

## Reporte de un caso de depresión crónica severa tratado por un médico familiar

### A Patient with Chronic Severe Depression Treated by Her Family Physician. A Case Report

Ramírez-Villaseñor I.\*

\*Especialista en medicina familiar, Maestro en Farmacología, Jefe de Departamento Clínico, Unidad de Medicina Familiar 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia: Ismael Ramírez Villaseñor . [ismaelra@mail.udg.mx](mailto:ismaelra@mail.udg.mx)

#### Resumen

Se reporta el caso de una paciente de 51 años, quien sufría de depresión severa documentada desde siete años atrás. Durante ese tiempo había recibido certificados de incapacidad para el trabajo por 50 días –en promedio- cada año. El tratamiento con tres psiquiatras había sido infructuoso. Al momento de iniciar la psicoterapia con su médico familiar, estaba siendo atendida por un cuarto psiquiatra quien le había prescrito mirtazapina (*Remeron*) y una benzodiacepina loflazepato de etilo (*Victam*), tenía 2 años utilizando este último. La intervención en medicina de familia se centró en tres aspectos: 1. Reincorporar la al trabajo lo más pronto posible. 2. Retirar los fármacos depresores del SNC. 3. Introducir a un pensamiento dinámico que le facilitara comprender como las ideas pueden ser transformadas. La paciente fue tratada de Abril a Septiembre de 2003, los objetivos se lograron. Un año después, en Septiembre de 2004, la paciente se mantenía trabajando sin días de incapacidad médica durante 16 meses, habiendo recibido benzodiacepinas sólo por dos semanas. Actualmente continúa requiriendo antidepresivos. Las técnicas utilizadas en el tratamiento fueron: La técnica BATHE de psicoterapia corta, la elaboración de un genograma y técnicas cognitivas.

Palabras Clave:

#### ABSTRACT

We report the case of a 51-year-old woman; she had been suffering from severe depression for the last 7 years. During that time, disability certificates for work were given to her on average for 50 days annually. In addition to these, treatment with three psychiatrists had proved useless. At the time psychotherapy was initiated with her family physician, the patient was also being treated by a fourth psychiatrist, who prescribed mirtazapine (*Remeron*) and ethyl loflazepate, a benzodiazepine. The latter, *Victam*, had been administered during the last 2 years. Family Medicine intervention focused on three areas: 1. Reincorporating the patient her into her work routine as soon as possible; 2. avoiding the use of Central nervous system CNS)-depressing drugs, and 3. teaching the patient a dynamic way of thinking to facilitate understanding the manner in which ideas can be changed by will. The patient was treated from April to September 2003, and treatment goals were achieved. One year later, in September 2004, the patient continued working without disability certification. She was given benzodiazepines for 2 weeks only during that time period, but the plan for long-term antidepressive drug administration remains in place. Techniques used in treatment included the patient's Background, the patient's Affect, the patient's most Troubling problem, the patient's Handling of the problem, and a response that conveys Empathy (the brief psychotherapeutic BATHE technique), the genogram, and cognitive techniques.

Key Words:

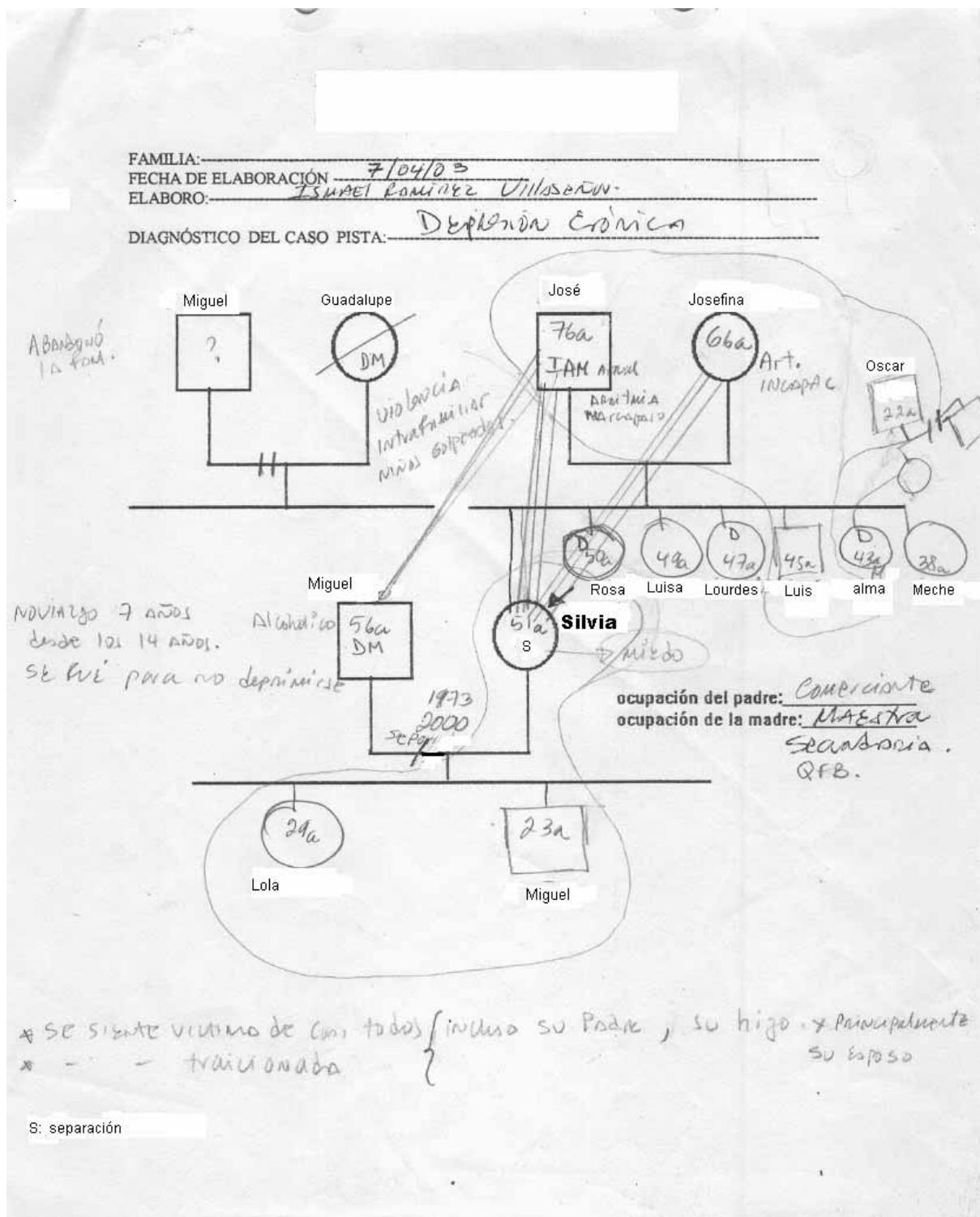
#### Presentación del caso:

Silvia –nombre ficticio- es una mujer de 51 años de edad, Química Farmacéutica Bióloga cuya profesión que no ejerce; actualmente es maestra de educación secundaria. Su caso es detectado, por tener acumulados 28 días de incapacidad médica con diagnóstico de *depresión crónica*. Su historial clínico muestra depresión con al menos siete años de evolución. El tratamiento psiquiátrico con múltiples medicamentos ha resultado ser poco útil. Ha estado incapacitada por períodos de hasta 50 días por año desde entonces. Se le han prescrito benzodiacepinas diversas tanto en la práctica privada como institucionalmente.

#### Abril 7, Primera sesión

Se muestra con angustia severa, llanto constante durante la entrevista, negatividad extrema y rasgos de agresividad, se declara totalmente incompetente para realizar su trabajo, y el motivo expreso de consulta es obtener certificado de incapacidad. Para entonces había abandonado el tratamiento psiquiátrico institucional habiendo tenido ríspidas relaciones con dos psiquiatras “quienes le recomendaron ya no volver con ellos”, misma situación que había ocurrido con un psiquiatra privado después de un año de tratamiento. En ese momento los criterios de diagnóstico de depresión<sup>1</sup> fueron ampliamente satisfechos por esta paciente. La escala de depresión mostró 13 puntos positivos de 15 posibles, (5 puntos son sugestivos de depresión)<sup>2</sup>. El mismo día se inicia la elaboración de su genograma (Figura I) de acuerdo a los estándares habituales<sup>3,4</sup>. Se utiliza la técnica BATHE, (BATHE acrónimo del Inglés por: *Background, Affect, Troubling, Handling, Empathy*, en Español: Situación ambiental, afectos o emociones, problematización, manejo de los problemas, y empatía.) se logra la identificación de los sentimientos predominantes<sup>5,6</sup>: desesperanza y humillación; el conflicto principal ocurre en función de la relación con su esposo. (McCulloch afirma que la validación de los sentimientos ayuda a restaurar la autoestima.).

Figura I.



El genograma que se presenta es una copia del original manuscrito hecho a partir de un formato impreso que se utiliza desde 1997. Los nombres de las personas son ficticios.

**N. del E.** El valor de este documento radica en que es prueba fehaciente del uso de un instrumento clínico arquetípico de la práctica médica familiar, tal cual lo utiliza un médico familiar en su ejercicio cotidiano.

En las siguientes tres sesiones semanales Silvia expresó sentimientos de haber sido traicionada por todos su familiares, su esposo, sus hijos e incluso sus padres que han tomado partido por su esposo. Relata que su marido fue su único novio, desde los 14 años, hasta los 21 en que se casó. Después “han sido 30 años de sufrimiento” debido a la violencia verbal de su marido. Hace 3 años su esposo dejó el hogar argumentando los síntomas depresivos crónicos de Silvia. Los familiares de Silvia le reclaman “su poco empeño en mejorar su depresión crónica”.

La terapia consistió en la escucha empática y la aceptación de sus sentimientos. Se hizo énfasis en la normalización de sus emociones y se estableció el compromiso de traer por escrito las emociones experimentadas durante la semana previa. El objetivo fue que lograra expresar el nombre de sus emociones y aprendiera a tomar control de ellas.

La estrategia consistió en motivarla para que expresara las situaciones que más le causan sensaciones desagradables. Los datos que proporcionó permitieron construir su genograma estructural y funcional, el cual sirvió de mapa para comprender su relato de vida, y permitir hacer preguntas nombrando al familiar específico.

Un primer objetivo conjunto fue lograr la disminución de las dosis de benzodiacepinas que la convertieron en dependiente y empeoraron su depresión<sup>7</sup>.

#### *Abril 24: Quinta sesión*

Se apreció progreso a juzgar por su expresión y cuidado personales, se había maquillado y la sesión terminó por primera vez sin llorar; se fijan los objetivos de volver al trabajo en 1 o 2 semanas, de no ser así las sesiones de psicoterapia llegarían a su fin. Explicamos la relevancia de reintegrarse al trabajo, y dejar la programación mental negativa: “El lunes no voy a poder ir a trabajar”. En este momento y aprovechando su nivel cultural, se explicó como *las ideas son circuitos neuronales ligados a experiencias afectivas que somos capaces de modificar*. Que las neuronas crean y debilitan circuitos según sean reforzados o abandonados a voluntad, y que esto es demostrable en el sentido biológico<sup>8</sup>. Se solicitaron TSH y T4 libre para descartar una posible enfermedad tiroidea que explicara las causas de la depresión crónica.

#### *Abril 30: Sexta sesión*

Se le dio la última incapacidad de siete días. Con respecto al abandono progresivo de la benzodiacepinas, hay mejoría. También toleró mejor la fluoxetina en lugar de la mirtazapina que es costosa y no es posible prescribir.

En lo psicológico su escrito – encargado como una “tarea”- consistió en balancear las razones por las que sufre y las razones por las que disfruta de la vida. Refirió sentir inconformidad con sus dos hijos “porque ellos querían que les siguiera sirviendo como antes, cuando eran niños”. Sus hijos parecen indiferentes a la depresión crónica de Silvia. Esto ocasiona sentimientos de tristeza, desilusión, e injusticia. “El día que me muera van a sufrir porque no me supieron valorar”. Se hace una reflexión sobre el significado de estas palabras y los sentimientos de revancha que conllevan.

Al pedirle que describiera su vida de niña, Silvia descubre que su madre vivió una relación similar de indiferencia de sus hijos ante su sufrimiento. Su madre no tenía autoridad sobre sus hijos, su suegra decidía. Silvia veía como su madre lloraba pero no compartía su sufrimiento. Silvia, entonces de 12 años, “le daba igual”, es decir era indiferente ante el sufrimiento crónico de su madre. Ahora reflexiona sobre su propia situación, “no había visto la situación de esa manera”. Silvia describe su infancia como feliz, aunque reconoce la sobreprotección de que fue objeto gran parte de su vida, culpa a su familia por ello. En este punto se le explica el concepto psicobiológico de “la verdad”, es decir lo que consideramos como verdad depende de circuitos cerebrales previos al nuevo conocimiento, así como de la expresión genética<sup>9</sup>. Se utilizó el ejemplo oral y escrito de 2+2=? Obteniendo una respuesta inmediata = 4, sin resistencia psicológica. En cambio si decimos que 2+2= cualquier número diferente a 4, sentimos de inmediato la inquietud interior de que algo no encaja (No entra en nuestros circuitos), la insistencia para aceptar un resultado diferente a 4, podría producir malestar creciente. La razón es que tenemos circuitos donde el enunciado 2+2= 4 cabe perfectamente, esta es una verdad aprendida, no innata.

Nuestra verdad de tiempo atrás no es la misma que ahora, a menos que sea reforzada continua y activamente. Esta explicación produjo un silencio significativo en Silvia. Escribe Izquierdo-Rojo: ...*El cerebro tiene gran plasticidad, y si vamos adquiriendo nuevas ideas y experiencias que “choquen” o no encajen con las previas, al principio las reputaremos de errores, pero si el bombardeo es grande, llegará a modificar los primitivos circuitos y patrones temporo-espaciales de las corrientes que por ellos circulan. Ello nos permite cambiar de ideas.* Se le explicó que los circuitos neuronales de los recuerdos hacen conexión con otros circuitos que representan emociones, positivas o negativas, y que nosotros podemos reforzar o debilitar esas conexiones empezando por identificar las emociones, denominarlas, describirlas, y aceptarlas reconociendo que no vienen del exterior sino del interior de la persona. De manera que los recuerdos ligados a sentimientos dolorosos se siguen recordando, pero ya no tan intensamente ligados a la emoción que nos lastima.

*Mayo 14: Séptima sesión*

Los resultados de la TSH y T4 libre total fueron normales: 2.81 y 1.25 mcg/dL respectivamente, lo que descartó la enfermedad tiroidea. Ese día comenta que sus hijos han mejorado su trato con ella, que se siente con más energía, incluso ya se “mete a la cocina con gusto” y prepara la comida. Reconoce un cambio sustutivo en relación a los motivos por los que sufrió según la lista que entregó hace dos semanas. Su perspectiva con respecto a la separación de su esposo es ahora menos negativa, incluso encuentra aspectos positivos, “esto ha sido una liberación”.

Reconoce que los problemas pueden ser vistos desde distintos ángulos. Habla con energía, mira de frente (antes rehuía la mirada) y refleja sinceridad en sus expresiones. Se hace una reflexión cautelosa acerca de que la depresión es una enfermedad crónica con recaídas y que requiere tratamiento a largo plazo. Con respecto a la dependencia a benzodiacepinas<sup>10</sup> hubo un avance considerable. Abandonó el uso de Loflazepato de etilo y no fue necesario suplirlo por dosis decrecientes de clordiacepóxido. El método recomendado por el *British National Formulary* para retirar las benzodiacepinas es cambiar a dosis equivalentes de diazepam o clordiacepóxido tomada de preferencia por la noche. Reducir la dosis cada 15 días 2 a 2.5 mg; si hubiera síntomas de suspensión mantener la dosis hasta que el síntoma mejore. Reducir la dosis progresivamente si es necesario con reducciones menores. Suspender por completo (el tiempo necesario puede ser de cuatro semanas a un año o más).

*Junio 11: Octava sesión*

Se muestró animada, afable, sonriente, sin embargo desde 22 días antes no había acudido a trabajar debido a que pidió un permiso en la escuela donde labora. La razón fue que había dejado de dormir por las noches y dormía de las 8 de la mañana a las 4 de la tarde. De nuevo no realizaba las labores del hogar, ya que durante la noche intentaba dormir, además su hermana médica, le recomendó nuevas benzodiacepinas. Relata disputas con su esposo ocurridas en las últimas dos semanas, gesticulaba con desprecio. Se le confrontó con la interpretación de que parecía existir ambivalencia hacia su marido, por un lado desprecio y por otro dependencia de su aportación económica. Abiertamente afirmó que no había buscado la separación legal, porque estaba esperando su participación en una herencia que habría de recibir su esposo.

Plan: Se le dio por escrito un instructivo para reubicar el periodo de sueño durante la noche, (*Terapia de restricción del sueño*)<sup>11</sup>, verificando su comprensión. Se enfatizó sobre el riesgo de usar benzodiacepinas de nuevo.

*Junio 25: Novena sesión*

Reacomodó su horario de sueño, se ubicó de 2 AM a 9 AM. La sesión transcurrió en un ambiente optimista, relató como está trabajando y superando problemas menores. No hubo síntomas aparentes de depresión. Continuó sin benzodiacepinas y tomando fluoxetina 20 mg al día.

*Agosto 6: Décima sesión*

El periodo de sueño era de 11 PM a 7 AM, la mejoría es percibida por la paciente y el médico.

*Septiembre 19: Décimo primera sesión*

Acudió refiriendo “recaída”, la sesión termina otorgando la seguridad de que podría acudir en el futuro –solicitando- cita para hablar sobre la problemática que le ocurriera. *Revisión del expediente clínico de Silvia*. Ha estado acudiendo cada mes por su prescripción de fluoxetina o paroxetina, se agregó en ocasiones ranitidina, butilhioscina, y psyllium plantago para tratar un síndrome de intestino irritable (muy probable somatización), pero no requirió de incapacidad laboral. En el mes de marzo, se le prescribió clonacepam 5 gotas por la noche por dos semanas que equivalen a 13 mg de diazepam. También se explicó técnica básica para manejo de estrés.

*Discusión del caso:*

El reporte de casos constituye la forma más básica de obtener evidencia de eficacia en medicina (Nivel 4) en la clasificación del Centre for EBM de Oxford<sup>12</sup>, y nivel 3 de la clasificación SORT (*Strength Of Recommendation Taxonomy*)<sup>13,14</sup>. En el caso que se reporta, la mejoría observada podría deberse a la historia natural de la depresión de Silvia y no a la acción específica de las intervenciones efectuadas. Sin embargo, la evolución clínica hasta antes de las intervenciones descritas, apuntaban hacia el empeoramiento clínico. (Se acepta ampliamente que la depresión interfiere muy significativamente la capacidad para las funciones rutinarias diarias<sup>15</sup>) y la mejoría de Silvia en este campo fue muy notorio. Tampoco se pudo descartar que el resultado positivo fuera fruto del efecto placebo producido por la relación médico-paciente y no del efecto terapéutico específico de las técnicas utilizadas. De igual forma, la mejoría lograda podría deberse al retiro de las benzodiacepinas. Por consiguiente, el modelo de caso clínico no permite la generalización de los resultados obtenidos, ya que no es posible afirmar relación causa-efecto entre las variables del estudio.

Este reporte se inscribe dentro de la investigación cualitativa, en la que la finalidad es aproximarse a la comprensión del fenómeno<sup>15</sup>, en este caso la depresión de una persona concreta: Silvia. Sin embargo, se tienen hallazgos similares en una veintena más de casos. La aportación principal de este reporte, es la demostración de que la utilización de técnicas provenientes de diferentes ámbitos, produce una sinergia terapéutica que podría ser sorprendente. Además se propone, que el médico familiar, por su formación multidisciplinaria sea el profesional que más fácilmente pueda integrar los conocimientos de la psicología y la biología, y lograr la centralización de la atención médica en la persona; estos es **hacer medicina enfocada en la persona**.

Finalmente, este reporte aspira a lograr la credibilidad que señala Rozenfeld: “*la credibilidad de la investigación cualitativa depende de que el autor convenza al lector que realmente estuvo ahí viviendo la experiencia... debe contener la convicción suficiente para habilitar a otros a realizar y vivir la misma experiencia, y puedan apreciar la verdad de lo relatado*”<sup>15</sup>.

## Referencias

1. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in women; Diagnostic and treatment considerations. Am Fam Physician 1999;60:225-34.
2. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The geriatric patient: A systematic approach to maintaining health. Am Fam Physician. Feb 15:2000. En: [www.aafp.org](http://www.aafp.org). Consultado el 22 de Mayo de 2004.
3. Rakel RE. The problem-oriented medical record. En Rakel RE. ed. Essentials of Family Practice. 1st ed. Philadelphia:W.B. Saunders; 1993:152-169.
4. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genogramas. Instrumentos útiles para médicos familiares. En. Irigoyen-Coria AE. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 2<sup>a</sup> ed. México D.F: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2004:55-71.
5. McCulloch J, Ramesar S, Peterson H. Psychotherapy in primary care: The BATHE technique. American family physician 1998;57:2131-2134.
6. Crouch MA, Williamson DS. Family Dynamics. En Rakel RE.ed. Essentials of Family Practice. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993: 24-31.
7. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines, side effects, abuse risk and alternatives. Am Fam Physician 2000;61:2121-28.
8. Kandel ER. Mecanismos celulares del aprendizaje y memoria en: Neurociencia y conducta. 1a ed. Madrid: Prentice Hall;1997:715-744.
9. De la llamada “verdad”. Izquierdo-Rojo JM. Del mitos al logos. Ensayos sobre biofilosofía. 1<sup>a</sup> ed. Santander, España. Servicio de Publicaciones de la Univ. De Cantabria; 2001:122-129
10. Eddy M, Walbroehl GS. Insomnia. Am Fam Physician 1999;59:1911-16
11. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines BMJ 1999;318:593-659.
12. Ebell MH, Siwek J. Am Fam Physician: Doing more to help you get best evidence. [Editorial] Am Fam Physician 2004;69(3):483-486
13. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Wolf SH, Susman J, Ewigman B, Bowman M. Strength of recommendation taxonomy (SHORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician 2004;69(3):548-56
14. Webb MR, Dietrich AJ, Catón W, Schwenk TL. Diagnosis and management of depression. Monograph No. 2. 2000. de American Family Physician. En colaboración con NIH, National Mental Health Association, American Psychiatric Association, y National Alliance for the Mentally Ill.
15. Rozenfeld-Levites M. Estudios cualitativos em medicina de familia: Um recurso educational. En: Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de familia. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo, Brasil: SOBRAMFA; 2003:237-625

## Agradecimientos

A “Silvia” por la confianza para relatar su historia de vida. A Tzinti Ramírez Reyes e Irma A. Reyes Bravo por la revisión ortográfica y de estilo del manuscrito.

*Conflictos de interés:* El autor no recibe, ni ha recibido sueldo o cualquier otro beneficio económico, o promocional de alguna compañía fabricante o distribuidora de los fármacos mencionados en este artículo.