

- JORNADA DE DEBAT EN GESTIÓ CLÍNICA:
DEPRESSIÓ



GRUP SALUT MENTAL CAMFIC
Barcelona Març 2014

CONDICIÓ HUMANA

```
graph TD; A[CONDICIÓ HUMANA] --> B[SENTIMENT AGRADABLES]; A --> C[SENTIMENTS DESAGRADABLES]; B --> D[IMPRESCINDIBLES PER LA SUPERVIVÈNCIA]; C --> D; D --> E[ADAPTACIÓ A LA REALITAT];
```

SENTIMENT AGRADABLES

SENTIMENTS DESAGRADABLES

- Tristesa
- Ràbia
- Indignació
- Avorriment
- Impotència
- etc

IMPRESCINDIBLES PER LA SUPERVIVÈNCIA

ADAPTACIÓ A LA REALITAT

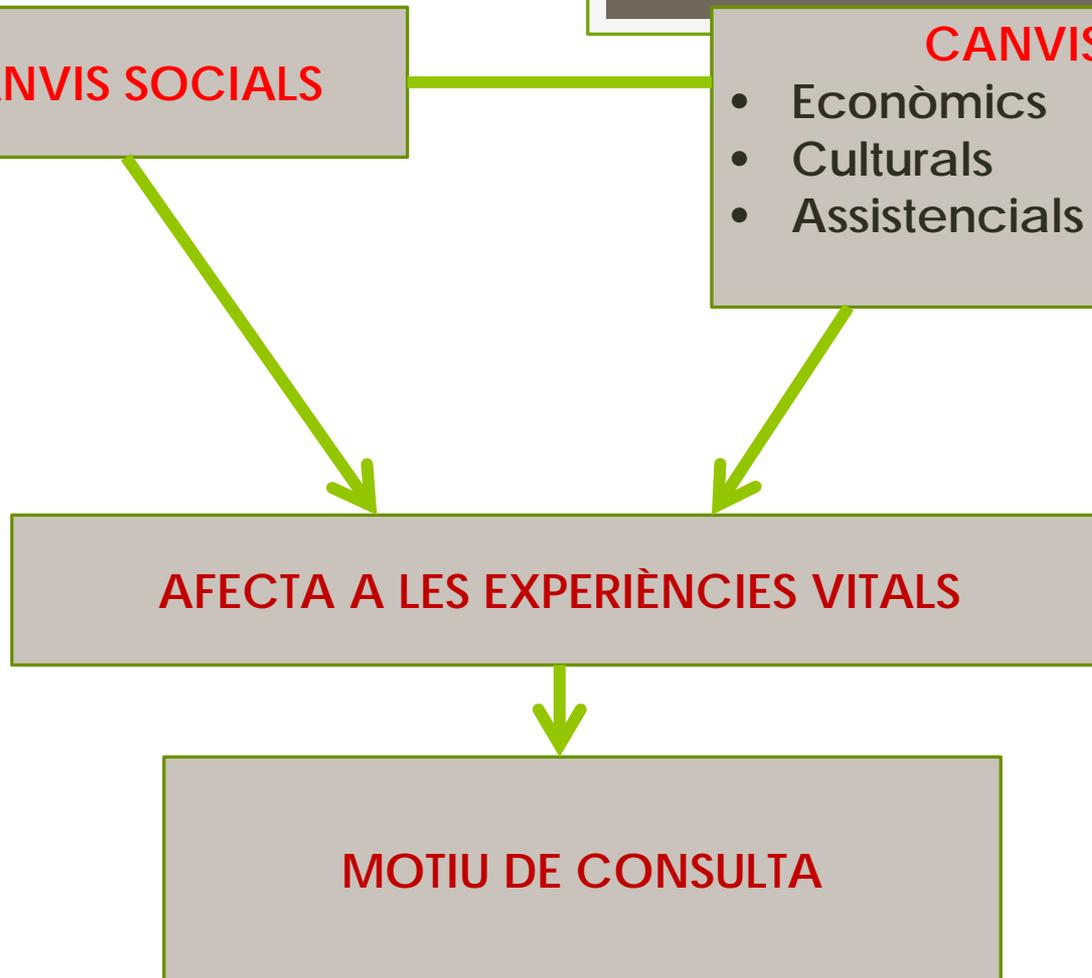
CANVIS SOCIALS

CANVIS POLÍTICS

- Econòmics
- Culturals
- Assistencials

AFECTA A LES EXPERIÈNCIES VITALS

MOTIU DE CONSULTA



SENTIMENTS

- Ràbia
- Tristesa
- Indignació
- Etc



DESCONTEXTUALITZEM

COSIFIQUEM



PSIQUIATRITZACIÓ

PSICOLITZACIÓ

- Soledad Márquez, Ricard Meneu. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. Verano 2003 pp.47-53.
- Gervas J, Pérez Fernandez M. El auge de las enfermedades imaginarias (editorial). *FMC* 2006; 13(3): 109-111.

Top 20 de no-enfermedades en orden descendente de "no-enfermedad"

(votación lectores BMJ)

Smith R. In search of non disease. BMJ 2002; 324: 883-5.

- | | |
|-----|---------------------------------|
| 1. | Envejecimiento |
| 2. | Trabajo |
| 3. | Aburrimiento |
| 4. | Bolsas en los ojos |
| 5. | Ignorancia |
| 6. | Calvicie |
| 7. | Pecas |
| 8. | Orejas grandes |
| 9. | Canas, pelo gris |
| 10. | Fealdad |
| 11. | Parto |
| 12. | Alergia al siglo XXI |
| 13. | Jet lag |
| 14. | Infelicidad |
| 15. | Celulitis |
| 16. | Resaca |
| 17. | Ansiedad por el tamaño del pene |
| 18. | Embarazo |
| 19. | Cabreo al volante |
| 20. | Soledad |

- Aquest procés que “ anomenem medicalització ” te tres aspectes bàsics :
 1. Referir com a malaltia qualsevol situació de la vida que comporti limitació, dolor, tristesa, insatisfacció o frustració
 2. La equiparació de factor de risc amb la malaltia
 3. la ampliació dels marges de malalties que si ho són , augmentant així la seva prevalença

- Tot això origina intervencions diagnòstiques i/o terapèutiques de dubtosa eficàcia o eficiència.

Isabel del Cura y Alberto López García-Franco La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria.

www.atopos.es/pdf_07/medicalizacion-vida.pdf

- Difícil saber be quantes persones consulten per problemes de la vida quotidiana , DEGUT a :
 - Dificultat de traçar una frontera entre NORMAL – PATOLÒGIC
 - Les demandes a AP són múltiples en una única consulta.
 - També hi ha visites disfressades amb símptomes somàtics.

DIFÍCIL CARACTERITZAR AQUESTA POBLACIÓ

Ortiz Lobo A.Sobrado AM. *El malestar que producen los problemas de la vida. AMF 2013;9(7):366-372*

- Sabem que el 24,4 % de derivacions des de AP a CSMA no tenen cap trastorn mental .
- També sabem que el 50%, d'aquest 24,4 % arriba a SM amb psicofàrmacs i el 42 % porten antidepressius.

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

Normalitat / Anormalitat

- Ambdós conceptes poden ser equivocs, ja que la conducta humana està motivada per factors interns i externs que amb freqüència són compartits per un grup social però no per totes les cultures, per tant el que en un lloc és un comportament anormal en un altre pot ser normal.
- La separació entre el normal i patològic és conjuntural, depèn del significat que li és atribuït en diferents èpoques i entre distintes cultures

Fernández Liria A. Conceptos sustantivo y pragmático de la enfermedad mental. En: Baca E, Lázaro J(editores) Hechos y valores en psiquiatría. Madrid.Editorial Triacastela, 2003.

Normal / Anormal

- La frontera entre normal i patològic han estat establertes per experiències de patiment en diverses cultures.
- Per tant el malestar no és una cosa única en si sinó el resultat d'una interacció (biològica , cultural, social i psicològica)
- Tot i els esforços per objectivar la malaltia mental (DSM, CIE), els índex de concordança entre professionals de la salut a l'hora de fer un diagnòstic és extraordinàriament baix ja que la subjectivitat i prejudicis del terapeuta són determinants.
- **GOOD, B. & GOOD, M. J.**, 1980. *The Relevance of Social Science for Medicine* (L. Eisenberg & A. Kleinman, ed.), pp. 165-196
- **Rosenhan DL.** On being sane in insane places. *Science* 1973; 179: 250-258.

- El DSM V, considera la tristesa com una malaltia mental, El DSM V considera que la tristesa passaria a ser patològica al cap de 2 setmanes
- En contraposició amb les anteriors edicions on la tristesa (dol) després de la mort, un psiquiatra hauria d'esperar 1 any (DSM II) o 2 mesos (DSM III), abans d'etiquetar la tristesa, trastorns del son , pèrdua de la gana o de les forces , agitació o dificultat de concentració o altres alteracions psicològiques o fisiològiques com a conseqüència de una gran pèrdua (DEPRESSIÓ)
- De fet no hi ha cap evidència científica de quina és la durada normal d'un patiment per una pèrdua.
- Living with grief. Editorial.*The Lancet*.Vol 379 February 18, 2012.
- Arthur Kleinman Harvard University. Culture, bereavement, and psychiatry. Vol 379 February 18, 2012
- M. León-Sanromà Novedades i controversias del DSM V. FMC 2014;21(1) 1-2
- M.Leon-Sanromà et al Nos pasamos al DSM V .Aten.Primària 2014;46(1) 4-5

Infradiagnòstic en depressió ?????

- Estudi fet a EEUU de les 5.639 persones diagnosticades per DSM IV de depressió major, una vegada revisades només el 38,4% complia els criteris.

- Dr. Ramin Mojtabai of the department of mental health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore. **Depression overdiagnosed and overtreated in U.S. adults** Clinical Psychiatry News Digital Network <http://www.familypracticenews.com/>. Accés 07/05/2013

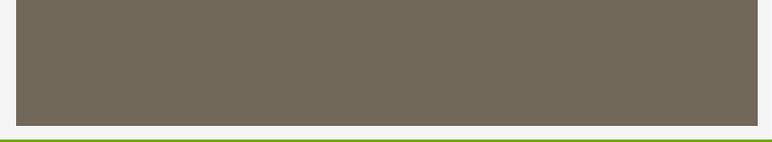
NORMAL

- La persona té major coneixement de si mateixa.
- Compren clarament la seva conducta i sentiments.
- Té una bona autoestima
- Se sent acceptat/da pel grup i està tranquil·la amb els altres.
- Actua amb llibertat d'acció.
- És capaç d'acceptar els seus desitjos i pensaments sense ànim de revenja o culpabilitat.

DEPRESSIÓ

- Els trastorns depressius constitueixen un grup enormement heterogeni de quadres clínics , quina severitat es distribueix en un “continuum” que avarca des de quadres de dubtosa o inconsistent significació clínica i pròxims a les reaccions emocionals no patològiques fins a quadres severs amb gran afectació funcional i risc vital..

Elena Ezquiaga Terrazas a, et al. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (111), 457-475..



**PSICOTERÀPIA
VS
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC**

- Alguns metanàlisis i revisions sistemàtiques mostren que les intervencions psicoterapèutiques indiscriminades en el malestar (dol normal , víctimes de catàstrofes) empitjoren el pronòstic de les persones que ho pateixen.

- Rose SC et al, Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. Cochrane Database of systemic reviews.2002.Issue 2 Art.Nº CD000560.
- Currier JM, et al. The Effectiveness of bereavement interventions with childre. J.Clin.ChildAdolesc.Psychol.2007;36(2).253-9
- Ortiz Lobo.A. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF.2013;9(7):366-372

**30% a 40% de les
persones amb depressió
no major, ansietat i/o
trastorn d'angoixa
responen al placebo.
(Beitman 1993).**

Hi ha evidència de que la
psicoteràpia + tractament
farmacològic és superior a
cada estratègia per separat.

Depression in adults. NICE 2011

Des de la Primària

- **Indicació de No-tractar**, de per sí te elements psicoterapèutics . (prevenció quaternària). Com que no sabem com evolucionaran molts pacients i compartim junt amb ells aquesta incertesa , proposem una espera vigilant davant postures intervencionistes que poden produir danys. Col.loca a la persona en una posició activa , no passiva, li donen **protagonisme, responsabilitat i autonomia**.
- 1. Resignificació dels símptomes, que el pacient viu com a senyals de malaltia i tributaris de intervenció, en una **resposta emocional sana, legítima, adaptativa i necessària**.

Ortiz Lobo.A. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF.2013;9(7):366-372

Des de la Primària

- **Teràpia de resolució de problemes.** Útil en AP, fàcil d'aprendre , cost-efectiva, relativament breu, i per tant factible a l'AP.
 1. Indicada en trastorn depressiu d'intensitat lleu a moderada, Trastorn d'ansietat, trastorn adaptatiu.
 2. Pot ser impartida per infermeres o metges.

Javier Garcia-Campayo, Isidoro Hidalgo, Fernando Orozco. Psicoteràpia de resolució de problemas en atención primària. 2006. ArsMedica.

Mynor-Wallis LM, Problem-solving treatment : evidence for effectiveness and feasibility in primary care. In J Psychiatry Med 1996;26:249-262

Des de la Primària

- **Biblioteràpia**

- **Teràpia Interpersonal en AP. (Klerman 1984)**

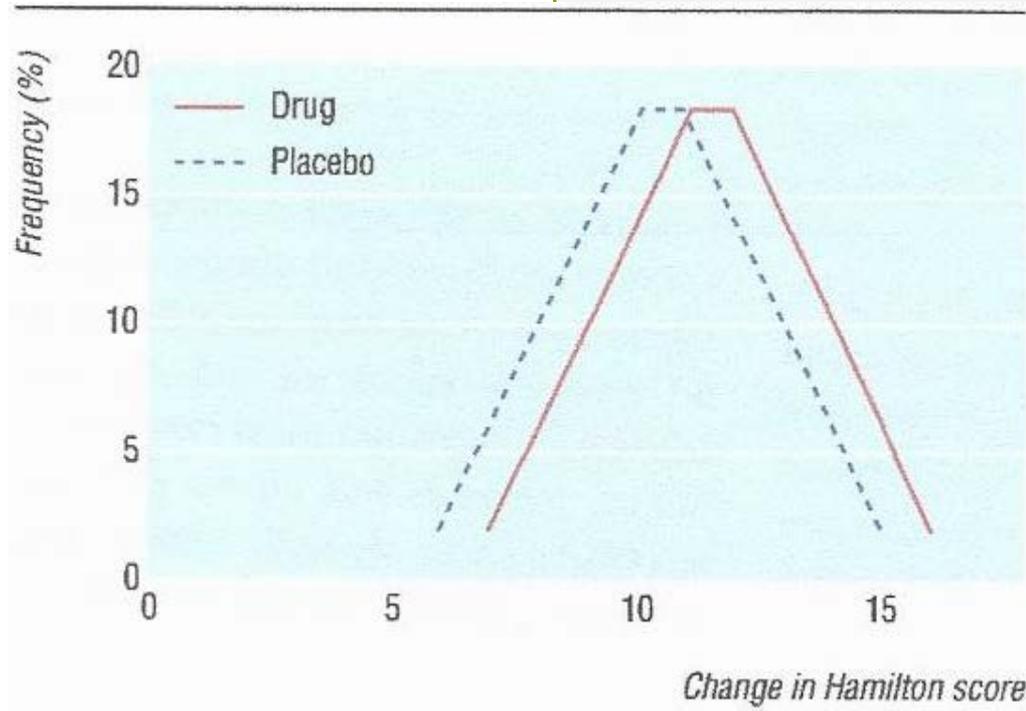
Dissenyada per a persones amb símptomes d'ansietat, depressió en relació amb esdeveniments vitals estressants i que no tenen un trastorn mental greu. (6 sessions de 30') focalitzat en el funcionament psicosocial actual del pacient i pot ser practicat per professionals d'AP (T. Socials, infermers/res, metges) prèvia formació.

- M. Dieguez. Psicoteràpia en AP: consejo interpersonal para la depresión. Medifam.2001;11 156-162.

Des de la Primària

- **Psicoteràpia de suport** .- Te com objectiu reduir l'ansietat per tal de millorar el funcionament individual , evitant el desentrenament de les habilitats adquirides fomentant autonomia i contacte amb la realitat.
- Prado Ordoñez M. Psicoterapia de apoyo en AP. Rev Clin Med Fam 2008;2(5) : 226-235

- Si no canviem el model, des de la primària és molt difícil assumir un mínim de psicoteràpia , assumint la heterogeneïtat dels equips
- Sense posar el temps com una única excusa, si que és cert que hi ha molts equips que fan 40 visites diàries i per tant aquesta intervenció és poc realista.



Joanna Moncrieff, Irving Kirsch **Efficacy of antidepressants in adults**
BMJ VOLUME 331 16 JULY 2005

ESTUDIS SOBRE EFECTIVITAT FÀRMACS

- En un metanàlisi fet amb 29 treballs publicats i 11 no publicats sobre l'efectivitat de la paroxetina en depressió major, va arribar a la conclusió que paroxetina no era superior al placebo en tractament de la depressió no major. Tot i que donaven un marge de millora amb paroxetina, havent de tractar 100 persones per tenir beneficis en 11 persones.

Corrado Barbui MD et al . Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults. CMAJ 2008 ; 178(3) :296-305

ESTUDIS SOBRE EFECTIVITAT FÀRMACS

- A l'AP només 1/3 part dels pacients tractats obtenen remissió completa de la simptomatologia als 3 mesos de tractament.
- Dels que responen el 50% ho fan després de 8 setmanes de tractament.
- El NNT per trobar una millora va de
 - 4 per ATC
 - 6 per IRSS
- El NNT per tenir efectes adversos que provoquin la suspensió del tractament , és :
 - 5 a 11 per ATC
 - 21 a 94 per ISRS
- *Pharmacologic Management of Adult Depression. American Family Physician Volume 77, Number 6 . March 15, 2008*

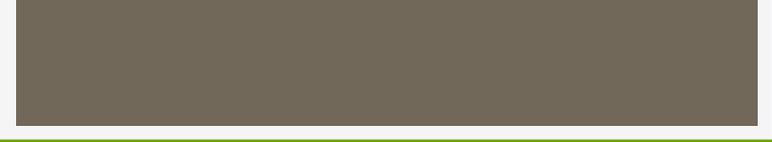
ANTIDEPRESIUS ISRS



PAROXETINA	20-60 mg/d
FLUVOXAMINA	50-300 mg/d
FLUOXETINA	20-60 mg/d
SERTRALINA	50-200 mg/d
CITALOPRAM	20-60 mg/d
ESCITALOPRAM	10-20 mg/d

Es va fer un metanàlisi 2009 publicat a Lancet on recomanaven Sertralina i Citalopram per iniciar el tractament . *Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373:746-58.*

Germans Trias i Pujol BUTLLETÍ DEL MEDICAMENT Serveis de farmàcia i farmacologia clínica Volum 7. Número 35. Any 2.005



- COM ENS COMUNIQUEM

RELACIÓ AP – SM

- Una de les portes d'entrada per excel·lència del S. Sanitari és l'atenció primària i la primària la configuren professionals que es troben a primera línia, administratius, infermeres , metges i alguns especialistes, sotmesos a les mateixes forces de canvi, d'ells depèn en gran part la gestió de la demanda i per tant
- També ser la via d'accés a les especialitats de segon nivell, en el nostra cas a l'atenció a la Salut Mental

RELACIÓ AP – SM

- Redefinir tant la relació com la qualitat d'aquesta relació dels dispositius de salut mental amb l'A.P. i d'aquesta amb la comunitat , implica reorientar i redefinir el concepte de Salut, per tant implica

- La atenció a la Salut Mental no es pot compartimentar
Canvi de model.



Opinions en psiquiatria

Atenció psiquiàtrica al alcance de todos
D.J. Palao Vidal

MODEL DE COL·LABORACIÓ I INTERCONSULTA

- Corresponsabilitat territorial
- Aplicació MBE psiquiatria ++
- Formació basada en casos
- Coste-efectivitat superior

Assistència especialitzada
Equipo de Salud Mental

- Exclusió de primària
- Menos eficient
- Menos efectiu en TM
més prevalents

(MBE: medicina basada en la evidència)

Palao, DJ; Psiquiatria y AP, 2003

Figura 1. Modelos de relación primaria-salud mental.

CAMBI DE MODEL

- “consultar” en lloc de “derivar”
- Variar tipus de consulta: consulta puntual, transferència transitòria de responsabilitat, seguiment patologies d'altre nivell...
- interconsultes virtuals
- intercanvis “sense papers”

Roser Marquet. Fòrum professió mèdica. Àmbit Atenció Primària. 2012

CAMBI DE MODEL

- En moltes situacions es pot evitar que el consultor visiti el pacient, només cal la seva opinió i consell. Això faria més eficient el temps dels especialistes i podrien dedicar-se a pacients de més complexitat.
- Aquesta mesura, a més de disminuir el volum de pacients que arriben a salut mental, millora el nivell de resolució de l'AP i és una eina de formació continuada.

Roser Marquet. Fòrum professió mèdica. Àmbit Atenció Primària. 2012

RELACIÓ AP – SM

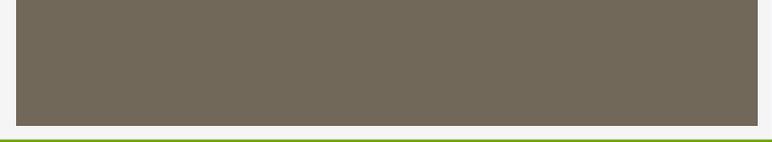
- Programa suport a la primària
 - Projecte NEXT (SAP Vallès Occidental, Unitat de Salut Mental de Badia del Vallès, CSMA Corporació Parc Taulí , CSMA Cerdanyola- Ripollet de Parc Sanitari Sant Joan de Deu).
- També dir que el PSP no és uniforme a tot Catalunya , com exemple Berguedà.

PROBLEMES o BARRERES. HISTÒRIA CLÍNICA

- L' e-cap, en la versió actual, no és adequada per poder fer-ho. Afavorint una **visió fragmentària de** procés , el que empobreix el pensament integrador de la medicina de família, dificulta la reflexió clínica i facilita l'oblit del que és fonamental : La comunicació interpersonal i la importància de la narració i els contextos.
 - Hi falta un espai específic a l' e-cap per recollir els aspectes bio-psico-socials de manera integrada.
-

Grup Salut Mental Camfic.2013.

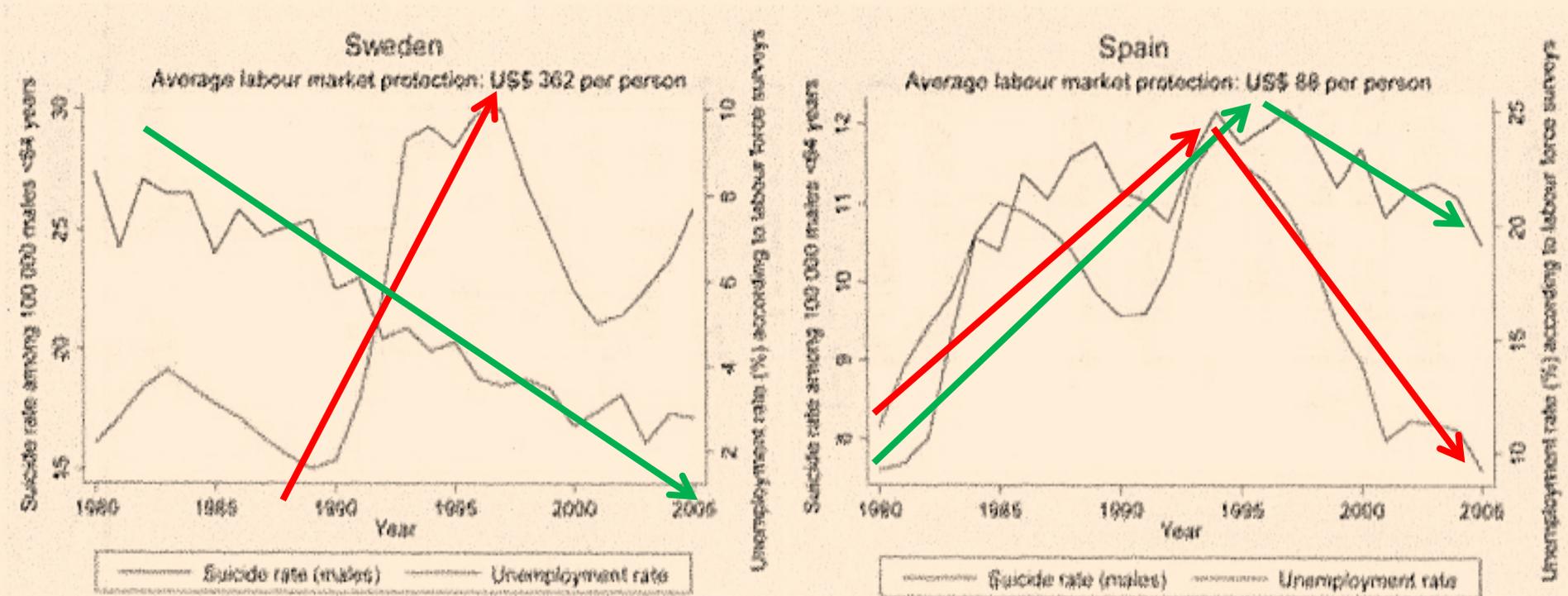
M.León Santromà et al Aten.Primària .2009;41(8):427-428



- **RISC DE SUÏCIDI**

Recessió econòmica i salut Mental

Fig. 6. Unemployment rate and suicide rates per 100 000 males in Sweden and Spain, 1980–2005



Impact of economic crises on mental health. World Health Organization 2011

Atur

Suici
di

SUÏCIDI

- El 75% de les persones que han fet un intent de suïcidi han vist el seu metge d'atenció primària l'últim any .
- El 45% l'han vist l'últim mes.

Entrevista clínica

○ **Biològic**

- Edat 20 a 24 anys; majors de 65 anys
- Dona

○ **Psicològics**

- Incapacitat d'experimentar plaer.
- Història d'intents de suïcidi (personal o familiar)
- Desesperança
- Insomni
- Irritabilitat
- Història psiquiàtrica , personal o familiar, de depressió major, ansietat (exemple. Estrès posttraumàtic), trastorn límit personalitat, esquizofrènia.
- Ansietat severa
- Ús i abús de substàncies amb dependència.

Entrevista clínica

○ Entorn/social

- Possibilitat de mitjans (armes o medicaments)
- Canvis en els plans de futur (fer un testament o canviar un testament o preparar l'enterrament)
- Recent diagnòstic de malaltia greu
- Recents suïcidis en la comunitat .
- Circumstància estressant de la vida (mort d'una persona volguda, pèrdua de feina, trencament d'una relació)
- Solter o amb poc suport social.

ALGUNES PREGUNTES A FER

- Ha pensat vostè recentment en treure's la vida ?
- Ha pensat vostè en com podria treure's la vida. Té algun pla?
- Que el fa contenir-se davant aquest pensament?
- Té vostè la intenció de seguir pensant en suïcidar-se.

- Quins plans té pel futur?.
- Té algú a la família que hagi fet algun intent de suïcidi.
- Té algú de la família que hagi estat diagnosticat de ansietat, depressió o altres problemes mentals?
- Pren regularment alcohol o drogues ?
- Ha patit pèrdua de la feina, o canvis en la vida social o familiar.
- Té algú de la família o amestat que se senti pròxim al que li puguí explicar els seus pensaments?
- Té tendència a ser impulsiu amb els seus pensaments?

DAVID NORRIS, MD, and MOLLY S. CLARK, PhD. Evaluation and Treatment of the Suicidal Patient. *Am Fam Physician*. 2012;85(6):602-605