



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: TRASTORNO DEPRESIVO  
MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS Y LA EFICACIA DEL  
MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

LAMBERT GUAICHA SUZANNE NICOLE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS Y LA  
EFICACIA DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

LAMBERT GUAICHA SUZANNE NICOLE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON  
CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS Y LA EFICACIA DEL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL

LAMBERT GUAICHA SUZANNE NICOLE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

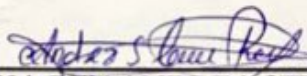
CUEVA REY ANDREA STEFFANIE

MACHALA, 26 DE AGOSTO DE 2019

MACHALA  
26 de agosto de 2019

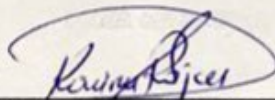
**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Trastornos del estado de ánimo: Trastorno depresivo mayor con características psicóticas y la eficacia del Modelo Cognitivo Conductual, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



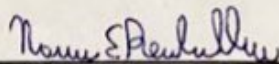
---

CUEVA REY ANDREA STEFFANIE  
0703801332  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

ROJAS CARRION KARINA GABRIELA  
1103776850  
ESPECIALISTA 2



---

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE  
0703340695  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 28 de agosto de 2019 - 10:01

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** INTRODUCCION - DESARROLLO - CONCLUSION.docx  
(D54804524)  
**Submitted:** 8/13/2019 9:40:00 PM  
**Submitted By:** snlambert\_est@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 4 %

### Sources included in the report:

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

### Instances where selected sources appear:

6

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, LAMBERT GUAICHA SUZANNE NICOLE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Trastornos del estado de ánimo: Trastorno depresivo mayor con características psicóticas y la eficacia del Modelo Cognitivo Conductual, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

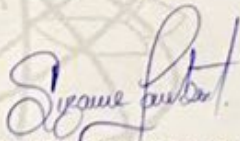
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 26 de agosto de 2019



LAMBERT GUAICHA SUZANNE NICOLE  
0705052603

## RESUMEN

*Suzanne Nicole Lambert Guaicha*  
*C.I. 0705052603*  
*snlambert\_est@utmachala.edu.ec*

Los cambios de humor o de ánimo se presentan en cualquier etapa de la vida, ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y en el desempeño normal causando dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. Este estudio de investigación científica tiene como objetivo fundamentar de manera científica un diagnóstico psicopatológico del estudio de un caso clínico documentado y demostrar la efectividad del modelo cognitivo conductual como tratamiento. La metodología aplicada en el presente trabajo, se efectuó bajo la realización de un diseño no experimental con un enfoque descriptivo – explicativo. Como resultado de la investigación, se comprueba la importancia de la utilidad de dicho modelo, dado la evidencia científica en el tratamiento reduciendo la sintomatología como las experiencias psicóticas y su angustia asociada al trastorno.

**Palabras Claves:** depresión / psicosis / cognitiva-conductual.

## **ABSTRACT**

*Suzanne Nicole Lambert Guaicha*  
*C.I. 0705052603*  
*snlambert\_est@utmachala.edu.ec*

Mood or mood swings occur at any stage of life, occasionally, we all feel melancholy or sad, but these feelings are usually transient and disappear in a few days. When a person has a depressive disorder, it interferes with daily life and normal performance causing pain for both those with the disorder and those who care about him or her. This scientific research study aims to characterize major depressive disorder with psychotic characteristics through a thorough bibliographic analysis, to inform the effectiveness of the Cognitive Behavioral Model. The methodology applied in this work, was carried out under the realization of a non-experimental design with a descriptive – explanatory approach. As a result of the research, the importance of the usefulness of this model is proven, given the scientific evidence in the treatment reducing symptomatology as psychotic experiences and its anguish associated with the disorder.

**Keywords:** depression / psychosis / cognitive-behavioral.



## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS Y MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL .....</b>	<b>3</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>13</b>

## INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es un trastorno mental caracterizado por una alteración del humor que afecta de manera significativa la vida personal, social y laboral del individuo, incapacitándolo a realizar sus actividades que regularmente las hacía. Este trastorno presenta una profunda tristeza con pérdida del interés, además de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y comportamentales como son la presencia de llanto fácil, irritabilidad, falta de energía o fatiga, retraimiento social, bajo autoestima e intento suicida. (2017)

La metodología utilizada en el presente trabajo se basa en la realización de un diseño no experimental, debido a su estudio bibliográfico, además de un enfoque descriptivo-explicativo por la necesidad de caracterizar la etiología y prevalencia de dicho trastorno, con la finalidad de comprobar la eficacia de un modelo terapéutico adecuado.

El presente trabajo hace referencia al caso de un paciente de 55 años, con depresión provocando un deterioro de su función corporal; la misma manifiesta fatiga, insomnio, agitación psicomotriz, pérdida del interés, baja autoestima, pérdida del apetito y pocas ideas delirantes. Resultaba claro que presentaba una depresión muy intensa con características psicóticas, ya que no presentaba episodios maníacos o hipomaniacos lo que descarta los trastornos bipolares I y II. Este era el único episodio que presentó hasta el momento.

Este estudio de investigación científica tiene como objetivo fundamentar de manera científica un diagnóstico psicopatológico del estudio de un caso clínico documentado y demostrar la efectividad del modelo cognitivo conductual como tratamiento.

A continuación, se conceptualiza el trastorno y sus respectivos síntomas, los cuales se han identificado en base a los criterios diagnósticos del DSM-V. Además, se determina su etiología, prevalencia, duración y, los principales factores psicosociales y biológicos que

influyen en la aparición del trastorno y sus complicaciones, predisponiendo al paciente a una descompensación que afecte de manera significativa su vida.

Mediante investigaciones se ha demostrado la importancia de un tratamiento multidisciplinario con la intervención de psicólogos y psiquiatras (psicoterapia y la farmacoterapia), para garantizar la eficacia en el alivio temporal de los síntomas característicos de la depresión. (2017)

La medicación antidepresiva es eficaz en el tratamiento de la depresión, pero no todos los pacientes mejoran con la medicación antidepresiva sola. A pesar de esta brecha en el tratamiento, existe evidencia limitada sobre la efectividad de suplementar la psicoterapia para la depresión resistente a la farmacoterapia.

Por lo tanto, mediante evidencia científica se corrobora la validez del modelo cognitivo conductual como modelo terapéutico a seguir en estos casos, puesto que ayuda al paciente a modificar su manera de pensar y actuar para sentirse mejor consigo mismo y con su entorno. Este se centra en los problemas y dificultades del "aquí y ahora" en busca de soluciones para mejorar su estado anímico.

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS Y MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

Es necesario realizar una investigación bibliográfica sobre el trastorno depresivo mayor con características psicóticas, dada la complejidad de su sintomatología, así mismo se considera oportuno iniciar con una breve explicación sobre los trastornos del estado de ánimo, y de manera específica sobre depresión mayor, el cual corresponde del apartado para el diagnóstico según el DSM-V.

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones emocionales caracterizadas por periodos largos de tristeza y alegría excesivos, estos por lo general forman parte de la vida diaria. La tristeza es una manifestación frente al fracaso, pérdidas, y otras situaciones desafortunadas, mientras que la alegría es una respuesta al éxito, triunfos, y demás situaciones alentadoras. Se diagnostica un trastorno del estado de ánimo cuando la tristeza o la euforia son muy intensas y persistentes, deteriorando significativamente la capacidad funcional de la persona; en estos casos, la tristeza intensa se denomina depresión y la euforia intensa manía.

Ocasionalmente, todas las personas en algún momento de su vida sienten melancolía y tristeza, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días; sin embargo, cuando una persona padece un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por el paciente. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar (2018).

El término depresión incluye un conjunto de alteraciones emocionales determinado por la presencia de un estado de ánimo bajo o de desánimo, pérdida del interés y dificultad para disfrutar situaciones o actividades cotidianas, ligado a una diversidad de manifestaciones comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de un deterioro funcional y social (Calvo Gómez y Jaramillo González, 2015).

Así mismo, la depresión mayor está compuesto por una suma de síntomas, entre los que destacan los de tipo afectivo, cognitivo y físicos como son la fatiga, disminución de la actividad y el apetito, alteraciones del sueño, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima y en muchos casos ideación suicida (2017). Existe una afectación

clínica integral del funcionamiento personal, específicamente en el área afectiva, el cual se presenta habitualmente con otras entidades psicopatológicas lo cual disminuye la adherencia a los tratamientos y aumenta la mortalidad (Álvarez Ariza, y otros, 2018).

El trastorno depresivo mayor está citado en el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su 5ª edición (Association, 2014) como una patología compuesta por un conjunto de criterios diagnósticos presentado estado de ánimo depresivo o bajo la mayor parte del día, marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, aumento o pérdida significativa de peso, o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente), fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión; y, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse, los mismo que deben presentarse 5 o más de los síntomas presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas.

En algunos casos pacientes con cualquier tipo de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras sustancias, en un intento de tratar por sí mismos los síntomas. También tienen más probabilidades de convertirse en fumadores y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que desarrollen o progresen otras enfermedades médicas como la aparición de un trastorno de nutrición provocando un deterioro agudo, requiriendo una intervención inmediata; además, algunos pacientes con depresión descuidan su higiene personal e incluso a sus hijos, otros seres queridos o a sus mascotas.

La depresión es una enfermedad altamente prevalente en todo el mundo y se asocia en gran manera con una morbilidad y mortalidad significativa. Aproximadamente 340 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión en un momento dado. Este trastorno es incapacitante ya que limita al paciente al seguir una rutina diaria proporcionando una mayor carga de salud. Probablemente ningún factor de riesgo único pueda aislarse por completo en el trastorno depresivo mayor, ya que existen diferentes fuentes de vulnerabilidad (Livia Chirita, Gheorman, Bondari, y Rogoveanu, 2015).

El diagnóstico debe realizarse mediante una entrevista clínica y no simplemente por los resultados de los cuestionarios aplicados, ya que estos por sí solos no permiten la

realización de un diagnóstico individual. Se debe emplear técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de posibles limitaciones en este grupo. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por otra persona que forme parte de su red de apoyo (Álvarez Ariza, y otros, 2018).

Respecto a la etiología de la depresión, tiene un origen multifactorial demostrando su complejidad ya que en ella intervienen diversos factores psicosociales, genéticos, y biológicos. Entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de algún evento estresante significativo, que afecte la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo que junto el estrés produce cambios a largo plazo a nivel estructural y funcional de diferentes áreas cerebrales.

Los factores sociales incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos como las experiencias de abusos o explotación, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones negativas a nivel social o familiar; también existen otros muchos factores sociales predisponentes que se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, altos niveles de violencia, etc. (Alarcón Terroso, y otros, 2014).

Dentro de los factores biológicos, se presentan alteraciones a nivel de los neurotransmisores, como las citosinas y hormonas, lo cual produce una regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica) y serotoninérgica, cuyas acciones inducen cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino, incrementando el riesgo de padecer la depresión mayor (Padilla Perez, Ramírez Cervantes, Hijuelos García, Pineda Cortés, y Salgado Burgos, 2017).

Una de las consecuencias más peligrosas del TDM es que, estadísticamente las personas que padecen esta patología tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población en general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (Calvo Gómez y Jaramillo González, 2015); por ejemplo, el DSM-V describe distintos grados de gravedad de la depresión según la sintomatología que son: ligero, moderado, grave no psicótico, con características psicóticas (delirios o

alucinaciones), en remisión parcial y en remisión total, la severidad viene determinada más por el ajuste psicosocial del paciente que por la intensidad de los síntomas.

Cuando la persona se encuentra en un estado deprimido, regularmente su visión del mundo puede verse alterada, la mayoría de veces las tareas que solían resultar sencillas se vuelvan complejas de repente, y se centra en los aspectos negativos de las situaciones y percibe la vida como una cuadrilla de problemas o amenazas, cuando existe la presencia de síntomas psicóticos se presenta un mayor deterioro en las tareas visuales, de atención, velocidad y destreza psicomotora, función ejecutiva y memoria, en comparación con pacientes sin características psicóticas (MacQueen y Memedovich, 2016).

Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que forma parte de un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría; este tipo de depresión también complicarse con síntomas catatónicos o negativismo.

Así mismo, se habla de un trastorno depresivo mayor con características psicóticas también llamada depresión delirante o depresión psicótica, cuando se evidencia síntomas característicos tanto de la depresión como de la psicosis, la misma que consiste en una combinación de miedos y amenazas que se encuentran en la mente, pero que no pertenecen a la vida real.

La palabra psicosis se ha sido utilizado en la rama de la Psiquiatría, en ocasiones para diferenciar a todos aquellos pacientes que en algún momento de su enfermedad mental sufren una alteración grave en su conexión con la realidad; pueden ser psicosis orgánicas (demencias y delirium), psicosis tóxicas (trastornos mentales graves inducidos por sustancias) y psicosis maníaco-depresiva para describir a los trastornos bipolares, aunque actualmente es preciso describirlo como un episodio psicótico (Mongote Adán, y otros, 2007).

Delirio es una alteración del contenido del pensamiento que supone la presencia de una creencia falsa con total convicción subjetiva, que no se modifica con la fundamentación lógica. En ocasiones esta idea tiene un tema prácticamente imposible pero también podemos ver delirios con temas cotidianos; en cualquier caso el paciente vive su delirio

con la misma certeza de realidad que las creencias normales (Mongote Adán, y otros, 2007).

La depresión psicótica en comparación con la depresión no psicótica tiene un curso más grave, reflejando un mayor riesgo de recaída, que puede persistir durante 1 año, varios intentos de suicidio, hospitalización, comorbilidad y dependencia. Estas diferencias se deben a la cantidad de síntomas que el paciente presenta y su gravedad, no por perfiles demográficos (1991).

La depresión combinada con ideas delirantes tiene una mayor complicación, ocasionando un aumento del riesgo de suicidio, especialmente cuando la depresión se asocia con niveles altos de desesperanza y con aislamiento social. Es probable que el individuo no sea capaz de continuar con su actividad laboral, social, escolar o doméstica.

El intento de suicidio se define como una alteración del comportamiento que atenta contra la vida con la intención de terminarla; esta ideación suicida se comprende como una estimación seria de los pensamientos vagos sobre la muerte, toda manifestación de riesgo suicida necesita atención clínica inmediata para contrarrestar el hecho vital. (Keun Park, y otros, 2017)

Desafortunadamente, hasta hace poco, el tratamiento de la depresión psicótica no se había estudiado en la misma medida que otros trastornos psiquiátricos con una similar prevalencia, lo cual implica la falta de manejo clínico sobre este trastorno, por lo mismo sigue siendo subdiagnosticado y subtratado, a pesar del grado de complicación que esta patología implica.

El trastorno depresivo mayor con características psicóticas (TDMP) es una afección con una calidad de vida notablemente reducida, haciendo uso de mayor atención médica por el alto riesgo suicida prescrita. La farmacoterapia y la psicoterapia de manera conjunta tienen una eficacia bien establecida para tratar y restaurar el funcionamiento normal en muchas personas con esta afección, ya que de manera individual puede surgir resistencia al tratamiento. (Colleen E. Carney, 2017)

Es importante tener en cuenta que la administración de un antidepresivo no es la solución para el manejo de la depresión en su totalidad, por lo cual se deben tomar en cuenta algunos cambios en el estilo de vida, la integración de terapias psicológicas como la TCC y el factor influyente en la problemática actual de los pacientes para lograr un resultado



efectivo, y así poder reinsertar a los pacientes a las actividades de su vida diaria (Medina Mora, Sarti Gutiérrez, y Real Quintanar, 2015).

Una amplia evidencia muestra que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es tan eficaz como el tratamiento con medicamentos antidepresivos/antipsicóticos, sin embargo, la combinación de ambos mejora la eficacia del tratamiento reduciendo la sintomatología y mejorando la adherencia al tratamiento de los pacientes que requieren una atención especializada. (Nakagawa, y otros, 2017)

Se describe al modelo cognitivo conductual como una intervención efectiva para el trastorno depresivo mayor; este modelo, explica que la depresión es caracterizada por grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son manifestados por situaciones subyacentes. Se establece que las representaciones percibidas equivalen a la suma de numerosas experiencias aversivas, producidas por esquemas inconscientes complejas diseñadas para obtener significados comunes de experiencias repetidas. (Acevedo J. F., 2018)

Dentro de un estudio se comprueba algunas diferencias significativas entre los demás modelos psicoterapéuticos, por ejemplo, la terapia interpersonal indaga en la relación entre el estado de ánimo y los problemas de una relación; la terapia humanista es identificada como terapia de apoyo ya que se enfoca en la empatía, en la no direccionalidad y en no presentar prejuicios, esta terapia se basa en principios centrados en el cliente; mientras que en la terapia psicodinámica o psicoanalítica existe una relación terapéutica que se utiliza para indagar y resolver conflictos inconscientes mediante el uso de la interpretación y la transferencia, lo cual varía mucho de la subjetividad del terapeuta. (Soneson, y otros, 2019)

En cambio, dentro de la terapia cognitivo conductual se involucra de manera consistente los esquemas tempranos mal adaptativos, los cuales son estables y duraderos. Estos por su parte son pensamientos fijos e sobreentendidos acerca de uno mismo en relación con el entorno, los mismos que se desenvuelven en la base de la interacción entre el ser interno y las experiencias disfuncionales vividos en los primeros años de vida. Los esquemas tempranos mal adaptativos aparecen en contextos específicos y pueden aparecer pensamientos distorsionados, conductas desadaptativas, manifestaciones emocionales inestables y depresión.

La TCC se focaliza en intervenir a los pacientes para darse cuenta de cómo ciertos pensamientos, actitudes, expectativas y creencias negativas contribuyen a los sentimientos de tristeza y ansiedad. Estos modelos de pensamiento pueden haberse producido en el pasado por experiencias difíciles afectando su estado emocional, así los pacientes pueden identificar y modificar estos patrones para reducir el síntoma (Health Quality Ontario, 2017).

Este modelo psicoterapéutico trabaja mediante cogniciones disponibles en la conciencia, con el objetivo de inferir, desconectar o reemplazar cogniciones subyacentes. El componente conductual en el modelo cognitivo-conductual de la depresión, postula que estresores vitales pueden alterar los patrones de reforzamiento conductual normales.

La terapia cognitivo conductual en la depresión mantiene un marco general que puede utilizar diferentes estrategias de tratamiento para aumentar la frecuencia de actividades sociales placenteras, mejorar habilidades sociales básicas o la asertividad, disminuir tendencias para el retraimiento social e incrementar la cantidad de apoyo social, así el paciente puede comenzar a identificar y confrontar cogniciones negativas que afectan el funcionamiento social afectado.

Así mismo, ayuda al paciente a mejorar sus habilidades de resolución de problemas interpersonales, reduciendo la impulsividad en las respuestas y a buscar alternativas posibles, creativas y flexibles a situaciones disruptivas para encontrar una solución razonable, examinando las posibles consecuencias de corto y largo plazo (E. Carrasco, 2017).

El modelo cognitivo conductual está compuesto por un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy diferentes para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que afecta al individuo en su interacción en los diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo.

Para la aplicación de esta terapia se deben llevar a cabo pasos importante antes de iniciar el proceso para conseguir el cambio cognitivo y conductual que se requiere; como primer punto es proporcionar toda la información sobre el tratamiento; habituar al cliente en técnicas de autorregistros; planificar tareas para realizarlas en casa; Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos; enlazar los pensamientos;

y disponer al paciente para la terminación de la terapia y así prevenir recaídas posteriores (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2013).

La mezcla de técnicas en los tratamientos cognitivo-conductuales, cumple con la urgencia de contrarrestar cada una de las tres modalidades de respuesta, implementando un conjunto de técnicas conductuales para los canales conductual y fisiológico, utilizando la reestructuración cognitiva para abordar el canal cognoscitivo del paciente (Acevedo y Romel Yañez, 2014).

*La programación y el registro de actividades.* Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, se va programando las actividades que se realizará diariamente por el paciente, utilizando una jerarquización de tareas dependiendo de la dificultad. Se basa en que el paciente se perciba capaz de manejar sus propios horarios. No se puede programar muchas actividades ya que puede arrojar un resultado contrario a lo esperado, esta técnica servirá de apoyo para el terapeuta durante el tratamiento.

*Los autorregistros.* Se utilizan para recopilar información sobre el estado emocional del paciente, además de registrar los pensamientos negativos o desadaptativos que el paciente perciba de manera diaria para más adelante trabajar de manera jerárquica de mayor a menor.

*Reestructuración cognitiva.* Esta técnica es destinada a cambiar el modo de interpretación y valoración de los pensamientos, mediante un diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. Trabaja en el paciente cambiando pensamientos irracionales auto inducidos por pensamientos racionales, se identifica la emoción negativa que está sintiendo, señalando los estilos de pensamiento disfuncionales que surgen para poder describir las formas alternativas de reaccionar.

*Role-playing.* Es especialmente útil para cambiar creencias distorsionadas, se practica conductas y se establece debates con el terapeuta que permiten incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2013).

El modelo también incluye actividades psicoeducativas orientadas a ilustrar la interacción de ámbitos de la experiencia, en el sentido de que pensamientos negativos influyen en las emociones y las conductas. Desde el reconocimiento de este entramado de la experiencia, este enfoque enfatiza los intentos por alterar el retraimiento pasivo, promoviendo una

activación conductual que restituya los circuitos de reforzamiento conductual o de gratificación.

Finalmente, una propuesta explícita en el modelo cognitivo conductual ayuda a los pacientes a reconocer intentos mal adaptativos para lidiar con estresores relacionados con la depresión y a aprender formas más efectivas y saludables para enfrentar el estrés.

## CONCLUSIÓN

Tras la investigación realizada, el trastorno depresivo mayor afecta a la mayoría de la población mundial, ya que vivimos en un entorno competitivo provocando situaciones estresantes que conllevan a adquirir una patología que al no ser tratada se convierte en un factor de riesgo vital. Este trastorno provoca cambios a nivel cognitivo, conductual y físicos.

La persona que padece TDM muestra disminución de la actividad, fatiga, labilidad, distraibilidad, dificultad para conciliar el sueño o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida del interés o placer, causando malestar clínico significativo.

Cuando esta patología no es tratada y persiste el componente estresor, puede presentarse brotes o características de origen psicótico con manifestación de delirios o alucinaciones aumentando el riesgo de intento suicida, además de existir un componente genético hereditario para la adquisición de dicho trastorno.

Basada en la evidencia científica, se corrobora la eficacia del modelo cognitivo conductual como modelo terapéutico en el tratamiento del trastorno depresivo mayor con características psicóticas con la implementación de la farmacoterapia, para un mejor resultado y así mejorar la calidad de vida de la persona previniendo recaídas posteriores.

## Bibliografía

- Acevedo , A., y Romel Yañez, C. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas. *Tesis Psicológica*, 156-171.
- Acevedo, J. F. (2018). Terapia cognitiva y activacion conductual del trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drug and Addictive Behavior*, 4, 150-171.
- Alarcón Terroso, R., Gea Serrano, A., Martínez Maurandi, J., Pedreño Planes, J. J., Pujalte Martínez, M. L., Garre Sanchez , M. I., . . . Vicnte Garriga, M. (2014). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS*. Región de Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Álvarez Ariza, M., Álvarez García, C., Atienza Merino, G., Basanta Matos, R., Goicoechea Castaño, A., González García, A., . . . Varela Reboiras, L. (2018). *GUÍA PRACTICA CLINICA SOBRE LA DEPRESION MAYOR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. ACTUALIZACION*. (M. d. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Ed.) *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Madrid: Medica Panamericana.
- Calvo Gómez, J. M., y Jaramillo González, L. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista Facultad de Medicina*, 471-82.
- Colleen E. Carney, J. D. (2017). Cognitive Behavioral Insomnia Therapy for Those With Insomnia and Depression: A Randomized Controlled Clinical Trial. *SLEEP*.
- E. Carrasco, A. (2017). MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA LA DEPRESIÓN: HACIA UN ENFOQUE. *Revista Interamericana de Psicología*, 181-189.
- GRUPO GESTION DE INFORMACION EN SALUD. (2018). Depresión. *Centro Provincial Informacion de Ciencias Medicas*.
- Health Quality Ontario. (2017). Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 1-167.

- J, J., E, H., y MM, W. (1991). The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Archives of general psychiatry*, 81.
- Keun Park, C., Won Lee, J., Yeol Lee, S., Moon, J., Shim, S.-H., Paik, J.-W., . . . Min Ahn, Y. (2017). Comparison of Baseline Characteristics between Community-based and Hospital-based Suicidal Ideators and Its Implications for Tailoring Strategies for Suicide Prevention: Korean Cohort for the Model Predicting a Suicide and Suicide-related Behavior. *Journal of Korean Medical Science*, 1522-1533.
- Livia Chirita, A., Gheorman, V., Bondari, D., y Rogoveanu, I. (2015). Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder. *Romanian Journal of Morphology & Embryology*, 651-658.
- MacQueen, G., y Memedovich, K. (2016). Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Medina Mora, M. E., Sarti Gutiérrez, E. J., y Real Quintanar, T. (2015). *La Depresión y otro trastornos psiquiátricos*. México: Academia Nacional de Medicina.
- Mongote Adán, J. C., Del Pino Cuadrado, p., Huidobro, Á., Gutiérrez García, D., De Miguel Peciña, I., y Gálvez Herrer, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 208.
- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., . . . Ono, y. Y. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression:. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1126-1135.
- Padilla Perez, E. A., Ramírez Cervantes, V. M., Hijuelos García, N. A., Pineda Cortés, J. C., y Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomedica*, 74.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Henao: Descleé de Brouwer, S.A.

Soneson, E., Ruso, D., Knight, C., Lafortune, L., Heslin, M., Stochl, J., . . . Hosgekins, J. (2019). Psychological interventions for people with psychotic experiences: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systemic Reviews*, 124.