



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

253/54 - HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA

J. Brines Sala^a y M. García Gabaldón^b

^aMédico de Familia. Centre de Salut de Beniopa-Gandia. Valencia. ^bEnfermera. Hospital Clínic Universitari. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: AP: no enfermedades médicas crónicas. No hábitos tóxicos. No antecedentes psiquiátricos. AF: un hijo de 28 años. La mujer del paciente cuidadora principal y con distimia. Hombre 56 años, 6 meses en incapacidad temporal, síndrome depresivo desencadenado por acoso laboral del gerente. Ebanista, y socio del gerente. Poca mejoría con la pauta de velanfaxina y lorazepam. Psiquiatría comenta: "poco se puede hacer". "Se dirige "hacia la incapacidad permanente. Psicología ¿posibilidad de un tratamiento cognitivo-conductual? No, terapia estilo psicodinámico. Primera impresión diagnóstica: depresión mayor asociada a fobia social y fobia al gerente de la empresa. Siempre viene acompañado de su mujer. Prácticamente no sale de casa para evitar a la gente. Pueblo de unos 19.500 habitantes con su equipo de salud mental. Facies melancólica. Cogniciones "de sentirse humillado y hecho un estropajo". Rumiaciones congruentes con su estado de ánimo sin plan específico de autolisis. Se siente estigmatizado socialmente y a nivel familiar. Aprovechamos las citas semanales de recoger el parte de confirmación para aplicar técnicas de relajación abreviadas que nos permiten en primer lugar introducir la técnica de inoculación de estrés para diferentes ítems fóbicos, valorados en unidades subjetivas de ansiedad (USA), y luego una sesión de exposición in vivo en la misma empresa con gerente incluido. A los 2 meses aproximadamente de iniciado el tratamiento psicológico se había incorporado al trabajo y nos había regalado una batuta de madera artesanal hecha por el mismo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración médica y neurológica básicas normales. Hemograma y bioquímica básica normales. TSH normal. No rasgos de trastorno de personalidad ni ideas delirantes de perjuicio. Ideas sobrevaloradas y pensamientos distorsionados congruentes.

Juicio clínico: Episodio depresivo mayor único con características melancólicas. Mobbing laboral como desencadenante.

Diagnóstico diferencial: Simulación. Trastorno de personalidad de tipo evitativo. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: patología dual. Trastorno mental orgánico por enfermedad médica. Trastorno bipolar tipo II. Fobia específica. Fobia social.

Comentario final: Una sencillas habilidades en técnicas de tipo cognitivo conductual que se pueden aprender fácilmente nos ha permitido iluminar el final del túnel y no arrojar la toalla. Evitamos la incapacidad permanente en un enfermo de 56 años que había perdido la esperanza de

volver a su lugar de trabajo como ebanista.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
2. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Psiquiatría de bolsillo, 2ª ed. Madrid: Marban Libros S.L; 2007
- 3 Godoy Izquierdo D. Introducción a las técnicas y terapias psicológicas para profesionales de las ciencias de la salud. Universidad de Granada; 2009.
4. Piñuel I. Mobbing Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander: Sal Terrae; 2001.

Palabras clave: Técnicas y terapias psicológicas. Mobbing.