

# Autoregistros

# TRASTORNOS DEPRESIVOS

INTRODUCCIÓN

EVALUACIÓN

TRATAMIENTO

CASO

# CLASIFICACIÓN

## DMS-IV-TR

F32 T depresivo mayor,  
episodio único

F33 T depresivo mayor,  
recidivante

F34.1 T distímico

F32.9 T depresivo no  
especificado

## CIE-10

F32 Episodios depresivos

F33 T depresivo recurrente

F34 Ts del humor (afectivos)  
persistentes

F38 Otros Ts del humor  
(afectivos)

F39 T del humor (afectivo) sin  
especificación

# SÍNTOMAS DEPRESIVOS

- Síntomas anímicos

Tristeza

Irritabilidad

Sensación de vacío

Ansiedad

Anestesia emocional

- Síntomas motivacionales y conductuales

Anhedonia

Indiferencia

Apatía

Lentitud o agitación

- Síntomas cognitivos

- Disminución de capacidades cognitivas (memoria, atención, concentración)

- Contenido de las cogniciones

Distorsiones cognitivas en la valoración de sí mismo, el entorno y el futuro

Pensamientos de desesperanza, indefensión, culpa, muerte o suicidio

Delirios congruentes con estado de ánimo (ruina o culpa)

# SÍNTOMAS DEPRESIVOS

- Síntomas interpersonales
  - Aislamiento
  - Disminución del interés por los otros  
(Funcionamiento interpersonal buen predictor del curso)
- Síntomas físicos
  - Alteración del sueño (insomnio o hipersomnio)
  - Alteración del apetito (disminución o aumento)
  - Fatiga
  - Disminución de actividad y deseo sexuales
  - Molestias corporales (dolores de cabeza o espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento)
  - Sensación de inestabilidad, mareos

# EPIDEMIOLOGÍA

	Unipolares	Bipolares
Ts Estado de Ánimo	90%	10%
Edad media de inicio	35	20
Mujeres/hombres	2/1	1/1
Prevalencia vital Mujeres	7-8%	1%
Prevalencia vital Hombres	2-4%	1%

# CURSO

	Unipolares	Bipolares
Nº medio episodios	4-5	8-9
Duración media episodios (meses)	8	4
Recaídas	75%	90%
Recaídas primer año	30%	No precisado
Cronicidad media	10-15%	25%

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sentirse triste no es un síntoma suficiente para diagnosticar depresión
- El estado de ánimo deprimido o tristeza está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos y en las reacciones transitorias (ej. duelo)
- Depresión normal, cotidiana o transitoria vs. Depresión patológica
  - Unos (Beck): continuidad (depresiones clínicas más graves que estados depresivos cotidianos, pero no varían cuantitativamente)
  - Otros: depresión normal difiere cualitativamente de depresión patológica

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos anímicos debidos a factores orgánicos (condición médica general, abuso de sustancias)
- Trastornos de ansiedad (TOC, T pánico, fobias)
- Reacciones de duelo
- Trastornos de ajuste o adaptativos
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastornos del sueño
- Demencias
- Trastornos sexuales

# EVALUACIÓN

- Evaluar
  - Sintomatología
  - Factores causales y de mantenimiento
  
- Instrumentos
  - Entrevista
  - Autoinformes: cuestionarios, inventarios y escalas
  - Observación
  - Autorregistros
  - Indicadores biológicos

# Evaluación: Sintomatología

- Entrevista
  - Estructurada
    - *Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)*, Endicott y Spitzer (1978), basada en RDC (Criterios Diagnósticos de Investigación)
  - Semiestructurada
    - *Present Psychiatric State*, Wing, Birley, Cooper et al. (1967)
  - No estructurada
- Observación
  - Se emplea para confirmar el diagnóstico de depresión y seguir su evolución a lo largo del tratamiento
  - *Sistema de Observación Conductual para Pacientes Depresivos*, De Pablo y Polaino-Lorente (1987)

# Evaluación: Autoinformes población adulta

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, Beck et al. (1961)
- *Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD)*, Hamilton (1960)
- *Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)*, Zung (1965)
- *Lista de Adjetivos Depresivos (DACL)*, Lubin (1968)
- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*, Radloff (1977)
- *Escala D del MMPI*, Hathaway y McKinley (1951)
- *Escala Diagnóstica de la Depresión (IDD)*, Zimmerman et al. (1986)

# Evaluación: Autoinformes población adulta

- *Escala de Depresión Geriátrica (CDI)*, Brink y cols. (1982)
- *Escala de Carroll para la Depresión (CRS)*, Carroll y cols. (1981)
- *Escala de Desesperanza (ED)*, Beck y cols. (1974)
- *Inventario de la Tríada Cognitiva (CTI)*, Beckham y cols. (1986)
- *Cuestionario de Distorsiones Cognitivas (CBQ)*, Krantz y Hammen (1979)
- *Escala de Sociotropía – Autonomía (SAS)*, Beck y cols. (1983)
- *Cuestionario de Ideas Irracionales (IBT)*, Jones (1969)

# Escala de Depresión de Beck (BDI)

- Escala de mayor utilización por clínicos e investigadores
- Valora nivel global de depresión
  - Emociones negativas
  - Nivel de actividad
  - Problemas de interacción
  - Sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa
  - Síntomas físicos
- Versión original 21 ítems
- Adaptación española (Conde, Esteban y Useros, 1976) 19 ítems (tono emocional, conductas externas, cogniciones, síntomas somáticos)
- Cada ítem consta de 4 afirmaciones alternativas, graduadas por su severidad de 0 a 3, de entre las cuales el sujeto elige la que es más característica de su estado durante la última semana, incluido el día de la evaluación

# Escala de Depresión de Hamilton (HRSD)

- Proporciona un índice de la severidad de la depresión
- 24 ítems sobre contenidos cognitivos, conductuales y fisiológicos asociados a la depresión y sobre otros síntomas psicopatológicos no propiamente depresivos
- Discrimina: sujetos depresivos / sujetos sin patología / sujetos psiquiátricos no depresivos
- Adaptación al castellano (Conde y Franch, 1984)

# Escala de Depresión de Hamilton (HRSD)

- Consta de 22 áreas evaluadas en una escala de 0 a 4 puntos en función de la gravedad
- 6 factores (ansiedad somática, peso, alteración cognitiva, variación diurna, ralentización, alteraciones del sueño) reducidos posteriormente a 2 (depresión cognitiva y depresión vegetativa)
- 5 perfiles de depresión: ansiosa, suicida, somatizante, vegetativa, paranoide
- Ventajas
  - Posibilidad de evaluar parámetros no cognitivos
  - Analfabetismo y grave desorganización no interfieren evaluación

# Evaluación: Autoinformes población infantil

- *Inventario de Depresión para Niños (CDI)*, Kovacs y Beck (1977)
- *Escala de Depresión Infantil (CDS)*, Thiser y Lang (1974)
- *Escala de Depresión para Niños de Reynolds (RCDS)*, Reynolds (1989)
- *Escala de Evaluación de la Depresión (EED-2)*, del Barrio

# Evaluación: Factores causales y de mantenimiento

- Repertorios Básicos de Conducta (RBC)
- Factores situacionales
  - Estrés ambientales
  - Apoyo social
- Factores biológicos
  - Neurotransmisores (5-HT, Na, Da)
  - Disfunciones neuroendocrinas
  - Condiciones de salud: indicadores indirectos de condiciones biológicas que pueden ser relevantes en inicio y mantenimiento de depresión
    - Demencia cognitiva
    - Estatus objetivo y subjetivo de salud
    - Habilidades generales de funcionamiento

# Evaluación: Repertorios Básicos de Conducta (RBC)

RBC responsables del mantenimiento del humor homeostático o eutímico

- RBC sensorio-motores
  - Habilidades sociales, ocupacionales y recreativas
- RBC emocional-motivacionales
  - Condicionamientos emocionales positivos y negativos (hedonia/anhedonia)
  - Autorrefuerzo contingente o no ante eventos positivos (autocontrol)
- RBC lingüístico-cognitivos
  - Distorsiones cognitivas
  - Falsas interpretaciones
  - Habilidades de solución de problemas

# Evaluación: RBC sensorio-motores

- *Inventario de Interacción Breve o Role-playing*, Eisler, Hersen y Miller (1973)
- *Inventario de Interacciones Semiestructuradas*, Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975)
- *Escala de Observación de la Conducta Interpersonal*, Lewinsohn (1976)
- *Cuestionario de Aserción*, Gambrill y Richey (1975)
- *Inventario de Conductas Interpersonales (IBS)*, Mauger, Adkinson et al. (1980)
- *Escala de Asertividad*, Rathus (1973)
- *Cuestionario de Asertividad*, Wolpe y Lazarus (1966)

# Evaluación: RBC emocional-motivacionales

## Evaluar

- ✓ Deficitario condicionamiento eufórico
  - ✓ Excesivo condicionamiento disfórico
  - ✓ Déficits en autocontrol
- 
- *Cuestionario de Refuerzos Placenteros (PES)*, McPhillamy y Lewinsohn (1972)
  - *Escala de Acontecimientos Displacenteros (UES)*, Lewinsohn y Talkington (1979)
  - *Escala de Refuerzos*, Cautela y Kastenbaum (1967)
  - *Cuestionario de Habilidades de Autorrefuerzo (SRQ)*, Heiby (1982)
  - *Escala de Autocontrol*, Rosenbaum (1988)
  - *Cuestionario de Control*, Fuchs y Rehm (1977)

# Evaluación: RBC lingüístico-cognitivos

## Evaluar

- ✓ Interpretaciones que inducen a experimentar disforia
- ✓ Tipo de atribuciones causales de los acontecimientos negativos experimentados o anticipados
- ✓ Habilidad en resolución de problemas

- *Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)*, Weissman y Beck (1978)
- *Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ)*, Hollon y Kendall (1981)
- *Inventario de Detección de Pensamientos*, Cautela y Upper (1976)
- *Escala de Desesperanza (HS)*, Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974)
- *Escala de Autoeficacia General (GSE)*, Sherer y Adams (1983)
- *Escala de Estilo Atribucional*, Seligman et. al (1979)
- *Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI)*, D'Zurilla y Nezu (1990)
- *Inventario de Resolución de Problemas (PSI)*, Heppner y Peterson (1982)

# Evaluación: Factores situacionales

Doble papel causal de los factores situacionales en la depresión

- Experiencias o factores situacionales tempranos (relacionados con el desarrollo de RBC reguladores del humor)
  - Abandono o pérdida de los padres, uso frecuente del castigo y del refuerzo negativo, uso infrecuente de refuerzos positivos, escasez de apoyo social, modelado materno de comportamientos depresivos
  - Se evalúa con entrevista no estructurada
- Condiciones situacionales precipitantes o mantenedoras
  - Estresores ambientales y apoyo social
  - Se evalúa con autoinformes

# Evaluación: Estresores ambientales

- *Escala de Evaluación de Reajuste Social (SRRS)*, Holmes y Rahe (1967)
- *Inventario de Experiencias Recientes (SRE)*, Hawkins et al. (1957)
- *Inventario de Sucesos Vitales (LEI)*, Cochrane y Robertson (1973)
- *Inventario de Experiencia Diaria (SDE)*, Holmes y Holmes (1970)
- *Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (PERI)*, Dohrenwend et al. (1970); adaptación española de Vizcarro (1984)
- *Cuestionario de Reajuste Social*, Amster y Kraus
- *Escala de Experiencias Vitales (LES)*, Sarason et al. (1978)
- *Escala de Percepción de Sucesos Vitales (LEPS)*, Christensen (1980)

# Evaluación: Apoyo social

Factor modulador de la disforia asociada a un acontecimiento vital, capaz de atenuar su impacto emocional negativo

- *Entrevista de Apoyo Social (ASSIS)*, Barrera (1980-1981)
- *Escala de Medida del Apoyo Social*, Mcfarlane et al. (1981); adaptación española de Vizcarro
- *Cuestionario de Apoyo Social (SSQ)*, Sarason et al. (1983)
- *Escala de Apoyo Social Percibido de Amigos (PSS-FR) y de Familia (PSS-FA)*, Procidano y Heller (1983)
- *Inventario de Conductas Sociales Proveedoras de Apoyo (ISSB)*, Barrera et al. (1981)

# Suicidio

- El suicidio ha aumentado en los últimos años
- Es 4-5 veces más probable que los hombres cometan suicidio, aunque las mujeres lo intentan 3 veces más
- Parece relacionarse con las formas más violentas que eligen los hombres
- El suicidio se asocia con bajos niveles de serotonina, que se asocia con impulsividad, inestabilidad y tendencia a reaccionar en exceso ante las situaciones
- Más del 90% de las personas que se suicidan sufren algún trastorno psicológico
- Sobre la prevalencia del suicidio hay datos muy variables (no hay consenso). Una de las posibilidades señala que el riesgo de suicidio según la patología es:
  - Bipolar: 20%
  - Depresión: 15
  - Alcohólicos: 15-18
  - Esquizofrenia: 10
  - T personalidad: 5-10
- *Escala de Pensamientos suicidas*, Beck y cols. (1979)

# TRATAMIENTO

The slide features a solid blue background. At the bottom, there are several overlapping, wavy, light blue lines that create a sense of movement or a horizon line.

# TRATAMIENTO

## □ Psicológico

- Terapia de conducta.
- Terapia cognitiva de Beck
- Terapia Interpersonal.

Se está probando la eficacia de:

- Psicoterapia psicodinámica breve
- Terapia Sistémica



# TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

- \* Generalmente se trata de adaptaciones de técnicas empleadas con adultos.
- \* Clarke y Lewinson diseñaron un programa para adolescentes: “The Coping with Depression-Course-Adolescent Version (CWD-A)

En función de los resultados de la evaluación, estableceremos la forma de planificar la terapia, teniendo en cuenta que si existe ideación suicida o depresión severa, empezamos con técnicas conductuales.

# Terapia de Conducta

- \* Programa de actividades placenteras.
- \* Intervenciones ambientales.
- \* Entrenamiento en Habilidades
- \* Curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn
- \* Terapia de autocontrol
- \* Terapia de solución de problemas
- \* Terapia conductual de pareja

# 1. Cambiar las condiciones del ambiente

- Cambio del ambiente: cambiar el ambiente de trabajo, de amistades, de lugar de residencia, etc, ..
- Manejo de contingencias: Pautas a la familia para que preste atención a las conductas adaptativas e ignore las conductas depresivas.

## 2. Entrenamiento en habilidades.

Enseñar a las personas deprimidas habilidades para que puedan cambiar los patrones de interacción problemáticos con el ambiente, así como las habilidades que necesitan para mantener estos cambios después de haber terminado la terapia.

1. Métodos de cambio por uno mismo.

2. Habilidades sociales:

- Aserción negativa o defensa de los derechos personales
- Aserción positiva o expresión de los pensamientos positivos
- Habilidades de conversación.

3. Relajación.

4. Manejo de estrés.

# Terapia Cognitiva de Beck

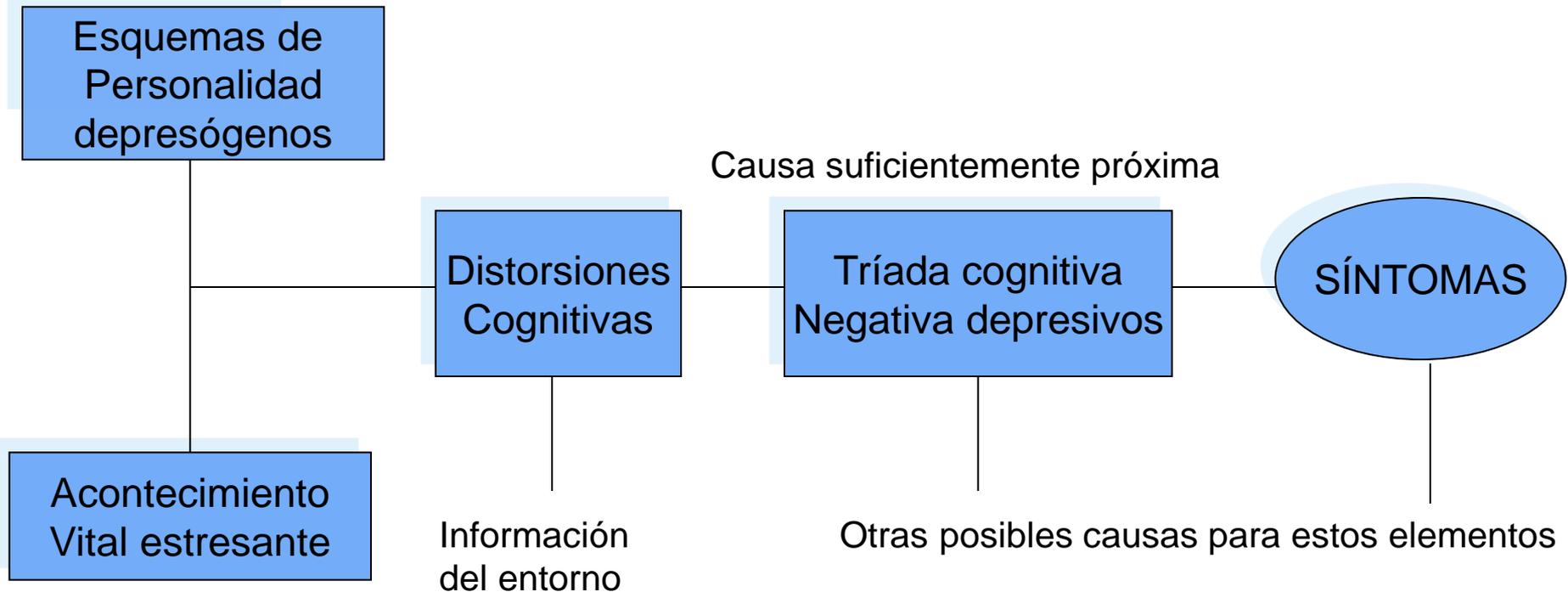
El modelo cognitivo, considera que la principal alteración en la depresión está en el **procesamiento de la información**.

Metáfora: hombre como procesador de información. Éste se halla en un entorno sujeto a cambios que demanda capacidades adaptativas, donde el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información.

# Modelo diátesis-estrés

Causas distales

Causas próximas



# TRÍADA COGNITIVA

Pensamientos de contenido negativo que producen el resto de síntomas depresivos:

- ❑ **Sentimiento de culpa** : Como inútil, indeseable, sin valor y culpable (culpa).
- ❑ **Percepción de desesperanza** Percibe las demandas como excesivas, llenas de obstáculos insuperables y considera el mundo sin interés, gratificación o alegrías (apatía, anhedonia)
- ❑ **Percepción de impotencia** Nada podrá cambiarse en el futuro o empeorará (desesperanza).

ERROR COGNITIVO	DEFINICIÓN
INFERENCIA ARBITRARIA	Llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria.
ABSTRACCIÓN SELECTIVA	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.
GENERALIZACIÓN EXCESIVA	Extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.
MAGNIFICACIÓN/MINIMIZACIÓN	Error al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimientos incrementando o disminuyendo su significación.
PERSONALIZACIÓN	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.
PENSAMIENTO ABSOLUTISTA O DICOTÓMICO	Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando el extremo negativo para describirse a si mismo.

# Estructura de la terapia

## 1. INTERVENCIÓN PREELIMINAR

- Ejercicios graduados.
- Planes de actividad

## 2. INTERVENCIÓN COGNITIVA

- 2.1. Identificar pensamientos automáticos.
- 2.2. Generar ideas alternativas.
- 2.3. Pruebas de realidad

## 3. MODIFICACIÓN DE SUPUESTOS DISFUNCIONALES (ESQUEMAS)

- Identificando temas recurrentes en el sujeto.
- Relacionando estos esquemas con las distorsiones cognitivas.
- Modificando los esquemas mediante pruebas de realidad, experimentos, etc,...

# TREC (Ellis)

# TC (Beck)

TÉCNICAS COGNITIVAS	TÉCNICAS CONDUCTUALES.	TÉCNICAS EMOTIVAS	TÉCNICAS COGNITIVAS	TÉCNICAS CONDUCTUALES	TÉCNICAS EMOCIONALES
Debate dialéctico	Desensibilización Sistemática e Inundación.	Imaginación Racional Emotiva	Tres columnas	Tareas graduadas	
	Autocontrol (Refuerzo y castigo)	Autoaceptación incondicional	Cuatro preguntas	Programación de actividades	
	Control de Estímulos	Ejercicios para vencer la vergüenza	Prueba de realidad	Programación de actividades placenteras	
	Entrenamiento en Habilidades	Ejercicios de autorrevelación	Registros de expectativas	Programación de actividades dominio/ Placer	
		Dramatizaciones		Ensayo cognitivo	

# Fases de la TC

- \* 1. Establecer la relación terapéutica.
- \* 2. Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo.
- \* 3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión.
- \* 4. Demostrarle cómo influyen las emociones en las cogniciones.
- \* 5. Técnicas conductuales.
- \* 6. Técnicas cognitivas

# Técnicas conductuales

- \* En la TC este tipo de técnicas ocupan un lugar importante. Los pacientes deprimidos, al inicio de la terapia, pueden considerarse a sí mismos como inadecuados, incapaces de llevar a cabo hasta las labores más elementales.
- 1. Intervenir sobre la PASIVIDAD
  - Incremento en el estado de ánimo.
  - Aumento de la motivación.
- 2. Evaluar los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones que los mantienen.

# 1º Asignación de tareas graduadas.

- \* Asignamos al paciente la realización de determinadas tareas:
  - \* Sencillas y divididas en subtareas.
  - \* Suponer un desafío hacia las creencias del paciente sobre su incompetencia.
  - \* Plan previo, examinar los pasos que exige su ejecución.
  - \* Registros de EXPECTATIVAS de dificultad/eficacia y GRADOS REALES de dificultad/eficacia.
  - \* Alta probabilidad de éxito.
  - \* Extraerse de la vida cotidiana del paciente: llamar por teléfono, arreglarse, preparar una comida sencilla,..

## 2º Programación de actividades

- \* Elaborar sobre un registro o agenda una programación completa de las actividades de los días siguientes (tiempos estimados, horarios, actividades alternativas,...)
- \* Controlar/evitar la tendencia a las rumiaciones (más frecuentes en momentos de inactividad)

# 3º Programación de actividades placenteras.

- \* Objetivo: disminuir la incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- \* Prescribir aquellas tareas que le resulten más gratificantes (no disfrutar al máximo).
  - Plantearlo como un experimento, el sujeto controla su estado de ánimo.
  - Escala de actividades placenteras (Cuestionario de Refuerzos de Lewinshon)
  - Listados de actividades que eran placenteras antes
  - Registros de expectativas de placer/grado real de placer.
  - Controlar la influencia negativa de las profecías autocumplidas.

# 4º Programación de actividades de DOMINIO Y PLACER.

- \* Esta técnica acompaña a las anteriores. Trabajar sobre las expectativas negativas.
- \* Tasar todas las actividades de acuerdo a dos criterios:
  - \* GRADO DE PLACER (0-5)
  - \* GRADO DE DOMINIO (0-5)

# 5º Ensayo cognitivo

- \* Imaginar que realiza todos los pasos de una tarea.
- \* Objetivos:
  1. Identificar posibles dificultades en la ejecución y adelantar posibles soluciones.
  2. Detectar pensamientos automáticos negativos que interfieren con las tareas.

# Otras técnicas conductuales

- \* Entrenamiento en asertividad.
- \* Role-playing.

# TÉCNICAS COGNITIVAS

- \* Identificar los pensamientos automáticos negativos.
- \* Tomar conciencia o insight de cómo dichos pensamientos influyen en el estado de ánimo.
- \* Identificar las distorsiones cognitivas que están detrás.
- \* Aprender a debatir y cambiar estos pensamientos por evaluaciones más flexibles y objetivas.
- \* Conocer los esquemas disfuncionales que están en la base del procesamiento distorsionado.
- \* Modificar los esquemas (disminuir rigidez y situaciones en las que se activan)
- \* Aprender estrategias de prevención de recaídas.

- \* Entrenamiento en observación y registro de cogniciones.
- \* Registrar pensamientos automáticos.
- \* Clasificar las cogniciones en función de sus contenidos (visión negativa de sí mismo, el mundo o el futuro) y distorsiones.
- \* Someter los pensamientos automáticos a pruebas de realidad.
- \* Técnicas de re-atribución
- \* Búsqueda de interpretaciones alternativas.

# Técnica de las 3 columnas

- \* Entrenar al paciente en “atrapar” las distorsiones que comete con frecuencia. registro diario. Se utiliza como estrategia de reestructuración cognitiva.

PENSAMIENTO NEGATIVO	DISTORSION COGNITIVA	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS
“ En la reunión nadie me ha escuchado, solo digo tonterías”	<ul style="list-style-type: none"><li>· Pensamiento dicotómico: sólo puedo decir genialidades o tonterías.</li><li>· Inferencia arbitraria: no me han escuchado, luego sólo digo tonterías.</li></ul>	Mis ideas pueden ser más o menos acertadas, y no solamente perfectas o tontas. Puede que lo que haya dicho no interese a los demás en ese momento, y eso no significa que diga tonterías.

FECHA Y HORA	EMOCIÓN	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA RACIONAL O ALTERNATIVA	RESULTADOS
	¿Qué sentía? Intensidad (0-100)	¿Qué estabas haciendo o pensando?	¿Cuáles eran mis pensamientos? Grado de creencia (0-100)	¿Qué respuesta racional puedo ofrecer? Grado de creencia en la respuesta racional (0-100)	Grado de creencia en los pensamientos racionales (0-100) Emoción actual Respuesta conductual.

# Técnica de las 4 preguntas

- \* 1. Diferencia entre pensamiento y realidad: ¿En que medida tu pensamiento refleja la misma realidad? (0-100)
- \* 2. ¿Cuál es la evidencia de esta creencia o pensamiento?
- \* 3. ¿Hay alguna explicación alternativa?
- \* 4. ¿Hay algún elemento de realidad en la creencia o pensamiento?

# Preguntas...

- \* Dirigir su atención al examen de sus cogniciones.
- \* Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo.  
Considerar las ideas como hipótesis a confirmar.
- \* Animarlo a examinar las consecuencias de su conducta:  
¿Qué consigues quedándote en la cama?
- \* Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿Qué puedes perder? ¿que ventajas obtendrías si..?
- \* Demostrar la abstracción selectiva de sucesos negativos.

# Pruebas de realidad

- \* Contraste empírico como método de cambio de cogniciones.
- \* Experimento donde:
  - a) Se define el pensamiento negativo como una hipótesis.
  - b) Paciente y terapeuta diseñan una serie de actividades que sirven para confirmar o desconfirmar la hipótesis.
  - c) Se realiza la actividad o experimento.
  - d) Se recoge la información del experimento, y se procede a evaluar si es compatible con la hipótesis o bien la desconfirma.
  - e) Finalmente, si se ha desconfirmado, se reelabora la creencia de manera compatible con el experimento.

# Tratamiento de pacientes con ideas o planes suicidas

- \* Empatía: mostrarse comprensivo, tratar de ponerse en su lugar y comprender de que manera ve las cosas.
- \* Pedirle que aplaze la decisión un tiempo.
- \* Indagar si hay problemas reales. Solución de problemas.
- \* Apoyo social. Colaboración de familiares.
- \* Preguntar:
  - Razones para vivir (pasadas, presentes y futuras)
  - \* Ventajas e inconvenientes de morir (para sí mismo y para sus allegados)
  - \* De qué quiere huir.
  - \* Qué formas alternativas de huir podría encontrar (que no sea morir)

# Duración TC de Beck

- 15-20 sesiones en 12 semanas
- Duración de cada sesión: 50 minutos
- Frecuencia: dos sesiones semanales hasta que el paciente esté preparado para una sesión semanal
- Paciente medio: 15 sesiones
  - Semanas 1-3: 2 sesiones semanales
  - Semanas 4-12: 1 sesión semanal

# 1ª Sesión TC de Beck

- Establecer rapport
- Investigar las expectativas hacia la terapia
- Elicitar las posibles actitudes negativas hacia sí mismo, la terapia y el terapeuta
- Concretar los problemas más urgentes y accesibles (desesperanza, ideas de suicidio, mal funcionamiento general, disforia grave)
- Explicar las estrategias cognitivo-conductuales, haciendo hincapié en el funcionamiento teórico de las tareas conductuales y de la asignación de tareas para casa
- Cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión
- Proporcionar al paciente el manual Cómo hacer frente a la depresión (Coping with depression)
- Investigar las reacciones ante la sesión

# 2ª Sesión TC de Beck

- Investigar los efectos de la 1ª sesión
- Revisar el registro de las actividades asignadas
- Revisar los efectos producidos por la lectura del manual
- Comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior
- Programar actividades para la siguiente sesión
- Comentar las actividades de “dominio” y “placer” en el registro de las actividades (opcional)
- Preparar la agenda y concretar el/los problema/s a discutir
  - Agenda: actividad al inicio de cada sesión en la que terapeuta y paciente elaboran un guión de los puntos más importantes que deben ser tratados en la sesión
- Investigar las reacciones ante la sesión

# 3ª Sesión TC de Beck

- Preparar la agenda
- Investigar los efectos de la sesión anterior
- Revisar las actividades realizadas
- Discutir las reacciones ante la sesión anterior
- Discutir los pensamientos automáticos negativos (opcional)
- Demostrar la forma de utilización del contador de pulsera para registrar los pensamientos automáticos (opcional)
- Preparar y asignar tareas
- Feedback sobre la sesión
- Pedir al paciente que redacte una breve autobiografía para la siguiente sesión

# 4ª Sesión TC de Beck

- Seguir el mismo formato general que en la 3ª sesión
- Instrucciones adicionales para identificar los pensamientos automáticos negativos
- Explicar cómo los pensamientos automáticos constituyen distorsiones de la realidad y están relacionados con otros síntomas de la depresión
- Elicitar pensamientos automáticos negativos, especialmente los relacionados con las tareas asignadas para casa

# 5ª Sesión TC de Beck

- Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior
- Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y placer
- Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos
- Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas
- Explicar la forma de empleo del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados; explicar las columnas 4, 5 y 6 (desde la respuesta o alternativa racional en adelante)
- Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos

# Sesiones 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> y 8<sup>a</sup> TC de Beck

- Seguir el mismo formato general que en las sesiones anteriores
- Continuar identificando pensamientos automáticos negativos
- Mostrar y proponer respuestas racionales a los pensamientos automáticos
- Asignar tareas para casa
- Discutir el supuesto básico (actitud o esquema disfuncional)

# Sesiones 9<sup>a</sup> a 12<sup>a</sup> TC de Beck

- Delegar en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda
- Incrementar su responsabilidad en relación con las tareas para casa (el paciente propone y diseña las tareas, actuando el terapeuta como un supervisor)
- Identificar y discutir los supuestos básicos; probar su validez (experimentos, prueba de realidad, encuestas, etc.)

# Sesiones finales TC de Beck (13<sup>a</sup> a 15<sup>a</sup> - 20<sup>a</sup>)

- Preparar al paciente para el término de la terapia
- Fomentar la continuación de las tareas para casa y la práctica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia; enfatizar el hecho de que ésta constituye un proceso de aprendizaje que continúa a lo largo de toda la vida del individuo
- Identificar los problemas que se anticipen y desarrollar y practicar estrategias para hacerlos frente (prevenir recaídas, identificando posibles estresores futuros y formas de afrontamiento)

# TRASTORNOS DEPRESIVOS

- \* Concepción Bancalero Romero PIR 3
- \* Carlos Buiza Aguado PIR 2
- \* M<sup>a</sup> José Cabrera Martínez PIR 1
- \* Verónica Gómez Gómez PIR 1

## \* Fuente:

- \* [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CEcQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.uco.es%2Finformacion%2Fwebs%2Ffundacioncastilla%2Fdocumentos%2Farchivos%2Fformacion-residentes%2Fresidentes-2008-2009%2Fdepresion%2Fdepresion.ppt&ei=N5RFVM7VN-ra8gH8\\_YGgDw&usg=AFQjCNEtBKfvh535KW5TVjyJBthkMSSCow&bvm=bv.77880786,d.b2U&cad=rja](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CEcQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.uco.es%2Finformacion%2Fwebs%2Ffundacioncastilla%2Fdocumentos%2Farchivos%2Fformacion-residentes%2Fresidentes-2008-2009%2Fdepresion%2Fdepresion.ppt&ei=N5RFVM7VN-ra8gH8_YGgDw&usg=AFQjCNEtBKfvh535KW5TVjyJBthkMSSCow&bvm=bv.77880786,d.b2U&cad=rja)