



Sociedad Española de
Medicina Psicosomática
y Psicoterapia

Nuevos aportes para el diagnóstico y el tratamiento de la depresión

José L. Marín
México, enero de 2024
www.psicociencias.com



Puedes encontrar la presentación completa en:
www.psicociencias.com ➡ publicaciones ➡ noticias



Nosotros ▾

Formación ▾

IDAE-EMDR ▾

Asistencia e Investigación ▾

Publicaciones ▾

Aula Virtual  ▾

NOTICIAS

¿QUIERES ESTAR AL DÍA DE TODAS NUESTRAS NOVEDADES? ¡SÍGUENOS!

Programa de la sesión

- **Primera parte:** reconceptualización
 - *La depresión no es lo que era*
- **Segunda parte:** nuevos modelos de intervención
 - *Psicoterapia Breve Enfocada en el Conflicto (PBEC)*
 - *Indicación de No-Tratamiento*
 - *Integración de Recursos Terapéuticos*



Las cifras del terror, y la resignación institucional

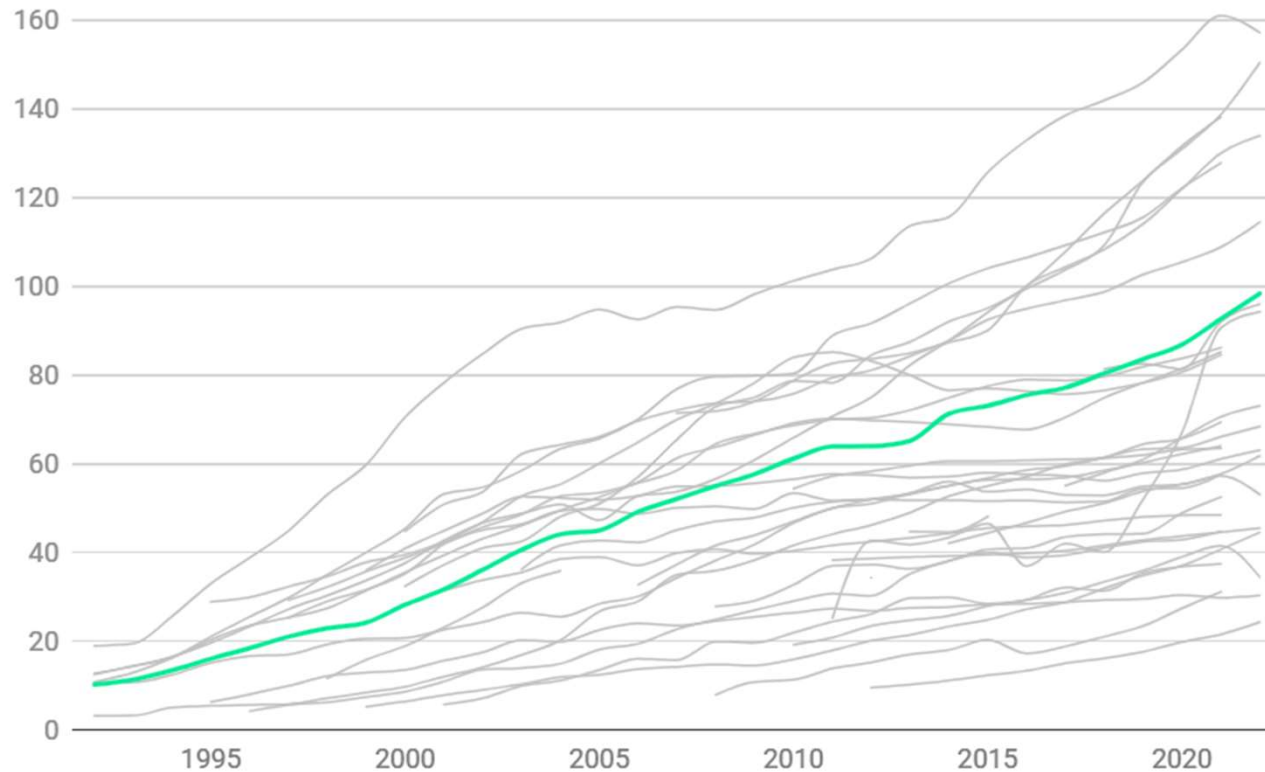
- Se estima que en los países con renta alta la prevalencia de depresión ha aumentado el 27,1 % y de ansiedad el 25,2 %, en los últimos años.
- En España, el consumo de antidepresivos ha crecido un 249% desde el año 2000, según indican los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)



El consumo de antidepresivos en España ha crecido un 249% desde el año 2000 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE)

Evolución del consumo diario de antidepresivos en la OCDE

En **verde** aparecen los datos de España. Dosis diaria por cada 1.000 personas.



Depresiones resistentes

- Día Europeo contra la Depresión: La depresión resistente al tratamiento suma cada año 44.000 nuevos afectados en España
- En algunos casos, la depresión puede instalarse en el tiempo y puede durar varios años; es lo que conocemos como depresión crónica.
- Si hay menos síntomas y éstos son menos intensos se le denomina distimia. Las personas que padecen distimia refieren que siempre o la mayor parte del tiempo están tristes.
- ¿Depresión resistente o depresión mal tratada?
- Tristeza ecológica



La depresión como metáfora

- ¿Depresión?... O “depresiones”
- La depresión no es una enfermedad del cerebro
- La depresión no es un problema de autoestima
- **Atentos a la psiquiatrización del Malestar:**
 - *Miedo, Rabia, Tristeza, Envidia, Agotamiento, Desesperanza, Desesperación*
- La “depresión” como manifestación cultural del sufrimiento.



Un caso

- Psicóloga. 44 años. Varios años de evolución con sintomatología “estandar”. “*Tienes una depresión de caballo*”. Tratada con varios antidepresivos, TCC, *Mindfulness* y varios meses de terapia psicoanalítica.
- Este último verano, “ataques de pánico” en Tenerife, que precisan atención urgente y reafirman el diagnóstico y... aumentan las dosis
- Consulta en septiembre, por “depresión resistente”.
- Situación actual e historia familiar....
- En resumen: sufre mucho, pero no está deprimida



La depresión

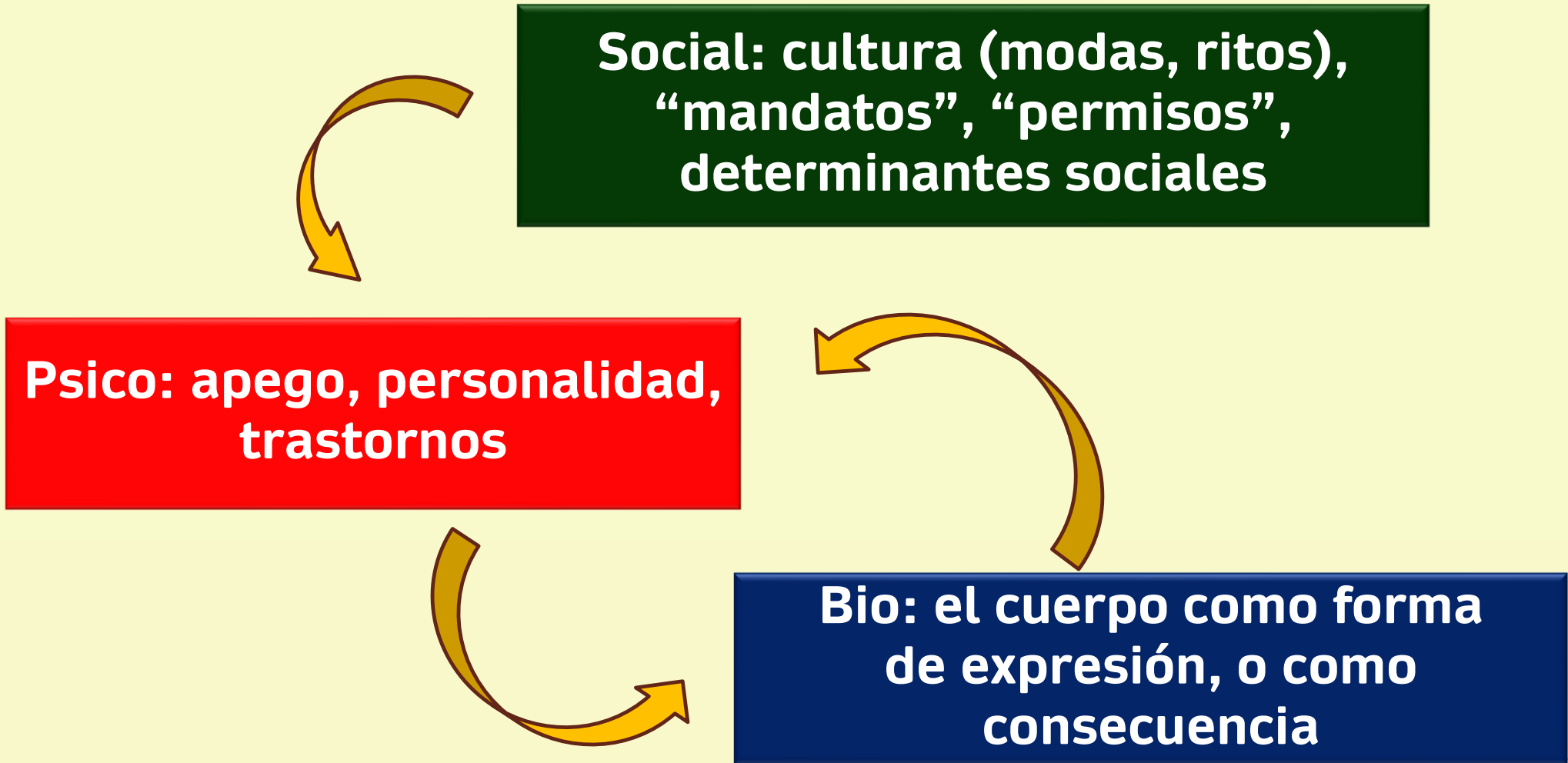
- Estado mental que se caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, desesperación, pérdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normal.
- Otros síntomas de la depresión incluyen sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida del placer en la realización de actividades, cambios en los hábitos de alimentación o dormir, y pensamientos de muerte o suicidio.



- Atención al sesgo categorial: depresión frente a persona “deprimida”
- Las personas deprimidas manifiestan su sufrimiento en todas las áreas vitales, no sólo como estado mental.
- La ruina de la dicotomía cartesiana: enfermedades mentales o enfermedades corporales.
- La depresión como “enfermedad sistémica”: socio-psico-biológica.



Revisando el sentido



**Social: cultura (modas, ritos),
“mandatos”, “permisos”,
determinantes sociales**

**Psico: apego, personalidad,
trastornos**

**Bio: el cuerpo como forma
de expresión, o como
consecuencia**

Aproximación clásica a “la depresión”

Explicación predominantemente biológica, propia del modelo médico:

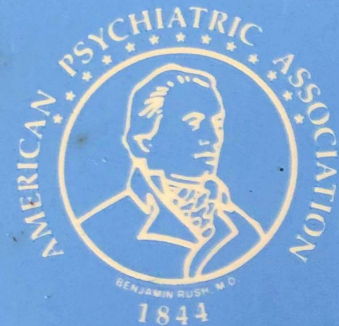
- Trastorno mental.
- Con componente genético.
- Que supone un desequilibrio bioquímico en el cerebro (enfermedad cerebral).



- Que se restituye con fármacos específicos.
- La psicoterapia ayuda, en algunos casos, o mantiene la situación de indefensión y dependencia
- Limita la agencia del paciente y lo considera (implícitamente) débil, enfermo, “sin voluntad”, dependiente de ayuda farmacológica: cronificación.
- Sin cambios en los últimos 35 años.



AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Jose Luis Marin MD
International Member #89034
Expiration Date: 12/31/2015
Total Years of APA Membership: 19

MEMBERSHIP CARD



Aproximación actual a “las depresiones”

- Explicación biográfica, modelo socio-psico-biológico:
- No hay una depresión: cada paciente es diferente.
- Determinantes sociales de salud.
- Experiencias infantiles adversas y Sistema PNEI.
- El trastorno es sistémico, no hay separación cuerpo-mente: la inflamación de la mente.



- La depresión como manifestación personalizada (y medicalizada) del sufrimiento.
- Psiquiatrización del malestar.
- *“La depresión no está en tu cabeza, está en tu vida”, J. Hari.*
- Y no aparece “de repente”: nuestra historia comienza el día en el que nuestros padres se conocen
- El diagnóstico y la intervención sólo pueden ser multifactoriales e integradas.



Diagnóstico de la depresión

- Al no ser una enfermedad del cerebro, no hay marcadores biológicos específicos que puedan ayudar.
- Las categorías diagnósticas DSM sólo permiten ver una parte del comportamiento advertido del paciente.
- Las pruebas psicodiagnósticas tampoco son específicas, confundiendo frecuentemente rasgos depresivos con respuestas al malestar.
- Como esto es así, el paciente suele venir diagnosticado “estoy depre”, “tengo depresión” (importancia de los medios de comunicación en la psiquiatrización de la vida).



- La depresión (como manifestación “psico”) es, en resumen, **una de las manifestaciones del sufrimiento humano**, el resultado (probablemente adaptativo) de una historia de conflicto crónico sin elaborar y muy frecuentemente silenciado.
- La separación académica y administrativa cuerpo-mente es una catástrofe para estas personas.
- **Necesitamos un modelo de evaluación socio-psico-corporal.**



Cada vez sabemos más cosas... de cosas más pequeñas

“debemos aspirar a que la vida no se reduzca al pragmatismo de los especialistas que ven las cosas en profundidad, pero ignoran lo que las rodea, precede y continúa...”

M. Vargas Llosa.

Discurso de aceptación del Premio Nobel de Literatura 2010



Historia de un fracaso

- La industria farmacéutica, verdadero “motor” de la medicina occidental, ha abandonado la línea de investigación de nuevos antidepresivos según el modelo clásico. Fluoxetina (Prozac) es el último gran logro del márketing farmacéutico.
- En psicología siguen utilizándose las mismas explicaciones de los últimos 50 años.
- Y cada vez hay más “pacientes”: la epidemia de depresión.



¿Epidemia de depresión?

- Epidemia de malestar.
- Con frecuencia confundido con “depresión”: la psiquiatrización de la vida y el DSM-5.
- La depresión como “enfermedad del cerebro”: el auge, y el declive, de la Psiquiatría Biológica. Ni un solo marcador.
- El diagnóstico, y el tratamiento, cronifican el cuadro.
- No hemos avanzado nada en los últimos 35 años.
- Y, como siempre, el motivo de consulta...



A large iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water line, while the vast majority of the iceberg is submerged below the surface. The sky is blue with some clouds, and the water is a deep blue.

El motivo de consulta:
Ansiedad, depresión...

El problema:

- Estoy triste
- Estoy enfadada
- Tengo miedo
- No sé lo que hacer
- No tengo palabras...
- Nadie me entiende
- No puedo más

La metáfora del iceberg

El humo y el incendio

Los tratamientos actuales: grandes ventiladores para disipar el humo



La depresión y el contexto



Las depresiones en su contexto

- El contexto (social y sanitario) categoriza a la persona como deprimido y lo trata, haciendo una definición: *“tienes una enfermedad como cualquier otra”*
- Entrando así en la espiral “los deprimidos son deprimentes” ...
- El diagnóstico (y su consiguiente tratamiento) puede cronificar el cuadro.
- Pasando del “estar” al “ser”



- Demasiado a menudo ese uso preferencial del lenguaje del déficit hace que olvidemos que **esa “depresiva” se llama Laura**, que es una mujer infelizmente casada cuya única hija está a punto de irse de casa para vivir con un hombre al que Laura no soporta, que se siente extremadamente sola porque su marido “pasa” de ella....



...y que está haciendo frente a cambios significativos en su vida, incluyendo la menopausia, la pérdida del trabajo, cuidar de su madre enferma y asumir la muerte reciente y traumática de su hermano en un absurdo accidente laboral.

- Y cargando con un trauma infantil silenciado.



¿Qué nos deprime?

- Enfermedades corporales. “yo también estaría deprimido”...
- Trauma relacional temprano y su “libro de códigos”.
- **Desconexiones (J. Hari).**
- Agotamiento: “La sociedad del cansancio” (Byung Chun-Han).
- Estrés psicosocial: los determinantes sociales.
- En resumen, vivir mal: estrés crónico normalizado.




Vincent Felitti y Kaiser Permanente

- 1985, Centro de Tratamiento de la Obesidad de Kaiser Permanente, San Diego (CA).
- Donna, 53 años, había perdido 45 Kgs. en un año; recuperados en los últimos 6 meses.
- Un lapsus:
 - *¿Cuánto pesabas (cuantos años tenías) cuando empezaste a tener relaciones sexuales?*
 - *18 Kilos*
 - *¿?*
 - *18 Kilos, a los 4 años, con mi padre.*
- Había que estudiar eso



Original Articles

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J Felitti MD, FACP A , Robert F Anda MD, MS B, Dale Nordenberg MD C,
David F Williamson MS, PhD B, Alison M Spitz MS, MPH B, Valerie Edwards BA B,
Mary P Koss PhD D, James S Marks MD, MPH B



- Vincent Felitti y Robert Anda del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) investigaron las experiencias traumáticas de la niñez de más de 17.000 pacientes voluntarios de Kaiser Permanente.
- Los 17.421 participantes eran voluntarios de Kaiser Permanente. Aproximadamente la mitad de la población son mujeres; 74,8% son blancos; la edad media es de 57 años;
- El 75,2% ha estudiado; todos tienen trabajo y buena atención médica porque son miembros de Kaiser Permanente, un sistema de seguro privado.
- Se preguntó a los participantes si habían pasado por alguna de estas diez categorías antes de los 18 años:



- Maltrato físico, recurrente
- Maltrato psíquico, emocional, recurrente
- Abuso sexual
- Negligencia física
- Negligencia emocional
- Exposición a la violencia doméstica
- Consumo de sustancias psicoactivas en el hogar
- Enfermedad mental de los miembros del hogar
- Separación de padres, o divorcio, conflictivo
- Conducta delictiva en el hogar, p. ej., encarcelamiento de un miembro de la familia

A.C.E.,s



Algunos resultados

- El 67 % de la población contaba, al menos, con una categoría.
- El 13 %, con 4 o más.
- Había una relación dosis-efecto entre los ACE y los estados de salud deficientes.
- En todo caso, ya tenemos el **qué**. Ahora faltaba saber el **cómo**



Alan Edward Guttmacher, 1949

- Director del Instituto Nacional de Salud infantil y Desarrollo Humano (National Institute of Child Health and Human Development) (2016):
“entender que los orígenes de la enfermedad están en el desarrollo infantil es el futuro de la medicina”



Los determinantes sociales

- Los primeros años de vida: (ACE,s)
- La vivienda
- El estrés
- La exclusión social
- El trabajo
- El desempleo
- El apoyo social
- La adicción
- Los alimentos
- El transporte



LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE
LA SALUD

LOS HECHOS PROBADOS



the 3-30-300 rule:

Cecil
Konijnendijk



3 trees
from your
window



300m to
nearest park





ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Environmental Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/envres



The evaluation of the 3-30-300 green space rule and mental health

Mark J. Nieuwenhuijsen^{a,b,c,*}, Payam Dadvand^{a,b,c}, Sandra Márquez^{a,b,c}, Xavier Bartoll^{d,e},
Evelise Pereira Barboza^{a,b,c}, Marta Cirach^{a,b,c}, Carme Borrell^{b,c,d,e}, Wilma L. Zijlema^{a,b,c}

^a *Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Doctor Aiguader 88, 08003, Barcelona, Spain*

^b *Universitat Pompeu Fabra (UPF), Doctor Aiguader 88, 08003, Barcelona, Spain*

^c *CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Melchor Fernández Almagro, 3-5, 28029, Madrid, Spain*

^d *Agència de Salut Pública de Barcelona, Avinguda Príncep D'Astúries, 63 (1-1), 08012, Barcelona, Spain*

^e *Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau (IIB-Sant Pau), 08041, Barcelona, Spain*

En busca del arca perdida, o cómo acabar respetuosamente con Descartes

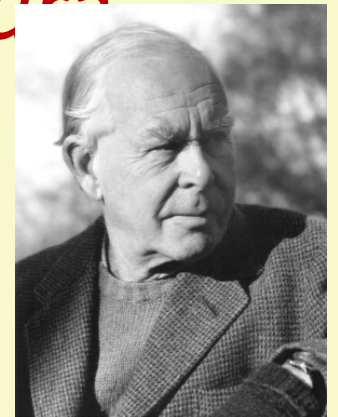
- 1960, J. Bowlby: la teoría del apego
- 1995, Felitti-Anda: el estudio ACE, *Adverse Childhood Experiences*.
- 2015, D. Healy: Serotonina, el marketing de un mito.
- 2018, E. Bullmore: La inflamación de la mente
- Hoy: no hay nada exclusivamente psicológico o exclusivamente corporal



Apego y salud mental

- *“Todos los trastornos mentales muestran alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente”*
- *“El papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo”*

– **John Bowlby** (Londres, 1907, - Isla de Skye, 1990)



El sistema vincular de apego

- **Sistema psicobiológico** innato que garantiza la vinculación del recién nacido con sus progenitores, de modo que éstos aseguren su supervivencia (procurándole afecto, estimulación y satisfaciendo sus necesidades básicas).
- El bebé necesita sentirse amado y seguro para desarrollarse.
- Pero también necesita separarse para su desarrollo: la polaridad básica



Apego y memoria implícita

- El vínculo de apego genera **interconexiones neuronales que organizan** el funcionamiento mental del bebé regulando sus emociones, su regulación corporal y su conducta.
- Posteriormente, **se asociarán con los fenómenos relacionales.**
- La psicoterapia como desconexión para reconectar.
- La psicoterapia como oportunidad para reparar el apego.
- **La psicoterapia como “experiencia emocional correctora” (F. Alexander).**



Neurobiología del apego

desarrollo de la corteza cerebral: formación de conexiones neuronales



recién nacido



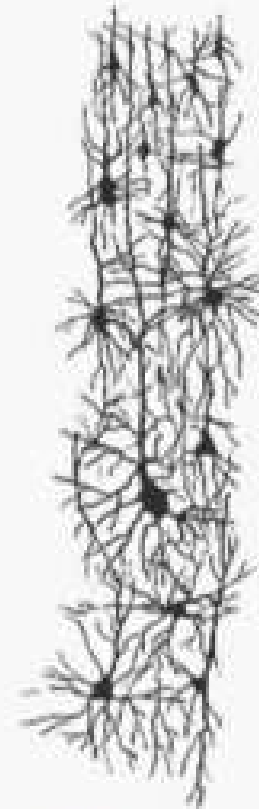
1 mes



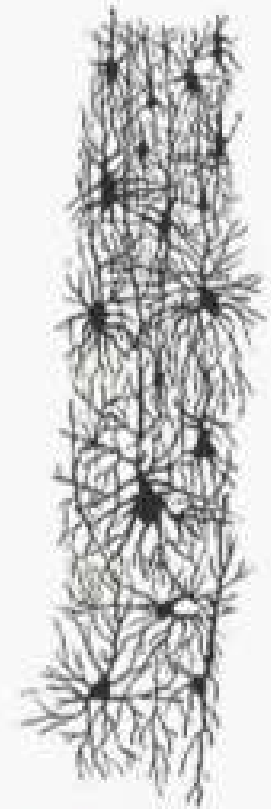
3 meses



6 meses



15 meses



24 meses



Postulado de Hebb-Cajal

- *“Neurons that fire together, wire together”*.
- En castellano se pierde el juego de palabras, pero vendría a decir que las neuronas que se disparan juntas, se conectan.
- Durante las primeras experiencias infantiles se crean las redes neuronales que definen nuestra vida.
- Los Modelos Internos de Trabajo.



El “trauma relacional temprano”

Allan Schore

- El trauma relacional temprano está causado por una madre o un padre (o cuidador primario) atemorizado, atemorizante, negligente o incapaz de ofrecer protección a su hijo.
- Es decir, por la ausencia de la disponibilidad emocional de los progenitores.



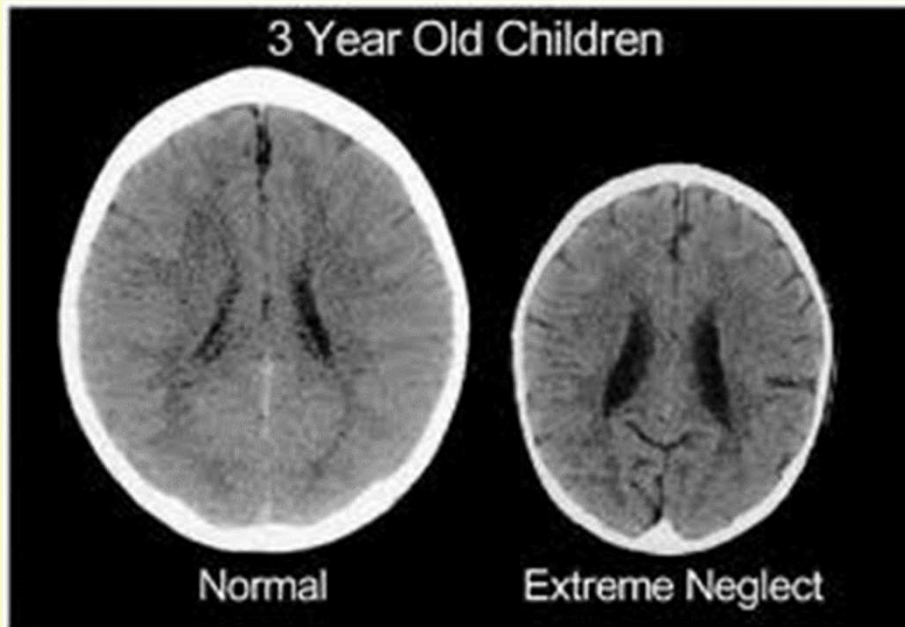
- No es sólo el abuso y la violencia lo que puede truncar el desarrollo normal del bebé; el trauma temprano viene provocado por los sentimientos de miedo, desprotección, de destrucción en el niño; sentimientos que provienen de la persona que debía ofrecerle protección y amor.
- Es una forma de trauma de apego.



Allan Schore

UCLA

- *“El hemisferio derecho del bebé se desarrolla sólo a través del hemisferio derecho de la madre”*
- **Recuerda: nos construimos en la relación**



Trauma psíquico

- Experiencia que tiene la característica de **ser inasumible** con los **esquemas cognitivos y emocionales habituales** de la persona.
- El acontecimiento es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente, desbordado por la cantidad o por la fuerza de las **emociones vividas**.



- Esta experiencia, que desborda los mecanismos adaptativos del sujeto, altera la función cerebral.
- Dependiendo de las capacidades de recuperación del sujeto, esta alteración cerebral puede mantenerse estable durante mucho tiempo, manifestándose en forma de alteraciones en los ámbitos bio-psico-sociales.



Begoña Aznárez

SEMPyP



Begoña Aznárez

El Trauma Psíquico es de Todos

Rompe el silencio



Las experiencias traumáticas son más frecuentes de lo que imaginamos y dejan secuelas en forma de síntomas que no siempre relacionamos con lo que nos pasó.

Un ejemplo de experiencia traumática: el A.S.I.

- Una autentica pandemia (cuando un problema afecta a un 17% de la población y a más de tres países), desde hace... ¿70.000 años?
- Sobre la que se sigue sin actuar.
- Parece que no se puede limitar la actividad de los delincuentes.
- Pero sí podríamos reducir el dolor de las víctimas, que es sobrecogedor.
- La ignorancia del fenómeno y su incapacidad para abordarlo supone un impresionante gasto de recursos.



Otras formas de trauma

- Los árboles del A.S.I., maltrato corporal, explotación... no permiten ver el frondoso bosque del abandono (estilo S. XXI), de la negligencia, de la sobre exigencia, de la falta de sintonía...
- Malestamos: cuando estar mal es un problema colectivo



Trauma, estrés y retraumatización

- Las experiencias traumáticas tempranas (trauma relacional temprano) generan alteraciones en las conexiones cerebrales que se mantienen a lo largo de toda la vida.
- Y presentan síntomas que no siempre son reconocidos como postraumáticos.



- Mediante fenómenos de “emigración” y “sustitución”, el paciente puede pasar toda su vida consultando a diferentes especialistas.
- Cada vez que pasa por uno de ellos y está “obligado” a guardar silencio, **sufre una retraumatización.**
- Personas en permanente estado de alerta, activación (“ansiedad”) e indefensión aprendida, hipoactivación (“depresión”).



Dr. Carlos Isasi
H. Puerta de Hierro

Fibromialgia

Migraña

Artritis

Fatiga crónica

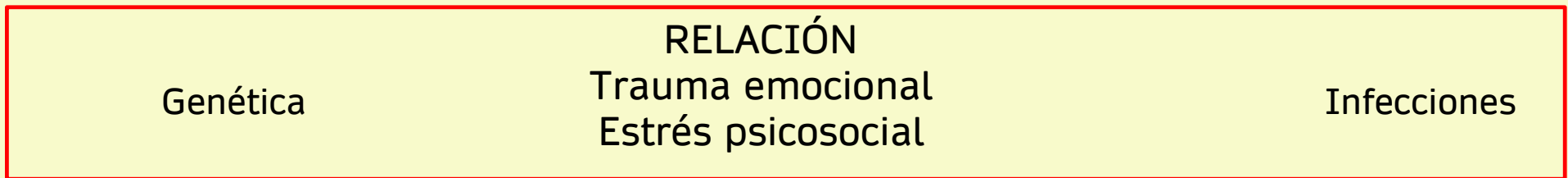
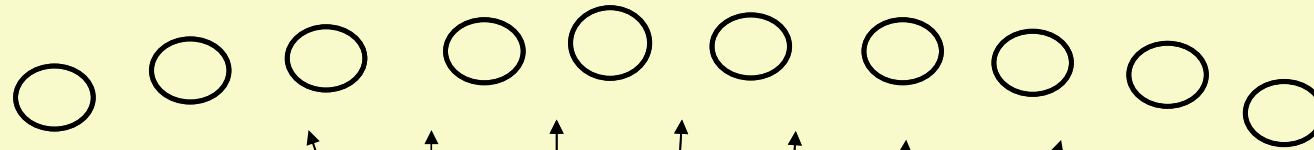
Intestino Irritable

Lupus,
Sjogren

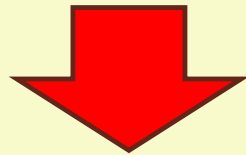
Crohn, Colitis Ulcerosa

Diagnósticos
Psiquiátricos

Psoriasis



El trauma en la infancia actúa como un **estresor crónico** que induce una activación persistente del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal con una desensibilización del receptor de glucocorticoides (GR), **elevado nivel de cortisol circulante**, y aumento del factor liberador de corticotrofina (CRF)



**Activación del sistema de la inflamación
y la actividad de citoquinas**

REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQ. 2023; 43(144): 17-45
DOI: 10.4321/S0211-57352023000200002

Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa

Retraumatization in Mental Health Services: A Review and Alternative Proposals

ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.



Asistencia “trauma informada”

- *Desde hace años está documentado el papel causal de las experiencias adversas en la infancia con los problemas de salud mental en la edad adulta.*
- *Tanto en términos humanos como económicos, el coste de no abordar el daño asociado a estas experiencias adversas es elevado: las repercusiones se observan en los sistemas de atención sanitaria, el empleo, el bienestar infantil, las personas sin hogar, la justicia penal y la educación.*



- *La investigación sugiere que la violencia interpersonal debería ser un foco principal cuando los profesionales de la salud mental evalúan a los usuarios, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento.*
- *La prevalencia estimada de trauma psíquico entre las personas que acceden a servicios de salud mental se sitúa aproximadamente entre el 70% y el 90%.*



Johann Hari

Glasgow, 1979



Conexiones perdidas

- Desconexión de un trabajo con sentido
- Desconexión de otras personas
- Desconexión de valores significativos
- Desconexión de los traumas de la infancia
- Desconexión del estatus y el respeto
- Desconexión del mundo natural
- Desconexión de un futuro esperanzador o seguro



Ni tristes ni deprimidos, solo cansados

- Byung-Chul Han sostiene, en “La sociedad del cansancio”, que el costo que debemos pagar por vivir en **una sociedad de rendimiento caracterizada por la sobreabundancia de estímulos es un exceso de positividad.**
- Así, cuadros como la depresión, el déficit atencional, el síndrome de burnout o los trastornos de ansiedad serían representantes de esta violencia de lo positivo.



Byung-Chul Han

Seul, 1959
Universidad de Berlín



- En la actualidad lo que enferma no es el exceso de responsabilidad sino el imperativo de rendimiento, de hacerlo todo “bien” permanentemente.
- Y de hacerlo “visible”: la coacción a la conformidad.
- Superada una cierta capacidad de adaptación, el exceso de exigencia, paraliza.



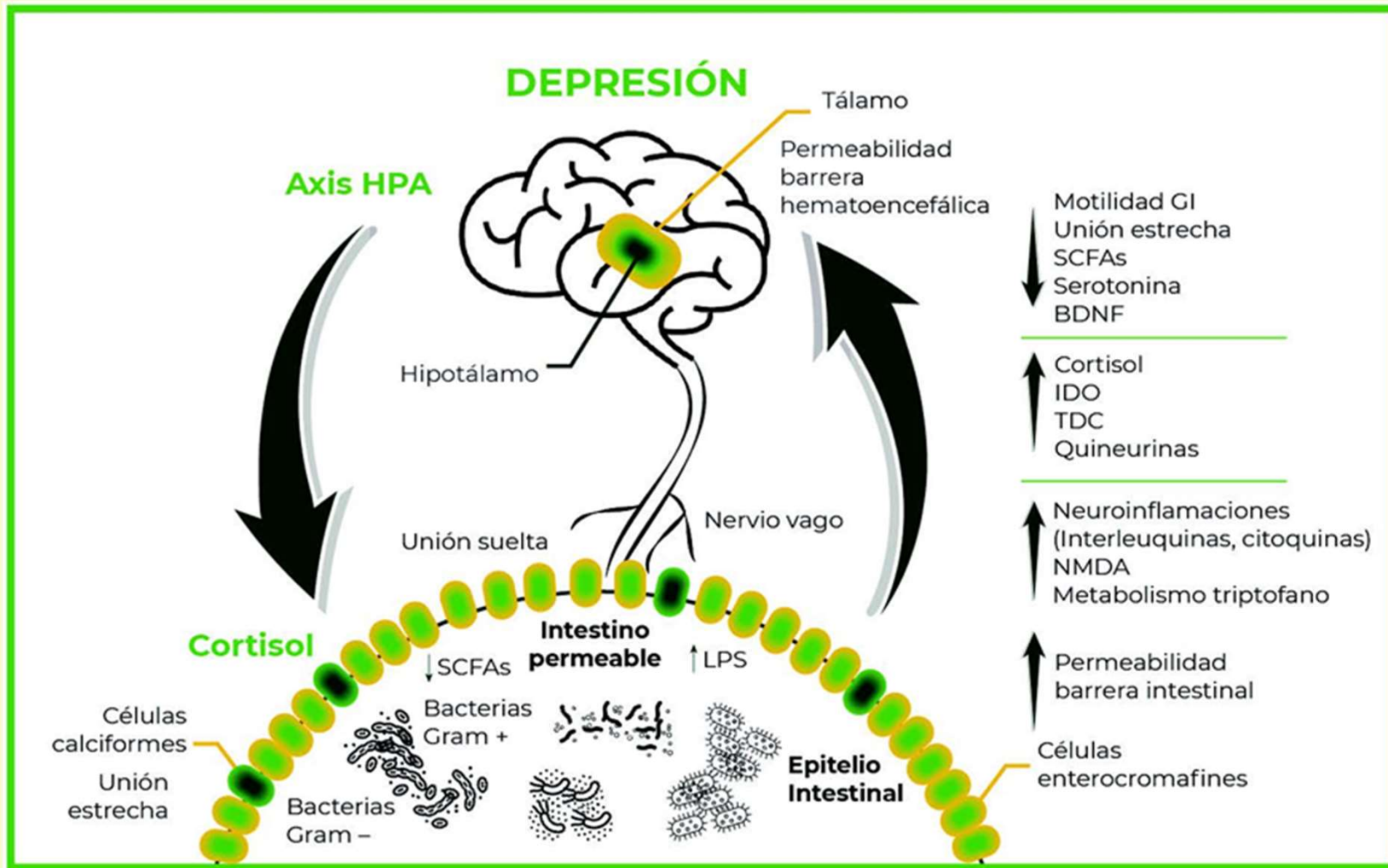
- Desde este punto de vista, **la depresión**, el S. de burn-out, la ausencia de compromiso, el déficit atencional, etc., serían más bien la constatación de un fracaso ante la imposibilidad de cumplir con las desmesuradas expectativas (personales y colectivas) que han surgido como consecuencia de los procesos de globalización.



- “Quien fracasa en esta sociedad del rendimiento se responsabiliza a sí mismo y se avergüenza, en lugar de poner en duda al sistema.
- En esto consiste la habilidad del régimen neoliberal: dirigiendo la agresividad hacia si mismo, **el explotado no se convierte en revolucionario, sino en depresivo**”.
- Y nosotros podemos ser cómplices.



Eje intestino-cerebro y depresión



¿Y qué ocurre en la depresión (p.ej.)?

- Hipótesis monoaminérgica, el cuento de la serotonina y la diabetes.
- La caída del muro: la Barrera Hemato-Encefálica (BHE) tiene grietas.
- Las citoquinas inflamatorias la atraviesan.
- La depresión, p. ej., un proceso “inmunomediado”.
- Por fin una teoría unificadora: la inflamación.



D. Healy

Editorials

Serotonin and depression

BMJ 2015 ; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1771> (Published 21 April 2015)

Cite this as: *BMJ* 2015;350:h1771

[Article](#)[Related content](#)[Metrics](#)[Responses](#)

David Healy, professor of psychiatry

[Author affiliations ▾](#)

david.healy54@googlemail.com

The marketing of a myth

The serotonin reuptake inhibiting (SSRI) group of drugs came on stream in the late 1980s, nearly two decades after first being mooted. The delay centred on finding an indication. They did not have hoped for lucrative antihypertensive or antiobesity profiles. A 1960s idea that serotonin concentrations might be lowered in

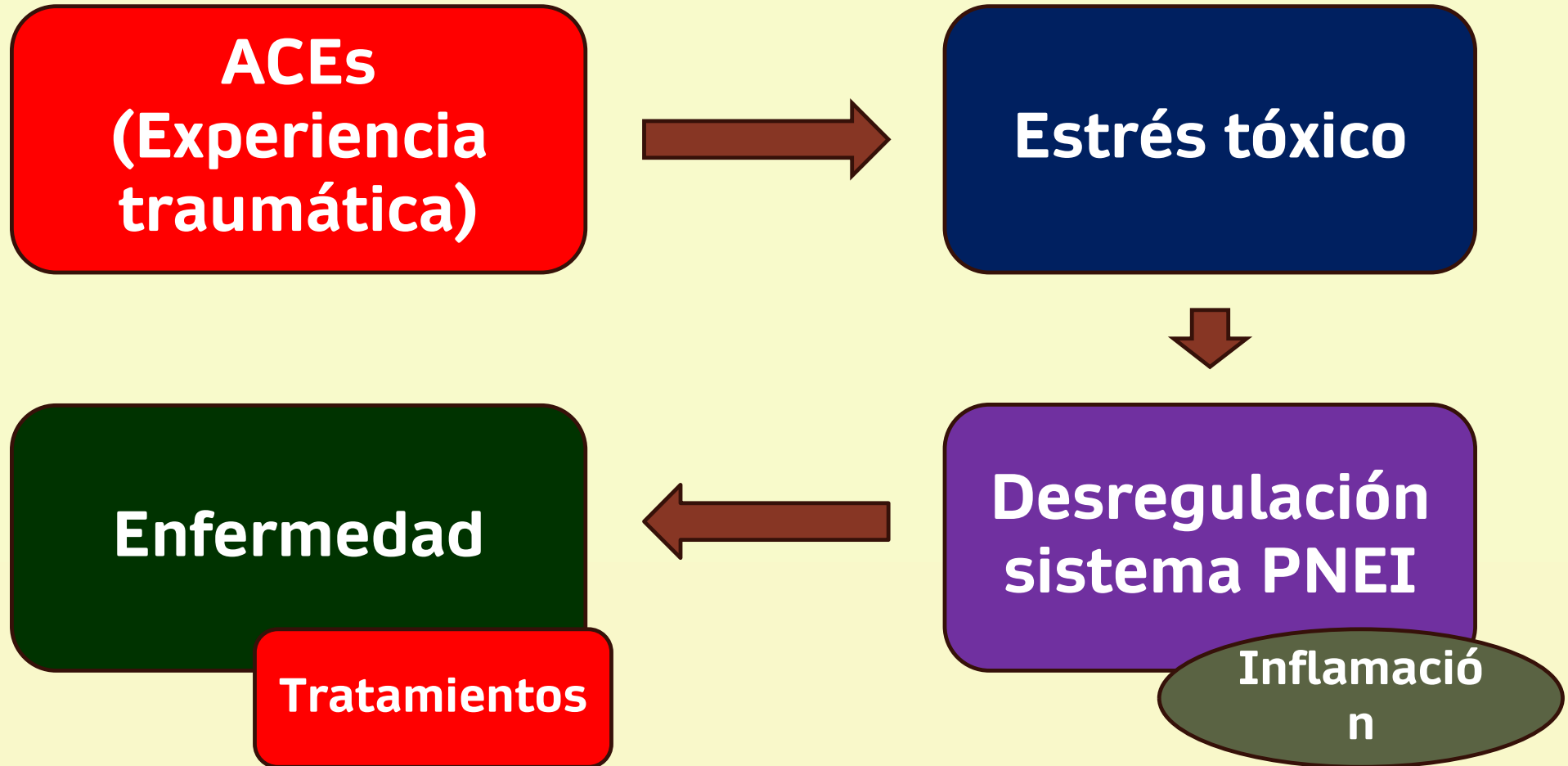


¿Y cómo ocurre?

- Hipótesis monoaminérgica, el cuento de la serotonina y la diabetes.
- La caída del muro: la Barrera Hemato Encefálica (BHE) tiene grietas.
- Las citoquinas inflamatorias la atraviesan.
- La depresión, p. ej., un proceso “inmunomediado”.
- Por fin una teoría unificadora: la inflamación.



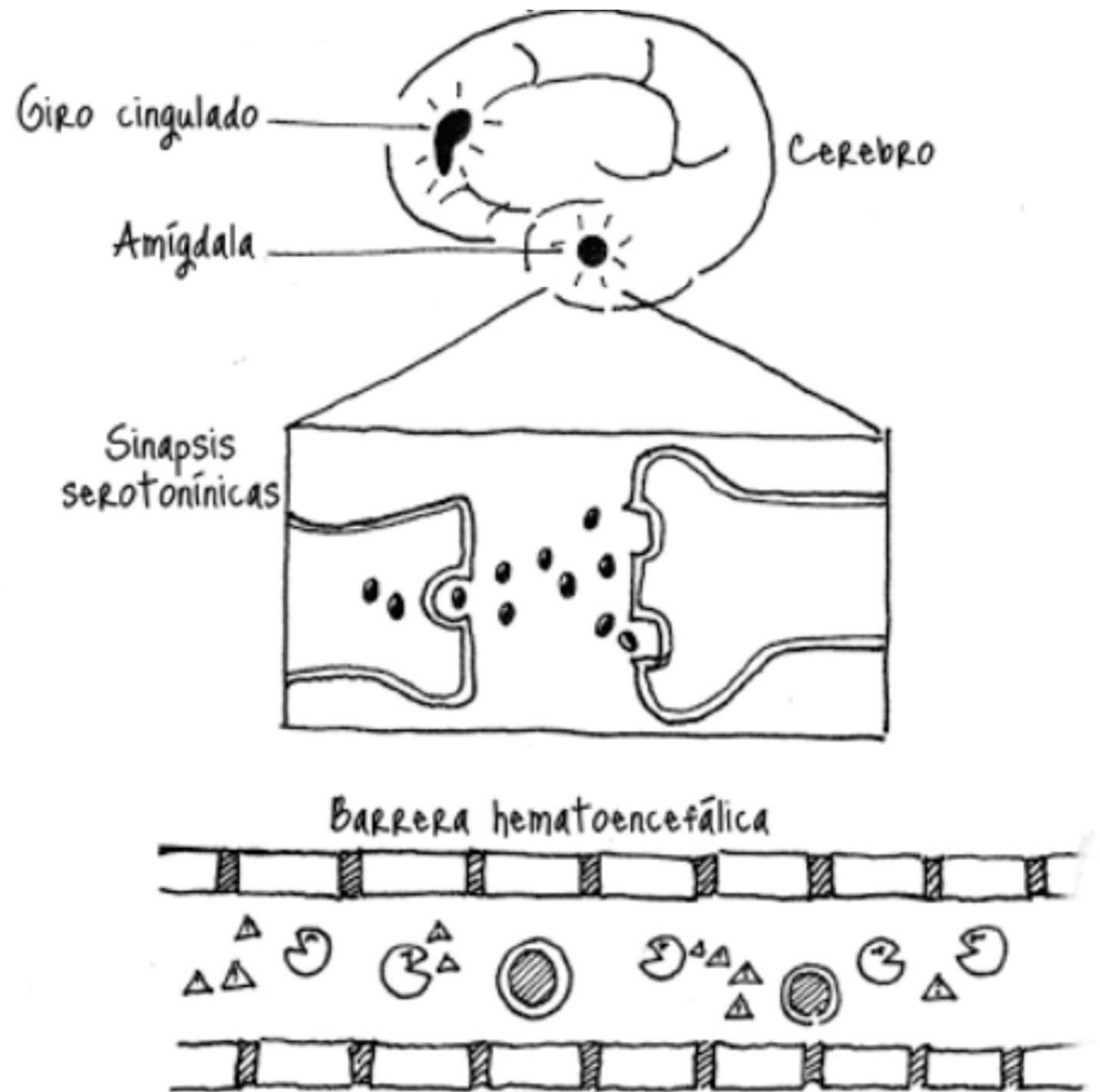
Itinerario



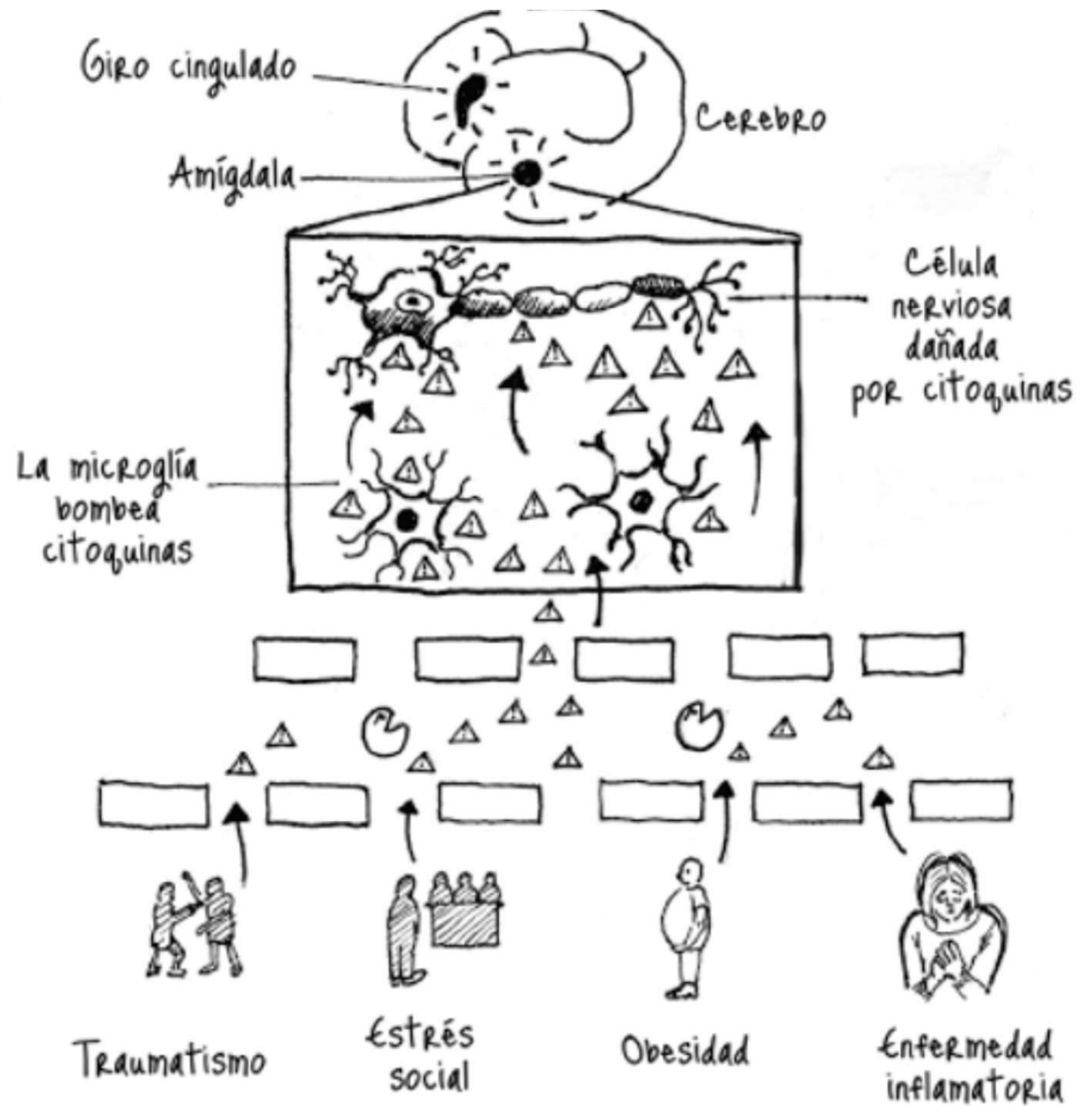


E. Bullmore U. de Cambridge

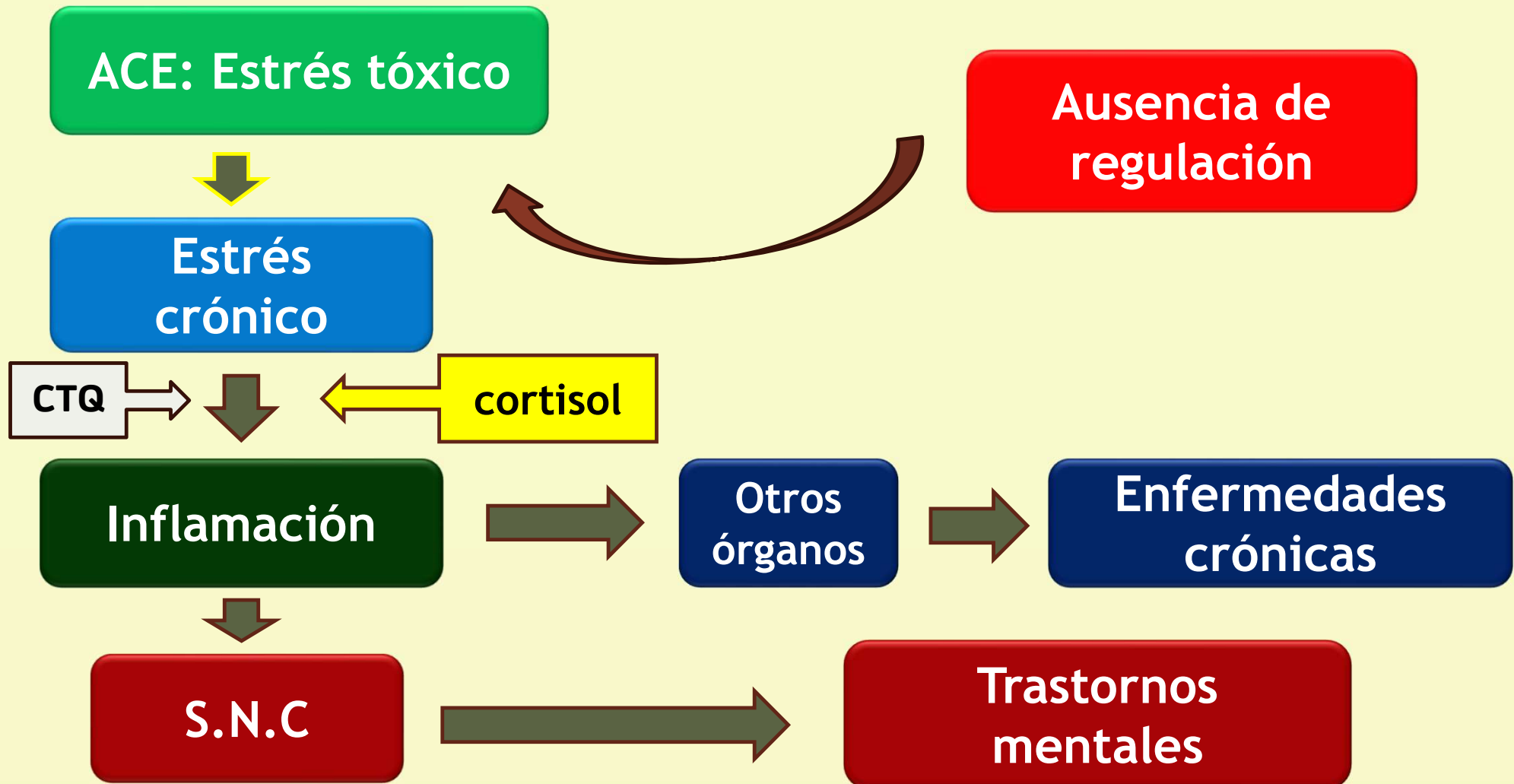
- La BHE:
el muro de Berlín



- La BHE, hoy



Teoría inflamatoria

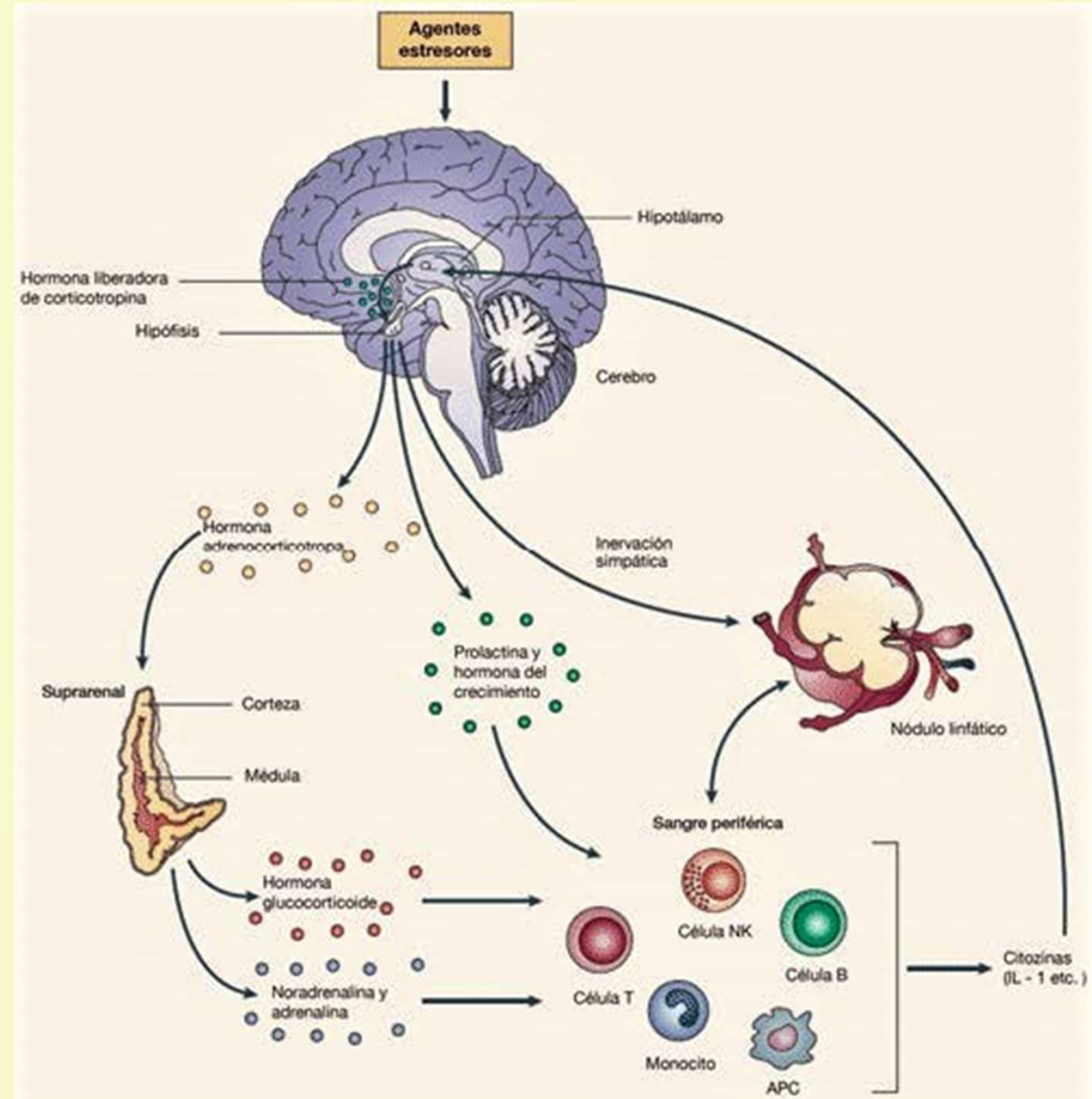


La memoria del Sistema Inmunitario

- Sabemos hace décadas que el sistema inmunitario tiene memoria a largo plazo, por ejemplo, en las infecciones infantiles y las vacunas.
- Ahora estamos empezando a comprender que el sistema inmunitario es capaz de recordar situaciones de agresión, de negligencia, de carencia afectiva, o de cualquier forma de amenaza a la supervivencia del individuo.



- Los macrófagos del sistema inmunitario innato, que patrullan la primera línea del yo, se enfurecen a causa del trauma y bombean más citoquinas inflamatorias.



- Quienes sobreviven a los malos tratos entran en la vida adulta con el sistema inmunitario sensibilizado, reaccionando ante pequeñas infecciones y ante el rechazo social con una desproporcionada reacción inflamatoria que afecta a todos los órganos y sistemas.
- Otra explicación biológica de la teoría del trauma relacional temprano: el sistema inmunitario co-escribe el “libro de códigos”.





ELSEVIER

Journal of Affective Disorders



Volume 272, 1 July 2020, Pages 1-7



Review article

The Association Between Adverse Childhood Experiences and Inflammation in Patients with Major Depressive Disorder: A Systematic Review

ACE,s, inflamación y depresión

Hartej Gill^{a b}  , Sabine El-Halabi^a, Amna Majeed^a, Barjot Gill^a,
Leanna M.W. Lui^a, Rodrigo B. Mansur^{a d}, Orly Lipsitz^a, Nelson B. Rodrigues^a,
Lee Phan^{a b}, David Chen-Li^a, Roger S. McIntyre^{a b c d e},

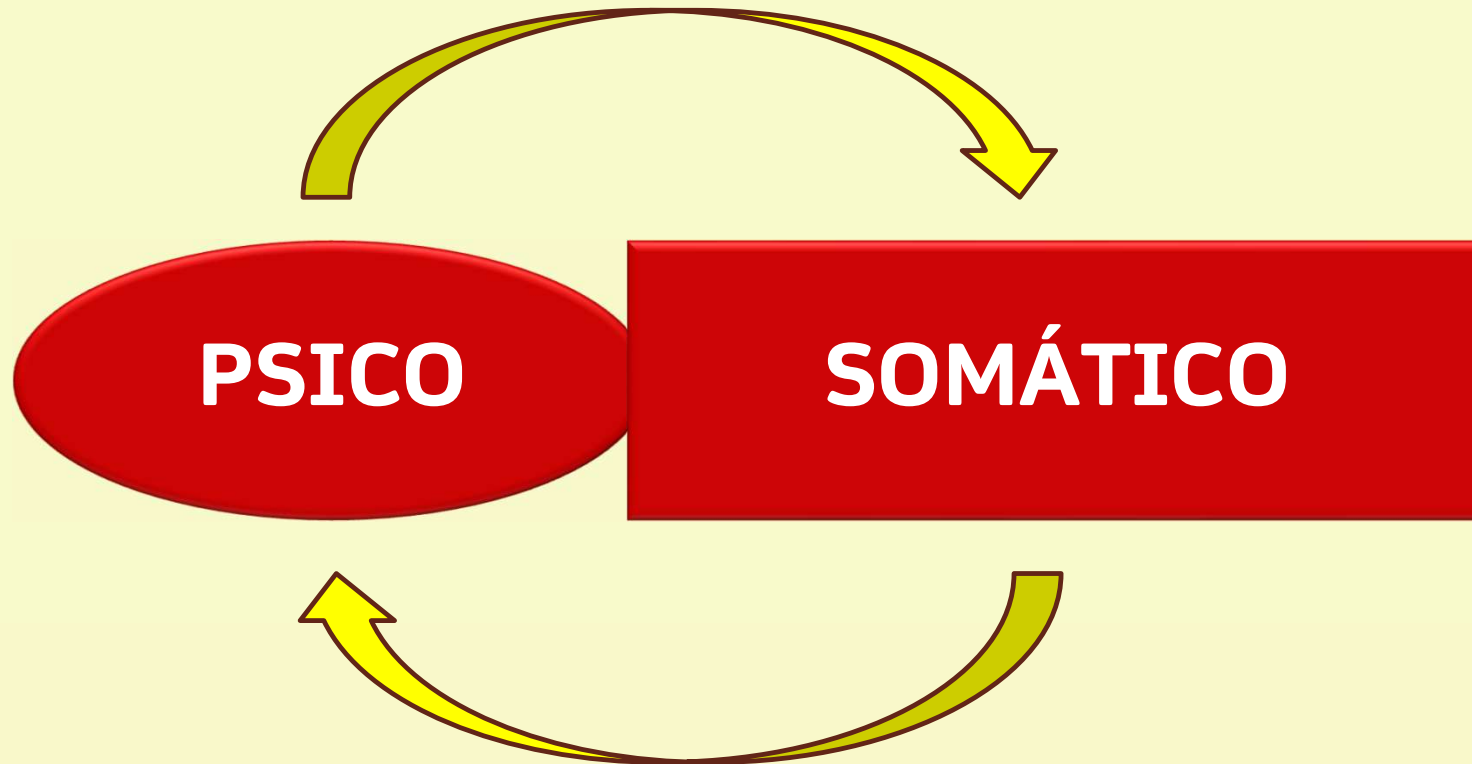


Libro de códigos, manual de instrucciones

- No tienes otros. Son personales e intransferibles.
- Comienzan a escribirse... cuando nuestros padres se conocen.
- Con ellos te enfrentas a cada estímulo diario, y a todas las nuevas experiencias traumáticas.
- Con tu manual de instrucciones interpretas el mundo, y te relacionas con los profesionales de ayuda.



El dualismo cartesiano, en extinción



¿Y qué hacemos ahora?

1. Evaluación y Diagnóstico diferencial
2. Valorar Indicación de No-Tratamiento (INT) y aplicar Terapia de Resolución de Problemas) TRP o Estrategias de Resignificación.
3. Psicoterapia Breve Enfocada en el Conflicto (PBEC), modelo desarrollado por la SEMPYP
4. Integración de recursos terapéuticos



La intervención en la clínica

Los debates clásicos:

– *Farmacología (Psiquiatría Biológica)*

– *Psicoterapia:*

• ¿qué psicoterapia?: más de 500 técnicas

– *Intervención Social (¿?)*

– *Integración de Recursos Terapéuticos*

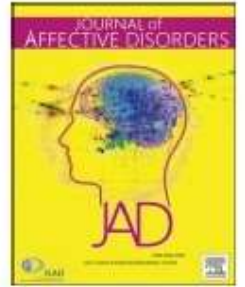




Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research paper

Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders

Josine E. Verhoeven^{a,*}, Laura K.M. Han^a, Bianca A. Lever-van Milligen^a, Mandy X. Hu^a,
Dóra Révész^b, Adriaan W. Hoogendoorn^a, Neeltje M. Batelaan^a, Digna J.F. van Schaik^a,
Anton J.L.M. van Balkom^a, Patricia van Oppen^a, Brenda W.J.H. Penninx^a

^a Department of Psychiatry, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam Public Health Research Institute & Amsterdam Neuroscience, Oldenaller 1, Amsterdam, the Netherlands

^b Center of Research on Psychological and Somatic Disorders (CoRPS), Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg, the Netherlands



Los psicofármacos son un recurso, no el tratamiento



La psicoterapia es eficaz, pero...

- En ensayos clínicos, usando tratamientos con apoyo empírico, hay 30-40% de personas que no mejoran.
- El porcentaje de abandonos prematuros es de un 20% por término medio. Hasta un 65% en algunos encuadres.
- Hay personas que empeoran estando en terapia: 10-17%
- La técnica empleada sólo supone el 5-10 % del éxito del proceso



- En atención rutinaria (práctica “real”) solo mejoran un ¡35%! (Alberto Gimeno, 2021).
- Existen diferencias muy grandes entre clínicos (en términos de resultados): *Supershrinks*.
- Independientemente del enfoque o modelo teórico del profesional.
- Esta es la “nueva perspectiva” en psicoterapia: el factor “T”, que explica muchas de las supuestas resistencias.



- Por ejemplo, Lambert (2013) señala que una persona que sea atendida por el clínico más efectivo necesitará entre 6 y 7 sesiones para obtener un CCS; por el contrario, si tiene la mala fortuna (*sic*) de ser atendida por el profesional menos efectivo ¡necesitará 94 sesiones!
- **El proyecto *Supershrinks*:** profesionales con características (que se pueden aprender) que priman la alianza terapéutica y la formación continuada.

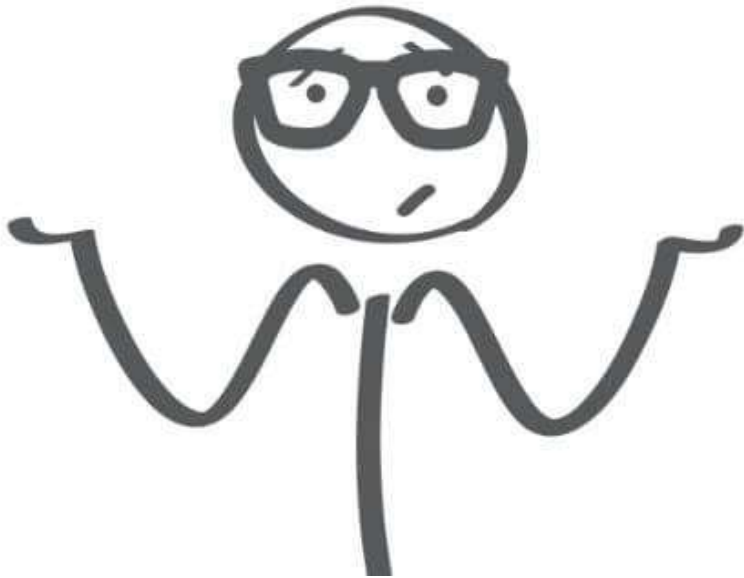


The Secrets of Supershrinks: Pathways to Clinical Excellence

Supershrinks
(superloqueros)

Psychotherapy
NETWORKER





Modelo SEMPyP para el tratamiento de las depresiones: Psicoterapia Breve Enfocada en el Conflicto (PBEC)

Basada en los nuevos pilares de la psicopatología:

- La teoría del apego
- La teoría del trauma
- La influencia de los determinantes sociales de la enfermedad
- La teoría inflamatoria
- La Integración de Recursos terapéuticos
- El factor T en psicoterapia



¿Por qué Breve?

- De tiempo limitado.
- Optimizar la motivación, del paciente y del terapeuta.
- Proceso muy eficaz y eficiente.
- Mejora espectacularmente la adherencia.
- Necesita planificar (estructura) y focalizar.



Infocop diciembre 2017

El número de sesiones de intervención hasta el alta terapéutica promedio es de 23 sesiones, utilizándose en el 70% de los casos 30 sesiones o menos.



EN PORTADA

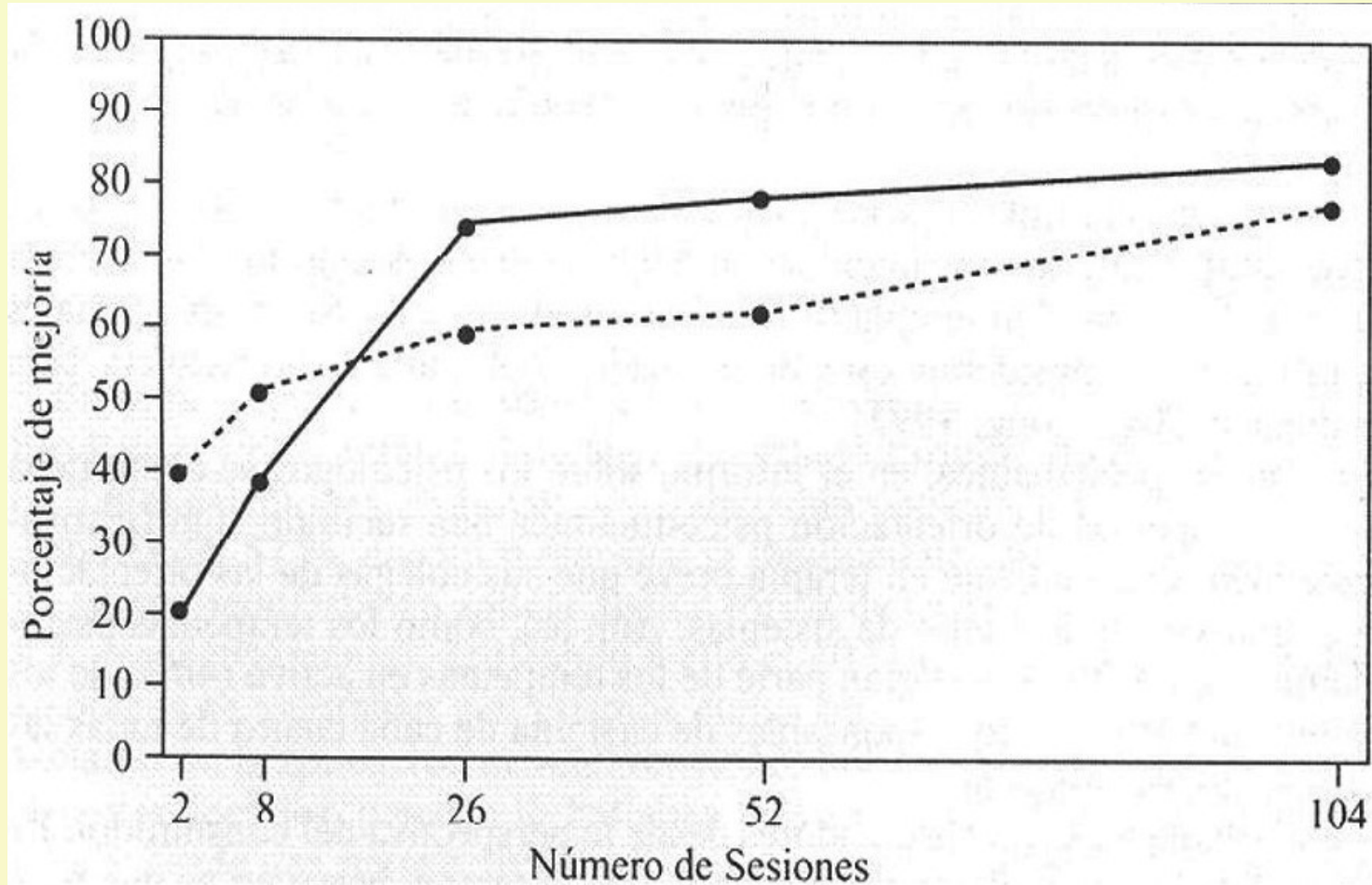
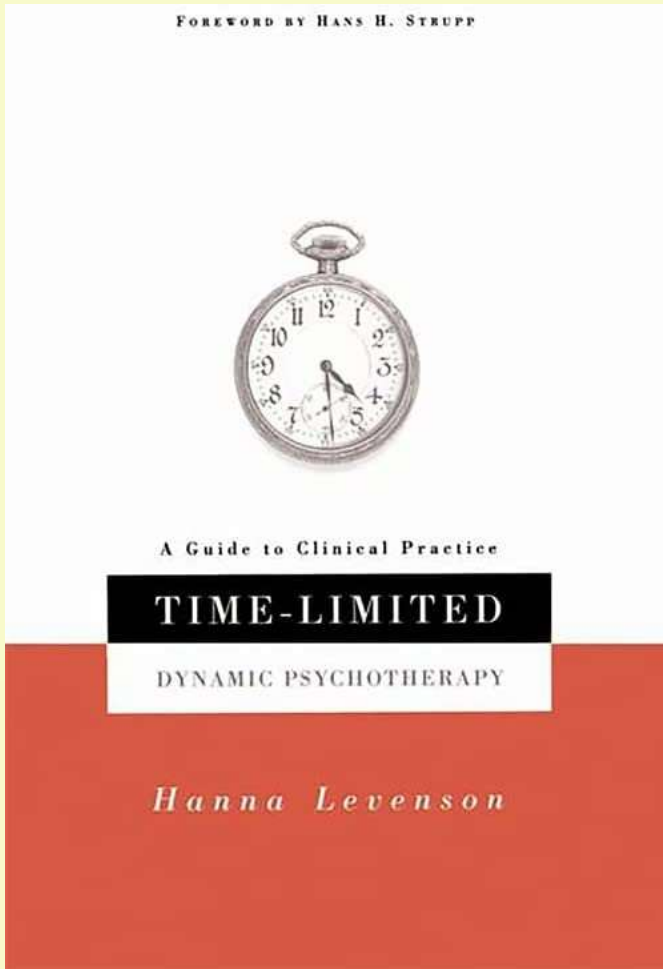
ACTUALIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN ESPAÑA

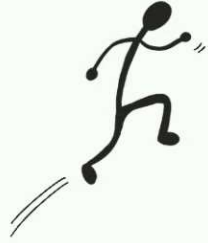
FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS¹ Y MANUEL BERDULLAS TEMES²

¹UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. ²CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA



Número de sesiones y porcentaje de mejoría H. Levenson





**NO NECESITAS
MÁS TIEMPO**

**NECESITAS MÁS
CONCENTRACIÓN**

¿Por qué Enfocada en el Conflicto?

- No existe terapia del diagnóstico.
- Hacemos terapia del conflicto.
- Cada persona, en su contexto biográfico y actual, manifiesta de forma diferente la angustia asociada a la incapacidad de elaborar su conflicto básico.
- Y el paciente lo sabe: “lo sabido impensado”
- En ello hacemos “FOCO”
- Y dejamos de dar vueltas y perder el tiempo



El ser humano enferma por falta de vocabulario

- El silencio hace más daño que la propia experiencia traumática (estrés crónico) y limita la posibilidad de escapar de la situación.
- La necesidad de expresar, y de ser escuchado.
- Y vamos en sentido contrario: cada vez hay más información y menos conocimiento.
- Pregunta: compartir el dolor es, siempre, terapéutico.



Cosas que debí preguntar



La sabiduría popular

- “Lo que no decimos se nos acumula en el cuerpo, se convierte en insomnio, en nudos en la garganta, en nostalgia, en dolor, en duda, en tristeza, en miedo...”
- Lo que no decimos no se muere, **lo que no decimos nos mata**” (anónimo)



Estrategia de la intervención

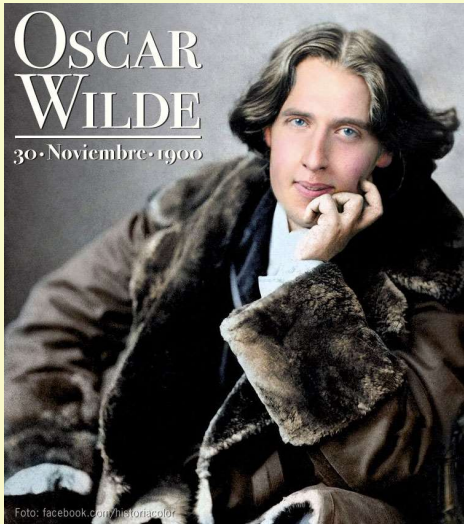
- Proponer una primera fase de **Evaluación**.
- Evaluar psicológicamente (y bio-socialmente) al paciente para hacer un psicodiagnóstico.
Mirar para “Ver”,
- Y así planificar adecuadamente el proceso psicoterapéutico,



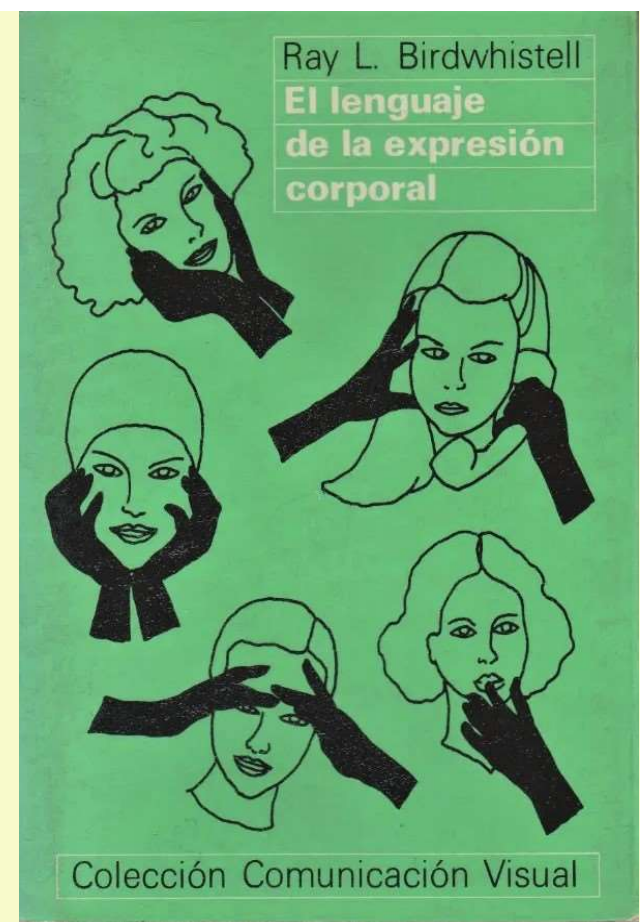
- Ofreciendo un margen temporal sin exigencias de cambio,
- Facilitando la creación de la **alianza terapéutica**:
 - *Clima afectivo*
 - *Acuerdo en las metas*
 - *Acuerdo en las tareas*



“Los 4 primeros minutos de la interacción definen el futuro de la relación” Ray Birdwhistell (1918-1994)



“Nunca hay una segunda oportunidad para una primera buena impresión”
Oscar Wilde (1854-1900)



“Herramientas”

- El “Factor T”: “Lo que cura es el vínculo” (B. Aznárez)
- La mirada y la escucha empática.
- La línea de vida: exploración biográfica de las ACE´s
- El genograma
- Escuchar al cuerpo
 - El cuerpo lleva la cuenta: la memoria traumática



- Pruebas psicométricas: ¿Qué queremos medir?
- Pruebas de movilización emocional:
 - La Fotobiografía
 - La Escala EARLY
 - La Entrevista de Apego Adulto
 - Pruebas proyectivas





Mirar



Escuchar

La conducta no verbal
y la importancia de la neurociencia

Doctor,
¿me está escuchando?



Objetivos de la primera entrevista

- Que haya una segunda
- Aplacar miedos básicos: contener
- Demostrar capacidad y control
- Explicar nuestro modelo y hacer una propuesta de trabajo
- Comenzar la exploración del “motivo de consulta”
- Contando con que....



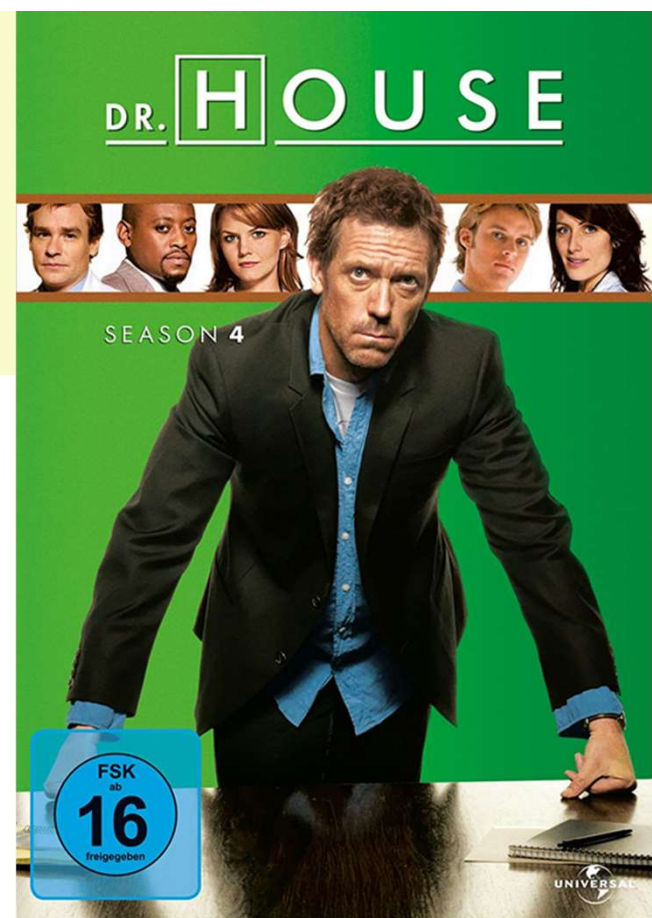
Dr. House (David Shore)



uploaded @ Quotespick.com

EVERYBODY LIES

It's a basic Truth
of the Human condition
that EVERYBODY LIES.
the only Variable
is about What
MD



¿Cómo “mienten” los pacientes”?

- Por acción.
- Por omisión: Disociación como defensa ante el trauma.
- La ocultación como proceso adaptativo.
- Con la colaboración (inadvertida) del terapeuta.
- Miedo, vergüenza, desconfianza...



Las preguntas de la psicopatología

- ¿Qué te pasa? O, mejor ¿Qué te ha pasado?
- ¿Cómo?
- ¿Para qué?
- ¿Por qué?
- ¿Por qué ahora?
- En resumen: ¿cómo hemos llegado hasta aquí?

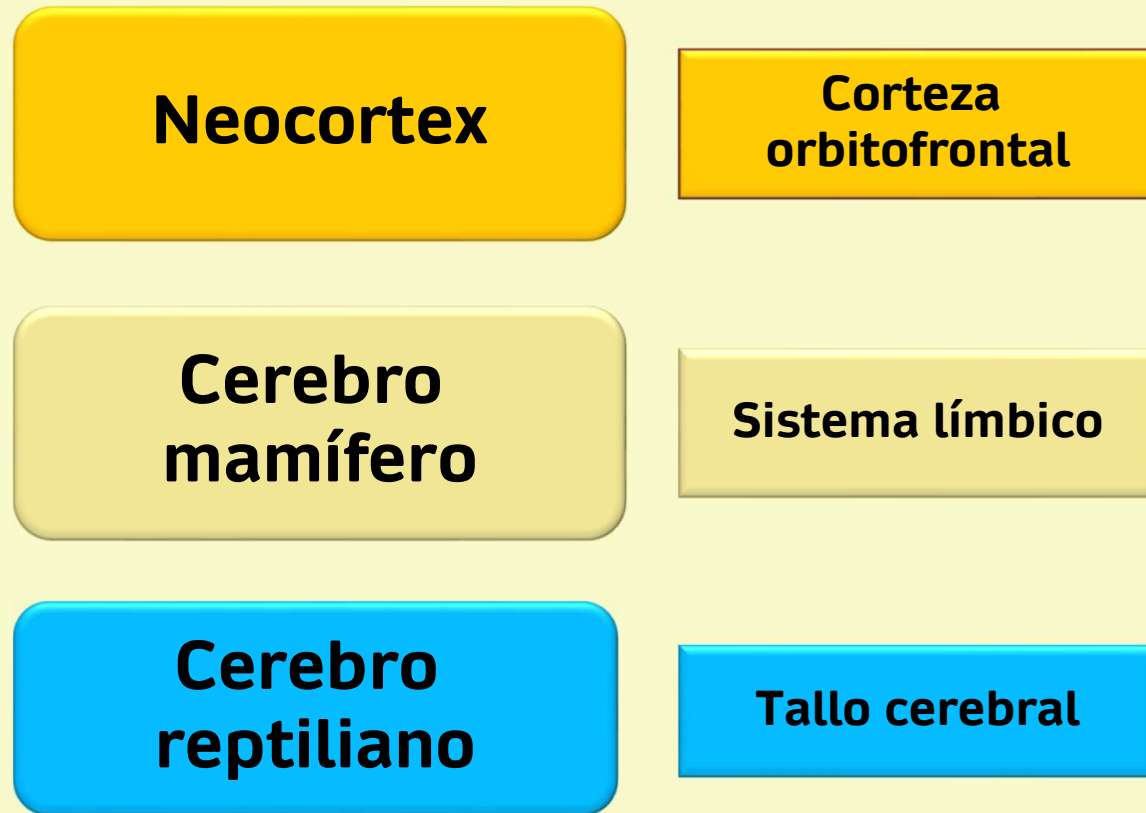


Integración de recursos

- Por multitud de razones, el cuerpo ha quedado excluido de la "cura verbal".
- Los modelos terapéuticos tradicionales se basan principalmente en la idea de que el cambio tiene lugar de manera "**descendente**" (*top-down*), en virtud de un proceso de expresión y formulación narrativa.
- A estas prácticas y técnicas cognitivas y dinámicas, ya útiles de por sí, proponemos añadir las intervenciones "**ascendentes**" (*bottom-up*) con objeto de tratar las sensaciones físicas reiteradas, las inhibiciones motrices y las intrusiones somatosensoriales características de las experiencias traumáticas no resueltas.



Integración vertical



De arriba a abajo



De abajo a arriba

Técnicas corporales

- Alimentación psico (cerebro) saludable
- Ciclo sueño-vigilia
- Mindfulness, yoga
- Actividad física adaptada
- **EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).
- Terapia sensoriomotriz
- Psicofarmacología



Elementos del nuevo abordaje

- No hay psicoterapia de la “depresión”
- Psicoeducación: re-nombrar. Incrementar autoconocimiento dando una visión integradora, cambiar la narrativa.
- Empoderar, dar respuestas. Diferenciar entre culpable y responsable.
- Ayudar a tomar decisiones y a hacer duelos.
Psicoterapia de la “incapacidad”, de la tiranía de la igualdad, del “tendría que...”



- Psicoterapia de las secuelas de la experiencia traumática: ¿qué te ha pasado?
- La depresión no está en tu cabeza, está en tu vida... y en tu cuerpo, y en tus relaciones.
- Los psicofármacos y algunas psicoterapias pueden cronificar el cuadro.
- Escuchar y mirar... de verdad, a un todo inseparable.

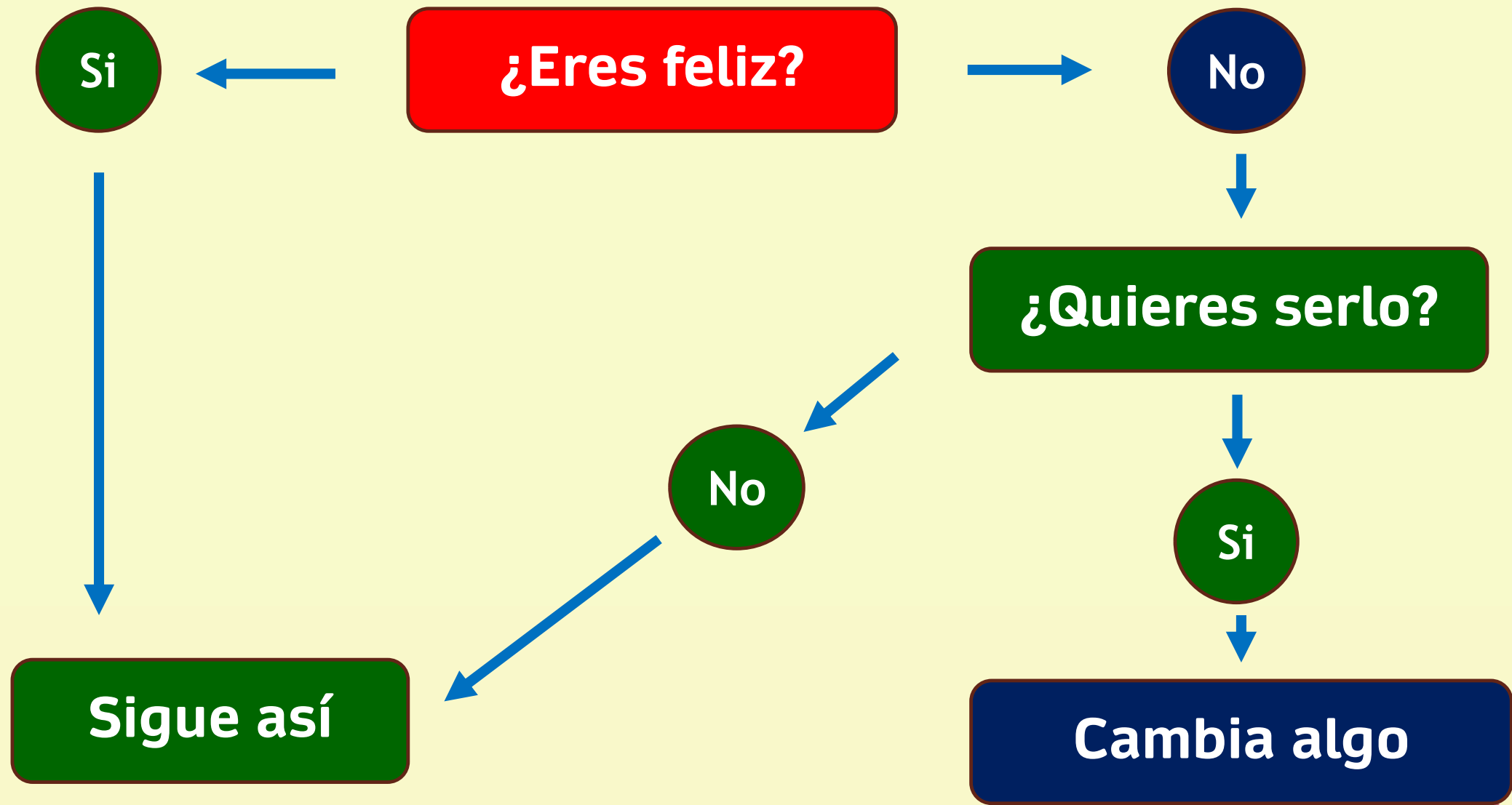


- Reconocer el sufrimiento, sin psiquiatrizarlo.
- Legitimar las emociones: pensar en lo que siente, sentir lo que piensa.
- Re-conectar, en lo posible.
- Reparación del trauma de apego: la mirada del terapeuta.
- Intervenir sobre el cuerpo: técnicas de abajo-arriba.



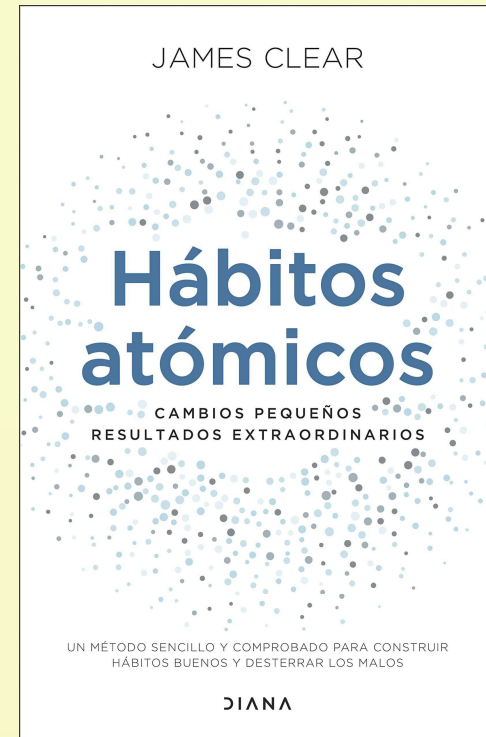
- Modificar el estilo de vida:
 - Manejo de enfermedades crónicas
 - Ciclo sueño-vigilia: Un sueño reparador reducen la puntuación de la escala de Hamilton en 6 puntos; los antidepresivos, en 2.
 - Actividad, física y mental
 - Alimentación
 - Consumo de tóxicos (incluyendo TV y RR SS)
- Acompañar en los cambios





Los cambios

- “*El ser humano tiende a no cambiar*”, Aristóteles.
- ¿Grandes cambios?
- Hábitos atómicos
- Emociones y cambio: miedos
- **Psicoterapia del “por qué no puedo”**,
 - del miedo al cambio,
 - de la inmovilidad,
 - de la intolerancia a la frustración.



Los miedos básicos

- Miedo al caos:
 - Ansiedades confusionales
- Miedo al ataque:
 - Ansiedades paranoides
- Miedo a la pérdida:
 - Ansiedades melancólicas





American College of
Lifestyle Medicine



SPANISH INSTITUTE of
LIFESTYLE MEDICINE

El 70 % de todas las
consultas en AP



LA MEDICINA DE ESTILO DE VIDA SE CENTRA EN 6 ÁREAS PARA MEJORAR LA SALUD



En resumen

- Estamos asistiendo a una revolución: podemos ser agentes de cambio y progreso o de mantenimiento del *statu quo*.
- Estado de cosas que asiste, impasible, al **dramático aumento del malestar psicológico**, sufrimiento, adicciones, soledad, enfermedades crónicas, suicidio... desde la infancia.
- Si no hacemos algo diferente... somos cómplices



2017



Naciones Unidas
Derechos Humanos

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS

- Muchos de los conceptos que sustentan el modelo biomédico en salud mental no han sido respaldados por investigaciones recientes.
- Las herramientas diagnósticas como la CIE y el DSM siguen extendiendo los parámetros del diagnóstico individualizador, a menudo sin base científica sólida.



- La necesidad urgente de un cambio de modelo debería dar prioridad a la innovación de las políticas a nivel de la población dirigida a los **determinantes sociales**, y abandonar el modelo médico dominante que busca curar a los individuos centrándose en “trastornos”
- Las políticas de salud mental deben abordar el **“desequilibrio de poder”** en vez del **“desequilibrio químico”**.

Muchas gracias
por vuestra atención

www.psicociencias.com



@sempyp

