

## Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión [Jiménez, Botto y Fonagy]. Parte 4: La práctica clínica como un lugar de encuentro de los modelos etiopatogénicos

Etiopathogenic theories and models in depression [Jiménez, Botto, & Fonagy].

Part 4: Clinical practice as a meeting place for etiopathogenic models

Daniel Pallás Serrano

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña del libro de Juan Pablo Jiménez, Alberto Botto y Peter Fonagy (Eds.) (2021). *Etiopathogenic theories and models in depression*. Springer. 348 pp.

### Capítulo 16. Modelos de depresión y juicio clínico. Cómo usar los distintos modelos etiopatogénicos con un paciente en particular. Juan Pablo Jiménez y Alberto Botto

Para Jiménez y Botto el cerebro lo estudian las ciencias naturales, mientras que la mente la estudia la hermenéutica, las ciencias sociales y humanidades. La mente no sólo incluye los fenómenos que estudia la psicología sino también los fenómenos que ocurren en lo macrosocial y la evolución de la cultura. Hay esfuerzos prometedores que procuran estrechar la brecha entre la mente y el cerebro, integrando lo subjetivo en la investigación científica. Dos ejemplos destacables son la neuro-fenomenología (Varela, 1996) y el neuro-psicoanálisis (Solms y Turnbull, 2011). El asunto es increíblemente complejo: aunque es evidente que alteraciones en el cerebro pueden manifestarse a través de cambios en la mente, lo contrario también es cierto.

El problema de los profesionales de la salud mental es que tienen que aplicar a pacientes individuales consultando por malestares subjetivos, el conocimiento extraído de métodos científicos objetivos. Los autores abogan por un *pluralismo explicativo*, que en palabras de Kendler (2005, pp.433): "...hipotetiza múltiples perspectivas mutuamente informativas con las que acercarse a los fenómenos naturales. Típicamente estas perspectivas difieren en su nivel de abstracción, el uso de diferentes instrumentos científicos y proveen tipos distintos y complementarios de entendimiento".

Entienden que el trabajo del clínico difiere del trabajo del científico: el primero tiene ante él o ella la tarea ética de entender y ayudar a un paciente que anhela aliviar su sufrimiento. Buscando ayudar, Jiménez y Botto dedican este capítulo a revisar los

problemas de las guías clínicas, describir el rol del juicio clínico y la formulación de casos y aportar una forma escalonada de modelo diagnóstico.

### **Guías clínicas y medicina basada en la evidencia**

Las guías de práctica clínica (GPC) son pautas basadas en la evidencia que instituciones y asociaciones profesionales desarrollan para facilitar la práctica clínica. Los autores se centran en las condiciones que una guía debe cumplir para procurar el mejor proceso diagnóstico posible.

#### ***Recomendaciones generales para el diagnóstico de la depresión***

Se incluye en este apartado un sumario adaptado y resumido que se propone en las *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* de la Asociación Americana de Psiquiatría (2015).

1. *Establecer y mantener una alianza terapéutica.* Colaborar con el paciente en la toma de decisiones, estar atentos a la transferencia y la contratransferencia, explorar la experiencia subjetiva del paciente.

2. *Completar la evaluación psiquiátrica.* Debe incluir: historial de la enfermedad y de los síntomas actuales, búsqueda de síntomas pasados de manía, hipomanía o episodios mixtos, tratamientos previos, historial médico general, biografía y desarrollo del paciente, respuestas a momentos vitales importantes, historia social, ocupacional y familiar, medicación, salud física, test diagnósticos, uso de sustancias y personalidad.

3. *Evaluar la seguridad del paciente.* Pensamientos y comportamiento suicida, impulsividad y potencial riesgo a sí mismo y a otros, capacidad del paciente de cuidar a terceros.

4. *Establecer un encuadre apropiado para el tratamiento.* El clínico debería crear junto al paciente el encuadre que suponga menos trabas al tratamiento y que garantice las mejores garantías para la seguridad del paciente. Valorar hospitalización.

5. *Evaluar el deterioro funcional y la calidad de vida.* Evaluar la actividad en el trabajo, escuela, familia, relaciones sociales, ocio, y mantenimiento de la salud y la higiene.

6. *Coordinar el cuidado del paciente con otros clínicos.* Si más de un profesional de la salud está implicado, es importante la comunicación eficaz entre ellos.

7. *Monitorizar el estado psiquiátrico del paciente.* Esto es, observar la respuesta al tratamiento, así como otros problemas médicos o psiquiátricos que pueda tener.

8. *Integrar medidas durante el tratamiento.* En aras de mejorar el tratamiento, monitorizar cómo va el mismo (ya sea por escalas rellenas por el paciente o por el clínico) puede ayudar a mejorarlo.

9. *Incrementar la adherencia al tratamiento.* Es importante que el psiquiatra evalúe y conozca posibles trabas a la adherencia (falta de motivación o excesivo pesimismo, efectos secundarios, problemas de la relación terapéutica, barreras logísticas, económicas o culturales). Se debe animar a hablar de los miedos y preocupaciones respecto al tratamiento y de la importancia de la adherencia.

10. *Psicoeducar a los pacientes y a la familia.* Usar un lenguaje asequible. Psicoeducar a la familia, con el consentimiento del paciente, puede beneficiar la funcionalidad de la familia y del propio tratamiento. Temas importantes en el TDM son la necesidad de un tratamiento agudo, riesgos de recaída, importancia de detectar lo más pronto posible los síntomas, y complicaciones posibles. La educación del paciente incluye pautas generales de salud (ejercicio, higiene del sueño, nutrición y disminución del uso de tabaco, alcohol y otras sustancias). Algunas herramientas pueden ser libros, panfletos y *webs* de confianza.

### ***Guías de práctica clínica y sistemas diagnósticos de clasificación***

Las guías se basan en sistemas nosológicos específicos, por lo que un factor importante para que sean aplicadas es que los profesionales de salud mental acepten estos sistemas de clasificación. Un estudio de la OMS concluyó que la inmensa mayoría de profesionales preferían un diagnóstico simple con 100 o menos categorías y casi 2/3 preferían guías flexibles a un enfoque basado en criterios estrictos. Algunos psiquiatras han afirmado que, pese a las bondades y la fácil implementación de la CIE-10, muchas categorías tienen poca utilidad en la práctica clínica. Yendo más allá: el diagnóstico es una tarea no exenta de problemas, pues varios estudios etnográficos muestran que la cultura no solo da forma a las experiencias depresivas, sino que implica prácticas específicas y un entendimiento particular de la propia depresión.

### ***Acogida de las pautas clínicas por los profesionales de la salud mental***

Hay muchas guías de práctica clínica en varios países alrededor de todo el mundo, y por lo tanto diversidad de opiniones sobre cómo proceder. Las estadísticas muestran que la adherencia a estas guías es un problema: un estudio de la OMS muestra que 2/3 de los psiquiatras prefieren guías flexibles en vez de un enfoque estricto basado en criterios. Otros estudios indican que la mayoría de los psiquiatras no incorporan las recomendaciones en su práctica,

### ***Pautas de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria***

El médico de cabecera es en muchos casos el que tiene que juzgar si una persona padece una enfermedad mental. En un estudio de la OMS (Ustun y Von Korff, 1995), pese a que los ratios del diagnóstico correcto varían mucho, podríamos hablar de un porcentaje diagnóstico de depresión por parte de profesionales de la salud mental primaria que va desde un 19.3 en Japón a un 74% en Chile. Los datos sugieren que muchas veces se generaban falsos positivos, es decir, que se diagnosticaba a gente que no tenía depresión, aunque también se dejaba de diagnosticar a mucha gente que la padecía. Levav et al. (2005) afirman que, pese a los esfuerzos de entrenar a los médicos generalistas, todavía hay problemas para hacer un diagnóstico a tiempo y establecer un tratamiento adecuado. Estudios demuestran que es mejor entrenar a estos profesionales en actitudes y habilidades específicas y no en un mero entrenamiento cognitivo. En un estudio realizado en Chile, se entrenó a un grupo de médicos de atención primaria en seguir unas

guías clínicas y pese a la satisfacción de estos con el programa de formación no se trasladó a una mejora de los diagnósticos (Jiménez, 2009).

Posteriormente se ha concluido que las guías de práctica clínica no son apropiadas para la atención primaria, y que los médicos de cabecera se valen más de su intuición y habilidades relacionales que de las guías clínicas para la detección de la depresión. Los autores concluyen que se entiende la depresión como una respuesta *normal* a factores psicosociales, por lo que hay discrepancia entre el modelo de intervención (farmacológico) y el modelo causal (psicosocial).

### **Clasificaciones diagnósticas y teorías etiopatogénicas de la depresión**

Los sistemas de clasificación como el DSM y la CIE se basan en categorías separadas y a menudo solapadas de trastornos que tratan de tener un enfoque ateorico respecto a su etiología. La crítica más contundente a estos sistemas es que tienen una elevada fiabilidad, pero reducida validez. Este enfoque ateorico surgió como respuesta al caos previo en el cual cada clínico diagnosticaba de acuerdo a su teoría etiopatogénica de referencia. Las descripciones en primera persona del sufrimiento de la depresión difieren de los síntomas de los manuales, además, el sentir del sujeto va más allá del síntoma y se refleja en términos de corporalidad, espacialidad, temporalidad e interpersonalidad, dimensiones no consideradas en ningún manual diagnóstico (Ratcliffe, 2015).

Pese al ateorismo presupuesto en estas clasificaciones, para los autores sí existe una teoría de base: la concepción biomédica. Prácticamente todos los manuales enfatizan el tratamiento médico ignorando que la depresión es compleja, asociada a mecanismos tanto de abajo-arriba como de arriba-abajo.

En el caso del duelo, con el DSM-IV-R es posible diagnosticar depresión en presencia del duelo, mientras que el DSM-5 se *desdijo* e incluyó un criterio en la depresión en el que deja al juicio del clínico si diagnosticar uno (depresión) u otro (trastorno de duelo persistente). Estas idas y venidas muestran la inevitable necesidad de los clínicos de ir más allá del diagnóstico descriptivo y tener en cuenta el contexto. En casos de depresión con un trastorno de personalidad comórbido, si no se trata la personalidad subyacente, fallará el tratamiento de la depresión (Leichsenring et al., 2011). Este tipo de hechos nos lleva al problema del juicio clínico.

### **Juicio clínico: el proceso que une el diagnóstico a la etiología de la depresión**

Para los autores el arte de la clínica es combinar lo basado en la evidencia con el conocimiento práctico del terapeuta. Citan a Sacket et al., 1996, p. 72: “La evidencia clínica externa (se refiere al conocimiento científico) puede informar, pero nunca reemplazar, a la experiencia clínica individual”.

El juicio clínico es el proceso cognitivo y afectivo que permite a los facultativos de salud mental llegar a una conclusión basada en información objetiva y subjetiva sobre un paciente. Se desarrolla con práctica, experiencia, conocimiento y un continuo análisis crítico (Kienle y Kiene, 2011). Combina tanto un razonamiento intuitivo y automático como reflexivo y analítico. El juicio clínico presenta varios errores cognitivos, como heurísticos erróneos/sesgos cognitivos y puede presentar influencia afectiva (Casella, 2020). Es un proceso orientado a una meta: la acción clínica. Muchas veces se maneja poca información y la incertidumbre de la prognosis y la efectividad terapéutica. Tiene

un fuerte componente ético y se basa en una sabiduría práctica, más que abstracta. Un ejemplo: un clínico experimentado sabe cuándo hacer un diagnóstico de depresión o de duelo (Maj, 2013).

Un diagnóstico que simplemente describe los síntomas sin considerar las circunstancias psicosociales, *no tiene alma*, dicen los autores, lo que probablemente supondrá que no se despierte en el paciente el compromiso y la colaboración necesarias.

La autorreflexión crítica permite al clínico escuchar atentamente el malestar, reconocer sus propios errores y mejorar sus habilidades, decidir con base empírica, y clarificar sus valores para poder actuar con compasión, competencia, presencia y agudeza. El prestar atención plena en consulta aumenta la habilidad de automonitorización y de actuar momento a momento, de traer a la conciencia el conocimiento profundo y hacerse consciente de nueva información y perspectivas, manteniendo la curiosidad.

### **Formulación de casos**

Los autores recomiendan la formulación de caso como modo de informar de la elección de los tratamientos y el porqué del diagnóstico. No entran en detalle y nos refieren literatura especializada (aquí nombraré solo una de las referencias) de los enfoques psicoanalíticos (Bernardi et al., 2016), conductual (Kaholokulaa et al., 2013), cognitivo-conductual (Boschen y Oei, 2008) y transteórico (Ridley et al., 2017).

### **Conclusiones: hacia un proceso de diagnóstico de la depresión escalonado**

1. Los trastornos psiquiátricos son etiológicamente complejos por lo cual es necesario disponer de un modelo que no deje atrás el rigor conceptual y empírico, que sea plural e integrador y que colabore con varias ramas de la ciencia.
2. El proceso de diagnóstico implica la negociación entre las subjetividades del paciente y del terapeuta, aunque hay que tener en cuenta el contexto sociocultural y la estructura del sistema de salud.
3. Uno de los desafíos es desarrollar nuevos sistemas nosológicos que incorporen variables que hagan más preciso el diagnóstico.
4. El modelo médico de causalidad es insuficiente y los autores no consideran que capte la complejidad de la depresión, pese a que no dudan de su esfuerzo para desarrollar recomendaciones clínicas.
5. El diagnóstico psiquiátrico debería incorporar la observación clínica con hipótesis causales.
6. La depresión se conceptualiza dentro de los trastornos afectivos. Para Kraepelin, este grupo se caracteriza por la recurrencia de los episodios, por encima de su polaridad. Tanto en la manía como en la depresión lo fundamental es la alteración psicomotriz (activación o retardo). Especialmente en la manía, los eventos vitales podrían ser irrelevantes y los cambios del estado de ánimo un epifenómeno (Ghaemi, 2013). La mayoría de estos estados es un estado mixto en el que es complicado distinguir polaridad. Los estudios científicos apuntan a que existe un amplio espectro de los trastornos maniaco-depresivos y no una distinción categórica entre ellos.

7. Históricamente se han propuesto varias clasificaciones (ver Cap. 1), como la de Ghaemi et al. (2012) que reconoce un espectro desde las más crónicas y menos severas (depresión neurótica) a la más episódica y severa (melancólica), pasando por la depresión pura y la mixta.

8. Las manifestaciones de la depresión podrían estar moduladas por rasgos de personalidad y hay que tener en cuenta la relación entre ambos factores.

9. La depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo al que se puede llegar desde diferentes vías, lo cual depende de la interacción entre genes-ambiente a lo largo del desarrollo del individuo.

El objetivo final es averiguar por qué la persona está deprimida en ese determinado momento. Recuerdan los autores la importancia de descartar la bipolaridad, la enfermedad médica y otros trastornos psiquiátricos antes de realizar el diagnóstico. Concluyen con una tabla en la página 333 en la que resumen las directrices de su propuesta para el diagnóstico de la depresión.

### **Comentario final**

Sin duda el trabajo que estos autores han hecho para resumir los resultados más de vanguardia respecto a la depresión, o lo que nosotros entendemos como depresión, se caracteriza por tener en cuenta muchos puntos de vista. Tantos puntos de vista diferentes aunados en un solo tomo son un reflejo de la complejidad misma del propio trastorno depresivo.

Cada autor y autora son dignos heraldos del punto de vista que defienden, y no sin complejidad nos adentran en su forma de pensar. El punto en común de todos es que tienen en cuenta lo bio, lo psico y lo social. El estudio científico de los fenotipos intermedios promete, en los próximos años, aportar datos interesantes sobre los factores que llevan a un individuo a desarrollar depresión. Esperemos que pronto la investigación en este campo dé resultados aplicables a la clínica. La parte más social y cultural del libro es como un grito clamando la necesidad de intervenir social y políticamente para evitar la catástrofe que la diferencia de clase, la discriminación y otras lacras sociales causan en los individuos. Es curioso cómo cobra importancia la mitología vernácula de cada país, cada región y quizá de cada individuo a la hora de experimentar, contar y tratar la depresión. Hecho a destacar es la prevalencia de la depresión en la mujer, cuya influencia social es innegable, y sobre las personas cuya identidad se aleja del binarismo del género estructural, fenómeno muy actual y en pleno desarrollo. Confiamos en que la investigación ayude a crear estrategias eficaces para educarnos como sociedad y que el tiempo y el esfuerzo transformen las estadísticas.

A mi parecer son de especial interés los estudios y las ideas respecto a la consolidación de la memoria y cómo lo no inscrito (ni en lo consciente ni en lo inconsciente) puede llegar a tener un peso tan significativo. Resignifica los fenómenos de transferencia y contratransferencia, dotándolos de importancia esencial en el tratamiento de aquello que no puede hablarse. El cuerpo se convierte en una herramienta más.

El modelo que proponen los autores al final supone una guía completa y basada en la evidencia sin olvidar nada de lo que se ha mencionado anteriormente para enfocar el diagnóstico y hacerlo de la mejor manera posible. La sensación que deja la visión global del libro es de esperanza hacia el futuro del tratamiento de la depresión, y la propuesta de mantener un compromiso de mente abierta (ya sea hacia lo médico o hacia lo social, dependiendo de dónde vengamos cada uno) para no perder de vista ninguno de los muchos factores que influyen en los que importan, que son los pacientes.

### Referencias

- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L. y Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Grupo Magro Editores.
- Boschen, M. J. y Oei, T. P. S. (2008). A cognitive behavioral case formulation framework for treatment planning in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 811–823.
- Cascella, L. M. (2020). *Clinical judgment: What is it, and how does it contribute to diagnostic errors?* <https://www.medpro.com/clinical-judgment-cah>.
- Ghaemi, N. (2013). Understanding mania and depression. En K. Fulford et al. (Eds.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 803–819). Oxford University Press.
- Ghaemi, N., Vöhringer, P. y Vergne, E. (2012). The varieties of depressive experience: Diagnosing mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 73–86.
- Jiménez, J. P. (2009). Impacto de un modelo de capacitación en trastornos depresivos, integrado con la práctica reflexiva, sobre las habilidades diagnósticas, terapéuticas y resolutivas del médico general en atención primaria en salud. *Grant FONIS SA09120014*, financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS), CONICYT-MINSAL.
- Kaholokulaa, J. K., Antonio Godoy, A., O'Brien, W. H., Stephen, N., Haynesa, S. N. y Gavino, A. (2013). The functional analysis in behavioral assessment and case formulation. *Clínica y Salud*, 24, 117–127. <https://doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 433–440.
- Kienle, G. S. y Kiene, H. (2011). Clinical judgment and the medical profession. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 621–627.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74–84.
- Maj, M. (2013). “Clinical judgment” and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry*, 12(2), 89–91. <https://doi.org/10.1002/wps.20049>
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression. A study in phenomenology*. Oxford University Press.
- Ridley, C. R., Jeffrey, C. E. y Roberson, R. B. (2017). The process of thematic mapping in case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 393–409. <https://doi.org/10.1002/jclp.22351>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Solms, M., y Turnbull, O. (2011). What is neuropsychoanalysis? *Neuropsychoanalysis*, 13(2), 133–145. <https://doi.org/10.1080/15294145.2011.10773670>

- 
- Ustun, T. B. y Von Korff, M. (1995). Primary mental health services. En T. B. Ustun y N. Sartorius (Eds.), *Mental illness in general health care: An international study* (pp. 347-360).
- Varela, F. (1996). Neurophenomenology: A methodological remedy for the hard problem. *Journal of Consciousness Studies*, 3, 330–349.