

Pauta de Observación para la identificación de Sintomatología Depresiva:

Manual de procedimiento

(Salvo & Valdés, 2012)

Introducción

El instrumento “Pauta de Observación para la identificación de Sintomatología Depresiva” fue diseñado en el contexto del “Estudio 4” del Núcleo Mileno “Intervención Psicológica y Cambio en Depresión” que es un esfuerzo de investigación conjunta de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Chile y la Universidad de la Frontera. El propósito de este instrumento es identificar la presencia o ausencia de sintomatología depresiva a partir de la observación de sesiones terapéuticas videograbadas. La primera parte fue construida tomando como base los criterios del DSM-IV-TR (2000) para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el objetivo de esta pauta no es identificar la presencia de un trastorno depresivo u otro trastorno del ánimo, sino simplemente identificar la presencia de sintomatología depresiva. Sí deberá registrarse la existencia o sospecha de criterios relativos a trastornos psicóticos, trastornos asociados con sustancias, demencia, retraso, daño orgánico y trastorno de personalidad antisocial. La segunda parte de la pauta permite diferenciar el subtipo de depresión predominante en los pacientes, según las categorías propuestas por Blatt (1974). Estas categorías son: anaclítico e introyectivo. Los conceptos de dependencia y autocrítica, respectivamente, están estrechamente relacionados con estos estilos depresivos, por lo cual fueron incluidos algunos ítems presentes en el Depressive Experiences Questionnaire (Blatt et al., 1976), de manera que puedan ser utilizados por el observador como criterios de referencia en la identificación de estilo depresivo predominante en el paciente.

Debido al conocimiento clínico especializado requerido para realizar la codificación, tanto de los síntomas de la primera parte como de los subtipos de depresión, se considera necesario que los codificadores posean un nivel de experiencia mínima de cinco años de ejercicio clínico. Se requiere de un mínimo de dos codificadores para realizar la codificación de cada sesión para poder comparar posteriormente el porcentaje de acuerdo o

desacuerdo en cada ítem, así como para una posterior fase de conciliación en que se llegará a una decisión definitiva en caso de observarse diferencias.

Descripción de la Pauta.

El instrumento “Pauta de Observación para la identificación de Sintomatología Depresiva” comienza con una tabla compuesta por distintos ítems de identificación del observador, del proceso y de la sesión, así como algunas características mencionadas más arriba, que se ha considerado relevante identificar, las que pudieran o no observarse en el paciente. A continuación se muestra la tabla señalada y se explican luego sus distintos elementos:

Tabla 1

Terapeuta Observador:					
Número de la Terapia:		Número de la sesión:		Fecha de la sesión:	
Marque con una “X” en el casillero correspondiente si observa indicadores o tiene sospechas de que el caso observado presenta alguna de las siguientes condiciones:					
Esquizofrenia u otro trastorno psicótico	Duelo o pérdida reciente	Trastorno relacionado con sustancias o que dé la impresión de estar bajo los efectos directos de alguna sustancia o medicamento durante la sesión observada	Retraso, delirium, demencia u otro trastorno cognoscitivo o mental debido a condición orgánica o enfermedad médica	Trastorno de Personalidad Antisocial	Situación traumática reciente o estresor claramente identificado.

Terapeuta observador : Nombre, número o código de identificación de la persona que realizará la codificación

Número de la terapia : Número de registro o identificación del proceso terapéutico a observar designado en el contexto del estudio o proyecto al cual pertenece.

Numero de la sesión : Número de la sesión en el contexto del proceso terapéutico al que pertenece, correspondiente al video observado (ej: sesión 1; sesión 5; etc.)

Fecha de la sesión : Fecha en la cual la sesión fue realizada. Esta información puede ser relevante para la verificación de los criterios de temporalidad de los indicadores de sintomatología depresiva identificados.

Estos primeros cuatro datos deben ser completados, de ser posible, antes de comenzar la observación de la sesión videograbada. A continuación se le pide al codificador que marque si el caso observado presenta algún indicador o sospecha de: “Esquizofrenia u otro trastorno psicótico”; “Duelo o pérdida reciente”; “Trastorno relacionado con sustancias o que dé la impresión de estar bajo los efectos directos de alguna sustancia o medicamento durante la sesión observada”; “Retraso, delirium, demencia u otro trastorno cognoscitivo o mental debido a condición orgánica o enfermedad médica”; “Trastorno de personalidad antisocial”; y/o “Situación traumática reciente o estresor claramente identificado”. Para esto, el evaluador deberá marcar con una “X” en el casillero en blanco debajo de cada una de las situaciones previamente descritas. Estos datos pueden ser llenados en cualquier momento durante la observación de la sesión, pudiendo marcarse más de uno si así se justifica.

Primera Parte: “Identificación de Sintomatología Depresiva”

Luego de haber llenado los datos de identificación descritos, el codificador se encontrará con la sección denominada “*Primera Parte: identificación de sintomatología depresiva*”, compuesta de once ítems.

Ítems “1” al “9”:

Los primeros nueve ítems muestran una primera parte en que se describe el síntoma depresivo a observar y cuatro casilleros a ser completados tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo 1

4.	Presencia	Ausencia	Temporalidad (durante 2 semanas en los últimos 2 meses)	
			Sí	No
Paciente expresa tener o haber tenido insomnio o hipersomnia casi cada día.	X		X	

Presencia / Ausencia : se marca con una “X” sólo una de las dos opciones, de acuerdo a si el criterio es o no referido u observado a partir de al menos un indicador, tanto verbal como no verbal.

Temporalidad: Sí / No : se marca sólo una de las opciones (*Sí o No*) de acuerdo al criterio temporal requerido. Este criterio exige que el síntoma observado esté o haya estado presente durante al menos dos semanas seguidas en algún momento durante los últimos dos meses a partir de la sesión observada. Si usted tiene dudas respecto a la temporalidad del síntoma se recomienda volver a revisar posteriormente el segmento en el que se ha identificado. Es probable que en algunos casos, aún así, no sea suficiente con una sola sesión, por lo que se recomienda siempre revisar las dos primeras.

Luego, cada ítem cuenta con una segunda parte “*Observaciones (indicadores verbales y/o no verbales)*” donde deberá anotarse los indicadores observados del síntoma

correspondiente. En caso de tratarse de indicadores referidos verbalmente por el mismo paciente, estos deberán ser anotados de manera textual. Al lado de cada indicador deberá anotarse el número del turno de palabra en que se presenta y el minuto del video en que se observa, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo 2

Observaciones (indicadores verbales y/o no verbales)	Minuto	Turno de palabra
“hace un tiempo que estoy durmiendo mal, como sobresaltada. Me cuesta quedarme dormida o a veces me despierto a mitad de la noche”	15:55	40
“me empiezan a dar vuelta las cosas y me quedo pensando hasta tarde, me cuesta quedarme dormida. El Martes, me quedé despierta hasta las 04:00 de la mañana”	20:36	71

Ítems “10” y “11: Conclusión Final”:

En estos dos ítems se le pide al observador emitir un juicio basado en la sesión observada y en su experiencia clínica, frente al cual debe responder “*Sí*” o “*No*” a distintas preguntas:

En el ítem “10” se le pregunta si al menos uno de los síntomas observados, ha provocado malestar clínicamente significativo en algún área importante de la actividad del individuo. Aquí, al igual que en los 9 ítems anteriores, el observador deberá registrar, lo más fidedignamente posible, los elementos de la sesión donde se aprecian indicadores para esto. Deberá también registrar el minuto del video de grabación y el turno de palabra en que aparecen dichos elementos. En el ítem “11: Conclusión Final”, se le pide responder, basado en los 10 ítems anteriores, si el paciente ha presentado, o no, sintomatología depresiva durante los últimos 2 meses. En el contexto del estudio para el cuál fue desarrollado el presente instrumento, se considera suficiente para marcar “*Sí*” el que anteriormente se

hubiera registrado como “Presencia” con “Criterio de temporalidad” los ítems 1 o 2. Esto a diferencia del DSM-IV, en que los mismos ítems son condición necesaria, pero no suficiente, para diagnosticar la presencia de un episodio depresivo mayor. Recuerde que el fin de este instrumento no es diagnosticar un episodio depresivo mayor propiamente tal, ni ningún trastorno específico. Ahora bien, en caso de que los ítems 1 o 2 no estuvieran presentes, o no poseyeran el “Criterio de temporalidad”, el ítem 10, que rescata el “criterio C” del DSM-IV para el diagnóstico de un “Episodio depresivo mayor”, se considera una condición necesaria, pero no suficiente para concluir “Sí” en el ítem “11”. El codificador deberá apoyar su decisión, además, en la observación de los restantes ítems y en su experiencia clínica, de manera de poder hipotetizar fundadamente que los síntomas observados se deben o corresponden a una afectación depresiva del ánimo y no se deben a otra causa como, por ejemplo, ansiedad o a un episodio de duelo.

Segunda Parte: “Identificación del estilo depresivo:

Ítems “12: Conclusión Final” y “13”:

En esta segunda parte, se presentan algunos ítems del Depressive Experiences Questionnaire (Blatt et al., 1976), de manera que puedan ser utilizados como referencia por el observador para identificar un estilo depresivo predominante, tal como se han conceptualizado en dicho instrumento, ya sea “Anaclítico” o “Introyectivo”. Se le pide a continuación al observador, marcar con una “X” los aspectos presentes. Luego, en el ítem “12” se le pide al observador, usando dichos ítems como referencia y basado en su conocimiento clínico, realizar un juicio “Conclusión final”, respecto del estilo **predominante** en el paciente, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo 3:

ANACLÍTICO		INTROYECTIVO	
	Dependiente		Autocrítico
X	Intenso anhelo de ser amados, nutridos y protegidos		Constante y severo auto-escrutinio y evaluación
	Focalizando más en los sentimientos, las relaciones interpersonales y los afectos		Focalizando sobre la conducta manifiesta y las relaciones de causalidad
X	Los otros son evaluados primariamente en su capacidad inmediata de cuidar, proveer confort y satisfacción		Se esfuerzan excesivamente por alcanzar logros y la perfección en lo que hacen, lo que habitualmente los hace altamente competitivos y con fuerte capacidad de trabajo
X	Expresa la depresión a través de quejas somáticas		Sentimientos de ser indignos, inferiores, fracasados y culpables

Ahora bien, es posible que el observador se encuentre con algún caso en el cual no sea posible identificar aspectos claramente predominantes de un solo estilo de depresivo. Sin embargo, no se admite para efectos del presente instrumento la posibilidad de marcar un estilo “mixto”. En cada caso el observador deberá emitir un juicio optando por una de las dos opciones existentes. Sin embargo, a continuación en el ítem “13”, se le permite responder en una escala ordinal de 5 niveles el grado de “acuerdo” o “desacuerdo” respecto a si es posible obtener información suficiente para poder identificar un estilo claramente predominante a partir de la sesión observada. El observador debe marcar con una “X” en el casillero correspondiente a la opción que mejor represente su parecer, tal como se muestra en el ejemplo a continuación:

Ejemplo 4:

En el ítem anterior se le pidió que indicara cuál era el estilo depresivo predominante. Sin embargo, existe la posibilidad de que usted se encuentre con algún caso en el cual sea posible identificar aspectos de ambos estilos. Responda la siguiente pregunta, marcando con una “X” una de las siguientes 5 opciones que van desde 1 que significa “*Muy en Desacuerdo*”, hasta 5 que significa “*Muy de Acuerdo*”.

13. En la sesión observada se pudo obtener la información suficiente para poder identificar un estilo *Anaclítico* o *Introyectivo* claramente predominante en el(la) paciente.

Muy en Desacuerdo				X		Muy de Acuerdo
	1	2	3	4	5	

Firma y fecha:

Finalmente el observador deberá firmar y registrar la fecha en que terminó su codificación. Luego de esto, no podrá cambiar o realizar modificaciones a las opciones previamente elegidas.

Consideraciones generales para la codificación

Toda persona que realice una codificación de una sesión terapéutica deberá contar con la grabación en video de la sesión. Se recomienda contar también con su transcripción que cuente con una numeración secuencial de cada turno de palabra de los participantes. Para esto, debe existir una separación entre los distintos párrafos de la transcripción y cada participante debe estar claramente identificado, por ejemplo, con las letras “P” para el paciente y “T” para el terapeuta, según corresponda. Se recomienda para esto el formato establecido por las normas de Mergenthaler & Stinson (1992). Se aconseja realizar la codificación, tanto con la grabación audiovisual como con la transcripción, correspondientes a las primeras dos sesiones. Para esto, deberá contar con una pauta distinta para cada sesión observada

Pasos a seguir para la codificación

1. Cada codificador/a debe contar con el mismo material de observación para realizar la codificación (video y/o transcripción de la misma sesión).
2. El o la codificador/a debe contar con una copia del instrumento “Pauta de Observación para la identificación de Sintomatología Depresiva” para cada sesión videograbada a observar.
3. Se requiere un mínimo de dos codificadores para realizar la codificación.
4. Cada uno de los codificadores debe realizar la codificación de manera independiente.
5. La codificación de cada ítem debe realizarse en base a la experiencia clínica del observador considerando el contexto general de la conversación. Por lo tanto, antes de iniciar la codificación del ítem, se deberá revisar las anotaciones realizadas a la luz de la sesión completa.
6. No deberá usarse el mismo dato observado para justificar la codificación de ítems correspondiente a distintos síntomas.

Revisión y Conciliación

Posteriormente a la codificación individual, los codificadores deben evaluar su nivel de acuerdo siguiendo tres pasos:

- a) Revisar las codificaciones individuales para cada ítem, registrando similitudes y diferencias encontradas, para el posterior cálculo de confiabilidad.
- b) Conciliar los desacuerdos en base a las anotaciones realizadas por cada observador. Para esto, cada codificador debe tener presente los instrumentos utilizados para codificar cada sesión. En caso de ser necesario, puede observarse nuevamente el fragmento del video o transcripción que justifique

el codificar como de manera definitiva alguno de los síntomas, subtipo de depresión o conclusiones finales.

- c) Registrar una codificación única de los ítems en una nueva planilla consensuada.