



# TRACTAMENT PSICOLÒGIC COGNITIVOCONDUCTUAL DE LA DEPRESSIÓ EN ADULTS

Acadèmia Ciències Mèdiques

20-02-2013

Dra. Joana Guarch i Domènech

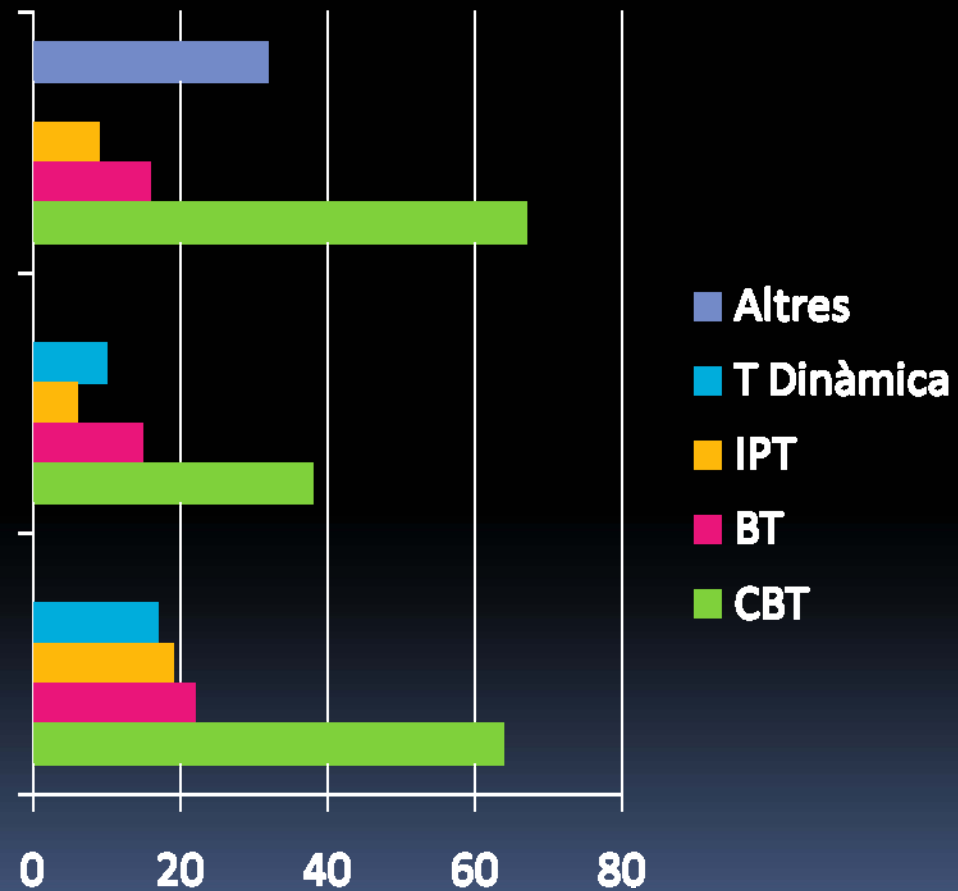
[jguarch@clinic.ub.es](mailto:jguarch@clinic.ub.es)

# TCC en la D: un dels pocediments terapèutics més estudiats

**Culjpers I col. 2008**  
**(Psychot.Res.; Tt. Psicol. eficaces)**

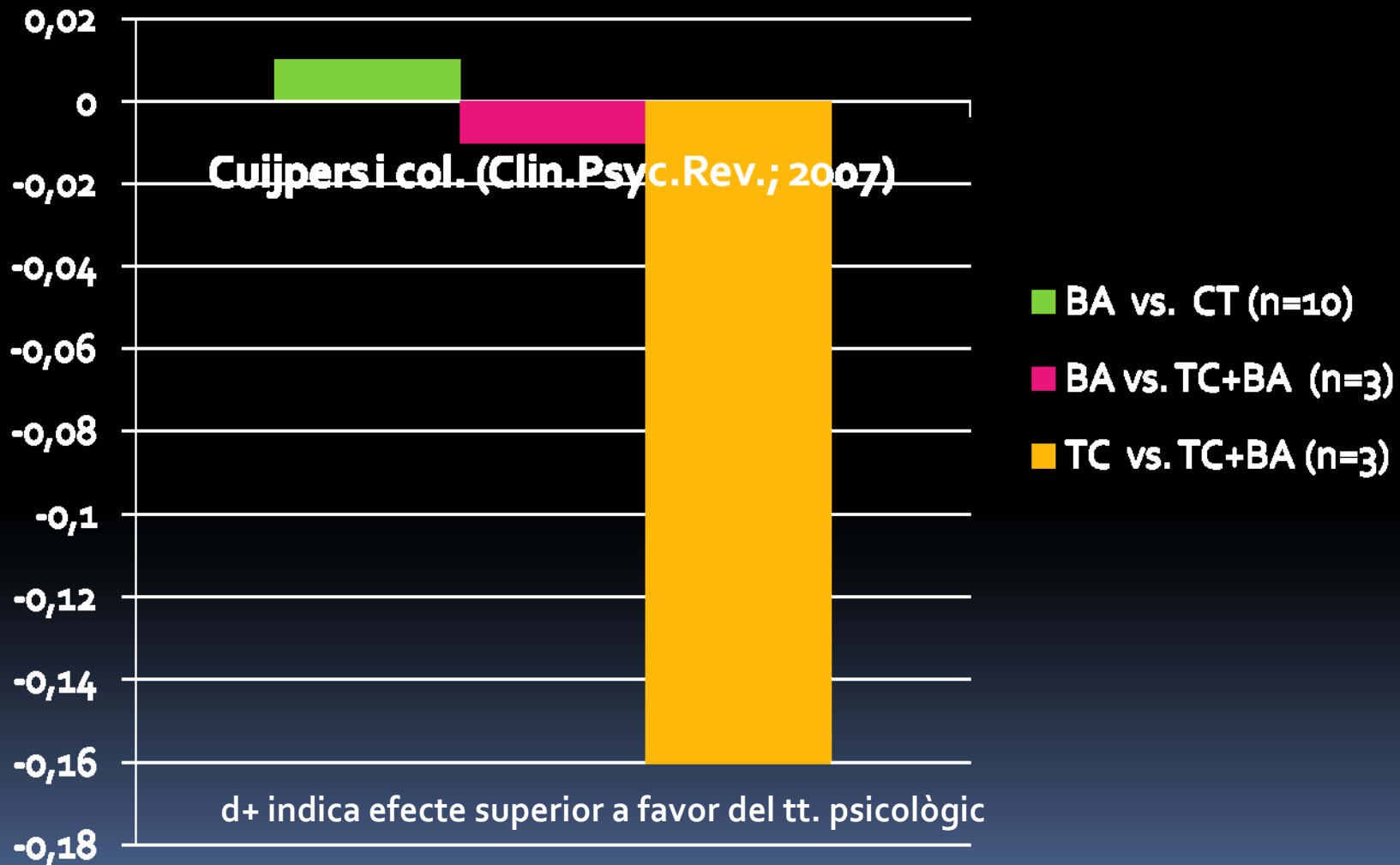
**Culjpers I col. 2008**  
**(J.Cons.Cl. Psyc. MetaA Tt. psicol)**

**Hollon SD I Ponniah S, 2010**  
**(Dep.&Anx. Empirically Supported Therapies)**



# Tt. PSICOLÒGICS PER LA DEPRESSIÓ

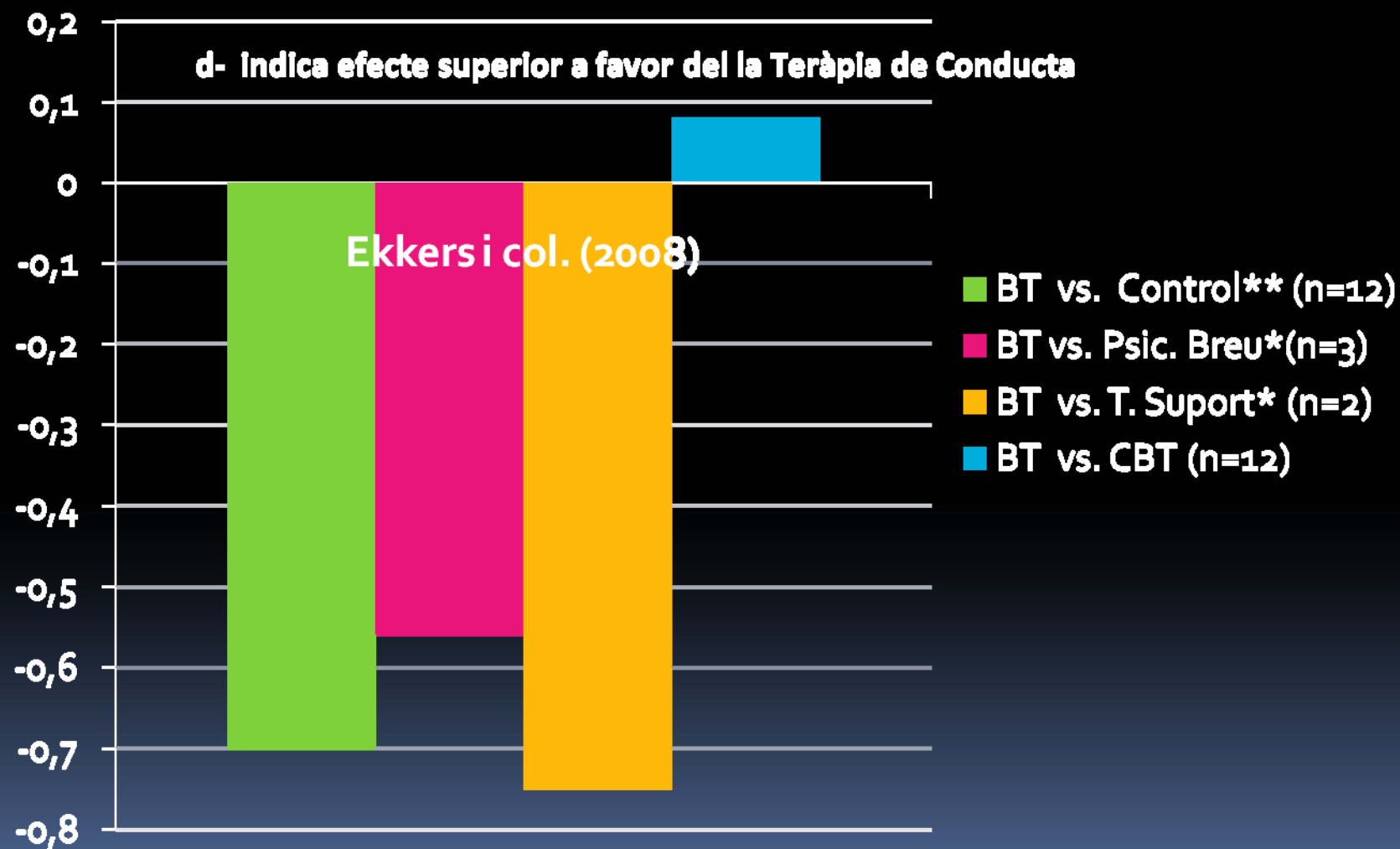
## Eficàcia comparativa - estudis head-to-head



# Tt. PSICOLÒGICS PER LA DEPRESSIÓ

## EFICÀCIA COMPARATIVA - "estudis head-to-head"

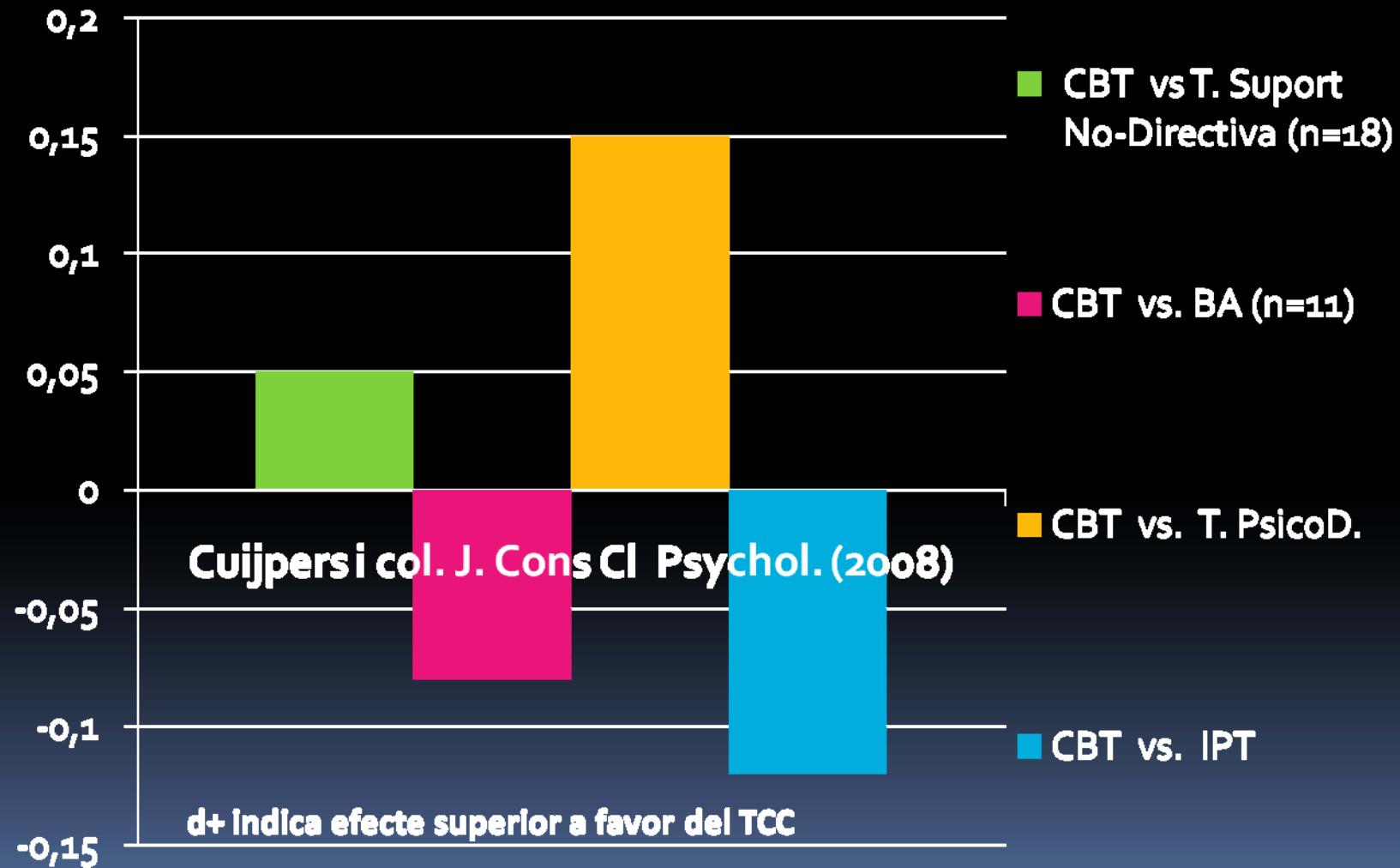
### TERÀPIA DE CONDUCTA VS. ALTRES



# Tt. PSICOLÒGICS PER LA DEPRESSIÓ

## EFICÀCIA COMPARATIVA - "estudis head-to-head"

### TCC vs. ALTRES

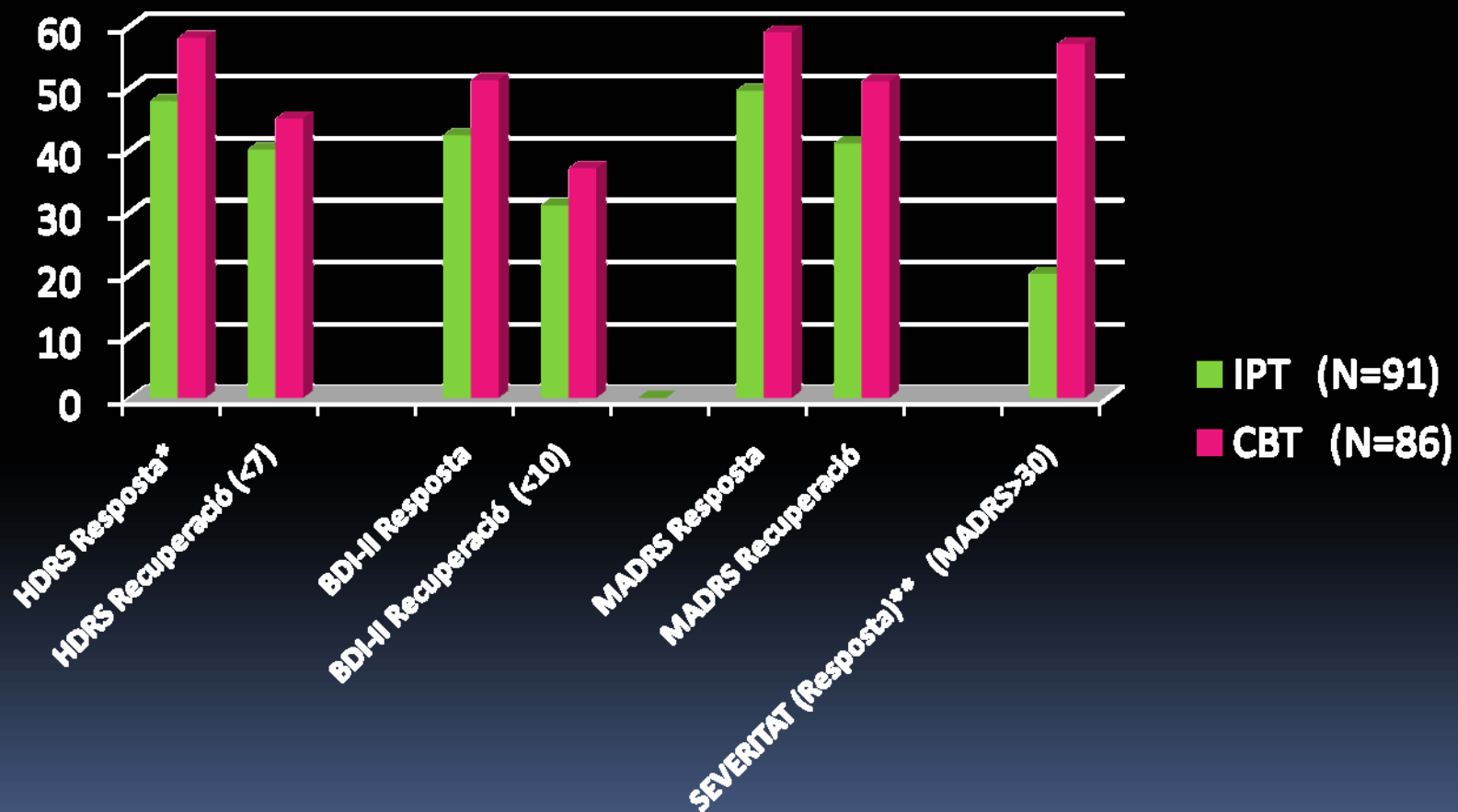


# Tt. PSICOLÒGICS PER LA DEPRESSIÓ MAJOR

## EFICÀCIA COMPARATIVA - "estudis head-to-head"

### IPT vs. TCC

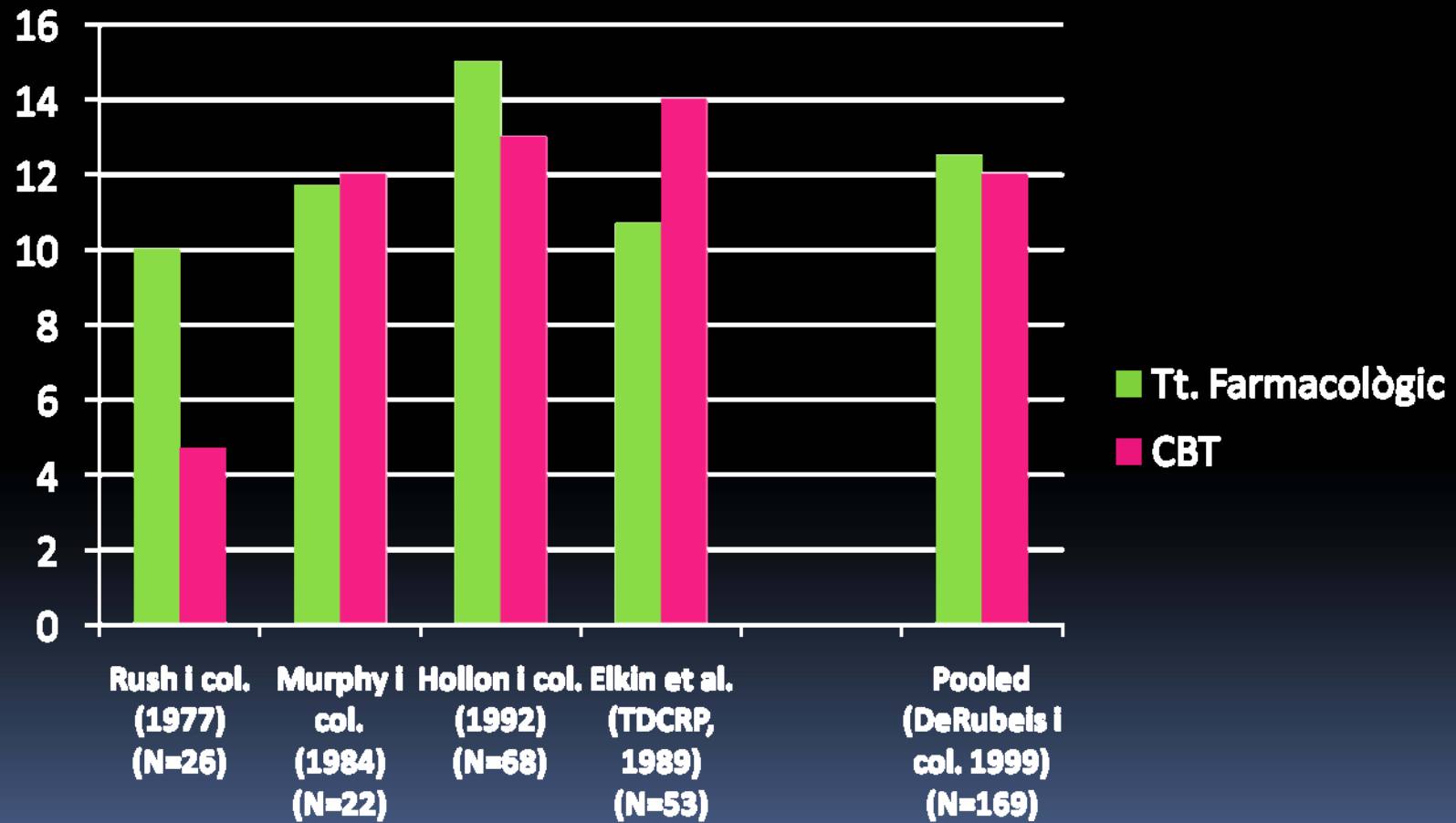
RCT (Luty, Carter, McKenzie et al.; 07)



# TCC vs. Tt. Farmacològic

MEGA-ANALISIS - (DeRubeis i col. 1999) - DM Severa (HDRS>20)

## HDRS Post. Tt.



# **FUNCIONA LA TCC EN Tt. DE LA DEPRESSIÓ MAJOR UNIPOLAR? = SÍ**

- ⊙ **EFICÀCIA SUPERIOR** vs. NO TRACTAMENT
- ⊙ **EFICÀCIA SIMILAR** vs. ALTRES Tt. EFICAÇOS  
(FÀRMACS, Tt. COMBINAT, IPT, Tt CONDUCTUALS)
- ⊙ **SIMILARS A Tt. FARMACOLÒGIC EN**
  - % RESPOSTA CLÍNICAMENT SIGNIFICATIVA
- ⊙ **SUPERIOR A Tt. FARMACOLÒGIC EN**
  - MENOR % DE RECAIGUDES



# Indicacions de la TCC en el tt. de la Depressió Major unipolar

- ⊙ Tt. D'ELECCIÓ en Tr. DEPRESSIU MAJOR LLEU i MODERAT
- ⊙ Tt. EFICAÇ en fase AGUDA i de CONTINUACIÓ
- ⊙ INSUFICIENT EVIDÈNCIA en Tr. DEPRESSIU MAJOR SEVER  
millor COMBINACIÓ, i  
segons símptomes : fàrmac o TEC
- ⊙ EVIDÈNCIA EFICÀCIA en Tr DEPRESSIU MAJOR RECURRENT
- ⊙ RESULTATS MIXTES en formes CRÒNIQUES: millor COMBINACIÓ

# TERÀPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: COM FUNCIONA?

PROCEDIMENT TERAPÈUTIC  
ESTRUCTURAT, DIRIGIT i LIMITAT EN EL TEMPS

◎ **ACTIU** (EMPIRISME COL·LABORADOR, TASQUES PER CASA, AGENDA)

◎ **ORIENTAT A PROBLEMES CONCRETS**  
(SÍMPTOMES DE LA MALALTIA)

◎ **OBJECTIU DE CANVIAR CONDUCTA**  
MANTENIDORA DE SÍMPTOMES

# TERÀPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: COM FUNCIONA?

## PROCEDIMENT TERAPÈUTIC

- ◎ APLICANT "REGLES" O PROCEDIMENTS ESPECÍFICS  
(BASATS EN L'EVIDÈNCIA I CADA UN TÉ LA SEVA JUSTIFICACIÓ)
- ◎ SEGUINT UNA SEQÜÈNCIA DETERMINADA  
(DEFINICIÓ DEL PROBLEMA - AVALUACIÓ i FORMULACIÓ DE CAS,  
TRACTAMENT ESPECÍFIC, AVALUACIÓ R)
- ◎ REQUEREIX IMPLICACIÓ I RESPONSABILITAT DEL PACIENT  
(**"MOTIVACIÓ PEL CANVI"**)

# DESENVOLUPAMENT DE LA TEORIA COGNITIVA

BANDURA (70'S): Tª DE L'APRENTATGE SOCIAL:

- ⊙ PROCESSOS COGNITIUS = MEDIADORS  
ENTRE CONDUCTA I L'AMBIENT



CTES. NO OBSERVABLES  
PENSAMENTS (SIGNIFICAT QUE DONEM A L'ESTÍMUL)

**FONAMENTS DE LA TEORIA COGNITIVA (AT BECK):**  
Beck, AT (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*

**MODEL DE PROCESAMENT DE LA INFORMACIÓ:**

**AVALUACIÓ i INTERPRETACIÓ DE FETS "ALTERADA"**

assignació sistemàtica d'un significat particular a tots els fets importants per la persona.

**L'ATENCIÓ ES DIRIGEIX EXCLUSSIVAMENT ALS S –**

experiències particulars es tradueixen en interpretacions negatives esbiaixades



**DISTORSIONS ATRIBUTIVES**



## TEORIA COGNITIVA DE LA DEPRESSIÓ (II):

S'INCORPORA AL SISTEMA DE CRÈNCES LES INTERPRETACIONS NEGATIVES ESBIAXADES i ES MANTENEN A L'EXPECTATIVA



QUAN ESTRESSORS o SITUACIÓ de VULNERABILITAT



ACTIVACIÓ PREFERENT de CREENCES fonamentades en  
DISTORSIONS ATRIBUTIVES



**VALOR DE CREDIBILITAT**

REPERCUSIÓ EN AFECTE I CONDUCTA



SÍMPTOMES



**EMOCIONS NEGATIVES i TRISTESA :**

ABATIMENT, RUMINACIONS, ALENTIMENT, AÏLLAMENT, CONVICCIONS DEPRESSIVES

# TERÀPIA COGNITIVA EN LA DEPRESSIÓ

⊙ **EL PROCESAMENT LIMITAT o ESBIAXAT DE LA INFORMACIÓ** és el símptoma característic.

⊙ El baix estat d'ànim activa **creències de contingut "negatiu"** que mantenen l'afecte i la conducta depressives

Els **PENSAMENTS AUTOMÀTICS NEGATIUS** són la via d'accés a aquest procés alterat de la informació i a esquemes desadaptatius.

# TEORIA COGNITIVA DE LA DEPRESSIÓ (IV): ESPECIFICITAT COGNITIVA

S'HIPOTETITZA ESTIL COGNITIU ESPECÍFIC A CADA TRASTORN

DEPRESSIÓ = TRIADA COGNITIVA NEGATIVA

INTERPRETACIÓ "DISTORSIONADA" DE:

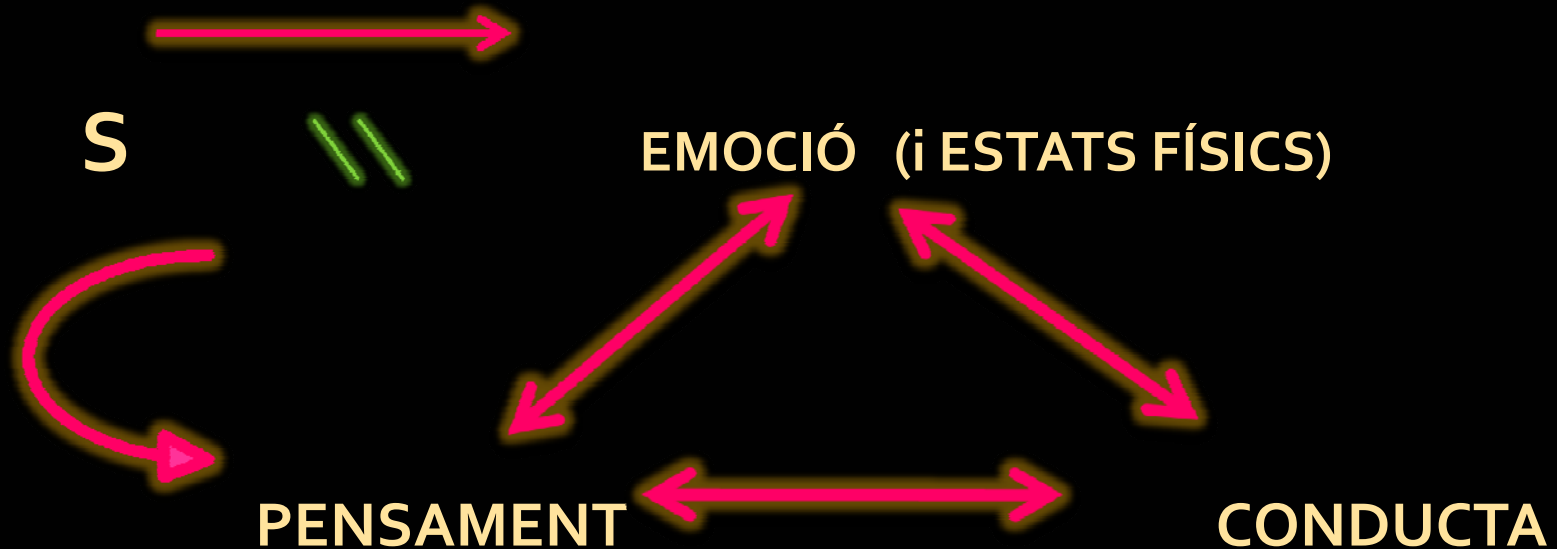
UN MATEIX,  
RELACIÓ AMB EL MÓN,  
EL FUTUR

(Sentiments de pèrdua, desesperança, autocrítica i autodevaluació, culpa)

Expressions típiques: "Sóc inútil", "Ningú m'estima", "Tot em surt malament",  
"No hauria d'haver...", "No me'n sortiré", "Res té sentit"....



# RESUM MODEL COGNITIU: CONCEPTES BÀSICS



RELACIÓ EN FEED-BACK : INTERPRETACIONS "de risc" i EA  
(BIAIXOS ATENCIONALS)

INTERPRETACIÓ DISFUNCIONAL (S) = RETROALIMENTACIÓ DE CONDUCTA i  
AFECTE (PERSISTÈNCIA DE SÍMPTOMES)

# OBJECTIU DE LA TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL

- ⊙ MODIFICAR ESTIL COGNITIU DEPRESSIU Ó DISTORSIONS ATRIBUTIVES
  - **ENSENYAR A FORMULAR INTERPRETACIONS MÉS ADAPTATIVES**
  
- ⊙ “NORMALITZAR” FUNCIONAMENT ALTERAT (HÀBITS I CONDUCTA)
  - **DERIVAT DE L'EXPERIÈNCIA DE LA DEPRESSIÓ PERÒ MANTENIDORS DELS SÍMPTOMES**
  
- ⊙ PREVENCIÓ DE RECAIGUDES
  - **ATENCIÓ i INTERVENCIÓ EN SIMPTOMATOLOGIA RESIDUAL**
  - **MINIMITZAR FACTORS DE RISC PERSONAL (HH Socials, RRPP, TMA<sub>n</sub>x)**

⊙ **“MECANISME D’ACCIÓ”:**

**CANVI COGNITIU**

⊙ **”EFECTES ESPECÍFICS”**

**PERSISTÈNCIA** dels beneficis

(augment període lliure de símptomes)

**PREVENCIÓ** de recaigudes

(disminució % recurrència)

# “TRISTESA”

# – “DEPRESSIÓ”

REACCIÓ EMOCIONAL	TRASTORN
ESTAT D'ÀNIM ASSOCIAT A FET	*** ANHEDÒNIA ***
- REACCIÓ “IMMEDIATA” - “NORMAL” (Comprensible) encara que sigui intents	- PERSISTÈNCIA estat - ARREACTIVITAT humor - PÈRDUA DE PROJECCIÓ VITAL
- HUMOR FLUCTUANT segons S	↓ INTERÉS en activitat habitual
- NO SÍMPTOMES físics ni cognitius limitadors ni persistents	- Alteracions SON ( ↓ ó ↑ ) - ↓ PES - FATIGA O PÈRDUA ENERGIA - ↓ CONCENTRACIÓ I DECISIÓ
- POSSIBILITAT de CONTROL (ambiental o personal)	- Pensament RUMIATIU, RECURRENT contingut congruent amb humor (idees incapacitat, culpa, fracàs, ruina... suicidi)

# SUBTIPUS TRASTORN DEPRESSIU

## ⊙ TRASTORN DEPRESSIU MAJOR

- SEVERITAT (MALENCONIA - Símt. PSICÒTICS)
- CURS (DURACIÓ, REMISSIÓ, RECURRÈNCIA)

## ⊙ TRASTORN DISTÍMIC

## ⊙ TR. ADAPTATIU AMB E.A. DEPRESSIU

# MECANISME D'ACCIÓ: PROCEDIMENTS TERAPÈUTICS

Identificar i modificar esquemes o actituds disfuncionals

## TÈCNIQUES COGNITIVES:

## QÜESTIONAMENT SOCRÀTIC REESTRUCTURACIÓ

- IDENTIFICAR PENSAMENTS DISFUNCIONALS
- QUESTIONAR-NE LA VALIDESA
- FORMULAR INTERPRETACIONS ALTERNATIVES

Examinar evidència / Anàlisi del % control / Llistar avantatges – desavantatges /  
Tècnica semàntica / Experiments conductuals: Buscar dades lògiques,  
refrendades per l'evidència, que donin suport a les creències ....

## TÈCNIQUES CONDUCTUALS:

Experiments conductuals / Activació Conductual /  
/ Resolució Problemes / Assertivitat / Exposició....

# TRACTAMENT PSICOLÒGIC COGNITIVOCONDUCTUAL: SESSIONS DE TRACTAMENT ESPECÍFIC

## ■ SESSIÓ TÍPICA:

- 45-60' (90' en crònica)
- REVISIÓ "DEURES PER CASA" (AUTORREGISTRES)
- TREBALL ESPECÍFIC AMB LES DADES
- NOVA INFORMACIÓ, CLARIFICACIÓ DE DUBTES, EXEMPLES, PRÀCTIQUES A CONSULTA
- "DEURES PER CASA"

## ■ DURACIÓ TRACTAMENT:

- 12-14 A 20 SESSIONS
- OPCIONAL SESSIONS SEGUIMENT (SEGONS CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques INDIVIDUALS)





# REESTRUCTURACIÓ COGNITIVA: PROCEDIMENT

## □ DESCOBRIMENT GUIAT:

- IDENTIFICAR "DISCURS INTERN" PERSONAL I TENDÈNCIA A AVALUACIONS NEGATIVES

## □ DENOMINAR I CLASSIFICAR LES DISTORSIONS

## □ IDENTIFICAR RELACIÓ ENTRE ATRIBUCIONS / DISTORSIONS I CONDUCTA

## □ QÜESTIONAMENT SOCRÀTIC:

- AVALUAR LA VALIDESA DE LES ATRIBUCIONS (EVIDÈNCIES A FAVOR O EN CONTRA, TÈCNICA SEMÀNTICA?)

## □ EL-LABORAR FORMULACIONS O ATRIBUCIONS ALTERNATIVES I COMPROVAR-NE LA VALIDESA I LA UTILITAT.

# DISTORSIONS COGNITIVES CARACTERÍSTIQUES

- **ETIQUETAT** ("Sóc un desastre" "sóc una inútil"...)
- **PENSAMENT DICOTÒMIC** ("És dolent; està malament"...)
- **ADIVINACIÓ** ("La meva vida no pot millorar")
- **PERSONALITZACIÓ** ("Sóc culpable de la ruïna de la meva família"; "Jo tampoc sé què faria en un cas així"; "jo també em sento malament"; "no em volen...", "m'està posant en evidència"; "això no em pot passar a mí...")
- **IDEES CATASTRÒFIQUES o DRAMÀTIQUES**  
(*"No puc, no seré capaç, no me'n sortiré, no ho suportaré, És horrible, És el pitjor que..."*)
- **IDEES ABSOLUTES** (*"Hauria d'haver..." "No m'hauria de..."*)
- **SOBREGENERALITZACIONS** (*"Tot, Res, Tothom, Sempre, Mai, Ningú..."*)
- **PREDICCIÓ DE FUTUR** (*"No sortirà bé"; No hi estarà d'acord" "no voldran venir..."*)

## EXEMPLES PEL “QUESTIONAMENT SOCRÀTIC”

- Quin és el significat? Què vol dir... ? Com puc definir...?  
*Puc identificar algun aspecte de la meua conducta que exemplifiqui aquesta condició?*
- Quina és l'evidència?
- Coneixes algú a qui li han passat les mateixes coses que a tu?  
*El qualifiques de la mateixa manera que et qualifiques a tu?*
  - *Què li diries a “...” si t'expliqués aquestes preocupacions i maneres de pensar?*
- Sóc un bon advocat de mi mateix amb aquestes argumentacions? O sóc un bon fiscal?
- Quin efecte té en mi creure aquest P.A.?
  - *Quin és el “cost” d'aquesta afirmació? - Quin és el benefici de...?*
  - *Quin podria ser l'efecte de canviar el meu pensament?*
- Hi ha una explicació alternativa? Puc tenir un pensament més favorable per a mi?

## CBT PER LA DEPRESSIÓ MAJOR: PROCEDIMENTS TERAPÈUTICS

### Reestructuració cognitiva i Qüestionament Socràtica:

- Rotulació d'inferències: identificació i denominació del PA-
- Experiments conductuals: (empirisme cooperatiu) dissenyar i posar en marxa probes de realitat per validar les interpretacions i expectatives
- Tècnica Semàntica: descriure el significat
- Ordenació en escales: traduir les atribucions i interpretacions a expressions graduals o quadres de decisió per a contrarestar el pensament dicotòmic
- Reatribució o reassignació de la responsabilitat per accions i per resultats
- Exageració deliberada: desenvolupar una idea fins als extrems per evidenciar i facilitar la reavaluació de les conclusions disfuncionals
- Anàlisi d'avantatges i inconvenients de mantenir o de canviar les creències o conductes disfuncionals i clarificació dels beneficis secundaris.
- Decatastrofització: que el pacient reconegui i modifiqui la tendència a pensar en una situació exclusivament en termes de... "els pitjors resultats i conseqüències"

## EXEMPLE DE "QÜESTIONAMENT": a propòsit d'un cas

- *"No tinc a ningú"*

*"Estic sola"*

*"Abandonada"*

### **Abandonament:**

*No tenir casa, viure errant, no tenir on "caure morta"*

*No tenir per menjar, no tenir per vestir*

*(Merodeando, perdida...)*

*La gent et mira però ningú et fa cas, ningú es fixa en tu*

*La gent més aviat s'aparta ("un perro pulgoso" "un apestado")*

*Fer nosa*

*Fer pena*

### **Fer pena**

*Despertes sentiments de compassió als altres*

*Generes patiment, dolor...*

*Et fan "almoïna"*

- Quines de les descripcions s'ajusten a les teves condicions de vida actuals?
- Si patissis una situació d'urgència (ingrés hospitalari) a qui avissaries?
- Quina és l'última activitat compartida que has realitzat? Qui va prendre la iniciativa? Com va anar?...
- De tot l'anterior, quines evidències confirmen la teva afirmació?
- Pots descriure el teu "sentiment" d'una altra manera?

*("Visc sola, però no estic sola")*

## EXEMPLE DE “QÜESTIONAMENT”: a propòsit d'un cas (2)

- *“Sóc un inútil”*

*“No serveixo per a res” / “Estic acabat” / “M’han donat la invalidesa”*

### ***Inutil:***

*Inservible*

*No té cap valor*

*No té cap utilitat*

*Irrecuperable*

*No se’n pot treure cap profit*

*Fica’t en un racó, arraconat, en un quarto fosc, “dels trastos”*

*No dóna cap benefici, més aviat fa nosa*

- De quines condicions actuals es deriva aquesta valoració?
- Quines coses no pots fer? Per a què “no serveixes”?
- Perquè acudeixes a les visites mèdiques? Què et diuen els metges? Et segueixen programant visites?
- Estas fent alguna cosa per millorar el teu estat? ...
- Has tingut alguna conversa amb algú últimament? Amb qui? De què heu parlat? (**explica: història de la filla; explica: citació judicial com a testimoni**)
- Has rebut alguna visita a casa? Què has fet?
- De tot l’anterior, quines evidències confirmen la teva afirmació? (**amiga que viu fòra de BCN i vé a la ciutat per motius laborals**)
- Ets un bon advocat defensor de les teves condicions? Ets un bon fiscal?
- Aquesta etiqueta es fonamenta en les “característiques objectives del producte” o en el que tu “sents”?
- Hi ha formes alternatives de descriure la teva situació actual, basades en dades reals (caract. objectives?)

***(“Ting limitacions físiques importants que em dificulten fer algunes coses com les havia fet fins ara”)***

## EXEMPLE DE "QÜESTIONAMENT": a propòsit d'un cas (3)

"LA MEVA VIDA ÉS DESGRACIADA"

**PERQUÈ:** SENTO QUE ESTIC SOLA  
NO TINC COMUNICACIÓ AMB L'AGUSTÍ  
NO ENS VEIEM  
NO FEM GAIRES COSES EN COMÚ

**PERÒ:**

-QUAN VÉ EL CAP DE SETMANA MIREM D'ESTAR JUNTS I FER  
ALGUNA COSA EN COMÚ

-JO COMPTO AMB ELL:

- SI EM PASSES ALGUNA COSA, ÉS A QUI VOLDRIA QUE AVIÉS
- QUAN HE DE DONAR UN TELEFON ALTERNATIU, DÓNO EL SEU
- QUAN PENSO AMB ELL, EL PUC TRUCAR I SENTIR-LI LA VEU

(A VEGADES NO PODEM PARLAR GAIRE PER MOTIUS DE  
FEINA, PERÒ COM A MÍNIM HI PUC PARLAR)

-PARLO AMB LES MEVES FILLES. EM DEMANEN QUE LES AJUDI O LES  
ACOMPANYI. COMPTEN AMB MI.

-TINC AMIGUES QUE EM TRUQUEN I LES TRUCO, I QUEDEM PER FER  
COSES JUNTES

-PUC VIATJAR (ONCE...)

-PUC ANAR AL CINEMA.....

TOT AIXÒ NO TÉ RES A VEURE AMB TENIR UNA VIDA DESGRACIADA.

HO PENSO AIXÍ PERQUE ARA EM SENTO "SOLA", PERÒ EL PENSAMENT ÉS UN REFLEXE DEL  
SENTIMENT I NO UNA REALITAT.

**EXEMPLE:** No m'agrada res de com sóc ni del que faig"..... (60 % = SI - 40 % = NO)

<u>Què fas?</u>	<u>Domini</u>	<u>Dificultat</u>	<u>"Sofriment"</u>
Estudiar	40 %	60 %	100 %
Estar amics	90 %	10 %	0 %
Companys	80 %	20%	20 %
Resoldre sobre mi	10 %	90 %	100 %
Resoldre sobre altres	10 %	90 %	100 %
Vestir	60 %	40 %	0 %
Higiene pers.	70 %	30 %	30 %
Casa a gust	80 %	20 %	0 %
Aficions: mús	80 %	20 %	40 %
Gestió temps	10 %	90 %	100 %
Treball extra	90 %	10 %	0 %
"CASA"	100 %	0 %	30 %
Responsab. família	30 %	70 %	100 %
Preocupació per altres	70 %	30 %	60 %
	9 / 15 > 50%	6 / 15 > 50 %	6 / 15 > 50 %