



CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PSICOLOGÍA UCM

Análisis de un caso con trastorno de Depresión Mayor Episodio Recurrente

AUTORES: Santos, Inés; Huguet, Elena; Colastra, Irene; García, Elisa; Piñas, Beatriz; González, Silvia; Lozano, David; Nieto, Juan; Fernández, Ignacio; Larroy, Cristina.

INSTITUCIÓN: Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

Introducción

Son amplias las investigaciones que señalan que haber sufrido un episodio depresivo actúa como un factor de riesgo para el Trastorno de Depresión Mayor, y que el riesgo de recaída aumenta exponencialmente cuantos más episodios se han sufrido.

El DSM-IV (APA, 1994) enfatizó esto señalando la probabilidad de recaída en función del nº de episodios



La depresión severa se caracteriza por variables "endógenas" tales como: esquemas cognitivos disfuncionales, sesgos de memoria, de interpretación y atención, etc. que pueden explicar el riesgo de recaída.

Presentación del caso



Profesión: estudiante.
Familia: padres divorciados, dos hermanas (una fruto de una relación anterior del padre).
Problemas médicos: ninguno.
Ttos. psicológicos anteriores: tres por episodios depresivos.
Medicación: no actualmente.
Motivo de consulta: ansiedad y bajo estado de ánimo.

- 10-14
 - Intento de suicidio de su hermana.
 - Primer tratamiento psicológico.
 - Su hermana sufre un cáncer agresivo.
- 18
 - Divorcio de los padres
 - Suspensos en 2º de bachiller.
 - Segundo tratamiento psicológico por depresión.
- 19-22
 - Suspende en la universidad.
 - Cambia de carrera 2 veces.
 - Tercer tratamiento por depresión.
 - Viene a España a estudiar.

Evaluación

BDI-II: 55 (depresión grave).
BHS: 17 (riesgo de suicidio).
BAI: 40 (ansiedad grave).

DAS-A: creencias disfuncionales relacionadas con

- Aprobación
- Amor
- Ejecución
- Omnipotencia
- Autonomía

Otros cuestionarios: SCL-90, RSS, ISRA

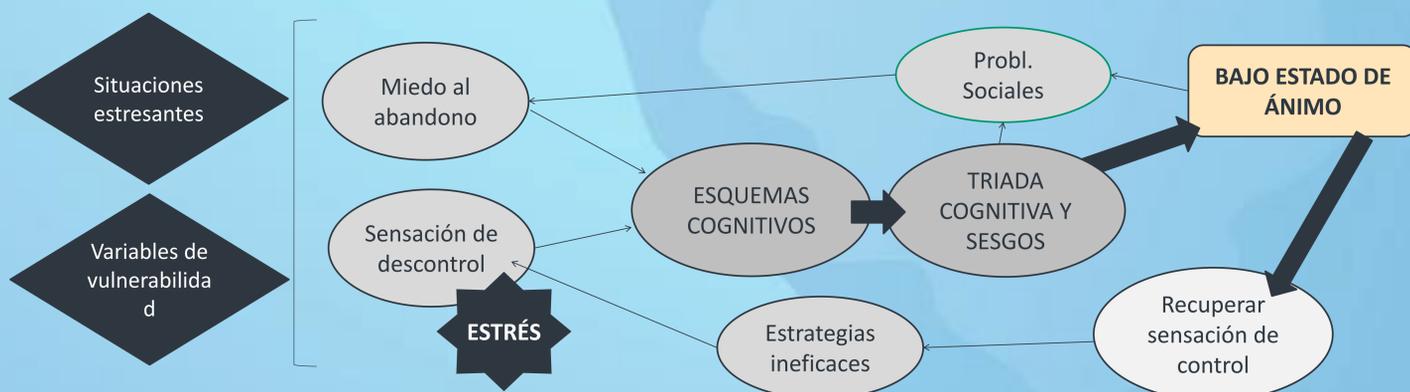


- Puntúa por encima del Pc 85 en:
- Devaluación
 - Dependiente
 - Ansiedad
 - Somatomorfo
 - Distimia
 - Depresión mayor

Evaluación inter-tratamiento tras ocho sesiones:

BDI-II: 40 (depresión grave).

Formulación clínica



Tras activaciones repetidas de los esquemas depresógenos y al no generar estrategias de afrontamiento más adaptativas, el bajo estado de ánimo se convierte en una estrategia de afrontamiento al estrés que a corto plazo le produce sensación de control pero a largo plazo realimenta el problema al no solucionar sus conflictos y refuerza los esquemas. Se considera una variable de vulnerabilidad y riesgo de futuras recaídas por su valor funcional.

Objetivos y tratamiento

El tratamiento se enfoca desde la terapia cognitivo-conductual y se divide en tres grandes fases, donde **toma especial importancia el trabajo con las creencias disfuncionales y los sesgos:**

- Mejorar hábitos de vida:
- Activación conductual
 - Higiene del sueño
 - Hábitos alimenticios
 - Regulación emocional

- Cambiar pensamientos, creencias y sesgos disfuncionales:
- Reestructuración cognitiva
 - Terapia racional emotiva
 - Técnicas narrativas

- Fomentar una identidad positiva y planes de futuro:
- Técnicas positivas

Conclusiones

- El tratamiento para los trastornos depresivos debe enfocarse no sólo en la sintomatología y trabajar los procesos internos como los esquemas cognitivos, los procesos afectivos y motivacionales.
- El objetivo del tratamiento debe ir más allá de la remisión sintomatológica. Mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente, desarrollando sus fortalezas y recursos, ayudará a prevenir recaídas.
- Emplear tratamientos no validados puede implicar la cronificación del problema generando serias consecuencias para los pacientes y la sociedad.
- Es importante realizar seguimientos periódicos y a largo plazo para supervisar el mantenimiento de las mejorías y detección temprana de recaídas