y son perjudiciales, a pesar de que exista evidencia objetiva de aspectos positivos en su vida (Beck, 2010).

La teoría de esquemas del modelo cognitivo de Beck habla de la existencia de ciertos esquemas cognitivos desadaptativos que se han aprendido y actúan como factores de riesgo para la depresión en respuesta a eventos negativos (Villasclaras García et al., 2022).

La persona presta atención de manera selectiva a estímulos particulares, los integra y forma una conceptualización de la situación. Algunos patrones cognitivos que se mantienen relativamente constantes son la base para la consistencia en las interpretaciones de un conjunto específico de situaciones. El término "esquema" se utiliza para referirse a estos patrones cognitivos estables (Beck, 2010).

Los esquemas constituyen estructuras de pensamiento que organizan la información y participan en la formación y asignación de significados, lo que permite desarrollar una comprensión de uno mismo y del mundo que nos rodea. Estos esquemas se desarrollan desde el nacimiento como respuestas innatas que se ajustan a medida que se establece el contacto social con el entorno. Así, se incorpora nueva información y se generan estructuras de significados cada vez más complejas (Gabalda, 2013).

El esquema actúa como base para transformar datos en cogniciones. Así, permite que el individuo reconozca, diferencie y codifique los estímulos que enfrenta. Mediante una red de esquemas, clasifica y valora sus experiencias. Es fundamental señalar que un esquema puede permanecer inactivo durante extensos períodos y ser activado por estímulos ambientales específicos. Estos esquemas, una vez activados en una situación particular, influyen directamente en la forma en que la persona reacciona. En el caso de la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes sobre ciertas situaciones se distorsionan de tal manera que se alinean con esquemas inapropiados y predominantes (Beck, 2010).

Los esquemas contienen los conjuntos de creencias centrales y creencias intermedias. Según Beck (2000), las creencias centrales se refieren a las creencias más prominentes sobre la propia persona. Este tipo de creencias se forma en la infancia, a medida que el niño interactúa con figuras importantes y enfrenta diferentes situaciones. La mayoría de las personas tienden a conservar creencias centrales positivas a lo largo de su vida, sin embargo, las creencias centrales negativas suelen emerger durante períodos de malestar psicológico. Las creencias centrales negativas suelen ser globales, generales y absolutas. Cuando se activan, el paciente tiende a enfocarse en la información que las apoya, mientras que tiene dificultades para reconocer o distorsionar la que las contradice.

Los pacientes pueden sostener creencias centrales negativas sobre otras personas y el mundo como por ejemplo: “no es posible confiar en los demás”, “la gente va a herirme”, “el mundo es un lugar podrido”. Además de abordar las creencias centrales relacionadas con el yo, es fundamental evaluar y modificar estas ideas rígidas y generalizadas sobre los demás y el entorno (Beck, 2000).

Los esquemas también están compuestos por pensamientos automáticos los cuales representan un flujo de pensamiento que se desarrolla simultáneamente con otro flujo de pensamiento más evidente. La mayor parte del tiempo, no tenemos plena conciencia de estos pensamientos. No obstante, si estamos atentos a nuestras ideas podemos ajustar automáticamente su grado de realidad. Los pensamientos automáticos ocurren al mismo tiempo que un flujo más evidente de pensamientos. Surgen de manera espontánea y no se basan en la reflexión o la deliberación. Las personas suelen ser más conscientes de las emociones asociadas a estos pensamientos que de los propios pensamientos, pero con un poco de entrenamiento pueden aprender a llevarlos a su conciencia (Beck, 2000). Los pensamientos automáticos pueden presentarse en forma verbal o visual, y reflejan la interpretación de una situación específica. Este tipo de

pensamiento es involuntario y surge sin esfuerzo. Además, tiende a ser muy efímero, pasando rápidamente por nuestra atención consciente (Gabalda, 2013).

Los pensamientos automáticos, como se mencionó anteriormente, son aquellas auto verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación específica, ya sea externa o interna. En el contexto de la depresión, estos pensamientos provienen de la interacción entre creencias negativas, eventos desencadenantes y los errores en la forma en que se interpretan esos eventos. Dado su papel en la manifestación de las creencias y la visión que se tiene de uno mismo y del mundo, los pacientes tienden a ver estos pensamientos como verdades absolutas, sin reconocer su distorsión (Díaz, et al., 2012).

En la terapia se comienza a trabajar con los pensamientos automáticos, ya que son los que están más cerca de la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a identificar, evaluar y modificar estos pensamientos con el fin de aliviar los síntomas. Posteriormente, el tratamiento se dirige hacia las creencias y pensamientos subyacentes que generan las ideas disfuncionales. Las creencias intermedias y centrales que resultan relevantes se evalúan de diferentes formas y, finalmente, se modifican para promover un cambio en las conclusiones que el paciente saca de sus percepciones sobre los hechos (Beck, 2000).

En cuanto a las creencias intermedias, aunque no se modifican tan rápidamente como los pensamientos automáticos, son más flexibles que las creencias centrales. Se encuentran entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales, desempeñando un papel intermedio entre los dos. Las creencias centrales afectan el desarrollo de un conjunto intermedio de creencias, que están compuestas por actitudes, reglas y presunciones, muchas veces no expresadas de manera explícita. Afectan la manera en que se percibe una situación, y esa percepción, a su vez, impacta en la forma en que se piensa, se siente y se actúa (Beck, 2000).

El procesamiento de la información comienza cuando un estímulo, ya sea interno o externo, activa un esquema. Este esquema utiliza un patrón de creencias nucleares para interpretar los datos y poner en marcha procesos de pensamiento, así como respuestas emocionales, motivacionales, conductuales y fisiológicas. Las creencias intermedias surgen cuando los esquemas conceptualizan la situación, y estas, a su vez, generan pensamientos automáticos que finalmente desencadenan respuestas fisiológicas, emocionales o conductuales (Diz, 2016).

En las depresiones más leves, el paciente suele ser capaz de considerar sus pensamientos negativos con cierta objetividad. Sin embargo, a medida que la depresión

se intensifica, su pensamiento queda cada vez más dominado por ideas negativas, aunque puede no haber una conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones pesimistas. La organización cognitiva del individuo deprimido puede volverse tan autónoma respecto a la estimulación externa que este puede llegar a no responder a los cambios que ocurren en su entorno inmediato (Beck, 2010).

En tercer lugar, Beck plantea los *errores cognitivos*. El procesamiento de la información a través de esquemas disfuncionales está sesgado hacia la amenaza, lo que provoca que los pensamientos automáticos resultantes presenten características recurrentes de manera sistemática. Esto se evidencia en que las interpretaciones de los pacientes sobre diversos eventos muestran un patrón de pensamiento común (Gabalda, 2013).

Los errores sistemáticos en el procesamiento de la información en personas con depresión refuerzan la convicción del paciente sobre la veracidad de sus ideas negativas, incluso frente a evidencia que las contradice (Beck, 2010). Este estilo de procesamiento presenta características comunes, ya que las interpretaciones que respaldan son unidimensionales, globales, absolutistas e irreversibles (Gabalda, 2013).

Son afirmaciones que indican errores de pensamiento y patrones sistemáticos que contribuyen a la persistencia del estado de ánimo depresivo. De acuerdo con Beck, este tipo de pensamiento se origina en las primeras fases del desarrollo y se convierte en un factor predisponente para la depresión, además de mantener los esquemas depresivos y la tríada depresiva cuando se presenta el trastorno del estado de ánimo (Rodríguez-Testa et al., 2002).

Estos errores o distorsiones cognitivas tienen dos funciones principales: por un lado, inducen sesgos en la forma en que se percibe el entorno (haciendo que situaciones ambiguas o inofensivas se vean como negativas o amenazantes), y por otro, ayudan a mantener las creencias negativas del individuo depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Barraca, 2014).

Según Beck (2010), se identifican los siguientes errores cognitivos: indiferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico o absolutista. La *inferencia arbitraria* consiste en llegar a una conclusión sin contar con evidencia que la respalde o, incluso, cuando existe evidencia que va en contra de dicha conclusión. Cuando Beck habla de *abstracción selectiva* tiene que ver con enfocar la atención en un detalle específico de una experiencia, sacado de su contexto, mientras se ignoran otros aspectos importantes. Por *generalización excesiva* se entiende que la persona toma uno o pocos

hechos aislados (o anecdóticos) y, a partir de ellos, forma una conclusión general que se aplica a todas las situaciones. *Minimización y maximización* tienen que ver con exagerar o reducir la importancia de un evento. En la minimización, se restan méritos a situaciones positivas. La *personalización* es la tendencia a asumir que hay responsabilidad en eventos o situaciones externas, incluso cuando no hay pruebas claras que lo respalden. Por último, el *pensamiento dicotómico o absolutista* consiste en ver las experiencias de manera extrema, dividiéndolas en dos categorías opuestas y a menudo contrarias, y generalmente eligiendo la opción más negativa para describirse a uno mismo (Barraca, 2014).

Como resultado, sus pensamientos tienden a ser extremos, negativos, categóricos y absolutistas. Esto provoca que su respuesta emocional sea igualmente negativa y desmedida, intensificando así su malestar y afectando su percepción de la realidad (Beck, 2010). Es importante mencionar que luego de estos errores o distorsiones cognitivas que se identifican, Beck y otros colaboradores siguieron estudiando y ampliando esta lista (Barraca, 2014).

El modelo de Beck sostiene que el primer síntoma de la depresión es la activación de esquemas negativos relacionados con una visión pesimista de uno mismo, del mundo y del futuro (Diz, 2016). Los individuos que tienen tendencia a tener depresión, así como aquellos que ya lo padecen, tienden a responder de manera inflexible y negativa ante su entorno. Además, interpretan tanto las experiencias pasadas como las actuales utilizando una lógica que, aunque consistente desde su perspectiva, no es adecuada o precisa. Diferentes autores señalan que las dificultades en la capacidad de resolución de problemas de los pacientes, al enfrentarse a situaciones estresantes, funcionan como un factor de vulnerabilidad. Esto se debe a que estos individuos suelen tener una perspectiva negativa frente a los problemas. Tienden a percibirlos como amenazas, a anticipar que no serán solucionables, a dudar de su habilidad para abordarlos y a experimentar frustración y malestar al confrontarlos (Puerta Polo, 2011).

## **2.4 Beneficios de la TCC en la depresión**

Se ha demostrado que la TCC puede ser tan eficaz como los medicamentos antidepressivos para aliviar los síntomas. Sin embargo, se puede ver que más allá de su efectividad en la reducción de los síntomas durante el tratamiento, es crucial desarrollar

enfoques que logren prevenir aún más las recaídas, dado que la depresión es un trastorno propenso a recurrir.

Algunos estudios han demostrado que la TCC es tan efectiva como los medicamentos antidepresivos para aliviar los síntomas de la depresión en pacientes ambulatorios. De hecho, entre el 50% y el 70% de los pacientes que reciben terapia cognitiva muestran una mejora significativa en sus síntomas, según el Inventario de Depresión de Beck (Vázquez, et al., 2000).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) fue desarrollado a partir del modelo cognitivo con el objetivo de identificar la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. El BDI, creado inicialmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que respaldan sus propiedades psicométricas tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beltrán et al., 2012).

Tras 16 semanas de terapia cognitiva, se alcanzan tasas de eficacia comparables o ligeramente superiores a las obtenidas con un año completo de tratamiento farmacológico. Además, los efectos a corto plazo de la terapia cognitiva son notablemente mejores que los de los antidepresivos (Vázquez et al., 2000).

La TC de Beck, parece ser una opción efectiva. A pesar de los importantes avances en la comprensión de la investigación sobre psicoterapia y en la capacidad para llevarla a cabo de manera eficaz, es importante mencionar que aún existen varias limitaciones (Vázquez et al., 2000). Las intervenciones de la TCC han demostrado ser efectivas para reducir los síntomas depresivos al finalizar el tratamiento. Sin embargo, dado que la depresión es un trastorno recurrente y considerando la alta tasa de recaídas, es fundamental que los investigadores desarrollen enfoques conductuales que no solo reducen los síntomas al término de la intervención, sino que también prevengan futuros episodios depresivos (Vázquez et al., 2000).

La psicoterapia suele ser una influencia estabilizadora en la vida de los pacientes. Muchos de los que no reciben terapia no sienten la necesidad de reflexionar sobre sus emociones ni sus comportamientos, no dedican tiempo a identificar sus problemas y, por lo tanto, no establecen objetivos para mejorar. Las TCC, al centrarse en el monitoreo y la resolución de los síntomas, ayudan a superar esta falta de reflexión y dirección. Estas terapias intervienen en los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, lo que facilita al paciente el manejo de su enfermedad y contribuye a frenar o ralentizar su progresión (Chávez-León et.al., 2014).



Hoy en día, las TCC abordan la depresión de manera holística y biopsicosocial. Su enfoque se centra en proporcionar a las pacientes herramientas que le permitan ver su vida desde una perspectiva diferente. El terapeuta CC no hace el trabajo por el paciente ni le indica lo que está bien o mal. En cambio, lo motiva a que, a través de acontecimientos en su vida cotidiana, verifique si su situación es realmente como él cree (Puerta Polo, 2011).

Las estrategias de las TCC ayudan a reducir el impacto de los eventos estresantes en el paciente, proporcionándole apoyo en la toma de decisiones, el manejo del estrés y la resolución de problemas en las relaciones interpersonales. La TCC favorece la adherencia al tratamiento, disminuye las recaídas y facilita el manejo de las consecuencias psicosociales del trastorno. Para lograrlo, además de un enfoque psicoeducativo y el desarrollo de un sistema de alerta para anticipar un nuevo episodio, las TCC incorporan el fortalecimiento y mantenimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico, así como la modificación del estilo de vida (Chávez-León et.al., 2014).

## Conclusiones

A lo largo de esta monografía, se consideró pertinente hacer un abordaje de la depresión en cuanto a su prevalencia, etiología y algunos tratamientos para luego enlazarla con el modelo cognitivo de Beck. Se realizó un recorrido histórico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), desde su origen hasta los principios fundamentales de sus primeras y segundas generaciones, con un enfoque particular en el modelo propuesto por Beck.

La depresión afecta a millones de personas en todo el mundo y tiene un impacto considerable en la vida diaria, el trabajo y las relaciones interpersonales. Aunque es crucial considerar la interacción de factores biológicos, genéticos y psicosociales para su comprensión, es fundamental recordar que cada experiencia de depresión es única, así como cada individuo. Este trastorno de salud pública sigue aumentando, lo que hace necesario un enfoque integral que contemple tanto los aspectos clínicos como los contextos individuales y sociales.

Un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de diversas áreas de la salud puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento. La psicoeducación sobre la depresión es esencial para la recuperación y la prevención de recaídas. En este sentido, la TCC se presenta como un tratamiento efectivo, basado en investigaciones científicas desarrollando modelos que explican el aprendizaje y la conducta.

La primera generación de TCC se relaciona estrechamente con las teorías del aprendizaje, como el análisis conductual aplicado, y el condicionamiento clásico y operante. Estas teorías sugieren que la conducta se puede entender y modificar a través de principios observables y medibles. El condicionamiento clásico demuestra cómo se pueden asociar respuestas a estímulos neutros, mientras que Skinner amplió esta comprensión introduciendo conceptos como el refuerzo, que incrementa la probabilidad de repetición de una conducta. La distinción entre refuerzo positivo y negativo es clave para la intervención terapéutica, permitiendo crear estrategias que fomenten conductas deseadas y reduzcan las no adaptativas. El aprendizaje es fundamental para la adaptación a entornos cambiantes, aunque no todas las formas de aprendizaje son efectivas.

La segunda generación de la TCC ha avanzado en la comprensión y tratamiento de trastornos psicológicos, especialmente la depresión, al integrar enfoques cognitivos, conductuales y sociales. Las teorías de Ellis y Beck han sido cruciales en este desarrollo. Ellis, entre otros desarrollos, presentó el modelo ABC, que ilustra la relación

entre eventos, pensamientos y consecuencias, mientras que Beck formuló un modelo cognitivo específico para la depresión, subrayando la importancia de las creencias distorsionadas. Este modelo destaca que las distorsiones cognitivas, como la tríada cognitiva, son centrales en la depresión. Estas distorsiones contribuyen a un procesamiento erróneo de la información y a la formación de esquemas cognitivos negativos. La TCC, al combinar métodos clínicos y experimentales, proporciona un enfoque integral para tratar la depresión, enfatizando la necesidad de modificar las creencias subyacentes y fomentar un pensamiento más adaptativo. Se puede ver en diferentes investigaciones que la TCC ayuda a reducir el impacto del estrés en los pacientes, apoyándolos en la toma de decisiones, el manejo del estrés y la resolución de problemas en sus relaciones. Favorece la adherencia al tratamiento, disminuye las recaídas y ayuda a manejar las consecuencias psicosociales de la depresión. Para ello, la TCC combina un enfoque psicoeducativo, un sistema de alerta para prevenir nuevos episodios, y el fortalecimiento del compromiso con el tratamiento farmacológico y la modificación del estilo de vida.

Cabe mencionar que, aunque la tercera generación de la TCC no se ha tratado en esta monografía, cuenta con diversas estrategias efectivas para abordar la depresión, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). Se ha demostrado que la MBCT reduce los síntomas depresivos y ayuda a prevenir recaídas (Nagy et al., 2017).

Aunque los avances en el campo de esta terapia son notables, es importante seguir investigando y mejorando las intervenciones para abordar las tasas de recaídas, garantizando una recuperación más duradera y efectiva. Como se pudo visualizar en la monografía, la TCC no solo actúa sobre los síntomas inmediatos de la depresión, sino que proporciona un enfoque preventivo y de sostenibilidad a largo plazo, consolidándose como una herramienta clave en el tratamiento de este trastorno.

Es vital entonces, que se siga investigando sobre la depresión y los beneficios que tiene las TCC en su abordaje, para contar con herramientas cada vez más adecuadas y eficaces para cada paciente. Considero que es fundamental seguir profundizando en los efectos de la TCC sobre la depresión, con el objetivo de obtener resultados aún más positivos que los que ya se existen.

## Referencias

Arregui Cortés, A., García López, M. E., Palomo Medina, M. del R., Huesa Nuez, M., Ricon Freitas, C. M., y Cortés Moros, I. (2024). *Depresión mayor: Revisión monográfica*. Revista Sanitaria de Investigación, 5(3).

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Barraca Mairal, J. (2014). *Técnicas de modificación de la conducta*. Una guía para su puesta en práctica. Editorial Síntesis.

Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19a Edición: 2010. Editorial desclée de brower, s.a., 2005.

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa, 2000. Barcelona, España.

Beck institute for cognitive behavior therapy (2024). <https://beckinstitute.org/>

Bez, A. S. (2013). *Modificação de crenças e modelação proativa de metas: Perspectivas de interface*. Santa Cruz do Su <https://doi.org/10.17058/signo.v38i65.4548>

Bueno, M., y Álvarez, R. (2001). *El efecto de las duraciones del intervalo entre ensayos y entre estímulos en el condicionamiento pavloviano apetitivo en ratas*. Psicológica, 22, 205-215. Universidad de Almería.

Cano Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). *La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento*. Papeles del Psicólogo, 33(1), 2-11. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Chance, P., et al. (1995). *Aprendizaje y conducta*.

Chávez-León, Enrique, Benitez-Camacho, Erika, y Ontiveros Uribe, Martha Patricia. (2014). *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I*. Salud mental, 37(2), 111-117. Recuperado en 08 de noviembre de 2024, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004&lng=es&tlng=es).

Chertok, A. (2006). *Las causas de nuestra conducta* (8ª ed.). (Título original: Terapia del comportamiento). Prólogo del Prof. Emérito de Psiquiatría, Dr. Daniel L. Murguía.

Chilatra, M. Á., Guio Salazar, D. E., y Vera Valenzuela, J. S. (2021). *Análisis sistemático de la literatura: Eficacia de la terapia cognitiva conductual en pacientes diagnosticados con depresión*.

Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., Y. Andersson, G. (2009). *Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 200(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.002>.

Díaz, M., Ruiz, M. D., y Villalobos, A. (2012). *Historia de la terapia cognitivo conductual*. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Diz Ramírez, R. F. (2016). *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*.

Figuroa, G. (2002). *La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Gabalda, I. C. (2013). *El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck Reflexiones críticas*. *Boletín de psicología*, 109, 19-49.

Gómez, M. y Rodas, D. (2022). *Terapia cognitivo conductual, diabetes y depresión*. *Revista de Investigación Científica*, 6(2), 49-64. <https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v6i2.882>

Hollon, S. D. (2010). *Aaron T. Beck: The cognitive revolution in theory and therapy*. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, y T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 63–74). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12137-006>

Lorenzo-Díaz, José Carlos, Díaz-Alfonzo, Humbelina, Carrete-Friol, Zulaimy Dayami, Hernández-Quñones, Orestes Luis, y Barrios-Licor, Rita Aimee. (2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25(6), . Epub 01 de noviembre de 2021. Recuperado en 10 de octubre de 2024 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000600013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013&lng=es&tlng=es)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Guías de práctica clínica en el SNS.

Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., y Horowitz, M. A. (2022). *The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence*. Molecular Psychiatry, 1-14 <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

Morales Bello, A. (2004). *Extinción de la conducta condicionada*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.

Nagy, L. M., y Baer, R. A. (2017). *Mindfulness: What should teachers of psychology know?* Psychological Reports, 44(4), 1234-1242. <https://doi.org/10.1177/0098628317727913>

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

Organización Panamericana de la Salud. (2023, octubre 6). Depresión - OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/depression>

Pérez, A. (1990). Burrhus Frederic Skinner (1904-1990): *In memoriam*. Revista Latinoamericana de Psicología, 22(3), 449-460. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., y Salgado-Burgos, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor*. Revista Biomédica, 28(2). <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Puerta Polo, J. V., y Padilla Díaz, D. E. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del*

estado del arte. Duazary, 8(2),251-257  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

Psicoterapia e Psicologia. (2010, 21 de junho). *Terapia cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos*.  
<https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos/>

Regader, B., (2013). Psicología y Mente. *La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis*.  
<https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotivaconductual>

Rey A, César A, y Acevedo Santos, Astrid. (2005). *Análisis bibliométrico de las tesis de pregrado y posgrado realizadas en Bogotá, sobre la implementación y evaluación de programas de terapia y modificación del comportamiento*. Acta Colombiana de Psicología, 8(2), 97-112. Retrieved October

Reynolds, G. S. (1968). *Compendio de condicionamiento operante*. Universidad de California, San Diego..[http://www.soyanalistaconductual.org/g\\_s\\_reynolds\\_compendio\\_de\\_condicionamiento\\_operante.pdf](http://www.soyanalistaconductual.org/g_s_reynolds_compendio_de_condicionamiento_operante.pdf)

Rodríguez-Testa, J. F., Carrasco, M. A., del Barrio, M. V., y Catalán, M. C. (2002). *Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva*. Anuario de Psicología, 33(3), 409-432. Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.

Rosner, R. I. (2018). *Manualizing Psychotherapy: Aaron T. Beck and the Origins of Cognitive Therapy of Depression*. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 20.1, 25–47.  
<https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1421984>

Sancho, G. P., et al. (2020). *Actualización sobre el trastorno depresivo mayor*. Revista Médica Sinergia, 5(12), e610.  
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>

Skinner, B. F. (1971). *Ciencia y conducta*.

Teixeira, P. T. F. (2021, 2 de marzo). *La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico*.

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/la-terapia-cognitivo>

Torres-Sandoval, F. A. (2019). *Propuesta de seguridad basada en el comportamiento para una empresa de transporte público en Colombia: Continuación de un caso de estudio*. DYNA, 86(209), 378-387. DOI: <https://doi.org/10.15446/dyna.v86n209.73816>

Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8(3), 561-591.

Vélez, Y. F. G. (2024). *Terapia basada en procesos*. Augusto González Parra.

Vergel Hernández, J., y Barrera Robledo, M. E. (2021). *Manejo del trastorno depresivo: ¿Qué tratamiento elegir?* Universidad Libre – Seccional Cali. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>

Villasclaras García, C., y Maldonado, A. (2022). *Una nueva aproximación cognitiva al tratamiento y prevención de la depresión en el ámbito universitario*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(1), 183-202. <https://doi.org/10.51668/bp.8322109s>