

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Combinación de tratamientos en salud mental. La perspectiva de profesionales en formación en la ciudad de Buenos Aires.

Garay, Cristian Javier, Fabrissin, Javier Hernán y Etchevers, Martín.

Cita:

Garay, Cristian Javier, Fabrissin, Javier Hernán y Etchevers, Martín (2008). *Combinación de tratamientos en salud mental. La perspectiva de profesionales en formación en la ciudad de Buenos Aires. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/145>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/g4F>

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>.

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL. LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES EN FORMACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Garay, Cristian Javier; Fabrisin, Javier Hernán; Etchevers, Martín

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, UBACyT

RESUMEN

El objetivo general del estudio es conocer el modo en que combinan tratamientos los residentes de salud mental. Se administró un cuestionario realizado en base a entrevistas abiertas y recurrentes a 26 residentes de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires seleccionados al azar sobre tres subgrupos de médicos y psicólogos (13 residentes de psiquiatría y 13 de psicología clínica, de 1º, 4º año y jefes). Se estudió: (1) el momento de evaluación de la necesidad de un tratamiento combinado, (2) los objetivos de su realización, (3) los criterios utilizados para implementarlo, (4) el modo de adquisición de tales criterios y (5) cómo evalúan los resultados de su implementación en función del año de residencia, la orientación teórica y la profesión. Pudo observarse que a mayor experiencia los residentes muestran mayor flexibilidad en sus criterios y en su mayoría atribuyen el éxito de la combinación a la buena comunicación entre los profesionales.

Palabras clave

Tratamiento combinado Formación profesional

ABSTRACT

COMBINED TREATMENT IN MENTAL HEALTH. THE PERSPECTIVE OF TRAINING PROFESSIONALS IN BUENOS AIRES CITY

The general aim of this study is to know how the mental health residents combine treatments. A questionnaire based on open and recurrent interviews was taken to 26 mental health residents of the Buenos Aires City Government. They were selected by random from three subgroups of doctors and psychologist (13 psychiatric residents and 13 clinical psychologists, of 1º, 4º year and chiefs). We studied: (1) the evaluation moment of the need of combined treatment, (2) the aims of combination, (3) the criteria used for its implementation, (4) the way of acquisition of such criteria and (5) how they evaluate the results of its implementation, according to the year of residence, the theoretical framework and the profession. We found that as residents acquire more experience, they become more flexible in their criteria and most of them attribute the success of the combined treatment to the right communication between the professionals

Key words

Combined treatment Training professionals

INTRODUCCIÓN

El tratamiento combinado (TC) en salud mental hace referencia a la aplicación conjunta de un tratamiento psicológico y un tratamiento farmacológico. Actualmente, existen criterios consensuados internacionalmente para implementar un TC así como sus posibles modos de combinación, en diferentes fases y etapas del tratamiento. En el diagnóstico y tratamiento de diversos

trastornos mentales, contamos actualmente con guías clínicas elaboradas por expertos. Diversos organismos avocados a la revisión de la evidencia proporcionan lineamientos generales que orientan la toma de decisiones clínicas. Por ejemplo: las guías elaboradas por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, por la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Asociación Americana de Psicología en los EE.UU (Garay y Korman, 2008). Sin embargo, en nuestro medio, carecemos de desarrollos comparables a los mencionados, dado que casi no existen estudios de resultados sobre los cuales puedan organizarse guías locales.

LAS ESTRATEGIAS DE COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL

Si se compara el volumen de estudios clínicos realizados acerca de la eficacia/efectividad de la monoterapia en salud mental, sea ésta biológica o psicosocial, con aquellos dedicados a evaluar la combinación de tratamientos, se observa una clara escasez de estos últimos. Este déficit, se contrasta con el hecho clínico cotidiano según el cual la combinación de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos pareciera ser la opción más frecuente en el abordaje de los trastornos mentales.

Afortunadamente, en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para revertir la escasez de estudios sobre combinación de tratamientos (Thase y Jindal, 2004). En este sentido, actualmente contamos con datos relevantes acerca de en qué tipo de pacientes y, sobre todo últimamente, cómo y cuándo, debemos combinar los diferentes tipos de tratamiento (Wisniewski y otros, 2007). Estos avances ponen el énfasis en aprovechar al máximo las ventajas diferenciales de cada modalidad de tratamiento. Así, podemos realizar una administración más racional de los recursos disponibles. Asimismo, en nuestro contexto nuestro equipo se encuentra realizando investigaciones acerca de la complementariedad terapéutica y la combinación de tratamientos (Korman y Garay, 2005 y 2007).

Hollon y otros (2005) sostienen que los estudios de combinación de tratamientos han perseguido varios objetivos: a) *augmentar la magnitud de respuesta* a los tratamientos, es decir, lograr un beneficio más completo en la reducción sintomática o en el mejoramiento de su funcionamiento diario; b) *augmentar la probabilidad de respuesta*, esto es, lograr que la mayor cantidad posible de pacientes se beneficien del abordaje implementado, vale decir, si diferentes pacientes responden a diferentes tratamientos, por tanto un abordaje combinado incrementará la proporción de pacientes que obtienen un beneficio clínicamente significativo; c) *incrementar la amplitud de respuesta*: una modalidad terapéutica podría actuar más rápidamente mientras que la otra podría mostrar efectos más amplios o duraderos; d) *promover la aceptación de cada monoterapia* (habilitación mutua), gracias a la medicación, algunos pacientes pueden ser más tratables psicoterapéuticamente y, viceversa, la psicoterapia puede favorecer la aceptación y adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar sus efectos adversos.

Existen tres tipos de combinación de tratamientos (Segal y otros, 2002): a) *combinación simultánea*: aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas desde el inicio del tratamiento; b) *combinación secuencial*: aplicación de las modalidades terapéuticas en diferentes fases del tratamiento, habiendo logrado cada modalidad su objetivo; c) *combinación alternada*: cambio de una modalidad terapéutica a otra por no haber alcanzado los objetivos con la primera.

Los tratamientos combinados mostraron resultados superiores a la monoterapia en diferentes situaciones clínicas. En las patologías crónicas, ya sean depresión, trastornos bipolares, de ansiedad o síndromes psicóticos, la mayoría de los estudios encontró evidencia a favor de la combinación. La severidad así como la recurrencia también se han identificado como características que predicen mejor respuesta a los tratamientos combinados (NICE, 2004; Thase y Jindal, 2004; Hollon y otros, 2005; Cottraux y otros 2005; Keegan y Garay, 2008).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó con profesionales en etapa de formación, durante la realización de la residencia de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, mixto (cualitativo y cuantitativo) de dos etapas. El objetivo del estudio es conocer el modo en que combinan tratamientos los residentes de salud mental y si existen cambios a lo largo de la formación.

Herramienta. Se confeccionó un cuestionario en base a entrevistas abiertas y recurrentes así como en función de observaciones del medio y de una revisión bibliográfica realizada sobre la combinación de tratamientos en salud mental (la parte referida al tratamiento de la depresión fue publicada en Fabrisin y Garay, 2003).

Muestra. Se seleccionaron al azar 26 residentes de salud mental (13 residentes de psiquiatría y 13 residentes de psicología clínica, de primero, cuarto año y jefes) pertenecientes a hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre un total de 130 residentes. Ocho residentes de psicología clínica y 12 residentes de psiquiatría completaron el cuestionario, de los cuales 5 eran jefes de residentes, 8 realizaban el cuarto año de residencia y 7 el primer año de residencia al momento de realizar este estudio. De los 20 profesionales, 17 se habían graduado en la Universidad de Buenos Aires, 1 en la Universidad Nacional de Córdoba, 1 en la Universidad Kennedy y 1 en la Universidad del Salvador. Con respecto al marco teórico de trabajo clínico, el 45% (9/20) se identificaron con el psicoanálisis de escuela francesa, el 30% (6/20) con la psiquiatría biológica, el 25% (5/20) se definieron como integrativos o eclécticos. Solamente el 10% (2/20), trabaja con la terapia cognitivo-conductual y apenas el 5% (1/20) con la psicoterapia sistémica.

Los datos se procesaron con el consentimiento de los profesionales estudiados y con preservación de sus identidades.

RESULTADOS

Al momento de administrar el cuestionario, el 58.60% (n = 119) de los pacientes asistidos por los profesionales (N = 203) recibían un TC.

Momento de evaluación de la necesidad de TC. El 45% (9/20) de los profesionales, evalúan la conveniencia de implementar un TC tanto al inicio como durante el tratamiento según características específicas del cuadro o la respuesta al tratamiento. El 30% (6/20) lo hace sólo durante el tratamiento y el 25% (5/20) evalúa la conveniencia de un TC sólo al inicio del tratamiento.

Divididos en 2 grupos por año de residencia (residentes de 1º años vs. 4º año y jefes), se observa que no hay diferencias en cuanto al momento de evaluar la necesidad de TC en los residentes de 1º año. De los residentes de 4º año y jefes, el 15% (2/13) evalúan la necesidad de TC al inicio mientras que el 30% (4/13) lo hacen durante el tratamiento y el 55% (7/13) lo hacen tanto al inicio como durante el tratamiento.

Comparando profesiones, el 42% (5/12) de los médicos evalúa la necesidad de TC sólo al inicio del tratamiento, el 25% (3/12) lo hacen sólo durante el tratamiento y el 33% (4/12) lo hacen tanto al inicio como durante el tratamiento. Esto contrasta con lo observado en los psicólogos, quienes en ningún caso evalúan la necesidad de TC sólo al inicio del tratamiento. El 38% (3/8) lo hacen sólo durante el tratamiento. El 62% (5/8) de los psicólogos lo hacen tanto al inicio como durante el tratamiento.

Considerando la orientación teórica, no hubo diferencias significativas en cuanto al momento de evaluar la necesidad de TC excepto en aquellos residentes que se definieron por la orientación psicoanalítica. De 9 residentes de orientación psicoanalítica, el 66% (6/9) evalúan tanto al inicio como durante el tratamiento y el 33% (3/9) sólo durante el tratamiento. Ninguno evalúa la necesidad de TC sólo al inicio del tratamiento.

Objetivos de la derivación. El 80% (16/20) de los profesionales estudiados implementan un TC con el objetivo de reducir los síntomas del trastorno diagnosticado o del síndrome presuntivo. El 70% (14/20), lo hace con el objetivo de facilitar el curso del tratamiento. Sólo el 20% (4/20) realiza la derivación para mejorar la adherencia al tratamiento. Este dato es más significativo si

consideramos la profesión y la orientación teórica. En efecto, ningún psicólogo y ningún residente de orientación psicoanalítica consideraron la adherencia al tratamiento como objetivo de la derivación ni tampoco plantearon otros objetivos.

Criterios para implementar la combinación de tratamientos. El 55% (11/20) de los profesionales toma en cuenta como criterio principal a la patología del paciente, mientras que el 45% (9/20) considera a la severidad del cuadro. *Ninguno de los profesionales consideró la cronicidad como criterio.* Comparando las profesiones, el 58% (7/12) de los médicos consideró a la patología como el criterio más importante mientras que el 87% (7/8) de los psicólogos consideró a la severidad/gravedad. El 57% (4/7) de los psicólogos consideraron el riesgo suicida mientras que sólo un médico marcó esta opción. El 77% (7/9) de los profesionales con orientación psicoanalítica tomaron en cuenta la severidad del cuadro como criterio principal para evaluar la derivación. Por otra parte, *sólo los profesionales psicoanalistas marcaron el riesgo suicida como criterio de derivación.* Al evaluar las demás orientaciones teóricas, no se destaca ningún criterio de manera relevante. Al comparar las respuestas en función del año de residencia, se observa que los residentes de 1º no se inclinan por un criterio en particular y utilizan un solo criterio (1,3 en promedio) mientras que los residentes de 4º y los jefes se inclinan claramente por la severidad y la patología como criterios y además contemplan varios criterios para realizar la combinación de tratamientos (2,4 en promedio). Sólo dos profesionales (10%), ambos de 1º año, combinan tratamientos en todos los casos, sin un criterio específico.

Adquisición de los criterios para combinar los tratamientos. El 85% (17/20) de los profesionales adquieren los criterios en ámbitos informales hospitalarios (intercambio con otros profesionales y práctica clínica) y el 45-50% en actividades formales hospitalarias (cursos y supervisiones). Mientras que esta diferencia no es tan marcada en los residentes de 4º año y los jefes, se incrementa en los de 1º año dado que sólo 2 señalaron a los cursos interhospitalarios y que ninguno consideró a las supervisiones.

Evaluación de los resultados de la implementación de un TC. El 55% (11/20) dice alcanzar los objetivos del TC "casi siempre" y "siempre", mientras que el 35% (7/20), "a veces" y "nunca". Cuando se les pregunta a qué atribuyen el éxito de la combinación, el 95% (19/20) destaca la comunicación entre profesionales, el 35% (7/20) la patología del paciente, el 30% (6/20) la orientación teórica del profesional con el que trabajan y el 25% (5/20) el momento en que realizan la derivación.

CONCLUSIONES

Los datos sugieren que conforme adquieren más experiencia y formación, los residentes muestran mayor flexibilidad a la hora de evaluar la necesidad de un TC dado que, en su mayoría, pueden hacer la evaluación tanto al inicio como durante el tratamiento. Es llamativo que los residentes de 1º año no se inclinen mayoritariamente por ninguna de las opciones. Esto puede deberse a que carezcan de criterios suficientes para elegir el momento de realizar la evaluación.

Es destacable que ningún psicólogo evalúe la necesidad de TC sólo al inicio del tratamiento, contrastando con el caso de los médicos. Esto puede explicarse porque la secuencia *evaluación diagnóstica y elección de tratamiento* es más afín al modelo médico. En el caso de los psicólogos, el hecho puede explicarse porque en la teoría psicoanalítica, orientación de la mayoría de estos profesionales, el diagnóstico es en transferencia y por tanto es posible cuando el tratamiento ya está realizándose. En una muestra de mayor tamaño podrían estudiarse estas hipótesis.

Finalmente, nos parece importante resaltar que la comunicación entre profesionales es la principal variable a la cual se le atribuye el éxito en la combinación de tratamientos. Es probable que dicha variable permita incrementar la cantidad de información que los profesionales manejan, lograr así mayor precisión diagnóstica, incrementar la adherencia a los tratamientos y establecer criterios consensuados sobre los objetivos del TC.

BIBLIOGRAFÍA

- COTTRAUX, J., BOUVARD, M.A., MILLIERY, M. (2005). Combining Pharmacotherapy with Cognitive-Behavioral Interventions for Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34 (3):185-192.
- FABRISIN, J., GARAY, C. (2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12 (1): 33-55.
- GARAY, C., KORMAN, G. (2008). Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 19 (77): 491-495.
- HOLLON, S.T., JARRETT, R.B., NIERENBERG, A.A., THASE, M.E., TRIVEDI, M., RUSH, A.J. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.
- KEEGAN, E., GARAY, C. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 18 (76): 423-427.
- KORMAN, G., GARAY, C. (2007). Complementariedad terapéutica: Terapia Cognitiva y Yoga. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología / UBA*, 12 (3): 85-96.
- KORMAN, G., GARAY, C. (2005). Prácticas terapéuticas con alusión a lo sagrado y su relevancia para el psicólogo clínico de orientación cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIV, 2: 45-52.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. *Clinical Guideline 22*. Disponible en: www.nice.org.uk
- SEGAL, Z., VINCENT, P., LEVITT, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 27(4): 281-290.
- THASE, M.E., JINDAL, R.D. (2004). Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for Treatment of Mental Disorders. En Lambert, M.J. (ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, pp. 743-766. New York: Wiley.
- WISNIEWSKI, S.R., FAVA, M., TRIVEDI, M.H., THASE, M.E., WARDEN, D., NIEDEREHE, G. y otros. Acceptability of second-step treatments to depressed outpatients: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 164 (5): 753-60.