

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra C.S.M. Salamanca, Madrid

Psicopatologización de la vida y prevención cuaternaria en salud mental

Para el médico acostumbrado a tratar únicamente con entidades patológicas, términos como el de "entidad no patológica" o "no-enfermedad" son extraños y difíciles de entender.

Ivan Illich, Némesis médica, 1975

"Cuanto más gasta una sociedad en cuidados de salud, más proclives son sus ciudadanos a considerarse enfermos".

Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, 1998

La psicopatologización de la vida

1. Descripción del problema
2. Magnitud de la psicopatologización
3. Repercusiones socioculturales y asistenciales del tratamiento del malestar
4. Iatrogenia del tratamiento del malestar
5. Prevención cuaternaria en salud mental
6. Intervenciones psicoterapéuticas en la indicación de no-tratamiento

La psicopatologización de la vida

Descripción del problema

- Contexto asistencial, político y social

Modelo sanitario asistencial

- ⦿ Constitución 1978, Ley General de Sanidad 1986
- ⦿ Universal, gratuita, equitativa, financiada por Presupuestos del Estado
- ⦿ Atención integrada y comprensiva: promoción, prevención, curación y rehabilitación
- ⦿ Equipos de AP-Zona de Salud

Evolución de la filosofía asistencial

- Curación
- Prevención
- Potenciación de la salud

Contexto político-económico

- Auge del neoliberalismo
- El mercado sanitario

**¡QUÉ CURIOSO! ¡LA MEDICINA Y LA ENFERMEDAD
LA FABRICAN LOS MISMOS!**



Contexto social

- ⦿ Postmodernismo
- ⦿ Individualismo
- ⦿ Pérdida de referentes externos
- ⦿ La sociedad de consumo

Manifestaciones en distintos ámbitos

- ◉ Relaciones laborales
- ◉ Relaciones familiares
- ◉ Relaciones sociales
- ◉ En el individuo

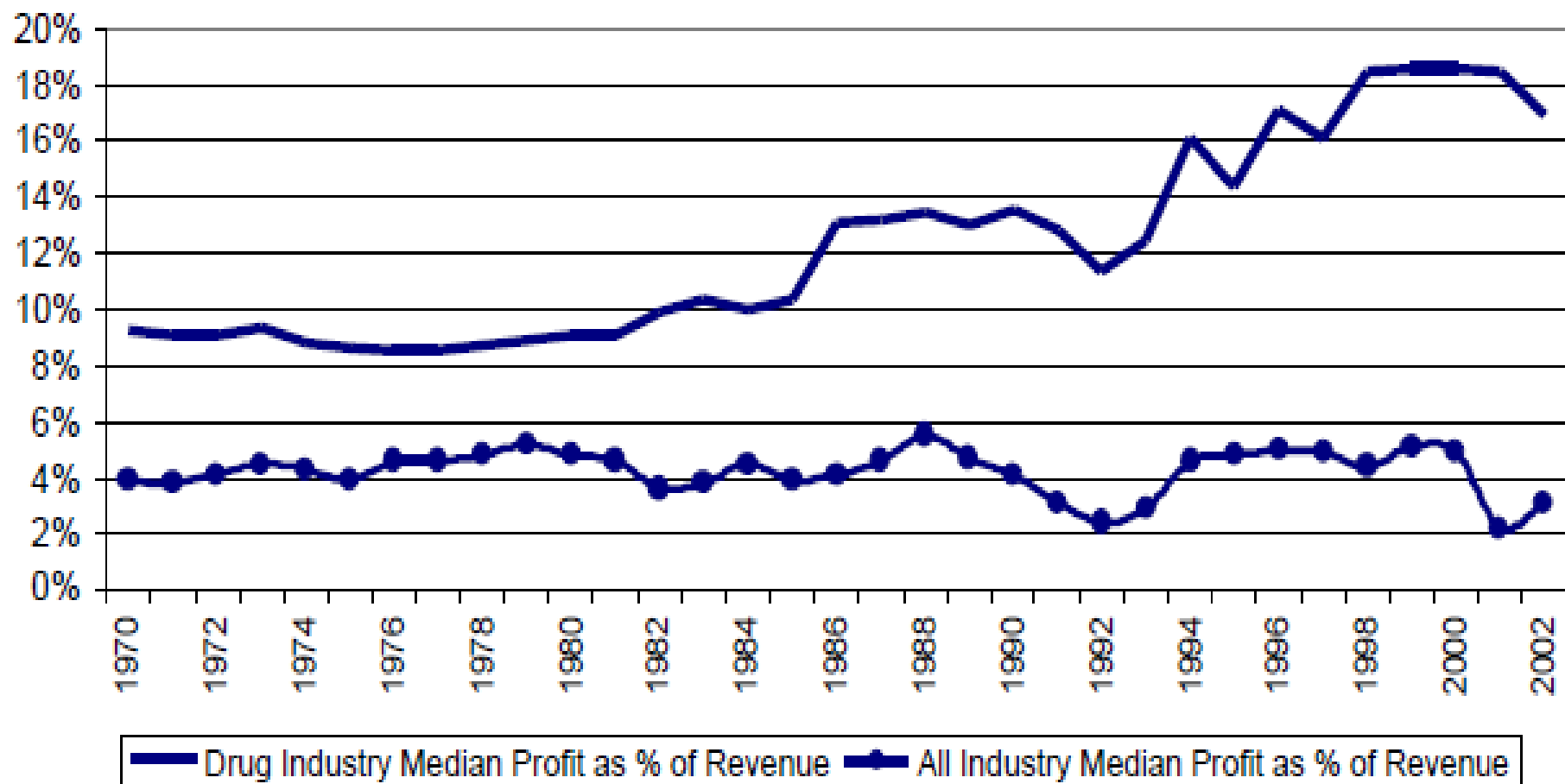
La medicalización de la vida

- ⊙ La frontera entre lo normal y lo patológico
- ⊙ La psicopatologización como una parte más de la medicalización
- ⊙ Agentes de la medicalización
 - Industria farmacéutica, tecnológica y sanitaria
 - Medios de comunicación
 - Administración pública
 - La población general
 - Profesionales sanitarios

SI AÚN QUEDAN PERSONAS SANAS ES PORQUE LA
INDUSTRIA FARMACÉUTICA AÚN NO ES PERFECTA



Profitability of Fortune 500 Drug Industry and All Fortune 500 Industries, 1970 to 2002



Source: Public Citizen update of Stephen W. Schondelmeyer calculation, *Competition and Pricing Issues in the Pharmaceutical Market*, PRIME Institute, University of Minnesota, based on data found in *Fortune* magazine, 1958 to 1999; *Fortune* magazine, April 17, 2003.

SELECTED THERAPY CLASSES

2006 US\$ SALES BN

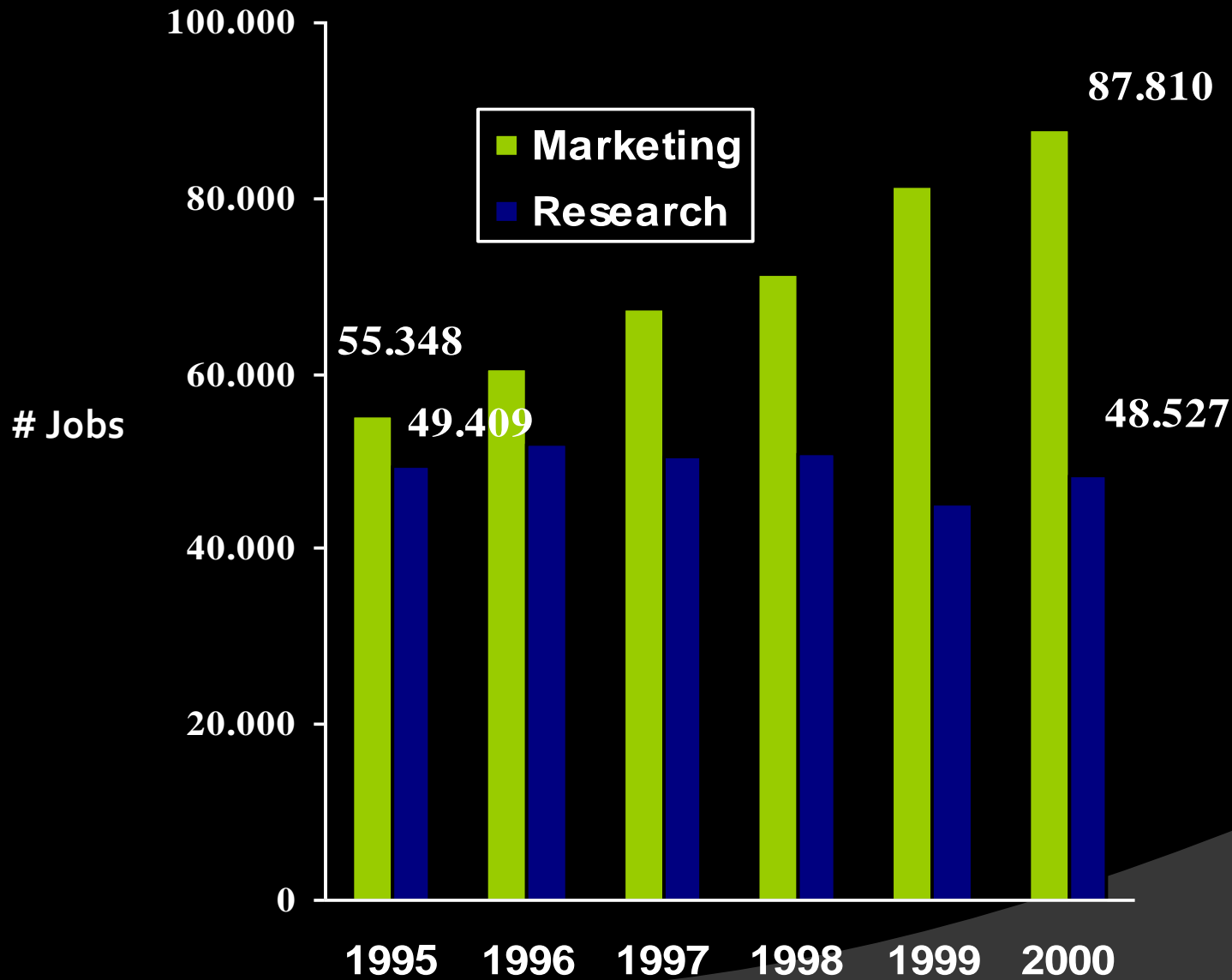
**% GROWTH
CONSTANT US\$**

**LEADING TWO
CORPORATIONS
IN CLASS**



Source: IMS Health, MIDAS, MAT Dec 2006

Empleos en marketing e investigación, 1995-2000



Source: PHARMA Industry Profile 2000; percentages calculated by Sager and Scholar

Los profesionales sanitarios como agentes de la psicopatologización

- ⊙ Como parte de la comunidad científica, creando opinión
 - Campos pseudoespecializados: mobbing, bullying, ortorexia...
 - Ampliación de los límites de la enfermedad: trastornos subumbrales, estados prodrómicos...
 - Trastorno adaptativo vs. episodio depresivo
- ⊙ En su actividad asistencial individual

DSM-III DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS
Third Edition

DSM-III-R DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS
Classification Revised

DSM-IV™ DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS
FOURTH EDITION

DSM-IV-TR™ DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS
FOURTH EDITION - TEXT REVISION

Magnitud asistencial de la psicopatologización

ESTUDIO	MUESTRA	MEDIDAS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Windle, 1.988 Hosp & Com	n= 81.548 48 CSM Retrospectivo, 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-III • ICD-8 • Datos sociodemográf. 	19%	Perfil: mujer blanca, casada, universitaria. Sin antecedentes psiquiátricos
De Figueiredo, 1.991 Am J Psych	n= 382	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-III 	44%	Se necesitan estudios evolutivos para establecer la legitimidad del uso de SSM para estos problemas
Siddique, 1.996 Am J Psych	n= 2.542 3 CSM Retrospectivo, 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-III-R • Datos sociodemográf. 	19,6%	Hay que desarrollar estrategias como terapias breves, programas ocupacionales o grupos de autoayuda.
Siddique, 1.997 Acta Psych Scand	n= 7.220 3 CSM Retrospectivo, 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-III-R • Datos sociodemográf. • Variables clínicas de gravedad • Evolución clínica 	33%	Nivel socioeconómico alto. Autoderivados y clínicamente menos graves. Más stress psicosocial.
Spinhoven, 1.999 Psychological Med.	n= 5.660 Consultas externas Retrospectivo, 12 años	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-III-R • SCL-90 • Datos sociodemográf. • Uso de servicios 	19%	Recomiendan uso autocuestionarios para valorar mejoría. Los Z mejoran menos que los pacientes y algunos pueden precipitar enfermedades mentales.

Consultas sin patología en un CSM

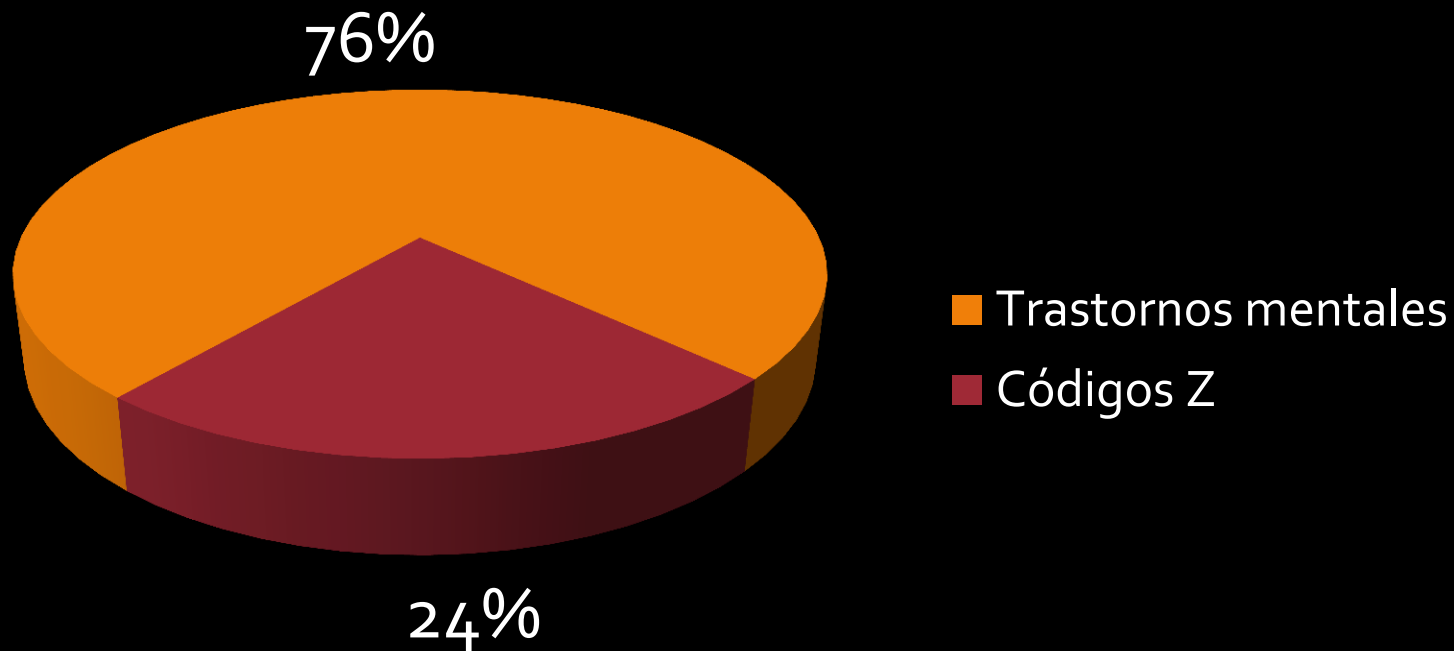
- ⦿ Centro de Salud Mental Salamanca, Área 2
- ⦿ Febrero 2001- Febrero 2002
- ⦿ n=1187
- ⦿ CIE-9
- ⦿ GHQ-28, SCL-90-R, CSV
- ⦿ Registro de variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales
- ⦿ Reevaluación clínica a los 9 meses

Ortiz Lobo A, Consultas sin patología en un Centro de Salud Mental. Tesis Doctoral, 2004. Universidad Autónoma de Madrid

Lozano Serrano, C. Estudio comparativo de las consultas con y sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral, 2008. Universidad Autónoma de Madrid.

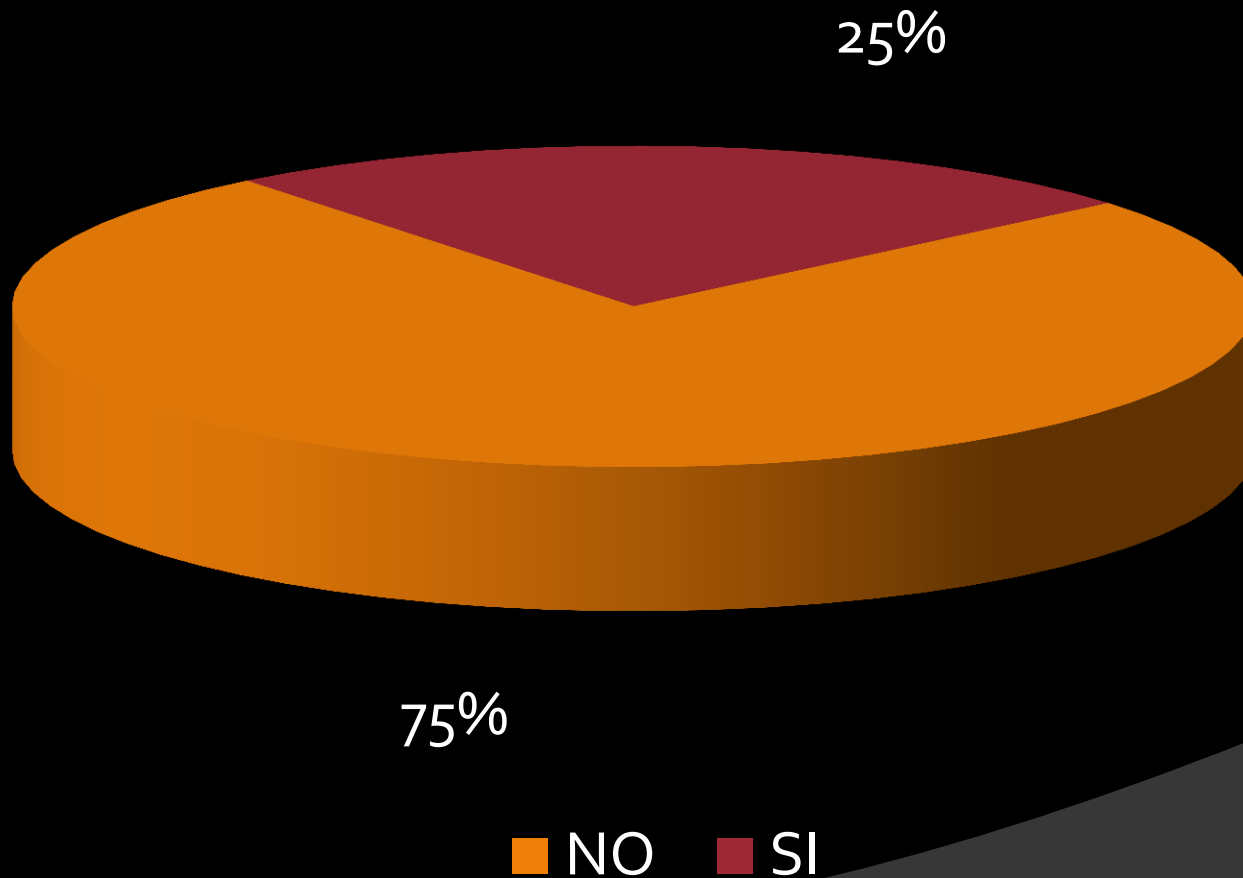
García Moratalla B. Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un Centro de Salud Mental. Tesis Doctoral 2008. Universidad Autónoma de Madrid

Incidencia de códigos Z en un CSM

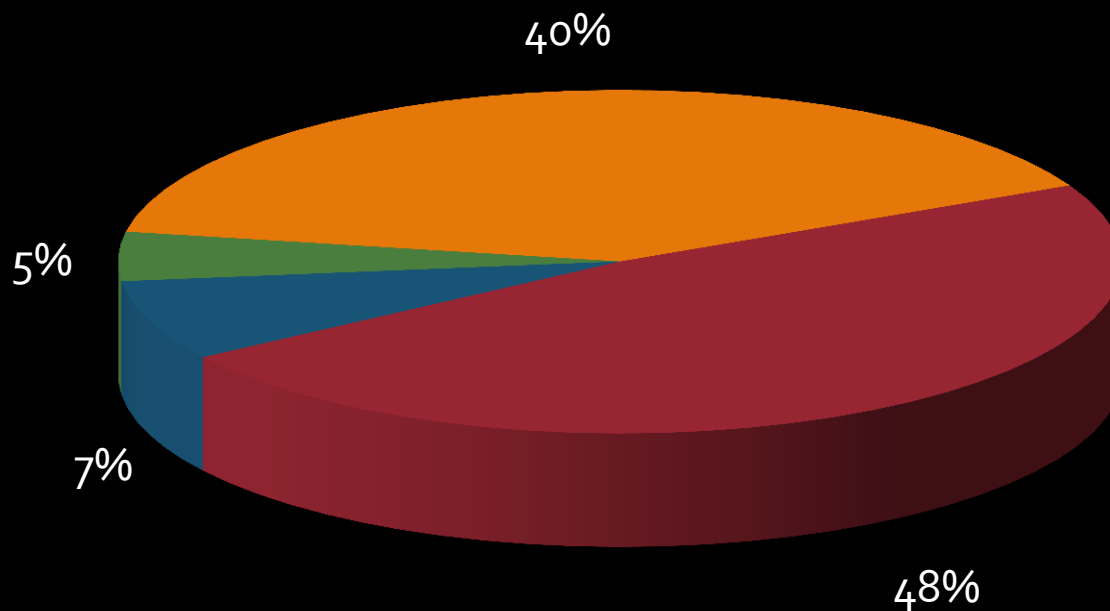


Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9

Antecedentes psiquiátricos previos



¿Quién hace la demanda?



■ Profesionales sanitarios ■ A petición propia ■ Familia ■ Otros

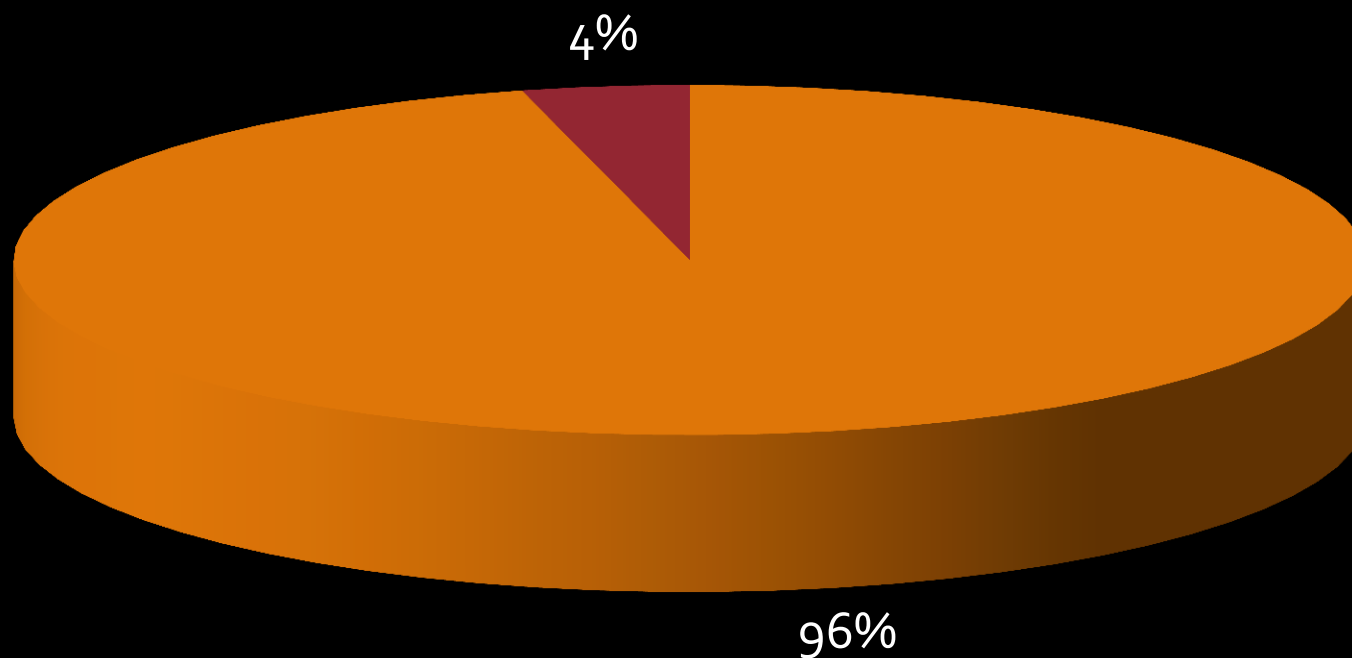
Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9

¿Quién hace la demanda?

La demanda proviene del **paciente** (o de sus familiares) con mayor frecuencia en el caso de:

- Alto nivel educativo ($p=0,048$)
- Pacientes que no están de baja laboral ($p=0,006$)
- Más jóvenes ($p=0,02$)

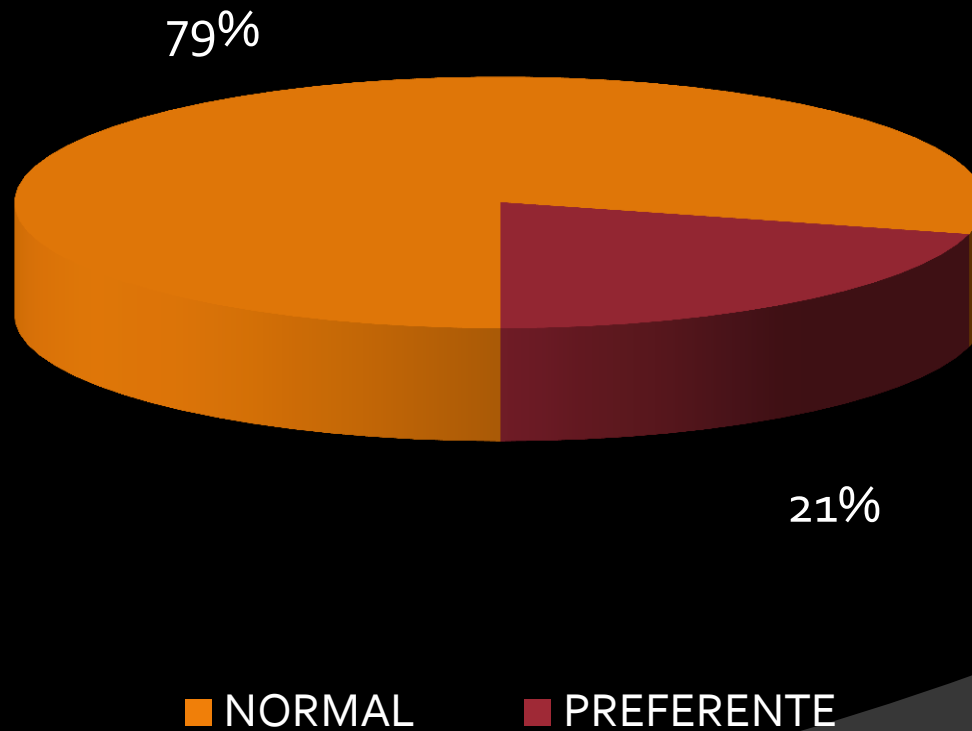
Procedencia de la derivación



■ Atención Primaria

■ Otros

Tipo de derivación

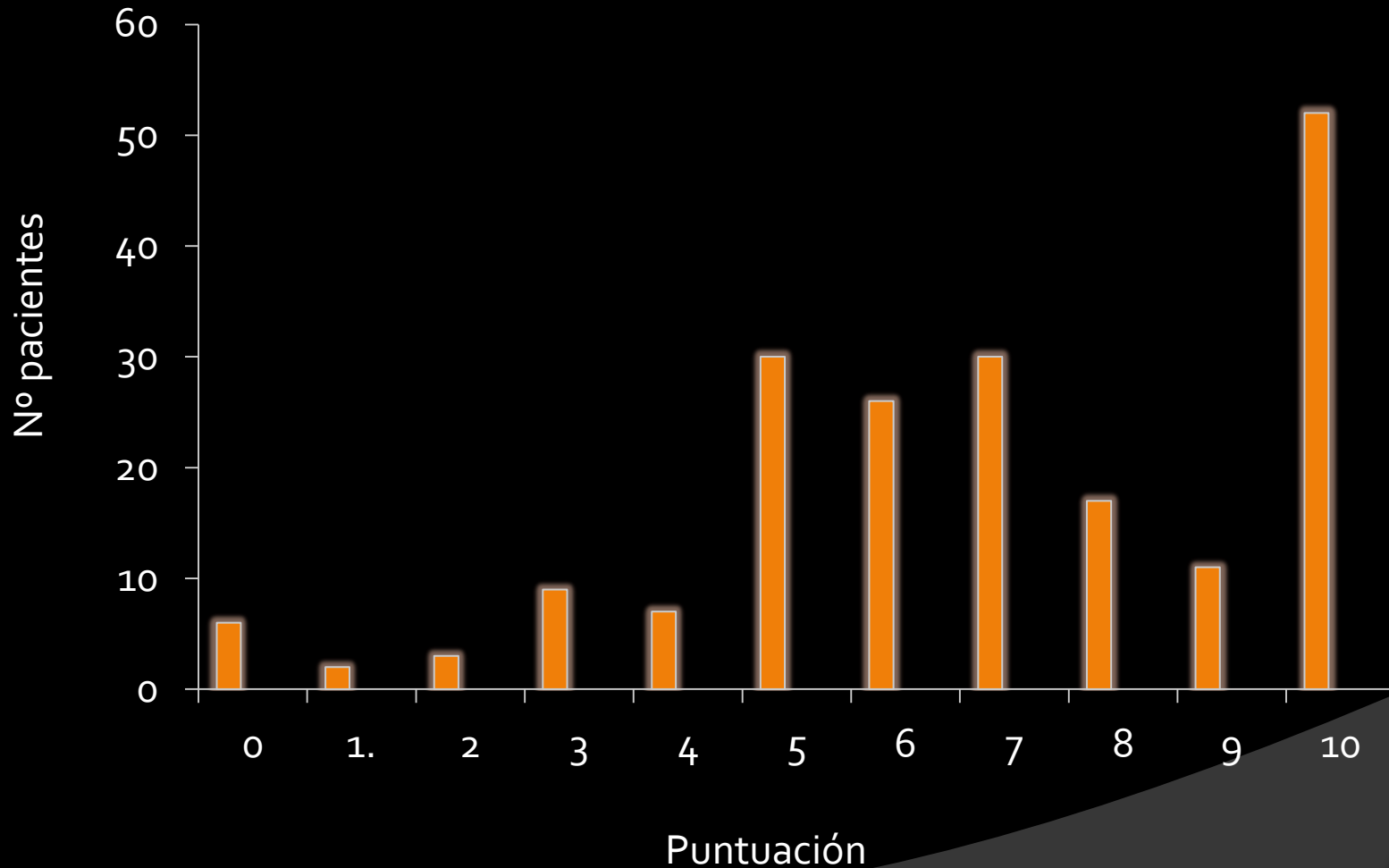


Tipo de derivación

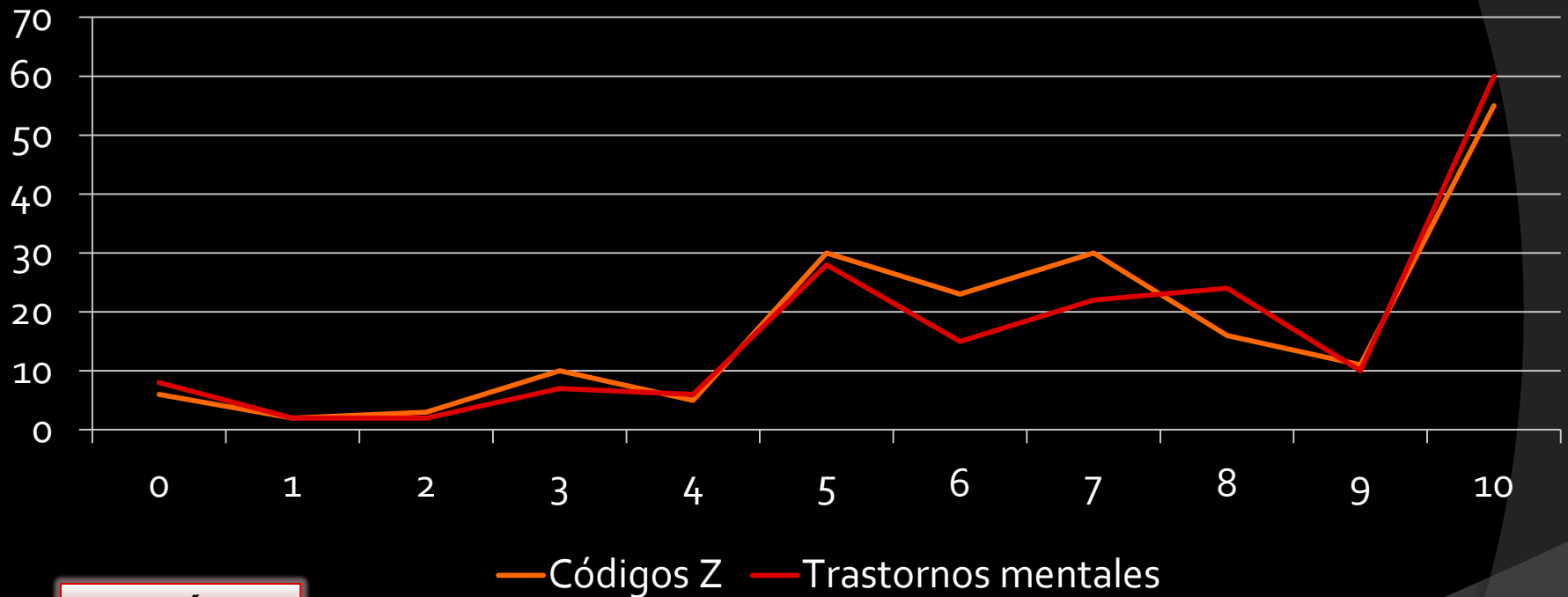
La derivación preferente está asociada a

- Una edad más joven del paciente
- Que el médico de atención primaria le pautó tratamiento psicofarmacológico

¿Cuánto cree que va a mejorar al venir a este CSM?



¿Cuánto cree que va a mejorar al venir a este CSM?



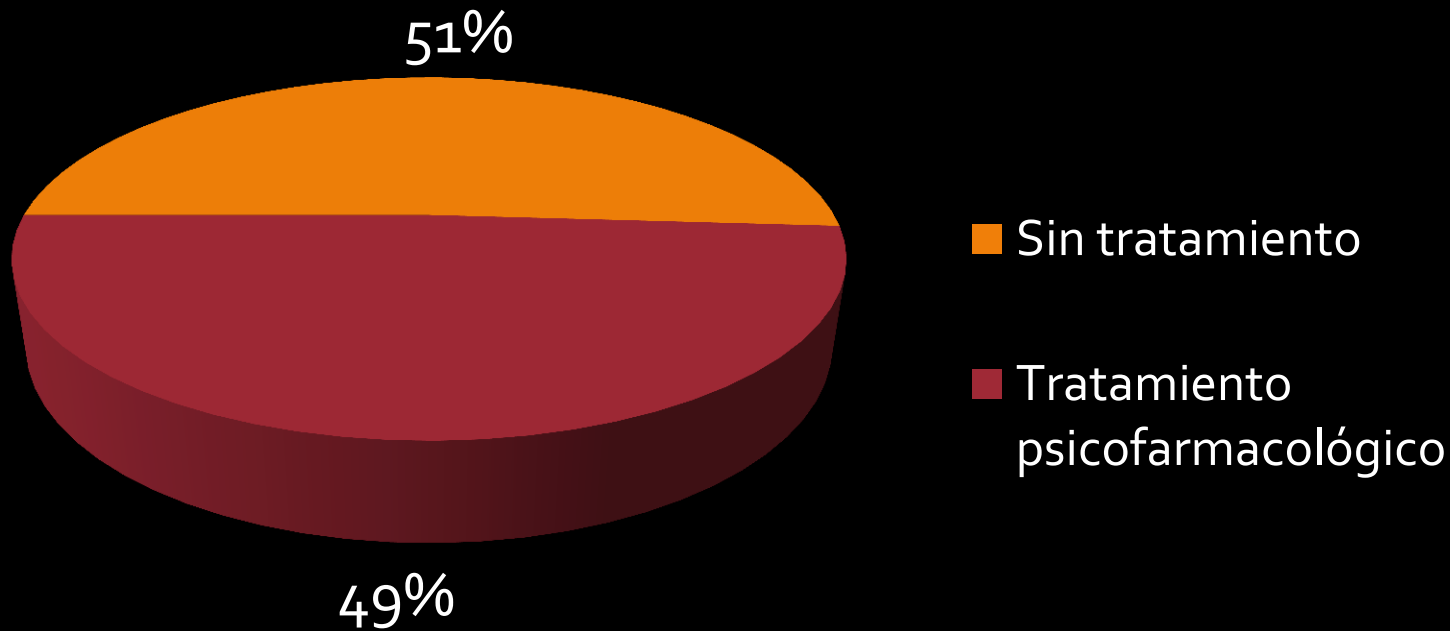
$p=0,27$

Expectativas del paciente

Las expectativas “mágicas” (rango 9-10) están relacionadas con:

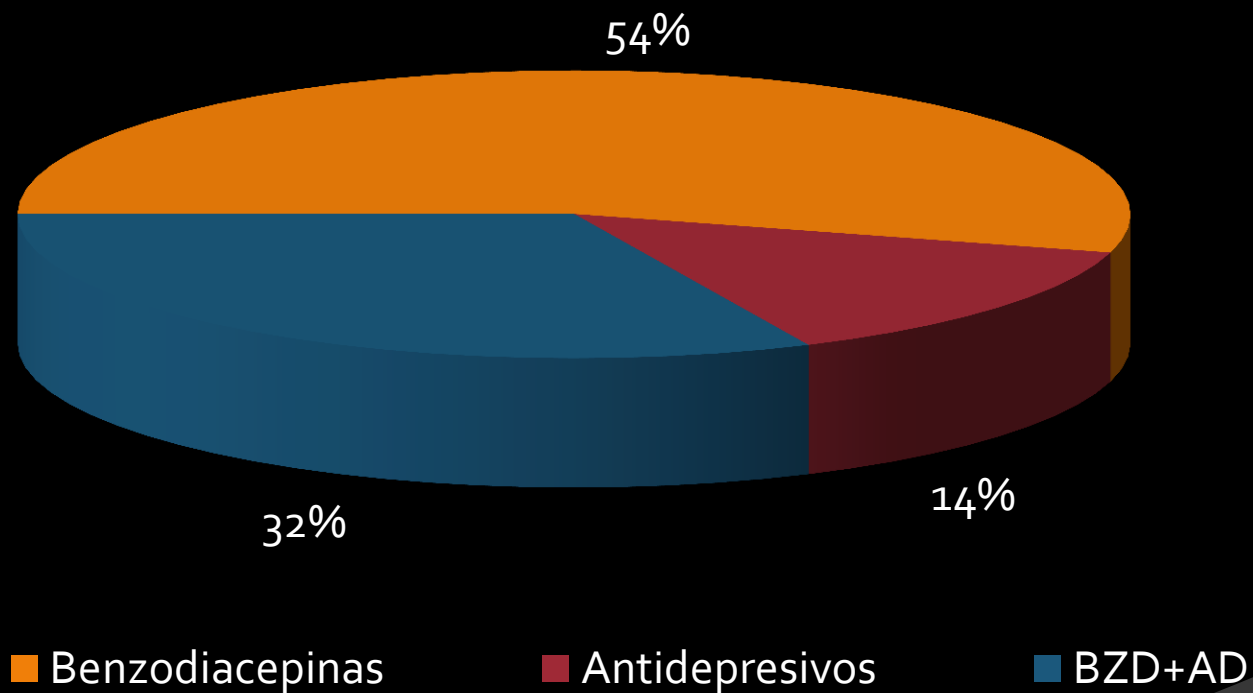
- Mayor edad ($p=0,009$)
- Nivel educativo bajo ($p<0,001$)

Tratamiento psicofarmacológico de los códigos Z



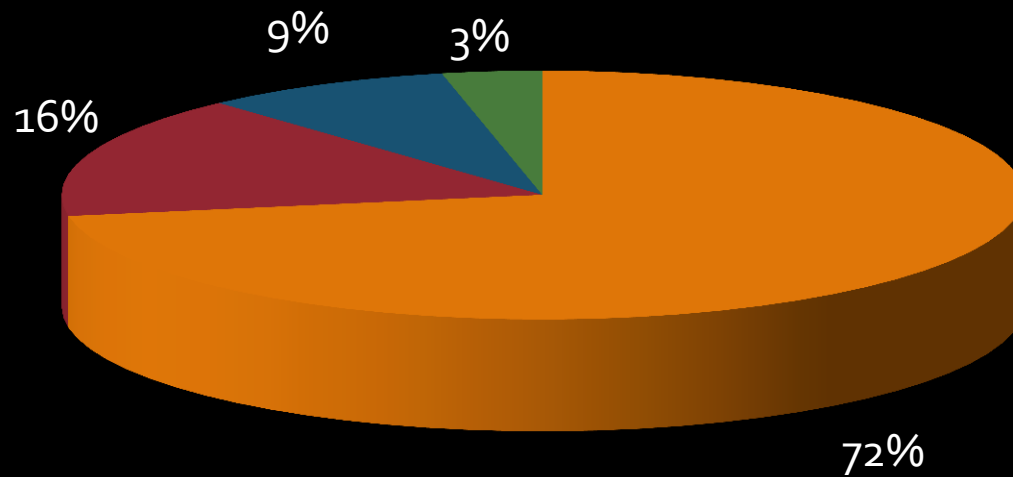
Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9

Tratamiento psicofarmacológico inicial



Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006;38(10):563-9

Prescriptor del tratamiento



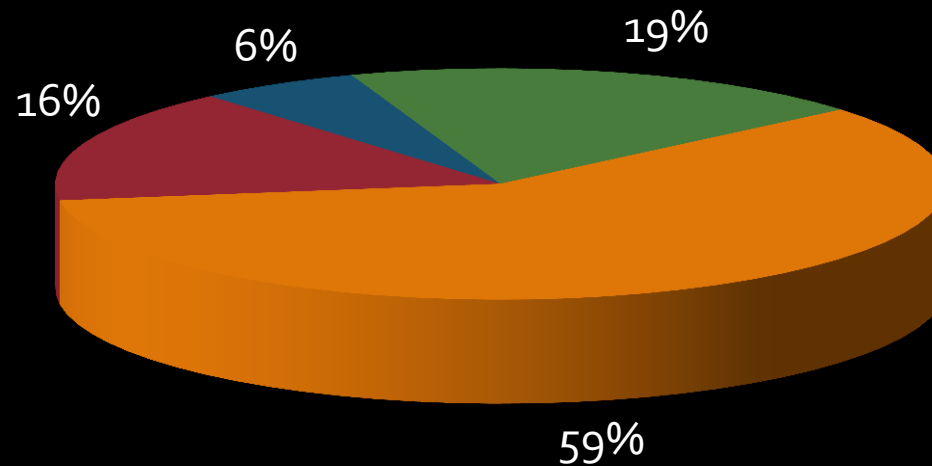
■ MAP

■ PSQUIATRA

■ OTROS

■ AUTOMEDICACIÓN

Tiempo del tratamiento



■ <2 MESES

■ 2-6 MESES

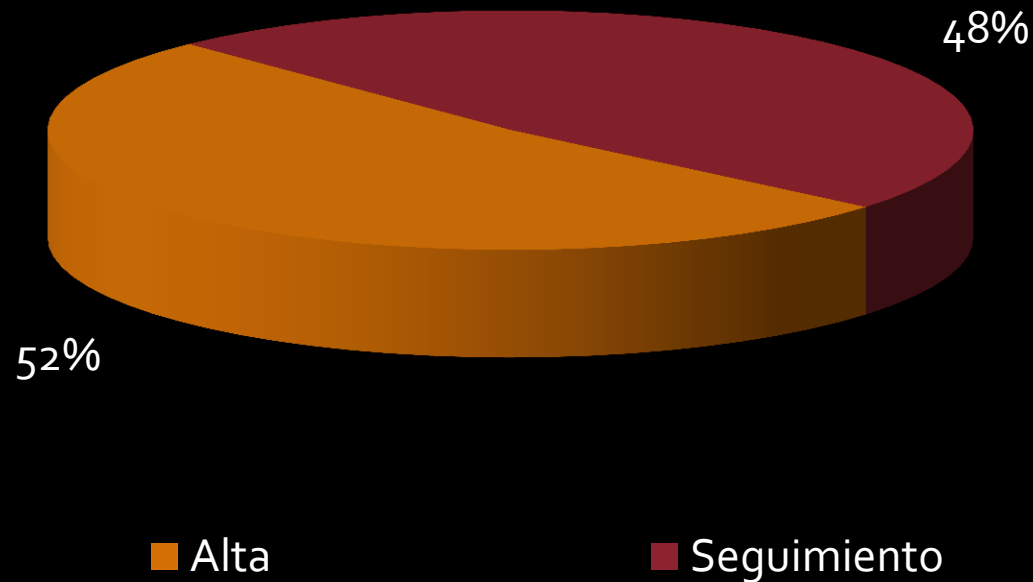
■ 7-12 MESES

■ >12 MESES

Diagnóstico de los códigos Z

1º Problemas de relación con el grupo de apoyo (Z63)	46,7%	<ul style="list-style-type: none">•Relación de pareja 20,1%•Muerte de un familiar 8,6%•Ruptura familiar por divorcio 4,5%•Familia política 4,1%
2º Problemas relacionados con el empleo y desempleo (Z56).	18,4%	
3º Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (Z73).	9,4%	
4º Problemas de relación con el ambiente social (Z60).	8,6%	
5º Exámenes y evaluaciones (Z00-Z03).	4,0%	

Indicación tras la 1ª cita



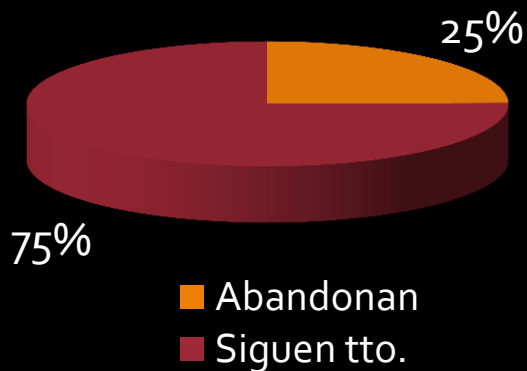
Indicación tras la 1ª cita

La indicación de alta estaba asociada a:

- Mayor edad del paciente ($p < 0,001$)
- Tratamiento psicofarmacológico ya pautado ($p < 0,001$)
- Ser atendido por un psiquiatra ($p < 0,001$)
- Ser atendido por un varón ($p = 0,048$)
- Puntuar menos en las subescalas del SCL-90-R: ISI ($p = 0,024$), DEP ($p = 0,003$) y PSY ($p = 0,008$)

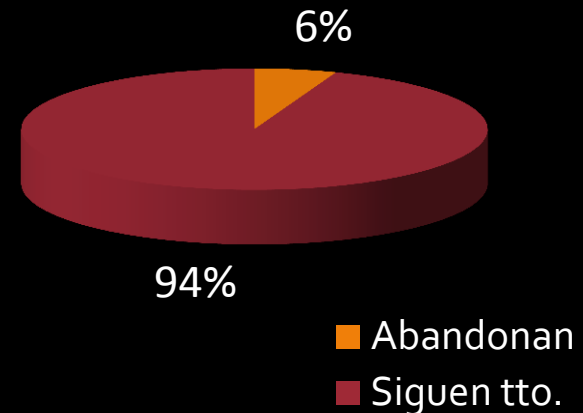
Abandono en la 2ª cita

CODIGOS Z



*De 117 que quedan en seguimiento

TRASTORNO MENTAL



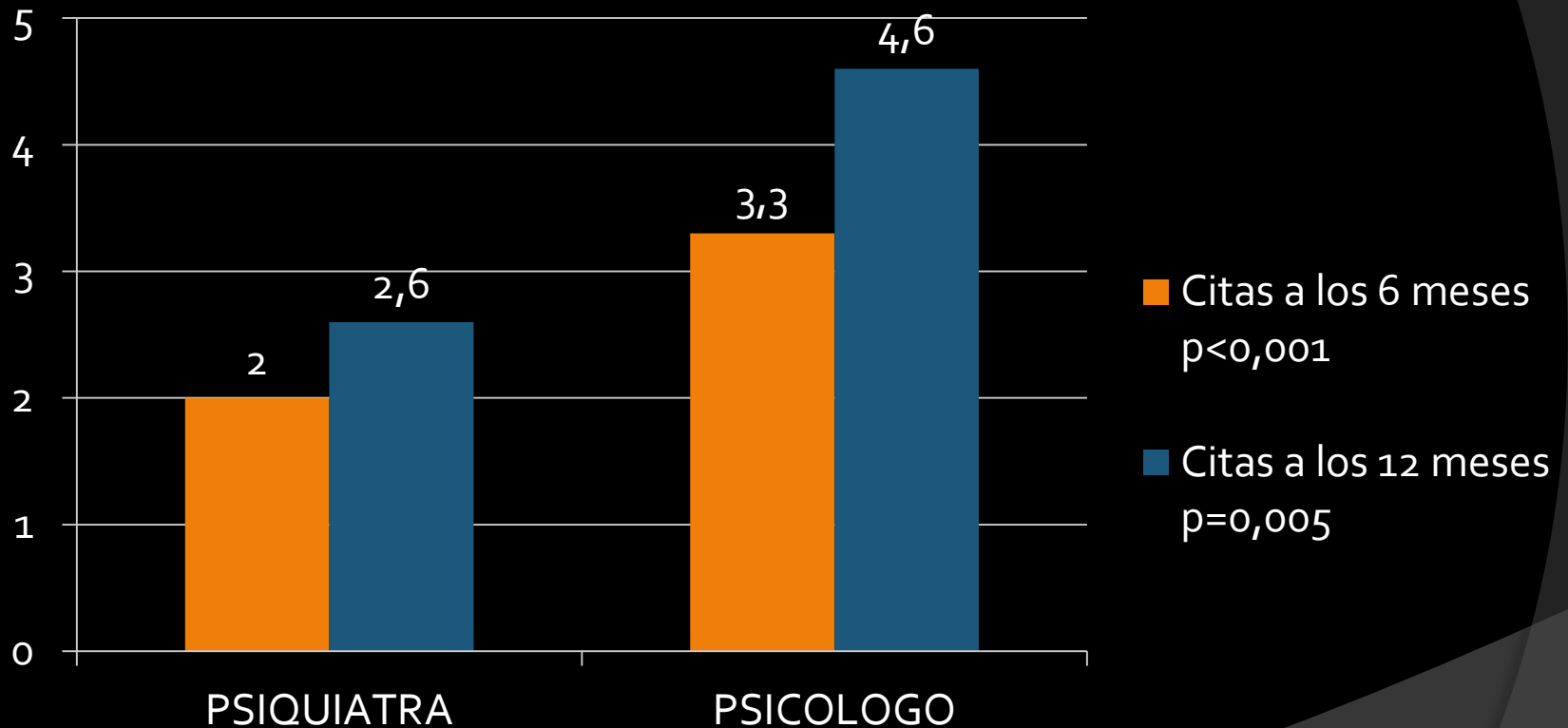
*De 193 que quedan en seguimiento

Lozano Serrano, C. Estudio comparativo de las consultas con y sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral, 2008. Universidad Autónoma de Madrid.

Categorías	Resolución tras 1ª visita	Resolución a los 12 meses
Alta definitiva	127 (52%)	152 (62,3%)
Seguimiento	117 (48%)	21 (8,6%)
Abandono		71 (29%)

El 60,8 % de los códigos Z a los que se le da una segunda cita, va a acabar abandonando el seguimiento antes de un año.

Diferencias entre el uso de recursos según el profesional



Conclusiones

- Casi la cuarta parte de los pacientes que acuden a nuestro CSM no presentan patología mental y más de la mitad de ellos llegan con tratamiento psicofarmacológico previo.
- En casi la mitad de ellos la demanda es a petición propia
- La mayor parte consulta por problemas de pareja y problemas laborales.
- El 85% de las personas diagnosticadas de códigos Z son dadas de alta o abandonan en tres citas o menos.
- Hay una gran variabilidad entre los distintos profesionales que participan en el estudio para establecer un límite entre lo que es trastorno mental o no y lo que se tiene que tratar o no

Repercusiones del tratamiento del malestar

Repercusiones del tratamiento del malestar

- ⦿ Socioculturales
- ⦿ Asistenciales
- ⦿ Clínicas (iatrogenia)

Repercusiones socioculturales

- ⦿ Sancionar el malestar como trastorno mental, el nuevo significado del dolor y la muerte.
- ⦿ Enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público
- ⦿ Propugnar un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas
- ⦿ Favorecer un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos o situaciones mucho más complejos

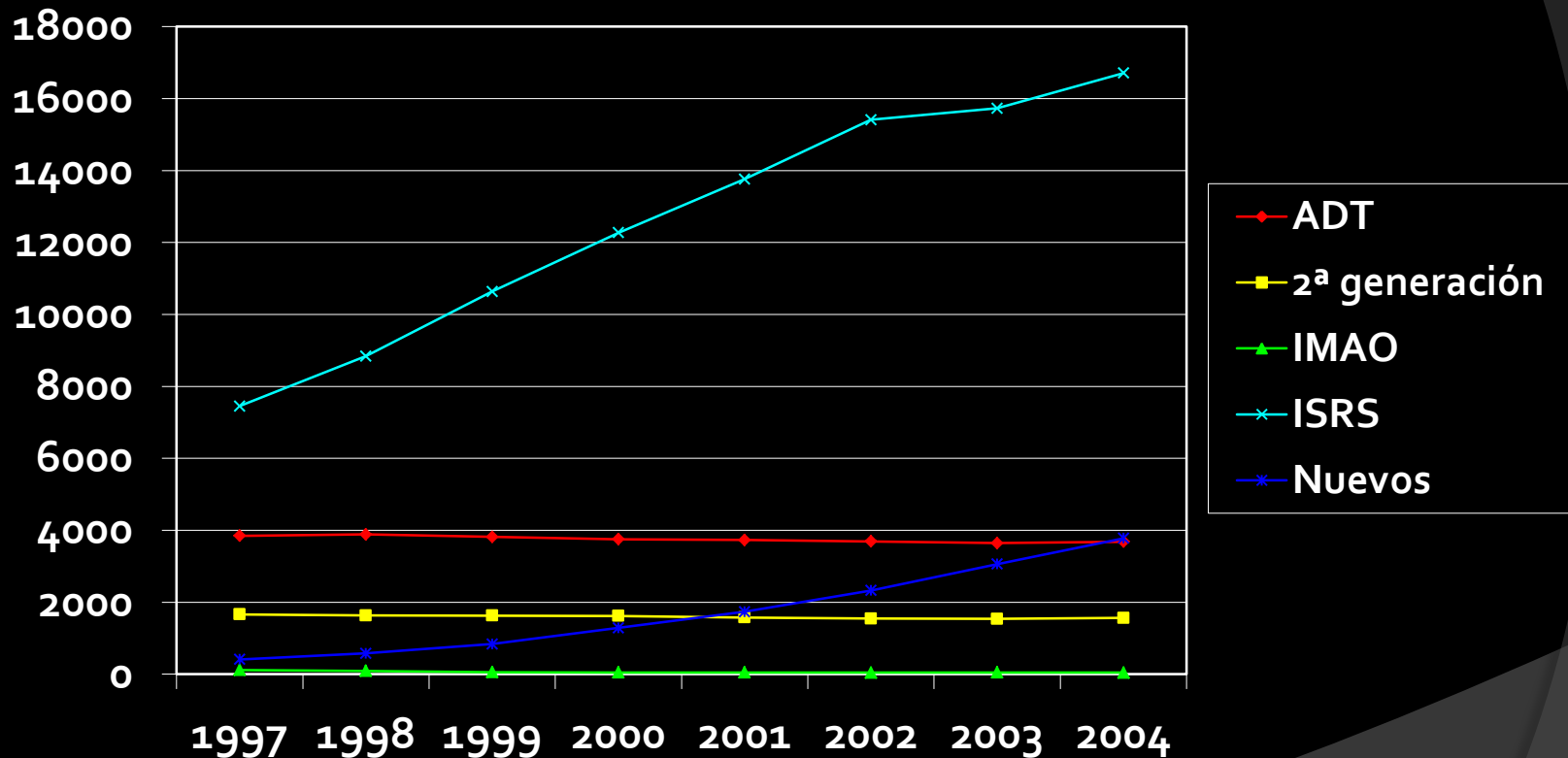
CREIAMOS QUE LO NUESTRO ERA
AMOR PERO RESULTÓ SER
SEROTONINA



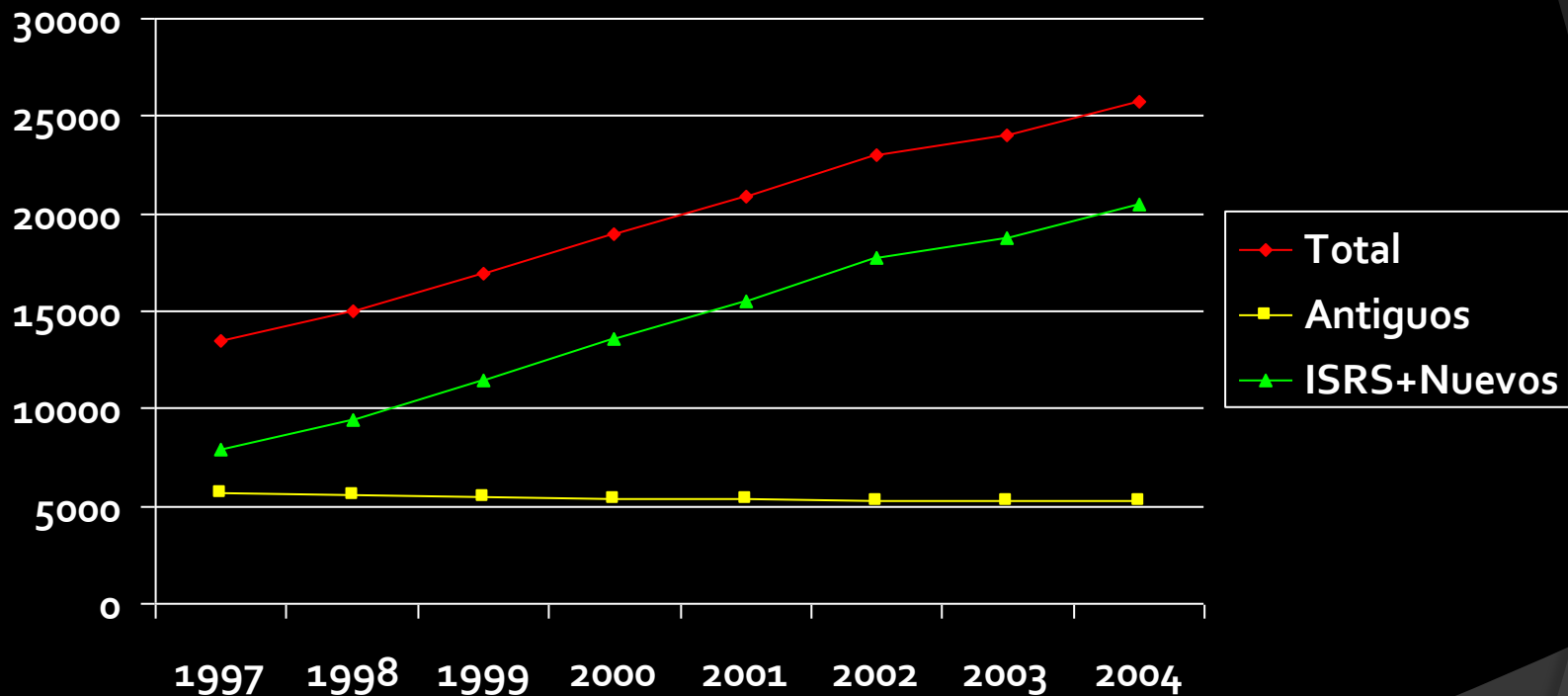
Repercusiones asistenciales

- ⦿ Aumento de las demandas en atención primaria y salud mental por la progresiva psiquiatrización de la vida cotidiana
- ⦿ Limitación de las prestaciones, vuelta a la oferta neuropsiquiátrica
- ⦿ Ley de cuidados inversos
- ⦿ Incremento aún mayor del gasto farmacéutico
- ⦿ Aumento de la demanda para terapias psicológicas y de aconsejamiento (coaching)

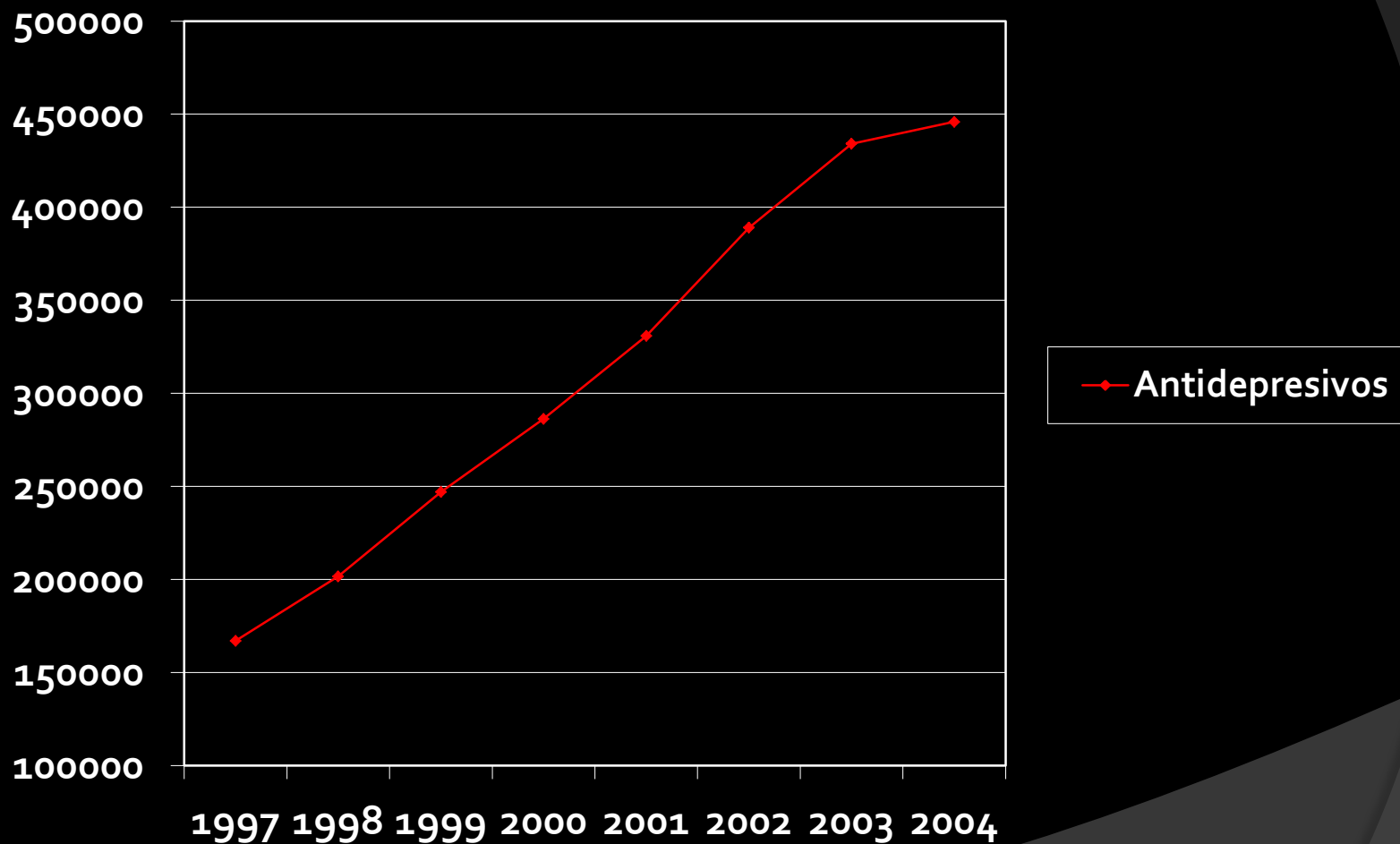
Venta de antidepresivos a las oficinas de farmacia en España en envases



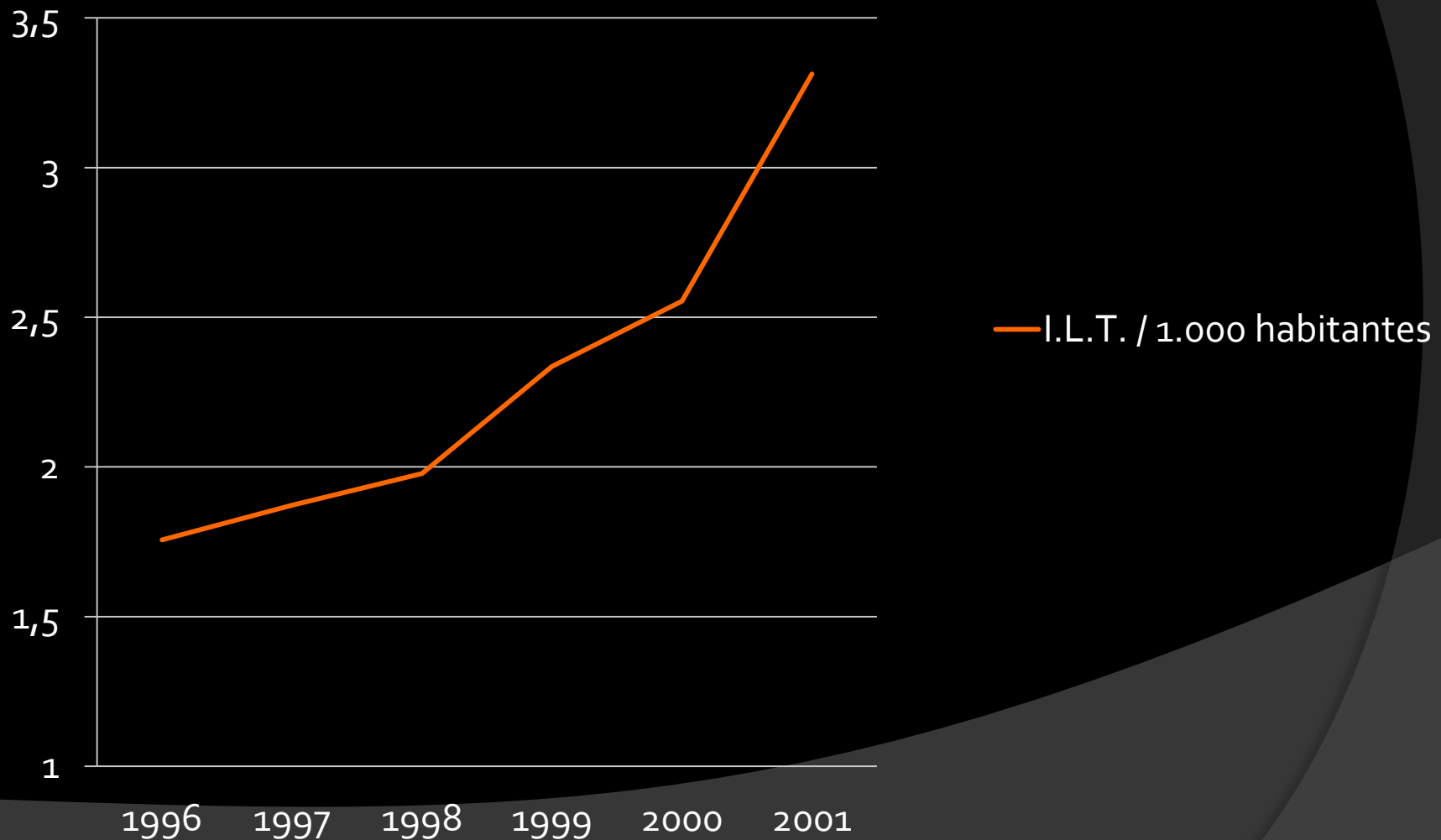
Venta de antidepresivos a las oficinas de farmacia en envases



Venta de antidepresivos a las oficinas de farmacia en euros



Incapacidades laborales transitorias por causa psiquiátrica



El malestar y la atención primaria

Las presiones en atención primaria:

- Población con malestar
- Psiquiatras+industria farmacéutica
- Gerentes

Consecuencias:

- Carga asistencial
- Medicalización
- Función de filtro

Intervenciones en salud mental en población sana

⦿ Terapéuticas

- Desviaciones de la normalidad: tímidos, miedosos, inquietos, malos estudiantes...
- Procesos normales pero desagradables: duelos, rupturas sentimentales, desgracias sociales (paro, problemas laborales...)

⦿ Preventivas

- Basadas en factores de riesgo

Prevención basada en el individuo: eficacia y evaluación

- ⊙ Los factores de riesgo
 - La noción de riesgo es de base probabilística, carente de significación lógica y determinista a nivel individual
 - Suele hacerse un abuso ostensible de la naturaleza de dichos factores, al equipararlos a verdaderas causas de enfermedad que, lógicamente, no son.
- ⊙ En medicina: datos “duros”
- ⊙ En salud mental: datos “blandos”

Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit 2006; 20(supl3): 66-71



FE

Intervenciones en presuntos sanos (preventivas o terapéuticas)

- ⦿ ¿Sobre quién intervenir, cuándo, cómo, cuánto, con qué objetivos...?
- ⦿ La falta de datos “duros” impide la existencia de protocolos contrastados
- ⦿ Depende del encuentro intersubjetivo terapeuta-paciente

XIV



LA TEMPLANZA

Intervenciones preventivas sobre el malestar

- ¿Es eficaz la prevención individual sobre el malestar?
- ¿Son asumibles las intervenciones preventivas individuales en esta población?
- ¿Qué pasa con la prevención sobre el ambiente?
- ¿Puede ser el no-tratamiento una medida preventiva?

Prevención cuaternaria

RESUMEN

MENOS PSICÓLOGOS Y PLANÍDERAS
Y MÁS TÉCNICOS Y CONTROLADORES



Repercusiones clínicas (iatrogenia)

Repercusiones clínicas (iatrogenia)

- ⦿ iatrogenia de las intervenciones bien hechas
- ⦿ iatrogenia de las intervenciones mal hechas

latrogenia de las intervenciones mal hechas

- ⊙ Asistencial
- ⊙ Farmacológica
- ⊙ Psicoterapéutica (errores frecuentes)
 - Convertir la entrevista en un interrogatorio
 - Hacer juicios críticos
 - Aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutica (dar consejos, proponer objetivos no suscitados por el paciente, ofrecer falsas seguridades...)
 - Respuesta desde la persona y no desde la persona en el rol del terapeuta mediante preguntas inapropiadas o irrelevantes, uso inadecuado del humor, utilización impropia del pudor o las buenas maneras, minimización, uso extemporáneo del consuelo o tranquilización, autorrevelación inapropiada...
 - Pasar por alto las emociones
 - No personalizar
 - Intervenciones generadoras prematuras
 - Abrumar con excesiva información
 - Dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta
 - Perder el foco

latrogenia de las intervenciones bien hechas

- ⦿ Metamensaje (Relación terapéutica)
- ⦿ Mensaje
 - Farmacológico
 - Psicoterapéutico

En el 8 - 17% de las psicoterapias se producen efectos o evoluciones negativas*

* 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

Yalom ID et al. The impact of a weekend group experience on individual therapy. Archives of General Psychiatry 1977;34:399-415



Atrofia de las intervenciones bien hechas (psicofármacos)

REACCIONES ADVERSAS PAROXETINA

Los efectos indeseables de paroxetina son, en general, de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Algunas reacciones adversas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, al continuar el tratamiento y, en general, no obligan a suspender la medicación. Las reacciones adversas que se relacionan a continuación se han clasificado por órgano, sistemas y frecuencia.

Las frecuencias se han definido de la siguiente forma:

muy frecuente (>1/10), frecuente (>1/100, <1/10), poco frecuente (>1/1.000, <1/100), rara (>1/10.000, <1/1.000), muy rara (<1/10.000), incluyendo informes aislados.

Las reacciones frecuentes y poco frecuentes se determinaron, por lo general, a partir de una serie de datos de seguridad procedentes de una población de ensayos clínicos de >8.000 pacientes tratados con paroxetina y se citan a modo de incidencia en exceso respecto a placebo. Las reacciones raras y muy raras se determinaron, por lo general, a partir de datos postcomercialización y se refieren a la tasa de notificación más que a la verdadera frecuencia.

Trastornos del sistema linfático y sanguíneo. Poco frecuentes: hemorragia anormal en la piel y membranas mucosas (principalmente, equimosis) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Muy raros: trombocitopenia.

Trastornos cardíacos. Poco frecuentes: taquicardia sinusal.

Trastornos endocrinos. Raros: síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos oculares. Poco frecuentes: visión borrosa. Muy raros: glaucoma agudo.

Trastornos gastrointestinales. Muy frecuentes: náuseas. Frecuentes: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca.

Trastornos generales y condiciones en el punto de administración. Frecuentes: astenia. Muy raros: edema periférico.

Trastornos hepatobiliares. Poco frecuentes: aumentos de las enzimas hepáticas. Muy raros: hepatitis, algunas veces relacionados con ictericia y/o insuficiencia hepática (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema inmunitario. Muy raros: reacciones alérgicas (incluyendo urticaria y angioedema).

Trastornos del metabolismo y nutrición. Frecuentes: disminución del apetito. Raros: hiponatremia (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: mareo, temblor. Poco frecuentes: efectos extrapiramidales (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: convulsiones. Muy raros: síndrome serotoninérgico (los síntomas pueden incluir agitación, confusión, diaforesis, alucinaciones, hiperreflexia, mioclonía, escalofríos, taquicardia y temblor).

Trastornos psiquiátricos. Frecuentes: somnolencia, insomnio. Poco frecuentes: confusión. Raros: reacciones maníacas.

Trastornos renales y urinarios. Poco frecuentes: retención urinaria.

Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Muy frecuentes: disfunción sexual. Raros: galactorrea (hiperprolactinemia).

Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos. Frecuentes: sudoración. Poco frecuentes: erupciones cutáneas. Raros: fotosensibilidad.

Trastornos vasculares. Poco frecuentes: aumentos o disminuciones transitorios en la tensión arterial generalmente en pacientes con hipertensión preexistente o ansiedad. Reacciones de Retirada. La interrupción de la administración de paroxetina (especialmente si es brusca) puede dar lugar a una reacción de retirada con síntomas tales como mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensación de calambres), cefalea, alteraciones del sueño, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración.

latrogenia derivada de la relación terapéutica

- ⦿ Es implícita
- ⦿ Tiene que ver con la configuración relacional
- ⦿ Está mediada por el lenguaje psicológico-psiquiátrico

Iatrogenia derivada de la relación terapéutica

1. Se interpretan las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un **sistema de creencias orientado a la patología**.
2. Se le comunica de forma latente que su problema **no mejorará si no realiza el tratamiento**
3. La dependencia respecto de la intervención profesional **tiende a empobrecer 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.

latrogenia derivada de la relación terapéutica

4. En aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a “potenciar” al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene, el paciente sigue siendo **alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.**
5. El lenguaje “psi” nos lleva en ocasiones a que creamos erróneamente que hemos capturado la esencia del paciente y su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas **etiquetas** influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente
6. La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede **limitar su sensación de autonomía** y favorece la necesidad de que el experto profesional gestione sus emociones.

latrogenia derivada de la relación terapéutica

7. Las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su **carácter estigmatizador** pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza.
8. Se pueden producir **ganancias secundarias** en la medida que el paciente, al sentirse mal recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. 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.
9. La **incongruencia entre mensaje y metamensaje** en la indicación de tratamiento

Posibilidades de actuación

1. Modelo de concepción de los trastornos mentales
2. Reconsideración de nuestra actividad clínica

Límites entre trastorno y normalidad según CIE-10 y DSM-IV

- Alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social (Trastorno adaptativo CIE-10)
- Un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria (Trastorno adaptativo CIE-10)
- Los síntomas han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad (DSM-IV)
- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo (DSM-IV)
- Alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social (Episodio depresivo leve CIE-10)

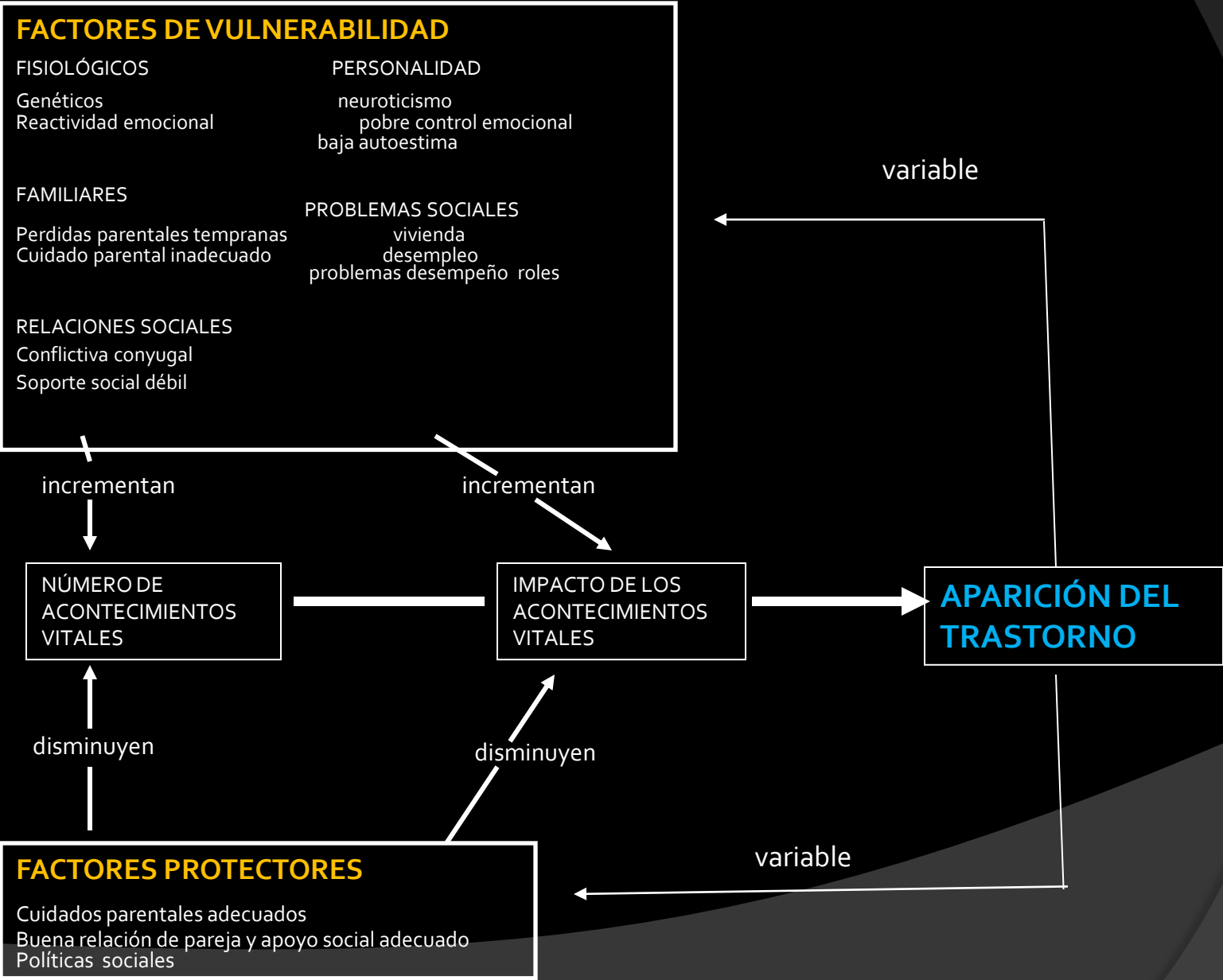
El modelo médico-categorial de enfermedad mental

- Presupone una discontinuidad o límites naturales entre una enfermedad y otra y entre la enfermedad y la normalidad
- Las categorías deben de ser consistentes entre las distintas clasificaciones y entre observadores.
- Constantes en el tiempo.
- La genética de cada categoría son diferenciables.
- Cada categoría tiene una etiología, anatomía patológica, fisiopatología y tratamiento específicos

El modelo médico-categorial de enfermedad mental

- Puede ser útil para la investigación pero resulta simplista en la práctica clínica
- No existen límites naturales claros entre una enfermedad y otra y entre la enfermedad y la normalidad
- Más práctico en trastornos mentales graves pero es de aplicación limitada en los trastornos mentales menores
- Diseñadas para nivel especializado (niveles 4, 5) y menos útil en atención primaria
- Propicia la aparición de múltiples comorbilidades de distintos trastornos mentales
- Sesgo biológico

Relación entre factores de vulnerabilidad y de protección (Golberg y Huxley 1992)



Formulación

- ⦿ No es un formato de historia clínica
- ⦿ Es un proceso de **organización de la información**
- ⦿ A diferencia del diagnóstico, estructura la información clínica en el contexto de la experiencia única de un sujeto concreto
- ⦿ Genera hipótesis de tratamiento
- ⦿ Es dinámico, no es estático
- ⦿ Su valor se mide en su utilidad, no en que sea verdad

VII

FORMULACIÓN DE CASOS DE SALUD MENTAL: UNA GUÍA DE ENTRENAMIENTO

Iván de la Mata Ruiz, Alberto Ortiz Lobo

Del diagnóstico a la formulación

La lógica actual del paradigma del abordaje de los problemas emocionales y trastornos mentales comunes consiste en la agrupación correcta de una serie de síntomas y signos que nos llevaría a la identificación de un trastorno específico según aparecen en las clasificaciones de los trastornos mentales y para el que existiría una terapéutica específica. De una forma lineal el diagnóstico nos llevaría a una indicación de tratamiento. Sin embargo, esta lógica, que preside las recomendaciones y guías clínicas actuales, cuenta con importantes limitaciones a la hora de aplicarse en contextos de mayor incertidumbre, como puede ser la atención primaria o

Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41, 2009.

Formulación de casos de salud mental en Atención Primaria

1. Diagnóstico clínico descriptivo.
2. Diagnóstico situacional.
3. Modelo explicativo del paciente
4. Expectativas y demandas del paciente
5. Plan terapéutico
6. Devolución

1-DIAGNÓSTICO CLÍNICO DESCRIPTIVO.

Descripción de los síntomas, curso y grado de afectación funcional.

2-DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

2.1 Factores desestabilizadores actuales

2.2 Factores protectores/ vulnerabilidad desde las dimensiones bio-psico-social:

- Antecedentes médicos generales
- Antecedentes psiquiátricos
- Factores familiares
- Factores sociales (económicos, laborales, red social, ocio..)
- Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento

3-MODELO EXPLICATIVO DEL PACIENTE

Significado de los síntomas, atribuciones etiológicas.

4-EXPECTATIVAS Y DEMANDAS DEL PACIENTE

5-PLAN TERAPEÚTICO

5.1 Objetivos

5.2 ¿Necesita ser derivado a Salud Mental? Razonamiento.

5.3 Si el paciente se atiende en Atención Primaria:

- Tratamiento psicofarmacológico (tipo, duración, dosis..)
- Consejo, apoyo u otras intervenciones psicológicas (quién, con que objetivos..)
- Intervenciones sociales, familiares y sobre el ambiente

6-DEVOLUCIÓN

Explicación sencilla y razonada de lo que le sucede al paciente que procure incluir los síntomas clínicos, los factores biopsicosociales y que pueda integrar, al menos parcialmente, el modelo explicativo del paciente y que dé una respuesta realista a sus expectativas. En la devolución se comunica al paciente el plan de tratamiento:

- En qué va a consistir:
 - -medicación
 - -apoyo, consejo, entrevistas de seguimiento..
 - -intervenciones sociales
- Con qué objetivos
- Una estimación pronóstica y secuencia esperada de la recuperación
- Durante cuanto tiempo
- Qué se espera del paciente
- Cuál es el papel del médico o de otro profesionales

Reconsideración de nuestra actividad clínica

¿Qué nos puede llevar a intervenir innecesariamente en personas presuntamente sanas?

- Necesidades corporativas
- Necesidades personales del terapeuta

Necesidades del terapeuta

1. Derivados de sus necesidades personales

- Sentirse reconocido, halagado y fomentar inconscientemente la dependencia
- Evitar sentirse impotente, limitado... y la necesidad de tener una respuesta para todo, ser omnipotente
- Incapacidad para decepcionar a los demás y asumir todo, aunque no tengamos nada eficaz que hacer
- ...

2. Derivados de su orientación profesional

- Siempre puede haber un psicofármaco que le mejore, una conducta mal aprendida que modificar, creencias irracionales o pensamientos automáticos susceptibles de una reestructuración cognitiva, mecanismos de defensa poco maduros que esconden conflictos inconscientes que habrá que desvelar, dinámicas familiares sujetas a leyes no explicitadas que será conveniente trabajar...

3. Derivados de acontecimientos vitales

4. Derivados de su sistema de valores, ideología o visión del mundo

- Que favorecen la identificación con el paciente cuando son compartidos y entramos en "simpatía"

Posibilidades de actuación

Ante el problema humano que tengo delante,

¿voy a obtener mejores resultados
considerándolo una enfermedad (o una pre-
enfermedad o una sub-enfermedad) que si no fuera
tratado como tal?

Posibilidades de actuación

- ¿Qué se puede hacer?
 - Actitud crítica
 - Indicación de no tratamiento
- ¿Qué sucede si no se psiquiatriza?
 - Evolución clínica
 - Consumo de recursos
 - Prevención cuaternaria
- ¿Cómo se indica no tratamiento?

Posibilidades de actuación

Actitud crítica

- El desarrollo de la “ciencia del bienestar”
- Prevención individual vs. prevención cuaternaria, el balance riesgo-beneficio.
- Tratar el malestar no comporta más salud ni menos enfermedad

La indicación de no-tratamiento: esperar y ver

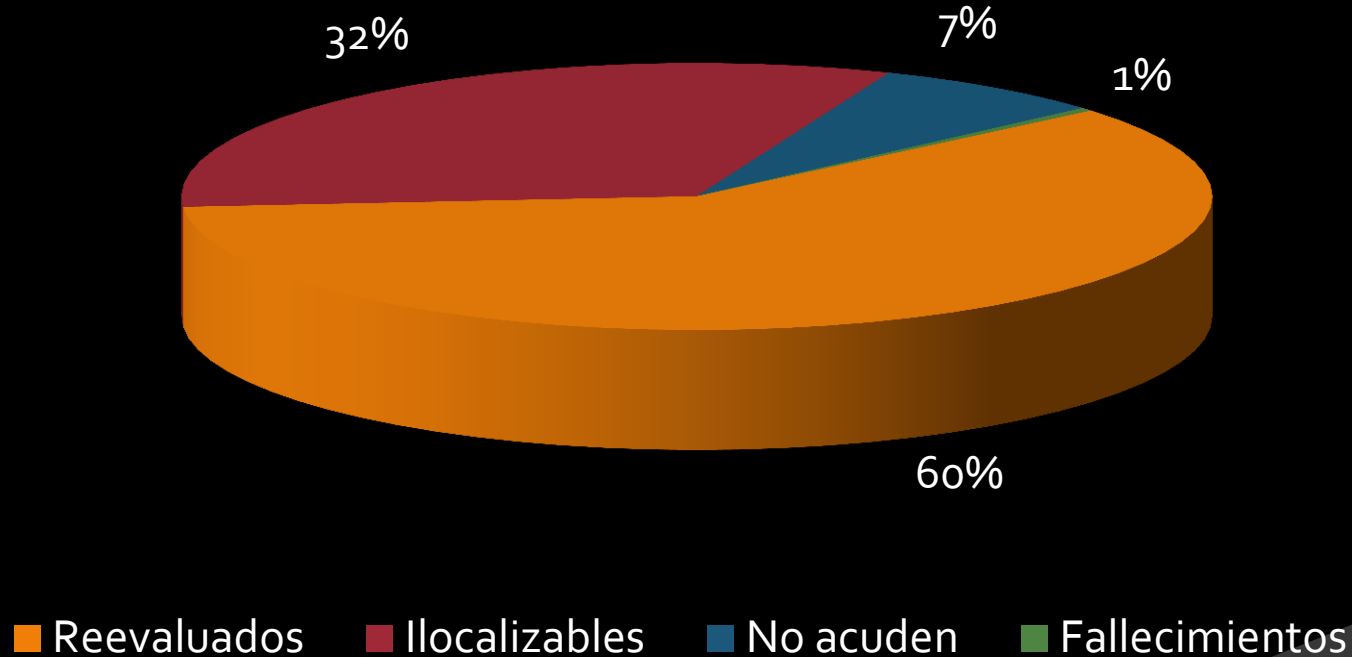
- ⦿ La tiranía del diagnóstico
- ⦿ La exigencia de soluciones e inmediatas
- ⦿ Vocación de ayuda vs. Omnipotencia

Posibilidades de actuación

¿Qué sucede si no se psiquiatriza?

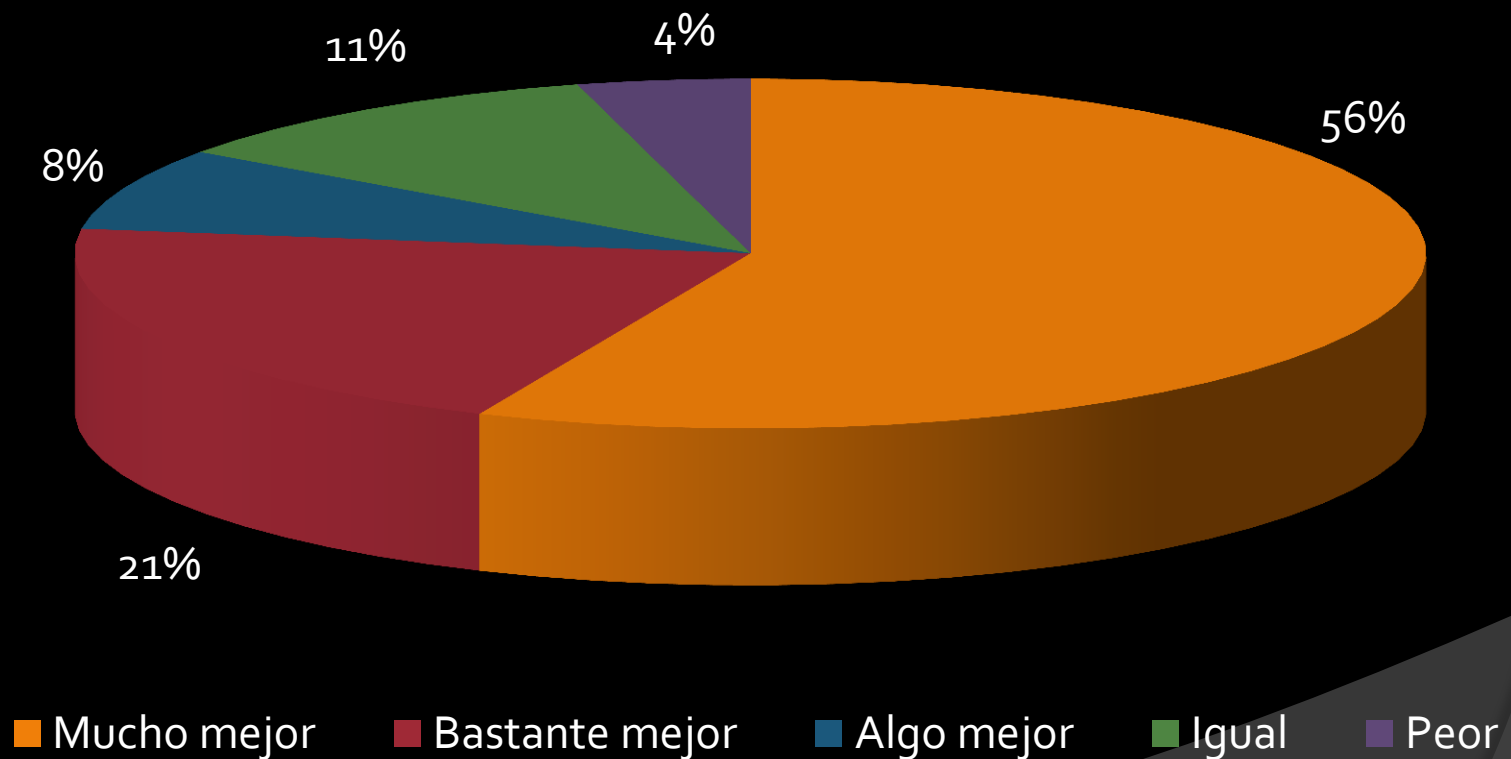
- Evolución clínica
- Consumo de recursos
- Prevención cuaternaria

Reevaluación clínica de los Z a los 8-10 meses

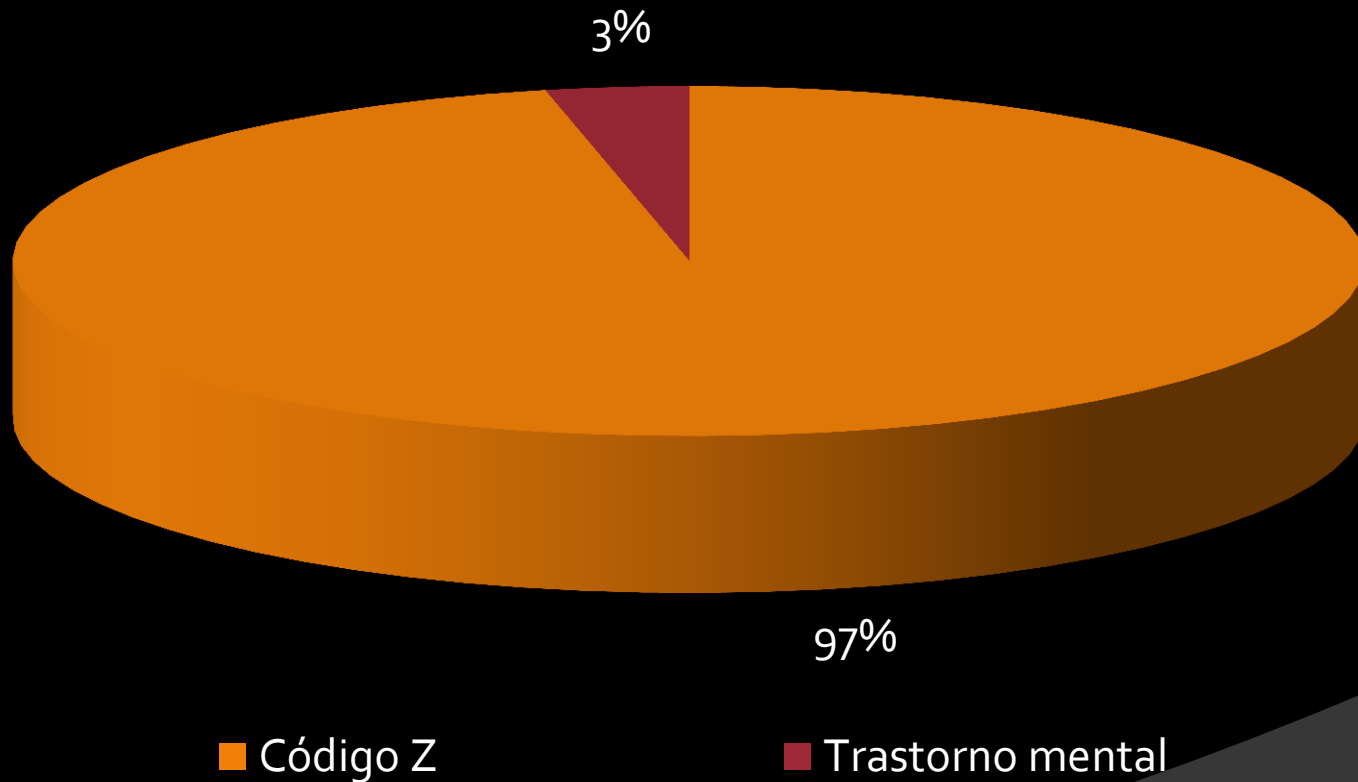


García Moratalla B. Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un Centro de Salud Mental. Tesis Doctoral 2008. Universidad Autónoma de Madrid

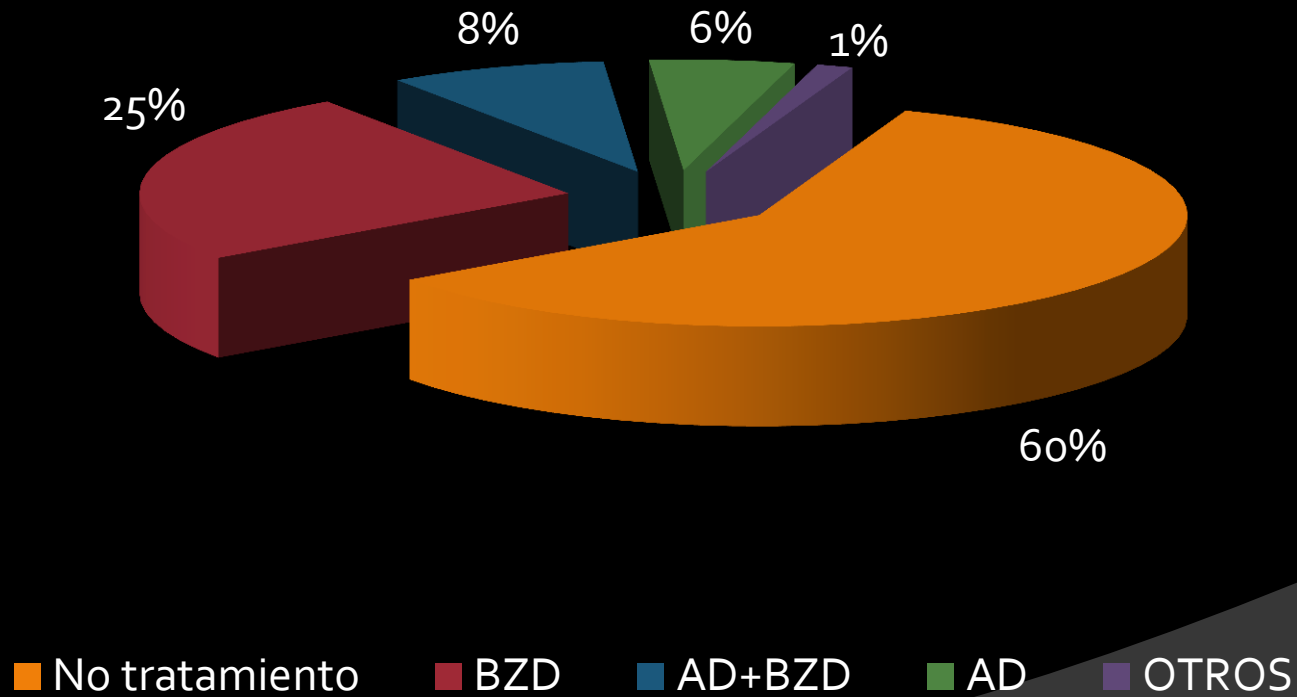
Evolución clínica a los 8-10 meses



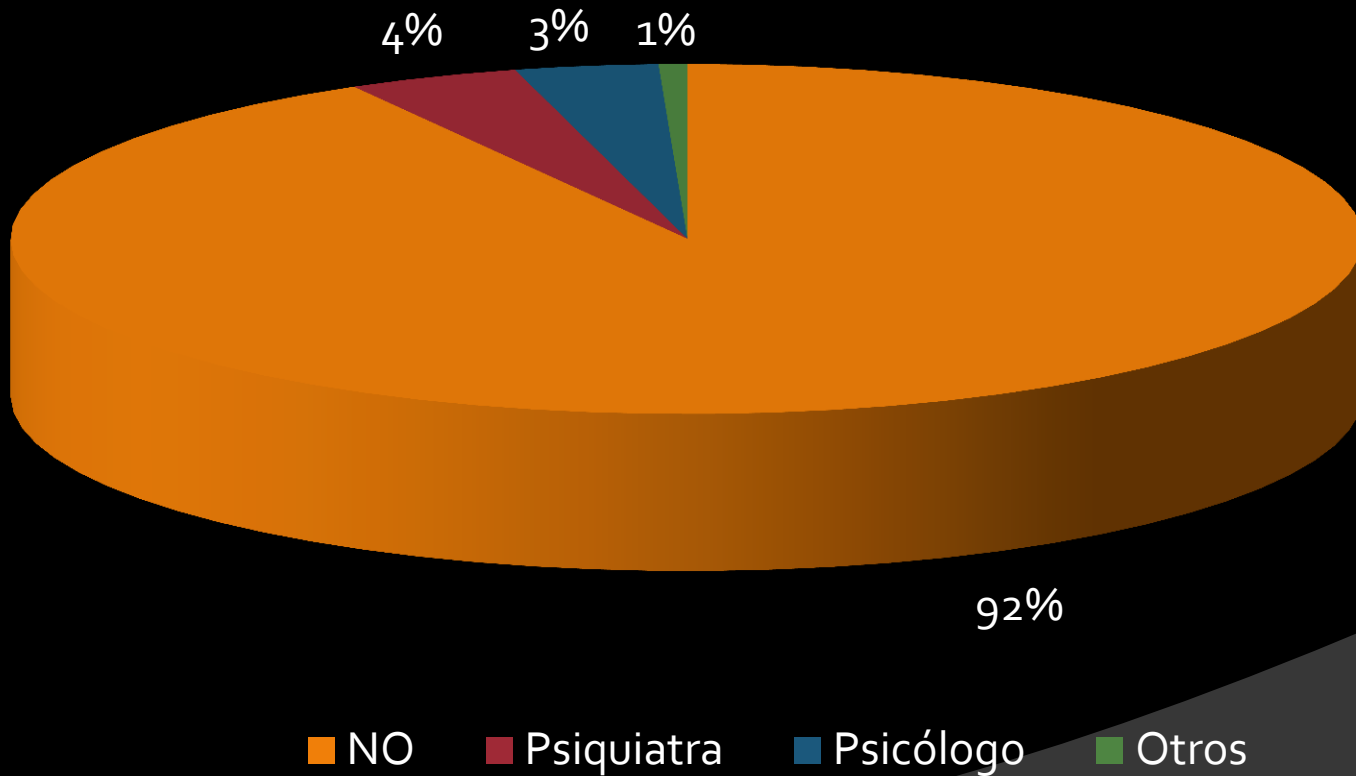
Evolución clínica a los 8-10 meses



Tratamiento psicofarmacológico a los 8-10 meses



Tratamiento privado a los 8-10 meses



Consumo de recursos humanos en salud mental

- El total de citas concertadas en 12 meses de las personas sin diagnóstico de trastorno mental atendidas en nuestro centro representan 725 horas de tiempo profesional, lo que equivale a 52 jornadas laborales y traducido en gasto sanitario suponen 36.250 euros.

Prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria es la actividad sanitaria que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema de salud

Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España Gac Sanit. 2006;20:127-34.

Posibilidades de actuación

La indicación de no tratamiento (esperar y ver)

- Diferencias según el contexto AP-especializada
- Diferencias según las características de la demanda (ganancias secundarias)
- Aspectos psicoterapéuticos: la resignificación

La indicación de no-tratamiento

- ⦿ No nace de un pesimismo terapéutico
- ⦿ No se sustenta en una limitación de los recursos asistenciales
- ⦿ Se basa en que lo mejor para ese paciente es no intervenir

La indicación de no-tratamiento

- ⦿ Por lo tanto, no tiene que ver con nuestras limitaciones técnicas
- ⦿ No lo hacemos porque no tengamos tiempo
- ⦿ Es una intervención más de nuestro repertorio técnico y de cierta complejidad si la queremos hacer bien

La indicación de no-tratamiento

1. Fases de la intervención
2. Líneas de trabajo
3. Técnicas psicoterapéuticas

Fases de la intervención

1. **Escucha empática**
2. **Construcción** junto con el sujeto de una versión inicial
3. **Deconstrucción** de dicha versión
4. **Resignificación** de la narrativa o co-construcción de una nueva versión
5. **Cierre de la entrevista** y despedida

Líneas de trabajo

1. Sobre la problemática del paciente
2. Sobre la demanda
3. Sobre la relación terapéutica
4. Sobre las emociones

Intervenciones psicoterapéuticas

1. **Escucha empática:** reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis preguntas abiertas... Intervenciones que facilitan la actividad narrativa del paciente
2. **Construcción de una versión conjunta:** clarificaciones, recapitulaciones...
3. **Deconstrucción** de dicha versión: confrontaciones, metacomunicaciones, interpretaciones, dar información...
4. **Resignificación:** recapitulaciones, interpretaciones, dar información...
5. **Cierre de la entrevista** y despedida: recapitulaciones, dar información...

Fases de la intervención

1. **Escucha empática**
2. **Construcción** junto con el sujeto de una versión inicial
3. **Deconstrucción** de dicha versión
4. **Resignificación** de la narrativa o co-construcción de una nueva versión
5. **Cierre de la entrevista** y despedida

CONCLUSIONES

1. Estamos inmersos en un proceso de psicopatologización de la vida en el que los profesionales, si no son los mayores responsables, sí que somos los últimos.
2. Se está etiquetando de enfermos a personas con malestar que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a intervenciones que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias.
3. Las formas no profesionalizadas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de las personas de valerse por sí mismas y sentirse capaces de superar los problemas se está reduciendo.

CONCLUSIONES

4. Los profesionales de atención primaria y salud mental tenemos un papel crucial y hemos de considerar con actitud crítica tanto las herramientas como las indicaciones clínicas teniendo en cuenta nuestras limitaciones y las presiones que hay sobre nosotros para que actuemos.
5. La indicación de no tratamiento puede ser una intervención posible, enormemente terapéutica en la medida que efectúa **prevención cuaternaria**, ya que protege al paciente de efectos adversos y se resignifica su malestar, que se reorienta a un contexto no sanitizado

Alberto Ortiz Lobo
Psiquiatra C.S.M. Salamanca, Madrid

Intervenciones psicoterapéuticas en la indicación de no-tratamiento

La indicación de no-tratamiento

1. Fases de la intervención
2. Líneas de trabajo
3. Técnicas psicoterapéuticas

Fases de la intervención

1. **Escucha empática**
2. **Construcción** junto con el sujeto de una versión inicial
3. **Deconstrucción** de dicha versión
4. **Resignificación** de la narrativa o co-construcción de una nueva versión
5. **Cierre de la entrevista** y despedida

Líneas de trabajo

1. Sobre la problemática del paciente
2. Sobre la demanda
3. Sobre la relación terapéutica
4. Sobre las emociones

Intervenciones psicoterapéuticas

1. **Escucha empática:** reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis preguntas abiertas... Intervenciones que facilitan la actividad narrativa del paciente
2. **Construcción de una versión conjunta:** clarificaciones, recapitulaciones...
3. **Deconstrucción** de dicha versión: confrontaciones, metacomunicaciones, interpretaciones, dar información...
4. **Resignificación:** recapitulaciones, interpretaciones, dar información...
5. **Cierre de la entrevista** y despedida: recapitulaciones, dar información...

Fases de la intervención

1. **Escucha empática**
2. **Construcción** junto con el sujeto de una versión inicial
3. **Deconstrucción** de dicha versión
4. **Resignificación** de la narrativa o co-construcción de una nueva versión
5. **Cierre de la entrevista** y despedida

Premisas del paciente

Son los determinantes de sus expectativas y demandas:

- Tengo un problema que me hace sufrir y se trata de una **enfermedad**
- Sufro, probablemente no es una enfermedad, pero necesito un **tratamiento** psicológico o con pastillas que me ayude
- Sufro, no sé qué me pasa, pero un **experto** me va a solucionar esto.

Objetivos de la intervención

- Principal: Desvincular el problema y su solución del ámbito sanitario (resignificación)
- Secundarios:
 - Que el paciente se sienta escuchado y bien atendido
 - Que nosotros nos sintamos eficaces (es una intervención psicoterapéutica) y satisfechos (ayudamos al paciente a entender que no precisa tratamiento)

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

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..."*

Reflejo de sentimientos

- ⦿ Intervención príncips de las terapias de apoyo
- ⦿ Reflejo empático
 - Paráfrasis
 - Aseveración con el término emocional

_____ (emoción) _____, cuando/porque _____ (hechos o ideas) _____

- ⦿ Ejemplos:
 - *Veo que cuando me habla de su mujer se pone triste*
 - *Y usted se enfadó cuando su compañero no le tuvo en cuenta*
 - *Parece que le indigna que su MAP no le pusiera un tratamiento y le mandara aquí sin más*
 - *Tengo la sensación de que esto que le estoy diciendo le decepciona*
 - *Es posible que la actitud de su jefe le hizo sentirse intimidado*

2. Construcción

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

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

2. Construcción (Intervenciones psicoterapéuticas)

Recapitulación:

- ⦿ *"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 tenidas por 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

Técnica:

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

3. Deconstrucción

⦿ Preguntas (teñidas de sugerencias)

- *"¿Se ha sentido así en otras ocasiones en su vida? ¿Qué pasó entonces? ¿Cómo lo afrontó?"*
- *"¿Le sorprende sentirse tan triste por el fallecimiento de su hermano?"*

⦿ Confrontaciones

- *"Me dice que 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 ha comentado que su novia lo abandonó inesperadamente, pero cuando me ha descrito su relación con ella últimamente, me ha dado la sensación de que llevaban varios meses mal y usted mismo tampoco se encontraba muy a gusto con ella, ¿es así?"*

3. Deconstrucción

⦿ Metacomunicaciones

- *"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?"*
- *"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?"*

⦿ Interpretaciones

- *"Me cuenta que está muy triste con la muerte de su padre, pero me pregunto si el problema no será también que no acaba de permitirse sentirse así."*
- *"Tengo la sensación de que, más allá de lo frustrada que está con el trabajo, sus padres no se dan cuenta de todo lo que usted está sufriendo y no sabe cómo trasmitírselo"*

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, todos 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 mediadas por atención primaria

Técnica: dar información, reforzar.

5. Cierre de la entrevista

"Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar en esta entrevista la naturaleza de su sufrimiento {...}. Como no es necesario que vuelva a venir por aquí, le voy a mandar una nota a su médico de cabecera contándole lo que hemos comentado para que él lo sepa y esté al tanto y, si usted en el futuro no se acabara de recuperar o empeorase, le pueda volver a enviar aquí."

La indicación de no-tratamiento

Fases

1. **Escucha empática**
2. **Construcción** junto con el sujeto de una versión inicial

3. **Deconstrucción** de dicha versión
4. **Resignificación** de la narrativa o co-construcción de una nueva versión

5. **Cierre de la entrevista** y despedida

Líneas de trabajo

Se desarrollan principalmente en la fases de deconstrucción y resignificación

1. Sobre la problemática del paciente
2. Sobre la demanda
3. Sobre la relación terapéutica
4. Sobre las emociones

Líneas de trabajo

El punto de partida es la exploración de dos aspectos:

1. Explicación de su problema: *¿Qué cree que es lo que le está pasando? ¿Cuál es su hipótesis? ¿Qué idea tiene de lo que le está sucediendo?*
2. Expectativas y demanda: *¿Cómo cree que le podemos ayudar aquí?*

De esta manera seguimos mostrando interés por nuestro paciente, y él lo sentirá así y vamos a ser mucho más precisos en la labor de deconstrucción y resignificación

1. Trabajo sobre la problemática del paciente

- ⦿ Lo que dice que le pasa (distinguir entre problema y desgracia)
- ⦿ El modelo explicativo que utiliza para contarse a sí mismo lo que le sucede

1. Trabajo sobre la problemática del paciente

1. Generalizar:

- a) Con el objetivo de tranquilizar
- b) Dar información sobre el problema, su naturaleza
- c) Es importante resaltar aquí que el problema existe y la legitimidad e importancia que tiene desde un punto de vista subjetivo (no minimizar)

1. Trabajo sobre la problemática del paciente

2. Personalizar

- a) Mediante su contextualización
- b) Insistir en la validación del sufrimiento como algo real que le está sucediendo, pero también como algo no patológico
- c) Comparar con otras experiencias emocionales semejantes, cercanas y más tolerables
- d) Revisar la gravedad de lo sucedido, la intensidad emocional, el tiempo transcurrido...

1. Trabajo sobre la problemática del paciente

3. “Formulación del caso”

- a) Centrada en el aquí y ahora, renunciando a posibles hipótesis genéticas o conflictos intrapsíquicos
- b) Lo más cercana posible a la experiencia actual del paciente
- c) Que personalice el problema en uno o varios aspectos: generación, mantenimiento, significado, emociones y/o resolución con el objetivo de otorgarle al paciente un rol más activo.

2. Trabajo sobre la demanda del paciente

Las expectativas sobre la consulta que habrá que trabajar con más frecuencia en la indicación de no tratamiento pueden estar relacionadas con:

- Creencias sobre que los sentimientos negativos son patológicos y necesitan tratamiento
- Creencias sobre la posibilidad de evitar el sufrimiento y el ideal de felicidad.
- Creencias sobre la posibilidad de cambiar radicalmente de personalidad.
- Creencias sobre que hay una forma idónea (basada en conocimientos científicos) de vivir la vida.

2. Trabajo sobre la demanda del paciente

- ⦿ El trabajo sobre la demanda es ineludible, el paciente siempre espera o quiere algo
- ⦿ Muchas veces este trabajo se hace de forma implícita al trabajar sobre la problemática
- ⦿ Si las demandas están asociadas a beneficios secundarios muy potentes o a rentismo no habrá resignificación

3. Trabajo sobre la relación terapéutica

Las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales de la salud

- ⦿ Alguien omnipotente que es capaz de enseñar a evitar el sufrimiento psicológico
- ⦿ Alguien que es capaz de resolver o afrontar cualquier problemática vital sin afectarse, con fortaleza y que tiene la capacidad de decidir acertadamente por el otro debido a sus conocimientos en torno al comportamiento humano
- ⦿ Alguien que tiene la función de escuchar de forma pasiva con el objetivo de ser simplemente depositario del sufrimiento del paciente que busca desahogarse en un contexto neutral y protector. Puede ser también necesario resignificar el desahogo como algo que es en sí mismo curativo

4. Trabajo sobre las emociones

- ⦿ No nos encontraremos con un problema de inadecuación o de intensidad desproporcionada en cuanto a las emociones ya que, si fuera así, procederíamos a indicar tratamiento
- ⦿ En este caso, por tanto, los sentimientos son lógicos, congruentes y adaptativos, por lo que el trabajo principal será el de la validación y la contextualización para lograr una vivencia diferente de ellos, como legítimos, necesarios y sanos

Situaciones especiales

- ⦿ Paciente con expectativas extraordinarias en el terapeuta o la terapia
- ⦿ Paciente pasivo, depositador
- ⦿ Paciente con ganancias secundarias
 - Bajas laborales
 - Informes
 - Movilizaciones del entorno
 - ...
- ⦿ Rentismo

Tristán es un hombre de 24 años sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. Es el segundo de dos hermanos y vive con él y con sus padres en la misma vivienda. Trabaja de electricista en una empresa desde hace 3 años. Es remitido de forma preferente por su médico de cabecera por *“Depresión. Llanto fácil, insomnio... Problema de pareja. Pauto Lexatin 1,5: 0-0-1”*. Tristán relata así su historia:

“Estoy fatal, no puedo más. Mi novia me ha dejado hace tres semanas... Llevábamos 6 años saliendo, parecía que todo iba bien... [llora]. Ella ha sido mi única novia... Bueno, antes de conocerla tuve algunos rollos, pero nada más, nada que ver con esto, con ella tenía una relación espléndida. Los últimos meses se había puesto a trabajar y teníamos la idea de ya, con los dos sueldos, poder ir a vivirnos pronto de alquiler. Estábamos siempre juntos... ¡Y ahora la muy cabrona ni siquiera se quiere poner al teléfono!”

“No lo entiendo, no creo que haya conocido a otro en el trabajo, creo que me lo hubiera dicho pero ya no me fío. Lo único que me dice es que ya no está segura, que es muy joven, ¡joder, se lo podía haber pensado antes!”

“No puedo dejar de pensarlo, ¿cómo me ha podido hacer esto? [llora de nuevo]. Menos mal que el MAP me ha dado una pastilla para dormir porque no podía pegar ojo, toda la noche dándole vueltas... Mis hermanos y mis padres tampoco lo entienden, la conocían bien y también están tristes... claro, era como de la familia. Y mis compañeros del trabajo y mis amigos me dicen que la olvide, ¡no te jode, como si fuera tan fácil! Lo estoy pasando fatal, no sé cómo voy a salir adelante. No me apetece comer, no me apetece salir... bueno, al trabajo porque tengo que ir y también porque los colegas me sacan, pero yo solo quiero quedarme en mi casa.”

“Nunca me había sentido así de triste, ni siquiera cuando se murió mi abuelo, al que adoraba, hace dos años. Fíjate entonces Laura estuvo a mi lado en todo momento, apoyándome... Pero ahora estoy solo, sin ella, no voy a poder superarlo [caen más lágrimas, hay un silencio...] Seguro que piensas que soy un blando, qué horror... pero me tienes que ayudar yo solo no puedo salir de esto”

Caso Tristán

1. Escribe tres reflejos de sentimientos cualitativamente distintos

2. Para deconstruir el discurso del paciente,
 - a. Escribe una pregunta sugerente
 - b. Escribe una confrontación
 - c. Escribe una metacomunicación
 - d. Escribe una interpretación

3. Construye una resignificación completa (con información, interpretaciones...)

Roque está casado, tiene 49 años y tiene 3 hijos de 19, 15 y 10 años. Desde hace 16 meses está en el paro. Trabajaba en el almacén de una empresa de maquinaria desde los 19 años pero cerró por quiebra. Tiene el Graduado Escolar pero no posee ninguna otra preparación específica. Su mujer nunca ha trabajado oficialmente aunque hace arreglos de ropa en el vecindario y a conocidos y con eso gana un dinerillo. Le envía su MAP: *“Depresión reactiva. Pauto paroxetina 40 mg., lleva 4 meses pero no mejora. Ruego tratamiento”*

“Esto es terrible, no voy a encontrar trabajo nunca. Claro, a mis años y con mi preparación, ¡que no sé hacer nada! ¿Quién va a contratarme? No sé qué vamos a hacer, se me acaba el paro, los ahorros no van a dar ya para mucho, hay que pagar Universidad del mayor y hay qué comer. Estoy cansado de buscar y no encontrar o, peor aún, que me digan que no, como la semana pasada. Mis hijos pensarán que soy un inútil, todo el día en casa... Ya apenas salgo, pero para que la gente no me vea y se dé cuenta de que no hago nada.”

“No me merezco la mujer que tengo, no deja de animarme y al fin y al cabo, ahora ella es la única que aporta de verdad dinero a casa. Yo ahora me dedico a la casa, hemos invertido los papeles, así me entretengo y salvo la cara, pero no sé cuanto vamos a durar así. Esto es un infierno, no hay salida. Desde luego que si no les tuviera a ellos ya me habría quitado de en medio, esto no es vivir. Tener que mendigar un trabajo...”

“Estoy obsesionado con esto, a ver si usted me da otra pastilla que me quite esta depresión o me aconseja qué puedo hacer, porque así no puedo seguir. No sabía si venir, pero ahora me pongo en sus manos”

Caso Roque

1. Escribe tres reflejos de sentimientos:
2. Escribe una recapitulación:
3. Escribe las intervenciones que se te ocurran para deconstruir la narrativa de la paciente y nómbralas:
4. Escribe una resignificación completa que incluya información, interpretación y tres refuerzos

Angustias es una mujer de 48 años, sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares, con 2 hijos de 28 y 26 años, que se separó de su marido hace 24 años. Ha convivido con sus hijos hasta hace 4 años en que se tuvo que marchar a trabajar a una portería con una vivienda muy pequeña y desde entonces ellos viven con su padre con el que nunca han interrumpido el contacto. Ella considera que su ex-marido es un cocainómano y un impresentable que no se ha hecho nunca cargo de los niños y apenas se habla con él. Los hijos están en paro y les da parte de su sueldo porque no cobran subsidio. Lleva 16 meses de relación con un hombre separado (es la primera relación seria desde que Angustias se separó). Están a punto de irse a vivir juntos, pero la hija de él de 25 años está boicoteando este paso, reclamando la atención de su padre y fue en este momento cuando consultó con su MAP. Angustias nos cuenta:

“No puedo más con esta situación. Mi marido nunca ha sido un ejemplo de padre y ahora no está ayudando nada a los niños. Seguro que le ven cómo se está metiendo cocaína. Menos mal que ellos son sensatos y no toman esas porquerías. Tengo que encargarme yo de ellos, de darles dinero, llevarles comida de vez en cuando... Estoy con una angustia con todo esto... el otro día pensé que me tenía que tomar unas pastillas para acabar con todo y ya, echar toda la mierda que tengo dentro. Aunque el que se tendría que morir es mi ex.”

“Con mi pareja de ahora estoy muy bien pero claro, aquí también tengo problemas, esto ha sido la gota que ha colmado el vaso. Ya le he dicho: <<o tu hija o yo>>. No puede ser que no nos vayamos a vivir ya por culpa de ella. Pero bueno, lo ha entendido y nos mudamos juntos en un par de semanas, ya seguro.”

“No sé cómo me puede ayudar, pastillas no quiero. Yo creo que hasta que mis hijos no encuentren trabajo no me voy a quedar tranquila.”

Caso Angustias

1. Escribe tres reflejos de sentimientos:
2. Escribe una recapitulación:
3. Escribe las intervenciones que se te ocurran para deconstruir la narrativa de la paciente y nómbralas:
4. Escribe una resignificación completa