



CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PSICOLOGÍA UCM

# Análisis de un caso con trastorno de Depresión Mayor Episodio Recurrente

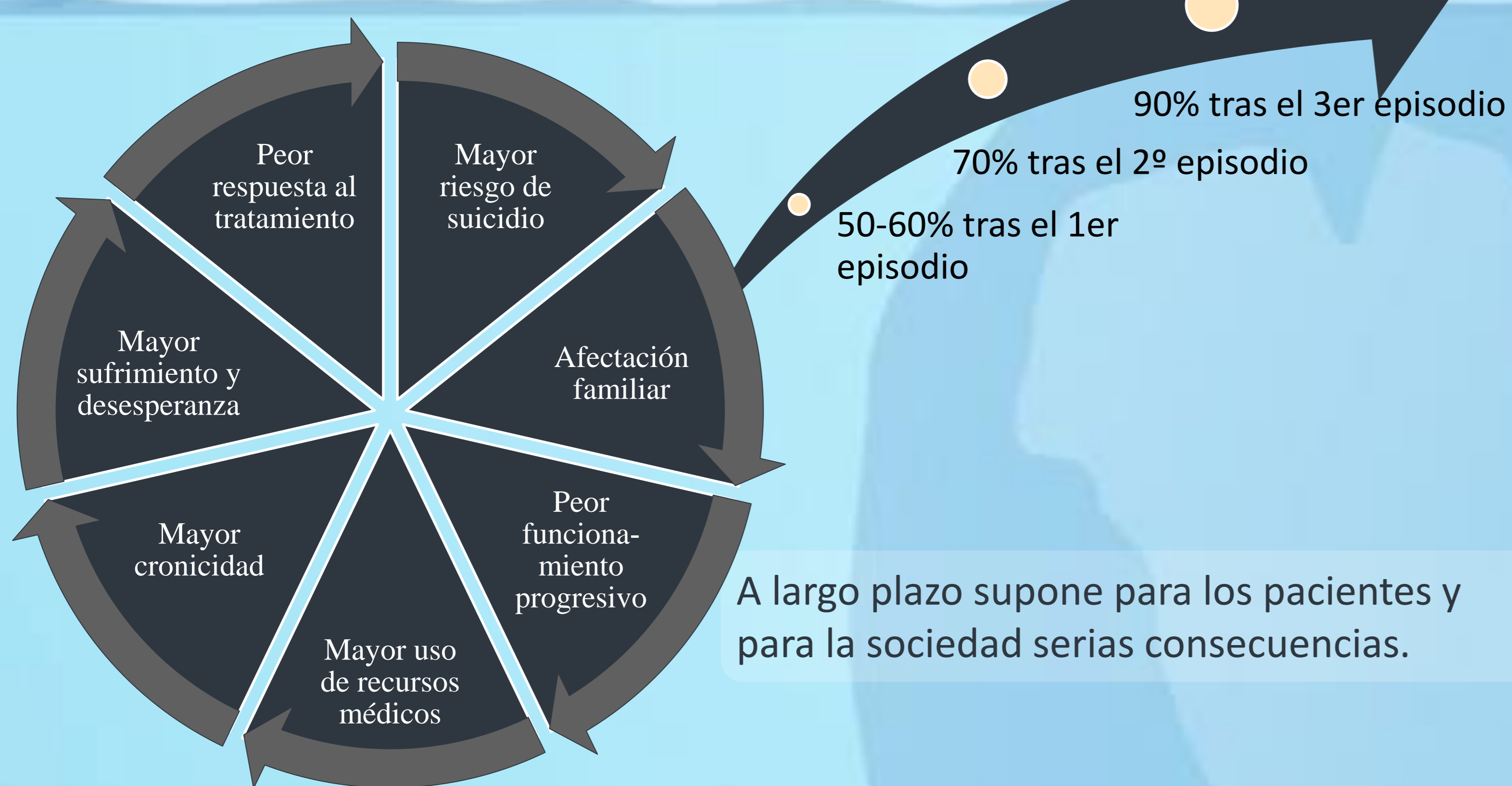
AUTORES: Santos, Inés; Huguet, Elena; Colastra, Irene; García, Elisa; Piñas, Beatriz; González, Silvia; Lozano, David; Nieto, Juan; Fernández, Ignacio; Larroy, Cristina.

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



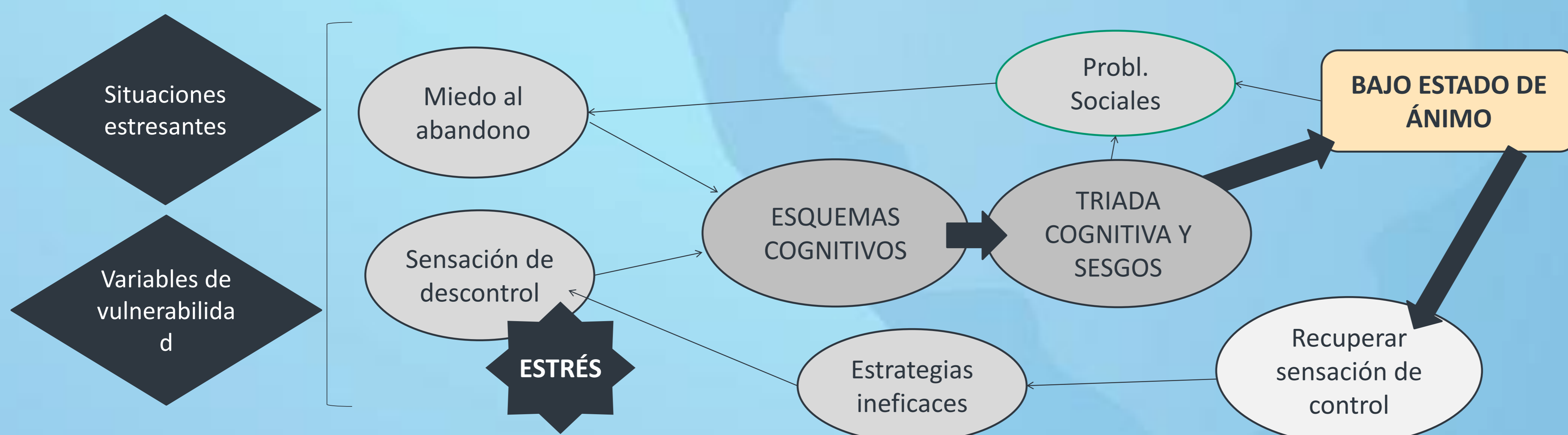
Puntúa por encima del Pc 85 en:

- 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