IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012.

Proceso inferencial clínico y tratamientos combinados frente a la problemática depresiva.

Garay, Cristian Javier y Leibovich De Duarte, Adela S.

Cita:

Garay, Cristian Javier y Leibovich De Duarte, Adela S (2012). *Proceso inferencial clínico y tratamientos combinados frente a la problemática depresiva. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-072/222

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/emcu/qgN

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

PROCESO INFERENCIAL CLÍNICO Y TRATAMIENTOS COMBINADOS FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DEPRESIVA

Garay, Cristian Javier - Leibovich De Duarte, Adela S.

Universidad de Buenos Aires

Resumen

Los trastornos depresivos son enfermedades de gran prevalencia. Los sistemas diagnósticos operativos facilitan su detección, investigación y tratamiento. Actualmente se cuenta con tratamientos psicológicos con apoyo empírico. El tratamiento combinado se muestra superior a la monoterapia en las formas crónicas, severas y recurrentes. La decisión de qué tipo de tratamiento se le propone a un paciente depende de las hipótesis formuladas por el terapeuta. El estudio del proceso de formulación de hipótesis se inscribe dentro de las investigaciones de proceso en psicoterapia. Para estudiar el proceso inferencial clínico frente a la problemática depresiva se entrevistó a 28 terapeutas cognitivos y psicoanalistas de diferentes niveles de experiencia. Los 28 terapeutas formularon 532 inferencias y 22 terapeutas formularon la primera inferencia durante los primeros 5 minutos. Dieciséis terapeutas propusieron psicoterapia y 9, tratamientos combinados. Esta decisión se basó en el "tipo de patología" y el "nivel de severidad". Quince terapeutas definieron plazos precisos de tratamiento, la mayoría, terapeutas cognitivos. Los terapeutas no difieren globalmente en función del marco teórico o nivel de experiencia excepto en cuanto a la recomendación de tratamiento, sí en la definición de los plazos o en la consideración de la gravedad como un elemento para proponer un tratamiento.

Palabras Clave
Proceso-inferencial-clínico, tratamiento-combinado, depresión.

Abstract

CLINICAL INFERENTIAL PROCESS AND COMBINED TREATMENT FOR DEPRESSION

Depressive disorders are highly prevalent diseases. Operational diagnostic systems facilitate their detection, research and treatment. There are currently empirically supported psychological treatments. Combination treatment is superior to monotherapy in chronic, severe and recurrent disorders. The decision of what treatment is proposed to a patient depends on the assumptions made by the therapist. The study of the formulation of hypotheses is a research process in psychotherapy. To study the clinical inferential process the authors interviewed 28 depressive cognitive therapists and psychoanalysts of different levels of experience. The 28 therapists inferences made 532 and 22 therapists made their first inference during the first 5 minutes. Sixteen therapists suggested psychotherapy and 9, combined treatments. This decision was based on the "pathology" and "severity level". Fifteen therapists defined time-bound treatment, most, cognitive therapists. The therapists did not differ overall in terms of theoretical framework or experience level except for the recommendation of treatment, then in the definition of the terms or the consideration of gravity as an item to propose a treatment.

Key Words
Combined-treatment, clinical-inferential-process, depression.

Introducción

Los estudios epidemiológicos consideran a los trastornos depresivos como enfermedades de gran prevalencia en la población general. En la Ciudad de Buenos Aires, la Dirección de Salud Mental (2004) informa que la prevalencia de los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 11 y el 31%, grupo de trastornos que incluyen a los trastornos depresivos en su mayoría (Organización Mundial de la Salud, 1992/2000).

En la definición de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos compiten diferentes teorías y modelos. Los sistemas diagnósticos operativos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), apartado dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento (American Psychiatric Association, 2000; Organización Mundial de la Salud, 1992/2000) presentan un consenso entre diferentes teorías, con un predominio del enfoque biomédico. La clarificación que aportan en la definición de los mismos ha facilitado la detección de los trastornos depresivos en la población afectada y la comunicación de los resultados de la investigación sobre resultados del tratamiento y de las herramientas para su evaluación.

El tratamiento de los trastornos depresivos ha experimentado un gran avance en los últimos años y el estado actual del conocimiento permite afirmar que contamos con tratamientos psicológicos eficaces para esta problemática. Las dos modalidades de psicoterapia más estudiadas son las terapias cognitivo-conductuales, por un lado, y las terapias psicodinámicas, por el otro. Si bien la cantidad de estudios de resultados ha favorecido a la primera modalidad de tratamiento, la segunda ha mostrado un gran crecimiento en cuanto a su apoyo empírico en los últimos años y los psicoanalistas han diseñado numerosos estudios empíricos para estudiar, sobre todo, el proceso terapéutico. Particularmente, aquellas clasificaciones de tratamientos que incluyen a la terapia interpersonal del Klerman y Weisman (1984) como una terapia psicodinámica, logran que este tipo de tratamientos incremente en mucho su apoyo empírico dado que la TIP es una de las terapias más estudiadas para el abordaje de la depresión.

Con respecto a las terapias cognitivo-conductuales, la evidencia

es mucho mayor dado que desde su inicio, la terapia cognitiva de Beck ha puesto un gran énfasis en el estudio empírico de los resultados del tratamiento y de los supuestos teóricos del modelo de la depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979/1983). Todos los modelos cognitivo-conductuales se caracterizan por prestar una gran importancia a la investigación empírica y lideran los tratamientos psicológicos recomendados por las guías clínicas más difundidas para el abordaje de la depresión (Gelenberg, Freeman, Markowitz, Rosenbaum, Thase, Trivedi, et al., 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Con respecto a la problemática depresiva, puede considerarse válida la afirmación de Luborsky, Singer y Luborsky (1975), quienes citando el célebre veredicto del pájaro dodo sostienen que todas las psicoterapias mostraron un beneficio genérico en los estudios de resultados (más recientemente, ver Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, Levitt, et al., 2002).

La administración conjunta de un tratamiento farmacológico y un tratamiento psicológico es una práctica común en el abordaje de los trastornos mentales, la cual recibe el nombre de tratamiento combinado. En el abordaje de los trastornos depresivos, es donde más se han estudiado los resultados de los tratamientos combinados y, particularmente, en las formas crónicas, severas y recurrentes (Garay, Fabrissin, Korman, & Etchevers, 2010) es donde el tratamiento combinado se mostró superior a la psicoterapia o la farmacoterapia solas.

Por su parte, la investigación de procesos en psicoterapia surge con el objetivo de identificar cuáles son los factores responsables de los resultados terapéuticos (Garay, en prensa). Dentro de este tipo de procesos, se indaga qué ocurre en la situación terapéutica. La formulación de hipótesis por parte del terapeuta constituye una de las principales actividades de éste. La propuesta de tratamiento y las intervenciones que realizan los terapeutas se basan en gran medida en tales hipótesis. Las mismas surgen del proceso inferencial que tiene lugar en la mente del terapeuta. El estudio del proceso inferencial clínico o de la formulación clínica es un aspecto importante dentro de la investigación de resultados en psicoterapia.

La situación terapéutica es una situación interpersonal y, por lo tanto, el proceso inferencial clínico interviene desde que la misma se inicia y luego tiene el rol de una guía para las decisiones que toma el terapeuta. Es por ello que el estudio del proceso inferencial clínico aporta importantes elementos para conocer cómo se toman las decisiones en el proceso terapéutico.

Este estudio se centra en la relación entre el proceso inferencial clínico y la propuesta de tratamientos, particularmente, se presta atención recomendación de un tratamiento combinado de medicación y psicoterapia, cuáles fueron los objetivos de tal recomendación y en base a qué criterios se realiza la misma. Este estudio se encuentra enmarcado en la investigación que constituye la tesis doctoral de Cristian Garay, titulada "El proceso inferencial clínico frente a la problemática depresiva", y dirigida por Adela Leibovich de Duarte, consejero de estudios Eduardo Keegan.

Metodología

Este es un estudio empírico exploratorio, de diseño mixto cuali-cuantitativo. La muestra es de carácter intencional no probabilística y está conformada por profesionales de la salud mental dedicados a la práctica clínica. Se incluyeron 28 profesionales con diferentes orientaciones teóricas, niveles de experiencia, especialización o no en el abordaje de los trastornos depresivos. La participación de los profesionales fue voluntaria, no remunerada.

	Edad (años)	Experiencia clínica (años)
Juniors	Media=28.35; DE=2.46	Media=2.71; DE=1.22
Seniors	Media=50.42; DE=4.76	Media=23.57; DE=2.82

Tabla 1. Edad y nivel de experiencia clínica

El procedimiento fue el mismo que implementó Leibovich de Duarte y equipo en estudios previos (Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerin, Rutsztein, & Torricelli, 2001; Leibovich de Duarte, Huerin, Roussos, Rutsztein, & Torricelli, 2002; Leibovich de Duarte, Huerin, Torricelli, Zanotto, Garay, & Rubio, 2010; Leibovich de Duarte, Rubio, Zanotto, Juan, Roussos, Huerin, et al., 2009; Leibovich de Duarte, Huerin, Roussos, Rutsztein, & Torricelli, 2003). Se realizaron entrevistas individuales con todos los sujetos incluidos en el estudio. Se les presentó material audiograbado de un caso con sintomatología depresiva y se les solicitó que, mientras lo escuchan, subrayen los fragmentos que consideraban relevantes en una copia impresa. Se les pidió también que formulen sus inferencias oralmente, las cuales fueron audio-grabadas para los fines del estudio.

Los datos se analizaron en forma cualitativa y cuantitativa. En el proceso de análisis cualitativo participaron dos jueces independientes. Se utilizó también el software ATLAS.ti for Windows, versión 5.0 (Muhr, 2004). Con respecto al análisis cuantitativo, se realizó el análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 2006).

Con respecto a los aspectos éticos, se garantizó el total resguardo del secreto profesional respecto del material clínico y se solicitó consentimiento informado tanto al paciente que brindó su material clínico para este estudio como a los profesionales incluidos en él.

Resultados

El número total de inferencias producidas por los 28 terapeutas, de acuerdo a los jueces independientes fue de 532. Los terapeutas cognitivos junior formularon 145 inferencias, los psicoanalistas junior, 84, los terapeutas cognitivos senior, 146 y psicoanalistas senior, 157. No se observó una diferencia significativa entre grupos.

Con respecto al tiempo transcurrido antes de formular la primera inferencia, antes de los 5 minutos, 22 de los 28 terapeutas formularon una inferencia.

En cuanto al tratamiento propuesto, 16 terapeutas propusieron tratamientos psicológicos, de diferentes orientaciones, 9 terapeutas propusieron tratamientos combinados, 1 propuso un tratamiento grupal y 2 no definirían todavía el tratamiento a proponer. Ningún terapeuta propuso un tratamiento farmacológico como monoterapia.

Agrupados por marco teórico, 5 terapeutas cognitivos y 5 psicoanalistas optaron por un tratamiento combinado. Agrupados por nivel de experiencia, 6 terapeutas junior y 3 terapeutas senior, un tratamiento combinado. No se observaron diferencias significativas entre grupos.

Al indagar sobre los criterios utilizados para proponer un tratamiento, el "tipo de patología" fue elegida por 23 de los 28 terapeutas, 14 señalaron el "curso" y 13, el "nivel de severidad". Agrupados por marco teórico, el criterio "tipo de patología" fue tenido en cuenta por 12 terapeutas cognitivos y 11 psicoanalistas para proponer un tratamiento. El "curso", fue elegido por 8 terapeutas cognitivos y 6 psicoanalistas. La "severidad", por 6 terapeutas cognitivos y 7 psicoanalistas. No se observaron diferencias significativas entre grupos para ninguna de las opciones. Agrupados por su nivel de experiencia, la opción "tipo de patología" fue tomada por 11 de los 14 terapeutas junior y 12 de los 14 terapeutas senior para proponer un tratamiento y no se observaron diferencias significativas entre los grupos. La opción "severidad", por 10 terapeutas junior y 3 terapeutas senior, y según la prueba de Chi-cuadrado se observa una diferencia significativa, ^{2}=7.036; gl=1; p=.008. El "curso" fue señalado por 7 terapeutas junior y 7 terapeutas senior.

Cuando se les preguntó sobre la duración del tratamiento propuesto, 15 de los 28 terapeutas definieron plazos precisos de tratamiento que oscilaron entre 3 y 24 meses. Agrupados por marco teórico, 12 de los 14 terapeutas cognitivos y 3 de los 14 psicoanalistas incluidos en el estudio definieron un plazo preciso (de 3 a 24 meses) y se observa una diferencia significativa según la prueba de Chi-cuadrado, ^{2}=11,631; gl=1; p=.001.

Discusión

El aspecto cuantitativo referido al número de inferencias producido por los terapeutas no difiere por marco teórico o nivel de experiencia, con lo cual puede deducirse que este aspecto no capta la diferencia entre los terapeutas.

El tiempo en que los terapeutas tardan en formular una inferencia es un aspecto relevante, dado que se ha visto que una vez que formulan una hipótesis, por ejemplo, diagnóstica, ésta tiende a perdurar a lo largo de la entrevista (Rutsztein & Leibovich de Duarte, 2005). El grupo de terapeutas incluidos en este estudio formuló inferencias con llamativa rapidez, y antes de pasados 5 minutos, 22 de los 28 terapeutas ya había realizado su formulación. La rapidez unida a la persistencia de las hipótesis se observó con independencia del marco teórico o del nivel de experiencia. Es interesante destacar que de unas rápidas primeras inferencias surja luego un diagnóstico, una evaluación y la propuesta de tratamiento. Si esta velocidad y persistencia en las primeras inferencias fuera un elemento favorable o un obstáculo en la asistencia de la población depresiva, no puede saberse. Futuros estudios podrían examinar este aspecto, evaluando si la persistencia y/o la velocidad se asocian con mejores resultados.

Con respecto al tratamiento propuesto, 9 de los 28 terapeutas propusieron un tratamiento combinado (medicación y psicoterapia) para la paciente que escucharon. Estos 9 terapeutas realizaron una propuesta acorde a lo que se recomienda en las guías clínicas para pacientes con sintomatología depresiva crónica, como la que presenta la paciente que escucharon durante la entrevista parte de este estudio. La mayoría (16 terapeutas), sin embargo, propuso tratamientos psicológicos individuales. Es interesante que la mitad de los terapeutas señale al curso como un criterio para proponer un tratamiento y luego varios de ellos no propongan la combinación de medicación y psicoterapia. Es posible que no consideren el curso de esta paciente como crónico sino episódico o que no acuerden con indicar tratamiento combinado para los pacientes con depresión crónica, o también que haya desacuerdos en el diagnóstico. Sobre este punto, la experiencia de los terapeutas mostró incidir en la consideración de la gravedad, criterio más tenido en cuenta por los terapeutas junior que por los terapeutas senior. Es posible que el menor nivel de experiencia promueva en los terapeutas una actitud más prudente con respecto a la propuesta de tratamiento.

Finalmente, acerca de la duración del tratamiento propuesto, más de la mitad de los terapeutas definieron plazos precisos. El marco teórico incide claramente en que un terapeuta defina o no el plazo del tratamiento y no sorprende que los terapeutas cognitivos sean quienes lo hacen. En efecto, la terapia cognitiva se define como un tratamiento breve, estructurado y de tiempo limitado (Beck, Rush, Emery, & Shaw, 1979/1983).

Bibliografía

American Psychiatric Association (2000 a). Diagnostic and statistical manual on mental disorder (4th ed., text revision). Washington DC: Author.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979/1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brower.

Dirección de Salud Mental (2004). Programa de investigación y vigilancia epidemiológica en salud mental. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/descripcion_pivesam.pdf

Garay, C.J. (en prensa). Un debate central en la investigación en psicoterapia. Investigando en Psicología. Artículo aprobado para su publicación.

Garay, C.J., Fabrissin, J.H., Korman, G.P., & Etchevers, M.J. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 17(1), 41-48.

Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., et al. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder , Third Edition.Psychiatric Services, 157(4 Suppl), 1-45.

Klerman, G., Rousanville, B., Chevron, E., Neu, C., & Weissman, M. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.

Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Rutsztein, G., & Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 12, 194-203.

Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Roussos, A., Rutsztein, G., & Torricelli, F. (2002). Empirical study on clinical inference: similarities and differences in the clinical work of psychotherapists with different theoretical approaches and levels of experience. En IPA – An Opendoor Review of outcome studies in Psychoanalysis (2nd ed., pp. 201-204). London: International Psychoanalytical Association.

Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Roussos, A., Rutsztein, G., & Torricelli, F. (2003). Inferencias clínicas de psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos. Memorias de las X Jornadas de Investigación de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo 1, 77-80.

Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Torricelli, F., Zanotto, M., Garay, C., & Rubio, M.E. (2010). Protoinferencias formuladas por psicólogos y médicos en formación en salud mental. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Tomo 1, 154-155.

Leibovich de Duarte, A., Rubio, M., Zanotto, M., Juan, S., Roussos, A., Huerin, et al. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo 1, 64-65.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well–mostly. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 2-1.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008.

Muhr, T. (2004). ATLAS-ti: The Knowledge Workbench (Versión 5.0) [Programa informático]. Berlin: Scientific Software Development.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). CG90 Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. Disponible en: http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90

Organización Mundial de la Salud (1992/2000). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Panamericana.

Rutsztein, G., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos: un estudio comparativo sobre inferencias diagnósticas ante un mismo material clínico centrado en trastornos de la alimentación. Memorias de las XII Jornadas de Investigación y I Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo I, 93- 96.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows (2006). Release 15.0.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.