

Daniel Alfonso Pesantes Merchan ^a; Melba Andreina Lindao Ramos ^b; Lenin Xavier Burgos Riquero ^c; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza ^d

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Depression and its approach from cognitive therapy

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.2, abril, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 1095-1109

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.1095-1109](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.1095-1109)

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/492>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Investigación

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 15/01/2019

Aceptado: 18/02/2019

Publicado: 30/04/2019

Correspondencia: danielpesantesalf@hotmail.com

- a. Médico; danielpesantesalf@hotmail.com
- b. Médico; mel_anlir@hotmail.com
- c. Médico; lenxabu69@hotmail.com
- d. Médico; ldimitrakis84@gmail.com

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

RESUMEN

En el presente artículo se hizo un abordaje de un tema controversial como es la depresión como enfermedad cada vez con más presencia incluso en edad escolar. La depresión según organismo de salud internacional se está convirtiendo en la epidemia de este siglo, limitando las capacidades cognitivas y afectivas de los individuos. También se propuso terapias cognitivas, algunos elementos para el tratamiento de la depresión. Metodológicamente se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica para exponer origen, consecuencias y posibles alternativas como conclusión.

Palabras Claves: Depresión; Capacidades Cognitivas; Enfermedad; Terapia.

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

ABSTRACT

In this article a controversial approach was made as the depression as a disease increasingly more present even in school-age. Depression according to international health agency is becoming the epidemic of this century, limiting the cognitive and affective capacities of individuals. Cognitive therapy, also proposed some elements to treat depression. Methodologically an exhaustive review of the literature was conducted to expose origin, consequences, and possible alternative conclusion.

Key Words: Cognitive Abilities; Disease; Depression; Therapy.

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

Introducción.

La depresión, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de deterioro en la salud mental y afecta a 121 millones de personas en el mundo (World Health Organization, 2007).

En un reciente estudio europeo muestra que la depresión y las fobias específicas constituyen los problemas mentales más comunes en el continente europeo, con una prevalencia del 13% (Alonso, y otros, 2004).

Existen diversas formas de entender y abordar la depresión. Desde una perspectiva clínica, puede ser definida como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental.

Desde un punto de vista conductual, se entiende la depresión como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la falta de reciprocidad entre conducta y refuerzo.

Desde el enfoque de la teoría cognitiva la depresión se concibe como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando el individuo la realidad de forma negativa. Los criterios de diagnóstico varían del mismo modo, aunque generalmente incluyen la presencia de síntomas, la duración de los mismos y una actividad disfuncional en diversas áreas sociales como el trabajo, las relaciones interpersonales, familiares, etc.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a

circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión.

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis, siendo la palabra “cognición” la protagonista del cambio. Los movimientos conductistas consideraron en su evolución la importancia de “la caja negra”, reconociendo la necesidad de acceder a la misma a través de los procesamientos cognitivos; así surge el grupo cognitivo-comportamental. Por otro lado, representantes del psicoanálisis reconocen la importancia de conceptualizaciones y herramientas que permiten acceder a la investigación y a resultados terapéuticos más eficaces; de esta manera aparecen psicoanalistas que devienen cognitivos o que integran este enfoque a su background. La llamada “revolución cognitiva” con su espíritu interdisciplinario e integrador, no es ajena a la aparición de la Terapia cognitiva.

La presencia de síntomas depresivos y cuadros depresivos clínicamente significativos es frecuente entre los pacientes con deterioro cognitivo. Las muestras clínicas indican que entre el 30-50% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos. Los síntomas depresivos son una fuente importante de discapacidad funcional adicional a la causada por el deterioro cognitivo. Por otra parte, los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores sin demencia presentan habitualmente déficits cognitivos que también empeoran el funcionamiento general. Aunque los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo pueden darse de forma independiente o coexistir sin aparente conexión, cada vez existen más datos que sugieren una correlación que pudiera llegar incluso a ser etiológica

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

Diversos estudios demuestran también las diferencias vinculadas al género en esta patología, ya que aparece en aproximadamente el doble de mujeres que de hombres (Kessler, y otros, 1994; Beaudet, y otros, 1996). Respecto a la edad, los indicadores muestran prevalencia en adultos jóvenes (25 a 44 años). Factores biológicos vinculados a desregulaciones neuroquímicas (Shelton, Hollon, Purdon, & Loosen, 1991) así como reducción de actividad en regiones del cerebro, especialmente corteza prefrontal (George, y otros, 1995), se relacionan con la patogénesis de la depresión. También existe considerable evidencia de vulnerabilidad genética en la depresión unipolar que interactúa con experiencias de vida estresantes. El modelo cognitivo de la depresión reconoce los múltiples determinantes ya citados: biológicos, psicológicos y sociales.

Cuando hablamos de edad avanzada la situación se vuelve más compleja porque existen deterioros de otra índole que problematizan el diagnóstico. Un trastorno depresivo, en edades avanzadas suele producir alteraciones cognitivas, fundamentalmente de la atención y la memoria. Esto unido a la inhibición psicomotora propia de los cuadros depresivos puede inducirnos a confundir una depresión primaria con una demencia. A estos cuadros se les ha denominado durante mucho tiempo “pseudodemencia”. Este término es en sí mismo confuso ha llevado a diagnosticar erróneamente a todos aquellos pacientes con quejas cognitivas que no cumplían estrictamente los criterios diagnósticos de demencia, de pseudodemencia y por extensión de depresión. Resulta evidente que la depresión no es el único diagnóstico diferencial de la demencia y que si el diagnóstico de demencia se descarta, y se confirma el de depresión el prefijo “pseudo” está de más e induce confusión.

En cuanto a los trastornos biológicos existen múltiples enfermedades relacionadas a la depresión, se puede usar como ejemplo los trastornos endocrinológicos. Los trastornos

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

endocrinológicos están entre las enfermedades que con más frecuencia asocian síntomas neuropsiquiátricos, especialmente depresión y ansiedad con deterioro del rendimiento cognitivo³⁴. El hipertiroidismo da lugar con frecuencia a cuadros similares a las depresiones agitadas, con alteraciones de la atención, concentración y memoria, disminución del tiempo de reacción y alteración de las tareas que requieren discriminación visual. Menos frecuentes son las formas de hipertiroidismo apático que se presentan especialmente en ancianos, de forma indistinguible de una depresión mayor. El hipotiroidismo es una de las causas más frecuentes de demencia reversible y cursa habitualmente con alteraciones psiquiátricas. Afecta fundamentalmente a mujeres. Se asocia a los trastornos bipolares de ciclo rápido y está presente en el 8- 14% de los pacientes diagnosticados de depresión en edades avanzadas. Con frecuencia los primeros síntomas son la apatía, astenia, anergia, labilidad emocional, ideas de suicidio, enlentecimiento, disminución de la libido, hipersomnia e incluso delirios. El humor fluctúa entre la apatía y la depresión, con momentos frecuentes de disforia e irritabilidad. El deterioro cognitivo, sobre todo en ancianos, se caracteriza por bradifrenia, disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria y aumento del tiempo de latencia entre pregunta y respuesta. La respuesta al tratamiento específico suele ser espectacular si no se deja evolucionar la enfermedad demasiado tiempo. El aumento de cortisol con respuestas anómalas al test de supresión con dexametasona es frecuente en los episodios depresivos mayores. Por ese motivo no es de extrañar que en el Síndrome de Cushing un 35% de los pacientes desarrollen cuadros depresivos, el 16% cuadros de deterioro cognitivo y el 9% síntomas psicóticos. En estos pacientes la irritabilidad puede ser el primer síntoma. Las depresiones en estos casos son menos frecuentes, pero pueden ser muy intensas. En estos pacientes se ha asociado el deterioro de la

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

atención, concentración y memoria a los niveles altos de ACTH, más que a los de cortisol. Por otra parte, en el hipercortisolismo y atrógeno por corticoides suele predominar la euforia, hiperactividad, insomnio, ansiedad e irritabilidad, que puede progresar a un cuadro psicótico si se prolonga el tratamiento con dosis altas.

Entre estos factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos: el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo. Piqueras (2008), desde este enfoque cognitivo-conductual conceptualiza a la ansiedad como respuestas cognitivas y conductuales del organismo, que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico. La dimensión de ansiedad cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, temor, inseguridad, y sensación de pérdida de control. La dimensión de ansiedad conductual tiene como objetivo mitigar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivarse en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etc. Las manifestaciones de ansiedad también pueden ser producto de los problemas de salud propias por la edad, por los cambios psicosociales que sufre dentro de la familia y en social, su repercusión principal es en la capacidad funcionalidad, específicamente es en el desarrollo de las actividades cotidianas y en la calidad de vida (Korc, 2005).

El factor social las expectativas de cumplir una calidad de vida se ha convertido en un concepto que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales, en base a estos constructos han surgido una serie de conceptualizaciones de la calidad de vida desde diferentes posturas teóricas.

Desde la perspectiva de salud Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) consideraron a la calidad de vida, como el “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” (p 2).

Así mismo desde una postura psicológica el concepto de calidad de vida propuesto por Browne (1994) lo define como; “La interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones” (p. 236)., concepto reforzado posteriormente por Lucas (2007) en el que sintetiza a la calidad de vida, como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 16).

Cuando esta percepción de calidad de vida que parte de la construcción social y no de la individual se crea una disonancia cognitiva que da paso a la depresión porque no resulta posible cumplir con el statu quo de un entorno o los medios construyen

Método.

El artículo se desarrolló como una revisión de literatura a partir de fuentes primarias y secundarias de información, principalmente en artículos científicos y libros, utilizando herramientas digitales para la localización de los artículos científicos y estudios realizados, los cuales se obtuvieron en diferentes fuentes documentales. La búsqueda se realizó en bases de datos como revistas médicas, psicológicas y trabajos sociológicos y antropológicos

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

Discusión.

Definida ampliamente la depresión como enfermedad, síntomas e incluso etimología necesario es la propuesta de la terapia cognitiva ante esta epidemia, que si bien es cierto no es la única alternativa como terapia, ha demostrado su viabilidad y eficiencia

Se puede hablar de una tríada cognitiva negativa que implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias:

1. Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas.
2. Interpretación negativa de sus experiencias. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado.
3. Visión negativa acerca del futuro. Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.

Para las personas que se enfrentan al flagelo de la depresión deben aceptar las terapias cognitivas para elaborar construcciones de esquemas como patrones que guíen la visión sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

Beck (1979) define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, estructurado y colaborativo.

En cuanto a la terapia cognitiva se desarrollan dos conceptos son clave para la terapia cognitiva: Empirismo Colaborativo y Autoterapia ampliada (Beck , Freeman, Rush, & Shaw, 1979).

Empirismo Colaborativo La terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad.

“La relación terapéutica no es sólo un instrumento para el alivio del sufrimiento, sino un vehículo para arribar a determinados objetivos. Terapeuta y paciente conforman un equipo de investigadores que explora pensamientos, significados, sentimientos, deseos y conductas del paciente; este aporta datos brutos y el terapeuta guía sobre qué datos recoger y cómo utilizarlos. Ambos actúan como detectives siguiendo una pista; se elaboran hipótesis y se diseñan experimentos o tareas para someterlas a evidencia empírica.” (Baringoltz & Levy, 2007)

Autoterapia ampliada Se anima al paciente a realizar tareas entre sesión y sesión como un componente integral y vital del tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta. Además es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia. En un capítulo llamado “Hecho a medida”, Wilner (Baringoltz & Levy, 2007) dice: “El diseño de las tareas se deriva de la formulación del problema que motiva la consulta, y

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

su propósito es obtener nueva información que posibilite la reorganización cognitiva del paciente. En este punto resulta indispensable que el terapeuta posea una cuidadosa conceptualización cognitiva que le permita implementar las tareas en la forma más conveniente que cada caso requiera.”

Una de las tareas prototípicas de la terapia cognitiva es la de Registros Escritos. Estos suelen ayudar a los pacientes a recordar situaciones relevantes de la semana que sin los mismos pueden pasar por alto o ser olvidados rápidamente. Estos registros pueden tener distintos formatos: autobiografía; registro de situaciones, emociones, cogniciones, conductas, etc. La programación de actividades que resultan agradables y la de aquellas que incrementan sensaciones de dominio son muy útiles con pacientes depresivos. Es importante que el terapeuta sea creativo en el diseño de estas tareas y sea hábil en el manejo del registro de las mismas en las sesiones

El nihilismo terapéutico ha sido la reacción más frecuente ante estos cuadros. Sin embargo, los tratamientos específicos o sintomáticos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos de los pacientes con alteraciones cognitivas, mejorando de forma significativa el funcionamiento general de los mismos.

Los síntomas depresivos son una fuente importante de discapacidad funcional adicional a la causada por el deterioro cognitivo. Por otra parte, los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores sin demencia presentan habitualmente déficits cognitivos que también empeoran el funcionamiento general. Aunque los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo pueden darse de forma independiente o coexistir sin aparente conexión, cada vez

existen más datos que sugieren una correlación que pudiera llegar incluso a ser etiológica. El nihilismo terapéutico ha sido la reacción más frecuente ante estos cuadros. Sin embargo, los tratamientos específicos o sintomáticos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos de los pacientes con alteraciones cognitivas, mejorando de forma significativa el funcionamiento general de los mismos.

Los episodios depresivos son más frecuentes en los estadios iniciales de la demencia y sus síntomas son comunes con los de cualquier episodio depresivo, y con frecuencia asocian delirios congruentes con el estado de ánimo. Pero también pueden presentarse en demencias avanzadas con síntomas atípicos y psicomotores como la disminución o ausencia de reactividad al entorno de forma desproporcionada al grado de deterioro, apariencia seria o entristecida, ansiedad, llanto o miedo desproporcionado ante mínimas situaciones estresantes, actitud demandante de atención, o inquietud psicomotriz con autoagresiones.

La presencia de síntomas depresivos puede empeorar el funcionamiento cognitivo en aspectos como la atención, concentración, velocidad de respuesta psicomotora y aspectos de la memoria con gran carga afectiva. Pero más evidente es el deterioro funcional global de estos pacientes.

Conclusiones.

En definitiva, el tipo de intervenciones que se proponen por parte de los profesionales, deben abarcar los diferentes factores relacionados con los aspectos físicos y psicosociales de los niños, buscando un direccionamiento en los aspectos psicológico y familiar para conseguir la estimulación adecuada. De esta manera se logra tener efectos positivos sobre el desarrollo motor

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

y cognitivo, con ayuda del acompañamiento por parte de los padres, para conseguir beneficios en los procesos evolutivos y alcanzar la independencia física del niño explorando nuevas sensaciones y percepciones del entorno.

Igualmente, se necesitan intervenciones efectivas para la primera infancia, que utilicen herramientas agradables y específicas de acuerdo a los diferentes factores de riesgo y necesidades propias de cada niño, para asegurar el desarrollo óptimo de los diferentes elementos que integran un individuo.

Desde una perspectiva analítica, existen estrategias de intervención enfocadas a los aspectos cognitivos y psicosociales que buscan el bienestar y la estimulación de la primera infancia y que pueden generar un impacto positivo sobre el desarrollo de las diferentes habilidades de los niños y niñas desde sus primeros años de vida. El reto se encuentra en el fortalecimiento y la búsqueda de estrategias que logren involucrar todos los aspectos que comprenden el entorno de las personas afectadas, figuras parentales, los aspectos cognitivo, social y emocional. Esto, a partir del uso de nuevas herramientas y medios para lograr establecer hábitos saludables que orienten a las personas.

Bibliografía.

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (s420), 21–27.

Baringoltz, S., & Levy, R. (2007). *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.

La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Daniel Alfonso Pesantes Merchan; Melba Andreina Lindao Ramos; Lenin Xavier Burgos Riquero; Lady Belén Dimitrakis Gorotiza

-
- Beaudet, R., Bouchard, B., Villemur, R., McSween, G., Lepine, F., & Bisailon, J. (1996). Isolation and Characterization of *Desulfitobacterium fiappien'* sp. nov., an Anaerobic Bacterium Which Reductively Dechlorinates Pentachlorophenol to 3-Chlorophenol. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SYSTEMATIC BACTERIOLOGY*, 1010-1015.
- Beck, A., Freeman, A., Rush, J., & Shaw, B. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Browne, J., O'Boyle, C., McGee, H., Joyce, C., McDonald, N., O'Malley, K., & Hiltbrunner, B. (1994). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad. Investigación sobre la Calidad de vida. *Quality of life Research*, 235-244.
- George, M., Wassermann, E., Williams, W., Callahan, A., Ketter, T., Basser, T., & al, e. (1995). Daily repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves mood in depression. *Neuroreport*, 1853–1856.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Results from the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 8–19.
- Korc, E. (2005). *Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas Públicas*. Organización Panamericana de la Salud. Caracas, Venezuela: OPS-OMS –PWR.
- Lucas, C. (2007). Cuestionarios genéricos. WHOQOL. (Eds.). *Manual Separ de procedimientos*, 16-22.
- Piqueras, R., Martínez, G., Ramos, L., Rivero, B., García, L., & Oblitas, G. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 43-73.
- Shelton, R., Hollon, S., Purdon, S., & Loosen, P. (1991). Biological and psychological aspects of depression. *Behavior therapy*, 201-228.
- Torres, H., Quezada, V., Rioseco, H., & Ducci, V. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings. *Rev. Méd. Chile Santiago*, 325-333.
- World Health Organization. (2007). “*Depression*.”. Obtenido de Geneva: World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/