



A.Sa.Me.Fa.
Asociación Salteña
de Medicina Familiar



**XII CONGRESO DE LA
FEDERACIÓN ARGENTINA DE
MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

I Foro de Médicos de Familia del Cono Sur



FAMFyG
Federación Argentina
de Medicina Familiar
y General

Pacientes con síntomas depresivos en APS

Karin Kopitowski

Alberto Ortiz Lobo y Jorge Bernstein

María Lia Salgado

Gladys Betancur



www.semfy.com/granada2013

XXXIII CONGRESO semFYC

Granada, 6, 7 y 8 de junio de 2013

Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

IV Congreso Subregional de Península Ibérica



<http://www.slideshare.net/rafabravo/aolsem-fy-c-2013>

El tratamiento de duelos, problemas laborales y otras desgracias de la vida

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Salamanca, Madrid

@psiquicritic

En la versión de Jorge Bernstein, Presidente de la Comisiones de Salud Mental y Prevención Cuaternaria, FAMFyG

Premisas

1. Demanda no equivale a patología, ni a tratamiento, ni a derivación.
2. Los psicofármacos dañan:
 - Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ 2011;343:doi:10.1136/bmj.d4551 (Published 2 August 2011) Carol Coupland, Paula Dhiman, Richard Morriss, Antony Arthur, Garry Barton, Julia Hippisley-Cox
 - Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011 Feb;68(2):128-37. Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V
3. Los tratamientos psicológicos dañan:
 - Shapiro DA, Shapiro D, Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychological Bulletin 1982;92:581-604
 - Moos RH, Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. Addiction 2005;100:595-604
 - Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science, 2, 53–70

Premisas

4. Cualquier intervención sanitaria es potencialmente dañina
 - El problema no mejorará, o incluso empeorará, si no realiza el tratamiento y, si este se interrumpe de forma anticipada, no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor
 - Se empobrecen los aspectos no sanitarios saludables y curativos de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas
 - Se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención

Premisas

5. Los antidepresivos no son más eficaces que el placebo en **DEPRESIONES leves y moderadas**

- Kirsch I, Deacon BJ, HuedoMedina TB, Scoboria A, Moore TJ, JohnsonBT. **Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration.** PLoS Med. 2008;5(2):e45.
- Fournier JC, De Rubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. **Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis.** JAMA. 2010;303(1):47-53. doi:10.1001
- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. **Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis.** Br J Psychiatry. 2011;198(1):11-6

6. Las psicoterapias en duelos normales y víctimas de desastres **empeoran la evolución**

- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. **The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research.** Journal of Clinical Child Adolescent Psychology 2007; 36 (2): 253-259 DOI:10.1080/15374410701279669
- Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. **The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review.** Psychological Bulletin, Vol 134(5), Sep 2008, 648-661. doi: 10.1037/0033-2909.134.5.648
- Rose SC et al. **Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560

7. El malestar derivado de las desgracias de la vida no es patología ni precisa tratamiento

El tratamiento de duelos, problemas laborales y otras desgracias de la vida

- A través de una terapia:

- Cognitivo-conductual
- Consejo interpersonal
- Resolución de problemas

Salazar J, Sempere E (2012). Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Consellería Sanitat. Generalitat Valenciana

- Indicación de no-tratamiento:

Ortiz Lobo,A. y Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza, Trastornos mentales comunes: Manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

La balanza riesgo-beneficio

Nuestras necesidades personales y nuestra mirada "patologizadora" no nos permiten calibrar bien la balanza

Despreciamos los riesgos y daños



Sobreestimamos los beneficios



Obstáculos personales en la indicación de no-tratamiento

- Vanidad: intervenir para sentirse reconocido, halagado
- Paternalismo: decidir por el paciente y fomentar inconscientemente la dependencia
- Omnipotencia: la necesidad de tener una respuesta para todo
- Lástima: incapacidad para decepcionar a los demás, aunque no tengamos nada eficaz que hacer
- ...

“Los rituales de la asistencia harán creer a la gente que su salud se beneficia con el tratamiento, aunque en realidad el resultado sea que disminuya su capacidad para afrontar la adversidad.”

Iván Illich
Némesis Médica, 1975

Mapa psicoterapéutico de la indicación de no-tratamiento

Fases	Objetivos	Trabajos	Intervenciones
1ª Escucha empática	<ul style="list-style-type: none"> •Enterarnos de lo que le sucede al paciente •Que el paciente sepa que nos estamos enterando 	<ul style="list-style-type: none"> •Cuál es el problema •Cómo se explica el problema 	Reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis, preguntas abiertas...
2ª Construcción de la versión inicial	Acordar con el paciente una versión inicial de forma conjunta	<ul style="list-style-type: none"> •Qué quiere (demanda) y qué papel nos otorga •Sentimientos asociados 	Clarificaciones, recapitulaciones...
3ª Deconstrucción	Desvincular el problema que nos presenta el paciente de lo patológico y su solución del ámbito de lo sanitario	<ul style="list-style-type: none"> •Del problema y su explicación •De la demanda •De la relación terapéutica •Trabajo sobre las emociones 	Confrontaciones, metacomunicaciones, interpretaciones, dar información...
4ª Resignificación	Co-construir una nueva versión que: <ul style="list-style-type: none"> •la problemática que plantea el paciente quede vinculada a su contexto cotidiano saludable •la carga emocional esté legitimada y normalizada •el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente 		Interpretaciones, recapitulaciones, dar información...
5ª Cierre	Despedirse	<ul style="list-style-type: none"> •Condiciones del alta •Cómo tendría que volver 	Recapitulaciones, dar información...

1. Escucha empática

Objetivos:

1. Enterarnos de la problemática del paciente y de los sentimientos asociados
2. Que el paciente se dé cuenta de que nos hemos enterado

1. Escucha empática

1. Cuál es el problema: acontecimientos, emociones asociadas, pensamientos y conductas...
2. Explicación de su sufrimiento: *¿Qué cree que es lo que le está pasando? ¿Cuál es su hipótesis? ¿Qué idea tiene de lo que le está sucediendo?*
3. Expectativas y demanda y qué papel nos otorga: *¿Cómo cree que le podemos ayudar aquí?*
4. Sentimientos asociados a todo ello

1. Escucha empática

Intervenciones psicoterapéuticas:

- Preguntas abiertas: "*¿Qué le trae por aquí?*"
- Preguntas cerradas: "*¿Cuánto tiempo ha pasado desde que le pusieron la denuncia?*"
- Paráfrasis: "*Así que su pareja le ha dejado... ¿y cómo se sintió cuando sucedió? ¿Y ahora?*" → Preguntas abiertas
- Silencio: "..."
- Clarificaciones: "*¿Qué es para usted sentirse mal?*" "*¿Qué quiere decir con que necesita una ayuda?*"
- Reflejos de sentimientos: "*Veo que se enfada cuando me cuenta lo de su padre...*" "*Parece que se siente muy inseguro con todo lo que le ha sucedido...*"

2. Construcción

Objetivo: acordar con el paciente una versión inicial de forma conjunta:

1. De lo que le sucede
2. De cómo se explica lo que le sucede
3. De lo que espera de nosotros y de la consulta
4. De cuáles son sus sentimientos al respecto.

2. Construcción

- *"Así que desde que su hijo se marchó y se quedó sola se encuentra triste y sin ganas de hacer nada, ni siquiera de comer apenas..."*
- *"Si no me equivoco usted quiere entonces que le demos alguna medicación para aliviar su sufrimiento..."*
- *"Entonces su idea es que yo le aconseje sobre qué puede hacer para afrontar su divorcio..."*
- *"Es decir, que desde que su jefe lo abochornó en público la semana pasada, siente que lo odia y no puede tragarlo y esto le mantiene tenso todo el día"*

3. Deconstrucción

Definición: En psicoterapia, se entiende la deconstrucción como un proceso de desmontar las asunciones que las personas tomamos por bien establecidas y por ello como verdaderas, y que se hacen en torno a un evento o a una circunstancia de la vida.

Objetivo: Desvincular el problema que nos presenta el paciente de lo patológico y su solución del ámbito de lo sanitario

Estrategias:

- Cuestionamiento de la relación causa-efecto
- Búsqueda de detalles inadvertidos
- Establecimiento de nuevas perspectivas
- Búsqueda de excepciones o acontecimientos extraordinarios

3. Deconstrucción (respecto a la intensidad o el tipo de emoción)

- *¿Le sorprende sentirse tan triste después del fallecimiento de su hermano?*
- *¿Cómo cree que usted tendría que haber reaccionado, teniendo en cuenta lo que está sucediéndole?*
- *¿Cómo piensa que se hubiera sentido otra persona en su lugar?*

3. Deconstrucción (respecto al tiempo)

- *¿Le ha sorprendido que esto le sucediera en este momento?*
- *¿Se ha sentido parecido a como está ahora en algún momento de su vida?*
- *¿Le había sucedido algo así en su vida? [...] ¿Y cómo se sintió entonces?*

3. Deconstrucción (respecto al espacio)

- *Está muy furioso e indignado con su conflicto laboral pero, a pesar de todo, sí que está pudiendo de cuidar de su casa y sus hijos, ¿no? ¿Qué piensa al respecto?*
- *Me dices que, que te haya dejado tu novia te hace sentir alguien sin valor, ¿qué piensan tus amigos de esto?*
- *Me has contado que estás abatido, sin poder concentrarte ni pensar, pero me has contado todo lo que te pasa y cómo te sientes de forma muy lúcida, ¿qué te parece?*

3. Deconstrucción (de la manera de contar la historia)

Nuevas perspectivas, menos estáticas, con mayor responsabilidad de lo que sucede

- *Me cuenta que su jefe lo ha despedido inesperadamente, pero ya habían tenido varios enfrentamientos antes, ¿no?*
- *Cuando me dices que tu mujer te ha abandonado me pregunto si no lo habías hecho tú también en parte, cuando me has contado que antes estabas todo el día trabajando o bebiendo con tus amigos*
- *Cuidar de su padre enfermo le está desbordando, pero me parece que además sus hermanos no se dan cuenta de su situación y usted tampoco sabe bien cómo comunicársela, ¿qué piensa de esto?*
- *Está muy triste con la muerte de su madre, pero me pregunto si el problema no será también que no acaba de permitirse sentirse así*

3. Deconstrucción (de la manera de contar la historia)

Nuevas perspectivas, menos estáticas, con mayor responsabilidad de cómo se soluciona

- *Tengo la sensación de que espera que yo le diga lo que tiene que hacer, como si yo supiera mejor que usted cómo ha de manejar su propia vida, ¿qué piensa de esto?*
- *Ahora se siente bloqueado y sin salida, pero esta es una fase dentro del proceso de resolución de su conflicto*
- *Temo que voy a decepcionar sus expectativas, pero creo que ni yo ni nadie va a poder solucionar su malestar de forma inmediata, ¿cómo lo ve usted?*
- *Me dices que no sabes qué hacer para afrontar esto, sin embargo, a mi me parece muy sabio poder reconocer nuestra incompetencia o ignorancia como el primer paso para seguir adelante*
- *Me parece que usted quiere que yo le diga si ha de seguir con su marido o marcharse con su amante definitivamente, como si solo uno de los dos caminos fuera el correcto y además yo supiera cuál es, ¿qué piensa de esto?*

4. Resignificación

Objetivo: co-construir una nueva versión de su historia que:

- la problemática que plantea el paciente quede vinculada a su contexto cotidiano saludable
- la carga emocional esté legitimada y normalizada
- el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente.

Técnica: Es particularmente importante dar sentido a las emociones, explicar su utilidad

4. Resignificación

Intervenciones psicoterapéuticas

- Dar información
 - *"Perder el apetito cuando sucede un acontecimiento como el que le ha tocado vivir es esperable y no hay por qué alarmarse"*
 - *"Sentirse muy triste cuando muere alguien tan cercano y especial como su esposa parece del todo sensato y hasta necesario, ¿cuál es su opinión?"*
 - *"Afortunadamente, todo esos síntomas que me cuenta {...} y su sufrimiento, se corresponden con una reacción emocional normal y adecuada, aunque sé que muy desagradable y cabe pensar que se va a sentir así, todavía una buena temporada"*
- Interpretación
 - *"Parece que esa tristeza que siente por el fallecimiento de su padre, da cuenta también de lo que lo quería y de la buena relación que tenían"*
 - *"Tengo la sensación de que toda la indignación que siente con el maltrato que sufre en su empresa le está ayudando a pelear y poder denunciarlos"*
 - *"Creo que ahora está atravesando un túnel y todavía necesitará un tiempo para acabar de recorrerlo y volver a ver la luz" (Metáfora)*
- Refuerzo
 - *"Aunque lo está pasando mal, mantiene intacta su capacidad de pedir ayuda y lo prueba el hecho de que usted esté aquí. No es preciso que siga ningún tratamiento ahora, sin embargo esta capacidad que tiene le ayudará a contar con el apoyo de su gente más cercana"*

5. Cierre de la entrevista

Objetivo: terminar la consulta y despedirnos del paciente dejando abierta la posibilidad de más consultas

Técnica: dar información, reforzar.

5. Cierre de la entrevista

"Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar la naturaleza de su sufrimiento aunque, como hemos visto, no va a desaparecer en una temporada. De todas maneras, si en el futuro le surge alguna duda o se encontrara peor, vuelva a pedir cita."

Conclusiones

- La indicación de no-tratamiento es una intervención más de nuestra actividad asistencial, absolutamente digna
- Tiene componentes psicoterapéuticos y es compleja, si se quiere hacer bien
- Tal vez deberíamos reconsiderarla más, teniendo en cuenta que:
 - Una buena parte de nuestros pacientes no presentan un trastorno mental ni se van a beneficiar de un tratamiento
 - Nuestros tratamientos, aunque sean bienintencionados, también son iatrogénicos
 - Muchas veces prescribimos tratamientos por nuestras necesidades psicológicas pero no porque los pacientes los precisen
- La indicación de no-tratamiento es la intervención más relevante para hacer prevención cuaternaria

"La gente sana no necesita intervenciones burocráticas para amarse, compartir la condición humana y morir. Cuando el ser humano se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud tiene que decaer."

Iván Illich
Némesis Médica, 1975

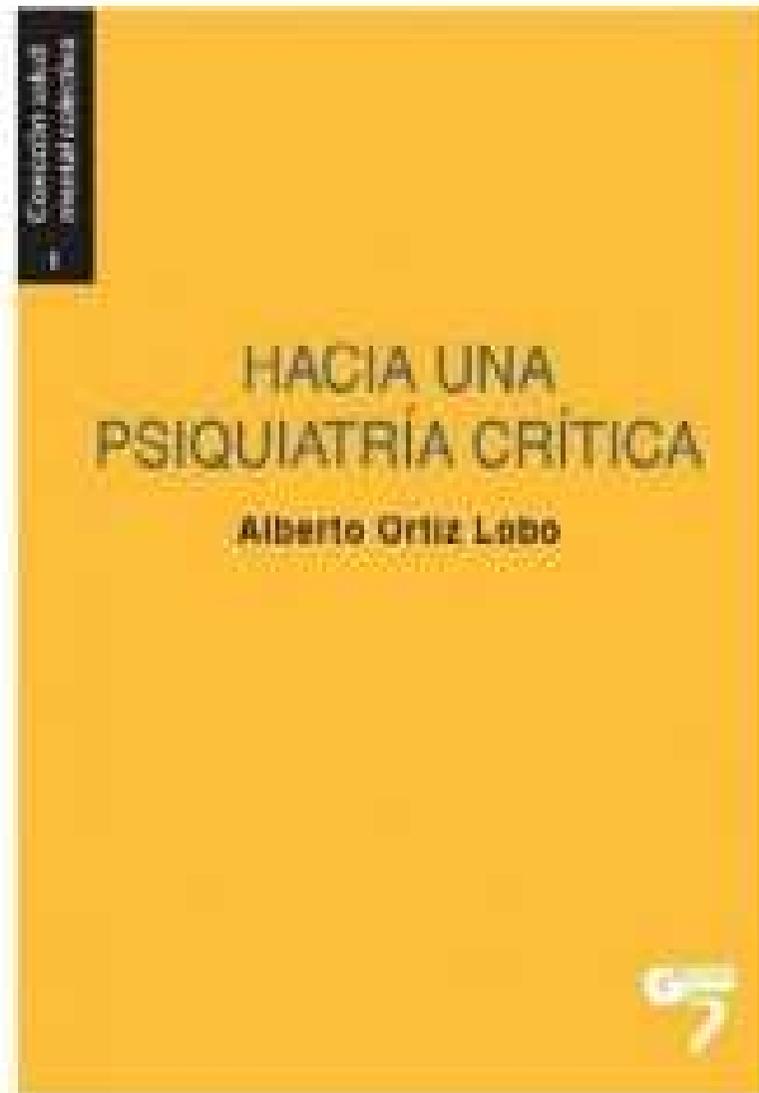
<http://tinyurl.com/m2bdjk9>

VI
LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO: ASPECTOS
PSICOTERAPÉUTICOS

Alberto Ortiz Lobo, Laura Murcia García

Consideraciones sobre la indicación de no-tratamiento

La indicación de tratamiento o no en salud mental no es algo resuelto, definitivamente consensuado. No existen, ni mucho menos, criterios cerrados y definitivos que establezcan el límite entre lo que debe ser tratado y lo que no. Esta decisión está sujeta a múltiples variables de índole clínica, asistencial, personales del terapeuta y del mismo encuentro intersubjetivo y particular entre el profesional y el paciente (1). No faltan los estudios que analizan los distintos tratamientos que se indican y las variables que los condicionan. Sin embargo, la indicación de no-tratamiento es una intervención extraordinariamente frecuente en el día a día de los profesionales de salud mental y de atención primaria y a la que probable-



EDITORIAL GRUPO 5
ISBN: 9788494142802

[http://www.slideshare.net/rafabravo/
aolsem-fy-c-2013](http://www.slideshare.net/rafabravo/aolsem-fy-c-2013)

jorge.bernstein@gmail.com

Lista de correos e de
Salud Mental en APS
sm-aps@googlegroups.com