

■ ARTÍCULO ORIGINAL

RECAÍDAS Y RECURRENCIAS EN LA DEPRESIÓN

J. Vallejo Ruiloba y
M. Urretavizcaya Sarachaga
Hospital Universitario de Bellvitge

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Recaídas y recurrencias en la depresión

INTRODUCCIÓN

El énfasis en el tratamiento de la depresión se ha centrado, históricamente, en el tratamiento de la fase aguda (primeras 12 semanas). Cada vez está más admitido que la depresión puede ser una enfermedad médica con gran tendencia a la recurrencia y a la cronicidad. En algunas depresiones, las limitaciones en el funcionamiento cotidiano y el grado de repercusión es

comparable a enfermedades como la diabetes o la hipertensión. Es una patología que, en muchos casos, va a necesitar tratamiento a largo plazo para mantener un estado de eutimia. La presencia, cada vez mayor, de pacientes depresivos que requieren un tratamiento antidepressivo prolongado e incluso «de por vida» plantean la necesidad de ampliar los escasos estudios que implican tratamientos antidepressivos prolongados.

(Continúa pág. 2) ▶▶▶

■ EN BREVE...

LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA ES LA CAUSA DEL 80% DE LAS CONSULTAS AL MÉDICO DE CABECERA

El 80% de las consultas del médico de cabecera se deben a patología psicósomática, que consiste en la expresión de los conflictos emocionales a través de la producción de enfermedades físicas, según han informado expertos durante la I Jornada de Avances en Patología Psicósomática celebrada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

José Gimillo Asensio, coordinador de las jornadas y miembro del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), destacó que «la enfermedad psicósomática ha tenido en los últimos años un extraordinario auge y desarrollo en muchos países», hasta el punto que en algunos ya se considera a la psicopatología como a una especialidad propia.

Además, el coordinador consideró que el conocimiento de esta patología entre los españoles es escaso y que las personas recurren al médico general esperando encontrar una solución a sus problemas que a lo mejor reside en un tratamiento psicológico.

(Más breves en pág. 8) ▶▶▶

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2, Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



Almirall Prodesfarma
S.V.P.: 269-R-CM

Recaídas y recurrencias en la depresión

J. VALLEJO RUILOBA Y M. URRETAVIZCAYA SARACHAGA
Hospital Universitario de Bellvitge

Creemos preciso subrayar que todo lo que revisemos sobre tratamiento farmacológico es tanto más válido cuanto más nos refiramos a depresiones en las que los factores constitucionales-biológicos sean predominantes y los factores psicosociales (factores de personalidad y socioambientales) estén menos implicados en la génesis y mantenimiento de la clínica afectiva. En aquellas depresiones en las que predominen factores psicosociales las expectativas farmacológicas son menores y la utilización de técnicas psicológicas o de un abordaje psicosocial son fundamentales para el control del episodio y la profilaxis de nuevos episodios. Sin embargo, no pueden establecerse, siempre, cortes dicotómicos estrictos, ya que en algunas depresiones endógenas la personalidad de base neurótica, la conflictiva familiar generada por la enfermedad o las secuelas socioambientales y laborales del propio trastorno pueden aconsejar complementar el tratamiento biológico con un abordaje psicoterápico. Por el contrario, en las depresiones neuróticas los antidepressivos reducen síntomas y evitan recaídas, mientras que la psicoterapia es fundamental para incidir sobre la personalidad y reajustar las relaciones interpersonales.

En definitiva, si bien algunas depresiones requieren sólo un abordaje biológico (endógenas) o puramente psicológico y/o social (neuróticas o reactivas), en un 40% de casos aproximadamente la indicación es un tratamiento combinado. Por supuesto que en las depresiones somatógenas, secundarias a causas físicas concretas, el tratamiento debe incidir sobre la noxa somática o la suspensión del tratamiento en el caso de yatrogenia medicamentosa. No obstante, incluso en estos casos el desarrollo posterior de una auténtica depresión obliga, en muchos casos, a un tratamiento específico del trastorno afectivo.

Concepto de recaída y recurrencia depresiva

Las manifestaciones clínicas de un episodio depresivo son, desde un modelo médico, el reflejo, en última instancia, de una supuesta alteración o disfunción

neurobiológica. La normalización, temporal o no, de dicha disfunción neurobiológica supondría una remisión de la clínica depresiva. Si esta normalización se realiza sin una maniobra terapéutica, podríamos considerar que es el curso natural del episodio y la remisión clínica supondría la constatación de esta normalización neurobiológica. Si se realiza una maniobra terapéutica (especialmente farmacológica) durante el episodio, la ausencia de clínica no conlleva la certeza de la resolución de las disfunciones neurobiológicas subyacentes, ya que éstas pueden estar sólo compensadas por la maniobra terapéutica. En este contexto hemos de referirnos al curso clínico observable y tiene sentido el concepto de recaída o recurrencia. Tanto la recaída como la recurrencia conllevan la existencia de un episodio previo y suponen una reaparición sintomática de intensidad similar a ese episodio previo. La sintomatología en la recaída sería secundaria a la misma disfunción neurobiológica que motivó el episodio anterior (es el mismo ciclo depresivo), y la de la recurrencia podría ser debida o a una nueva disfunción neurobiológica (es un nuevo ciclo depresivo). La incógnita planteada es cuál es el lapso de tiempo necesario para que una reaparición episódica pueda considerarse una recurrencia. Este período de tiempo caracterizado por la ausencia sintomática se determina en términos probabilísticos, lo cual no deja de ser una presunción y una clasificación artificial. Se busca aquel período después del cual la mayoría de los pacientes no vuelven al síndrome y, por tanto, podríamos presuponer, que al haber permanecido asintomáticos durante ese tiempo, se ha superado la disfunción neurobiológica inicial. Así el Grupo de Pittsburgh, considera que este tiempo mínimo es de seis meses: Recaída es un episodio clínico separado del previo por menos de seis meses y recurrencia por más de seis meses (Frank y cols., 1991).

Riesgo de recaída y/o recurrencia

El 50% de pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo presen-

tarán, como mínimo, un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación, especialmente entre los 4 y los 6 meses. Algunos autores señalan que un 70% de sujetos recuperados de un primer episodio depresivo sufrirán dos o más episodios posteriores, aunque el segundo puede acontecer muchos años después del primero. El riesgo de episodios futuros parece incrementarse con el número de episodios previos. Cuando un sujeto experimenta un segundo episodio depresivo la posibilidad de que desarrolle un tercer episodio es del 80-90% con un 70-80% de posibilidades de que la recurrencia se produzca en los 3 años posteriores a la recuperación del episodio. Con el incremento de episodios, los intervalos libres de síntomas entre episodios se acortan, la respuesta a los antidepressivos puede decrecer y la calidad de vida disminuye con cada nuevo episodio. Todos estos datos son suficientemente elocuentes e ilustran la importancia del tratamiento farmacológico en la medida que éste atenúe o impida las recaídas (tratamiento de consolidación) y/o las recurrencias (tratamiento de mantenimiento o profiláctico). Ambos tipos de tratamiento (consolidación y mantenimiento), que sobrepasan la fase aguda de la depresión, pueden incluirse, operativamente, bajo el concepto global de tratamiento prolongado de la depresión (Vallejo y Urretavizcaya, 2000).

Tratamiento de consolidación

Respecto a las recaídas existen suficientes y rigurosas evidencias experimentales que demuestran que los pacientes que reciben placebo durante el seguimiento recaen con mucha más frecuencia que los que toman tratamiento activo. En efecto, frente a un 70 - 80% que recaen con placebo tan sólo lo hacen un 10-30% de los que toman medicación (Vallejo y Urretavizcaya, 2000).

La duración y la dosis del medicamento, una vez sobrepasado el período de tratamiento agudo (primeras 6-8 semanas), es todavía un capítulo incierto. Parece en general aceptado mantener las mismas dosis que durante la fase aguda (Prién y

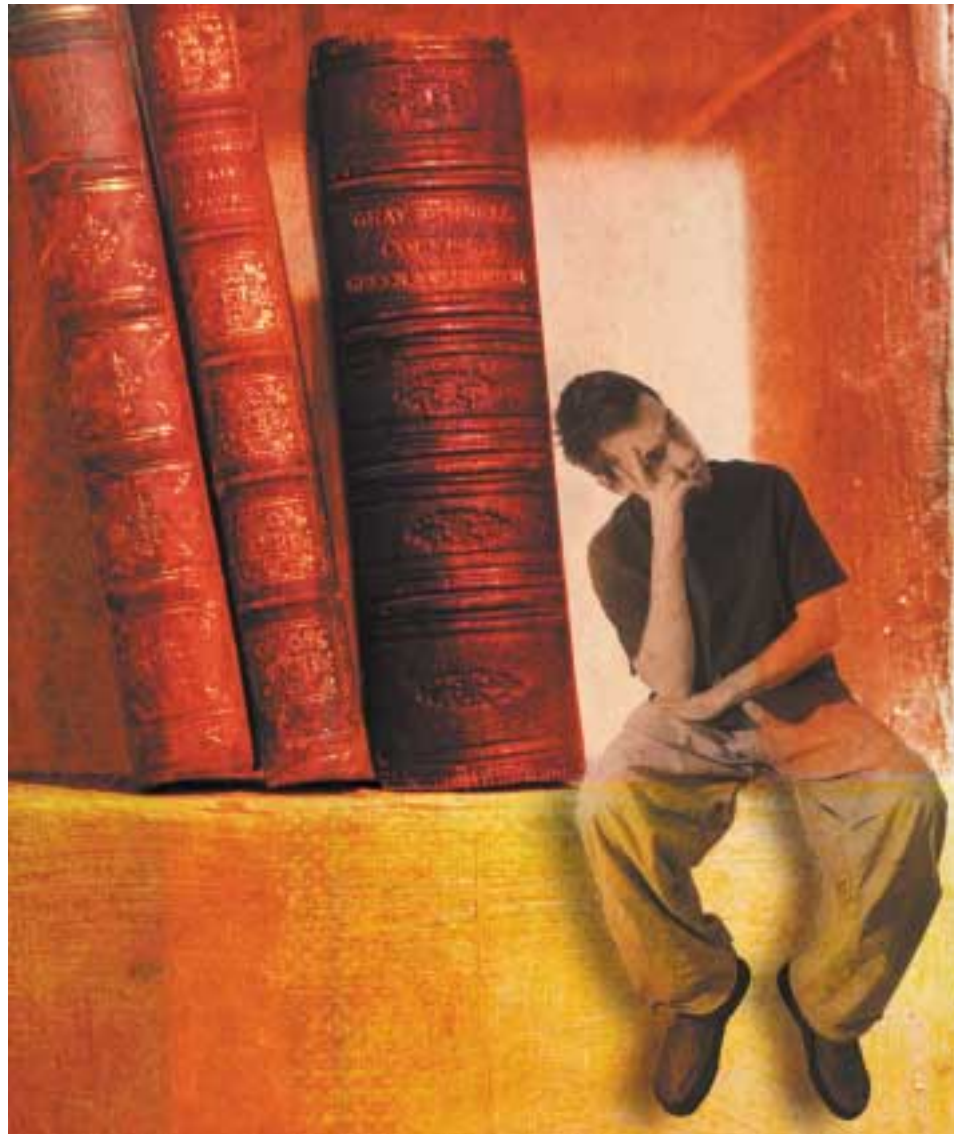
Kupfer, 1986) un tiempo mínimo de 4-6 meses (NIMH/NIH, 1985; WHO, 1989; Kupfer, 1993). Muchos clínicos abogan por un período aún más prolongado (6-9 meses). Sin embargo, sobrepasado este período es polémico el tiempo posterior de tratamiento, ya que algunos clínicos se inclinan por suspender la medicación con prontitud, mientras que otros la prolongan con las consiguientes ventajas (garantizar la no recaída) e inconvenientes (posibles efectos adversos) que tiene cada opción. De cualquier forma, hay cierta evidencia de que ante una recaída la reinstauración del tratamiento cuando éste ya se ha suspendido es menos eficaz y rápida en controlar la sintomatología, que el aumento de la dosis.

Tratamiento de mantenimiento

El tratamiento farmacológico de mantenimiento debería considerarse al final del tratamiento de consolidación, para la mayoría de pacientes con una historia de episodios depresivos previos. El fin de este tratamiento es el de prevenir las recurrencias. Su instauración supone un cierto consenso entre el clínico y el paciente, que debe aceptar voluntariamente someterse a un tratamiento prolongado a pesar de encontrarse satisfactoriamente bien y recuperado de su último episodio. Aunque existen pocos estudios sobre este tema, la eficacia del tratamiento con antidepresivos o litio en el control de las recurrencias es significativo y del orden del 30-40% de magnitud en la reducción del ritmo de recurrencias a los 2-3 años (riesgo de recaída global de 50-80%) (Thase, 1990, 1992). Concretamente, las recurrencias durante el tratamiento de mantenimiento con antidepresivos son del 50% frente al 80% que se observa en pacientes tratados con placebo (Thase, 1990, 1993). El riesgo de recurrencia existe durante todos los años que siguen a un episodio depresivo e, incluso, aunque se siga un tratamiento de mantenimiento exitoso (Mueller, 1999). Tampoco en los tratamientos prolongados de mantenimiento hay acuerdo en la dosis eficaz y la duración, como expondremos en los próximos apartados.

ESTRATEGIAS PSICOFARMACOLÓGICAS EL TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS Y RECURRENCIAS DE LAS DEPRESIONES

Una estrategia psicofarmacológica conlleva una serie de decisiones funda-



mentales: 1) Elección del psicofármaco. 2) Decisión de las dosis de mantenimiento. 3) Duración del tratamiento. 4) Control somático durante el tratamiento. 5) Suspensión y retirada, si es posible, del tratamiento. 6) Asumir la posibilidad de fracaso de la estrategia. No existen directrices consensuadas para ninguno de estos puntos.

Elección del psicofármaco

En el tratamiento prolongado de la depresión se tiende a elegir el mismo psicofármaco, o combinación psicofarmacológica, con el que se ha conseguido la respuesta y remisión clínica en el tratamiento de la fase aguda.

Haremos una breve referencia a los psicofármacos más utilizados en el tratamiento de las recaídas y recurrencias o

en el tratamiento prolongado de la depresión. Distinguiremos: antidepresivos, eutimizantes y antipsicóticos.

Antidepresivos

Como recogen Vallejo y Urretavizcaya (2000) la mayoría de estudios controlados demuestran la mayor efectividad de los antidepresivos empleados para el tratamiento prolongado de la depresión, frente al placebo en la profilaxis de nuevos episodios. En la literatura no existen trabajos que permitan ningún tipo de conclusión sobre la efectividad de combinaciones farmacológicas en general y de antidepresivos en particular en el tratamiento prolongado de la depresión.

Antidepresivos heterocíclicos. Tanto el litio como los antidepresivos heterocíclicos

han mostrado un efecto protector, superior dos o tres veces al placebo, en 18 a 36 meses de tratamiento de mantenimiento (Davis, 1976; Thase, 1990).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los resultados obtenidos, en diversos estudios controlados con ISRS, en la prevención de las recaídas y recurrencias de la depresión mayor son concordantes sobre su eficacia (Vallejo Urretavizcaya, 2000). Los estudios de eficacia comparada con placebo de los ISRS durante un período de 4-6 meses (eficacia como tratamiento de consolidación) y de 12 meses (es un período orientativo pero insuficiente en la valoración de la eficacia en el tratamiento de mantenimiento) señalan una eficacia global significativamente superior al placebo de los ISRS comparados. Los estudios que comparan los diferentes ISRS con los tricíclicos clásicos son muy escasos. Parecen encontrar una efectividad profiláctica similar con una mayor tolerancia. De todas formas en todos estos estudios comparativos la duración del tiempo de mantenimiento no es superior a un año (máximo dos años). Se necesitan más estudios comparativos, con fármacos de probado efecto profiláctico como la imipramina, y de más amplia duración, para verificar la efectividad comparada de los ISRS en el tratamiento prolongado de la depresión con fines profilácticos.

Otros antidepresivos. Hay otros antidepresivos, efectivos en el tratamiento agudo del episodio depresivo, cuya efectividad profiláctica solo está recogida en estudios abiertos, por lo que es muy prematuro extraer ningún tipo de conclusiones. Entre estos antidepresivos, podemos citar la trazodona, el bupropion y el tianeptino.

Entre los antidepresivos de reciente aparición, como la venlafaxina, la mirtazapina y la reboxetina, reseñaremos la existencia de estudios de 12 meses que demuestran la superioridad de estos antidepresivos frente a placebo como tratamiento de mantenimiento (venlafaxina—Entsuah y cols., 1996— y mirtazapina—Bremmer y cols., 1996—). El estudio de Shrivastava y cols., 1994 refiere una eficacia comparable de la venlafaxina con la imipramina y en el de Bremmer y cols., 1996 de la mirtazapina con la amitriptilina. Las limitaciones de todos estos trabajos son las mismas que las referidas para los estudios con ISRS.

Para terminar este punto sobre la elección de un antidepresivo en la fase de mantenimiento, y de forma general, re-

marcaremos cuatro aspectos: 1) La ausencia de predictores consistentes que puedan orientar en la elección de un tipo u otro de antidepresivo en el tratamiento prolongado de la depresión. Los fármacos efectivos en el tratamiento de la fase aguda de la depresión son generalmente efectivos en la fase de consolidación y mantenimiento. Se recomienda, pues, elegir el mismo antidepresivo con el que se ha realizado el tratamiento de inicio para el tratamiento de consolidación y mantenimiento. Sólo en algunos casos la presencia de algún tipo de alteración médica, la aparición de efectos secundarios o la posibilidad de interacciones medicamentosas graves, pueden influir decisivamente en la elección de un fármaco para el tratamiento de mantenimiento y aconsejar escoger un antidepresivo con menor potencialidad de efectos indeseables. 2) La necesidad de comparar la eficacia en el tratamiento de mantenimien-

Los psicofármacos más utilizados en las recaídas, recurrencias o tratamiento prolongado de la depresión son: antidepresivos, eutimizantes y antipsicóticos

to entre los diferentes antidepresivos. En la literatura no hay estudios comparativos de esta eficacia, con excepción de algún trabajo con muestras pequeñas. Comparación especialmente importante en el caso de los nuevos antidepresivos (ISRS, venlafaxina, mirtazapina y reboxetina) que aportan un espectro menor de efectos indeseables. Si al contrastarse con otros antidepresivos como los tricíclicos, con más larga experiencia profiláctica, demuestran resultados comparables, estos fármacos serán una buena alternativa en la profilaxis de las depresiones unipolares. 3) La importancia de comprobar la diferente efectividad profiláctica de los antidepresivos según el tipo o subcategoría diagnóstica (depresión psicótica, depresión melancólica, depresión neurótica o distimia, depresión reactiva), que puede incluirse en el concepto evolutivo de depresión unipolar. 4) La ausencia de estudios fiables que demuestren la efectividad de combinaciones farmacológicas en el tratamiento profiláctico de la depresión unipolar.

Eutimizantes

Litio. En los meta-análisis de Davis (1976), Souza y Goodwing (1991) y Janicak y cols. (1991) se ha documentado que el litio es claramente eficaz en la prevención de recaídas y recurrencias. Hay diversos estudios que apoyan la eficacia profiláctica del litio en las depresiones unipolares (Vallejo y Urretavizcaya, 2000). La utilización exitosa del litio, como potenciador, en la fase aguda o de continuación en algunos pacientes aconseja su uso en la fase de mantenimiento o profiláctica (Bauer y cols., 2000).

Se dispone de escasa información sobre el uso de otros eutimizantes (carbamazepina, ácido valproico...) en el tratamiento de las recaídas y recurrencias de la depresión unipolar.

Antipsicóticos

Utilizados en algunos casos en combinación con antidepresivos en el tratamiento de mantenimiento de depresiones psicóticas. Especialmente en aquellos pacientes que se constata una reparación de clínica psicótica con medicación exclusivamente antidepresiva. El uso de antipsicóticos atípicos, en estos casos, debe valorarse por su menor riesgo de discinesias tardías.

Dosis de mantenimiento

Las dosis terapéuticas de litio están objetivamente situadas en el intervalo de 0,6-1,2 mEq/l. En el caso de los antidepresivos la cuestión es más polémica. Algunos clínicos se inclinan por reducir la dosis respecto a los períodos de la fase aguda para situarla en 1/2 ó 2/3 de la posología inicial (75-150 mg/día de imipramina) (Thase, 1990). Sin embargo, esta posición, por otra parte común en la práctica, no se haya respaldado por la evidencia experimental (Frank y cols., 1989). El grupo de Pittsburgh, por ejemplo, encuentra una tasa menor de recurrencias al comparar sus propios estudios con dosis de mantenimiento más altas (Kupfer, 1991; Frank, 1993) y estudios previos en los que las dosis eran menores (Prien y Kupfer, 1984). Incluso hay autores que se plantean la posibilidad de una mayor efectividad profiláctica de los ISRS, con dosis superiores a las recomendadas en los primeros trabajos. Por estas razones hay que considerar seriamente la posibilidad de administrar, en el tratamiento de mantenimiento, también dosis elevadas de antidepresivos

(200-300 mg/día de imipramina o equivalente), similares a las empleadas en el tratamiento agudo especialmente en pacientes vulnerables con altos índices de recaídas (Frank, 1993; Kupfer y cols., 1989).

Hay un amplio consenso clínico para prolongar las dosis iniciales, con las que se ha conseguido la respuesta y remisión clínica en el tratamiento de la fase aguda, durante la fase de consolidación (para prevenir las recaídas). Aunque este consenso no es igual de consistente para la fase de mantenimiento (prevenir recurrencias) cada vez son más los autores que prolongan estas mismas dosis como tratamiento de mantenimiento. En caso de no tolerarse estas dosis, por efectos secundarios o la presencia de otras alteraciones médicas, puede emplearse la dosis que sea bien tolerada o ensayar otro abordaje farmacológico.

Duración del tratamiento

La duración de un tratamiento de consolidación, y especialmente de mantenimiento, es una cuestión no determinada y polémica. El tratamiento de consolidación debe realizarse después de todo episodio depresivo, tras finalizar el tratamiento de la fase aguda, durante un mínimo de 6-9 meses. El paciente debe estar asintomático en el momento de iniciar el tratamiento de consolidación. Si bien no hay ninguna evidencia de que la terapéutica profiláctica cure la depresión recurrente, se describen remisiones permanentes en pacientes tras períodos prolongados de tratamiento, aunque otros estudios revelan, por el contrario, una alta incidencia de recurrencias al abandonar la medicación. El meta-análisis de Belsher y Costello (1988) sugiere que el riesgo anual de subsiguientes episodios depresivos tiende a ser menor tras dos años de recuperación total. Por el contrario el grupo de Pittsburgh (Kupfer, 1992) encuentran que incluso después de tres años de recuperación total se mantiene un riesgo significativamente alto al retirar la medicación de mantenimiento. Por todas estas razones, algunos clínicos, entre los que se encuentran el grupo de Pittsburgh y nosotros mismos, se inclinan por mantener el tratamiento durante períodos muy prolongados o, en algunos casos, ininterrumpidamente, antes de proceder a su suspensión. De forma orientativa, la duración del tratamiento de mantenimiento (al finalizar el tratamiento de consolidación) depende del número de episodios previos y del intervalo que separa el inicio del último episo-

TABLA 1
Recomendaciones en la duración del tratamiento de las recaídas y recurrencias

Número de episodios	Duración del tratamiento antidepressivo	
	Mínima recomendable	Optativa
<i>Primer episodio</i>	6 meses	9-12 meses
<i>Segundo episodio</i>		
Separación episodio previo superior a 3 años	6 meses	9-12 meses
Separación episodio previo inferior a 3 años	1 año	1-5 años
<i>Tercer episodio</i>		
Separación episodio previo superior a 3 años	3-5 años	Indefinido
Separación episodio previo inferior a 3 años	Indefinido	

odio de la finalización del tratamiento de mantenimiento del episodio anterior (tabla 1). Puede optarse por un tratamiento indefinido, después de un tercer episodio depresivo, aunque el intervalo de separación sea superior a 3 años, en pacientes del sexo femenino con más de 50 años, con antecedentes de recurrencias no tratadas y con antecedentes familiares de trastornos afectivos, por su alta frecuencia de recurrencias. Después de un cuarto o sucesivos episodios depresivos recomendamos un tratamiento indefinido. Con independencia del número de episodios, si el paciente tiene más de 65 años y ha sufrido un episodio muy grave o los intervalos interepisódicos son muy cortos, el inicio de los episodios es muy brusco y existe una severa interferencia en el ámbito sociolaboral puede proponerse un tratamiento de 3 a 5 años o indefinido.

En este punto es importante volver a remarcar, que estas consideraciones son tanto más propias cuanto más endógena sea la depresión y cuanto menos influencia de factores psicosociales se detecten en el curso del trastorno depresivo.

Control somático durante el tratamiento

Durante el tratamiento prolongado de la depresión es aconsejable un control somático regular. Con una periodicidad anual sería aconsejable realizar: a) estudio de las tres series del sistema hematológico; b) pruebas de funcionalismo hepático y de funcionalismo renal; c) ECG de forma opcional (especialmente en tratamientos con antidepressivos heterocíclicos), y d) pruebas de función tiroidea en caso de tratamiento con eutimizantes (dos veces en el primer año de tratamiento).

Suspensión y retirada del tratamiento

La decisión de suspender el tratamiento de mantenimiento ha de realizarse de mutuo acuerdo con el paciente. Esta suspensión ha de planificarse siempre de forma cuidadosa y efectuarse de forma progresiva. La reducción del tratamiento antidepressivo puede producir síntomas somáticos (alteraciones del apetito y del sueño), intranquilidad y cambios en el humor y afecto, que pueden interpretarse erróneamente como signos de reaparición sintomática (Lejoyeux, 1997). Ha de atenderse, igualmente, a la posible emergencia de síntomas, que predigan la reaparición de clínica afectiva, especialmente en paciente con historia de episodios severos, intentos de autolisis y escaso control y soporte familiar. Aconsejamos reducir las dosis muy lentamente (un cuarto de la dosis —o mitad de la dosis como máximo— cada dos o tres meses) especialmente antes de retirar el fármaco por completo.

Fracaso del tratamiento de mantenimiento

La reaparición sintomática (especialmente si alcanza las características y severidad de un episodio clínico) puede considerarse un fracaso del tratamiento de mantenimiento en un paciente en el que no se ha modificado ni el fármaco ni la dosis de dicho tratamiento.

Aunque el tratamiento de mantenimiento continuado sea exitoso el riesgo de fracaso es de un 10% por año durante los 3-5 primeros años. Y se considera que el riesgo de recidiva, al finalizar este intervalo de tratamiento de mantenimiento

to exitoso, se mantiene entre el 30 y el 50% durante los primeros seis meses tras la retirada del psicofármaco (Thase, 1999).

En la literatura no existen trabajos que permitan ningún tipo de conclusión concluyente y contrastada, sobre estrategias alternativas en caso de fracasar el tratamiento de mantenimiento, en pacientes que cumplen dicho tratamiento y mantienen niveles plasmáticos adecuados. Algunos autores, entre los que nos encontramos, optan, como primera opción, por un aumento de las dosis de mantenimiento y, seguidamente, por el empleo de estrategias similares a las empleadas en las fases agudas en las depresiones resistentes (potenciación, combinación o cambio terapéutico) (Vallejo y Urretavizcaya, 2000).

ESTRATEGIAS NO PSICOFARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS Y RECURRENCIAS DE LAS DEPRESIONES

Entre las estrategias no farmacológicas en el tratamiento prolongado de las depresiones haremos una breve referencia a la terapia electroconvulsiva y a las psicoterapias.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

La TEC como tratamiento prologado o de mantenimiento (TEC-M) está especialmente indicada en pacientes resistentes al tratamiento farmacológico, pero con buena respuesta a la TEC durante el episodio índice, en los pacientes en los que han fracasado los tratamientos farmacológicos de mantenimiento, o en los pacientes en los que no es posible el tratamiento farmacológico por contraindicaciones médicas y que han presentado igualmente buena respuesta a la TEC.

La TEC de continuación o consolidación corresponderían a todas las sesiones que se realicen durante los 6 primeros meses del episodio depresivo agudo (siempre que se haya conseguido una remisión clínica total del episodio agudo). Las sesiones realizadas más allá de los 6 meses se incluirían, propiamente, en el TEC de mantenimiento o profiláctico (Figiel y cols., 2001). La TEC-M requiere evaluaciones periódicas del paciente. Se valora: su estado mental, sus funciones cognitivas (no se ha objetivado, hasta el momento, un deterioro progresivo paralelo a la TEC-M) y el estado somático en general. Para valorar el estado somático

se recomienda: control radiológico de tórax, ECG y analíticas esporádicas, así como el recabar los psicofármacos que recibe, otros fármacos o constatar la aparición o cambio de cualquier patología que padezca.

Las diferencias entre La TEC-M y el tratamiento psicofarmacológico han sido poco estudiadas y no existen resultados concluyentes (Rojo y Benloch, 2000). Muchos autores, entre los que nos encontramos, combinan en el tratamiento prolongado de las depresiones que precisan TEC-M, esta técnica con el tratamiento farmacológico (Gagné y cols., 2000).

Psicoterapias

Las difunciones psicológicas, sociales y ocupacionales son objetivos del abordaje psicoterapéutico en los pacientes con depresión (Kelsey, 2001). En aquellas depresiones en las que los factores de psicosociales sean predominantes las psicoterapias son tratamientos de elección tanto en las fases agudas como en las de mantenimiento.

Los estudios de eficacia frente a placebo de los diferentes tipos de psicoterapia (interpersonal, cognitiva, conductual, psicodinámica breve y marital) son limitados. Sin embargo, hay una cierta evidencia sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en la prevención de las recaídas depresivas (Clinical Practice Guideline, 1993; Thase y cols., 2000) y en el incremento de la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos.

Los pacientes depresivos pueden presentar una remisión parcial, a pesar de las diferentes estrategias psicofarmacológicas ensayadas, o considerares «recuperados» y presentar sintomatología residual. La persistencia de sintomatología depresiva o de clínica residual se relaciona estrechamente con las reintensificaciones sintomáticas y/o las recaídas episódicas (Paykel y cols., 1995). La terapia cognitivo-conductual puede optimizar la mejoría clínica en las remisiones parciales (Paykel y cols., 1999). La clínica residual puede permanecer en el contexto de estilos cognitivos y de afrontamiento, así como de conductas, poco adaptativos. Con la terapia cognitivo-conductual se puede modificar estos estilos y/o conductas poco efectivas y peligrosas así como evitar que la clínica residual progrese hacia una recaída episódica (Fava y cols., 1998). El abordaje cognitivo-conductual no solo facilita el tratamiento de la clínica residual sino que permite al paciente afrontar mejor la

retirada, si se decide, del tratamiento de mantenimiento (Fava y cols., 1996).

La combinación de la psicoterapia con el tratamiento psicofarmacológico es una estrategia terapéutica deseable en muchos trastornos depresivos.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes con una depresión requieren un «tratamiento adecuado» durante la fase aguda (primeras 12 semanas), de consolidación (4-9 meses) y de mantenimiento (1 año o más). El objetivo de la fase de consolidación y mantenimiento del tratamiento sería restaurar el funcionamiento psicosocial premórbido, reducir la frecuencia de recaídas depresivas, mantener la adherencia a la estrategia terapéutica y el máximo control posible de los efectos indeseables. El período de máxima vulnerabilidad para la recaída depresiva es de dos años después del primer episodio depresivo (especial vulnerabilidad durante los 4-9 primeros meses) y de tres años después de cualquier recuperación clínica.

En la fase de consolidación se aconseja mantener las dosis precisadas para alcanzar la remisión completa (o la máxima remisión conseguida) durante la fase aguda, un mínimo de 6-9 meses y plantearse, en cada caso, el tratamiento de mantenimiento o profiláctico. Entre los factores que orientan a mantener un tratamiento antidepresivo de mantenimiento prolongado destacaremos: la existencia de dos o más episodios depresivos previos, la presencia de sintomatología depresiva continuada o residual interepisódica, los antecedentes de clínica depresiva grave en los episodios (riesgo de suicidio, clínica endógena, psicótica) y la repercusión psicosocial severa de los episodios. La tendencia, cada vez más aceptada, en el tratamiento antidepresivo de mantenimiento prolongado es, al igual que en la fase de consolidación, a mantener las mismas dosis que las usadas para conseguir la remisión clínica en la fase aguda (o las dosis más altas toleradas por el paciente).

Creemos preciso subrayar, finalmente, que lo revisado sobre tratamiento farmacológico es tanto más válido cuanto más nos refiramos a depresiones con un componente endógeno marcado. En estas depresiones, los factores constitucionales-biológicos son predominantes y los factores psicosociales (factores de personalidad y socioambientales) están menos implicados en la génesis y mantenimien-

*Durante el tratamiento
prolongado de la depresión es
aconsejable un control
somático anual*

to de la clínica afectiva. La creencia de que este tipo de depresiones es poco frecuente no deja de ser, en nuestra opinión, una falsa percepción clínica. Falsa percepción fundamentada en un concepto demasiado global de «depresión». Estamos asistiendo a un proceso inverso al de unos años atrás en los que las depresiones no tenían un abordaje médico y farmacológico. En la actualidad, todo episodio, con sintomatología depresiva, parece tener el mismo abordaje farmacológico y las expectativas de este abordaje, en todos los casos, ha de ser la supresión sintomática y la restitución absoluta de un «teórico» funcionamiento premórbido. El problema se plantea cuando se consigue solo una mejoría sintomática. Un concepto excesivamente global de depresión sin delimitar la implicación de factores constitucionales-biológicos y factores psicosociales (factores de personalidad y socioambientales) lleva a plantear estrategias antidepressivas erróneas. En muchos casos las depresiones endógenas pasarán desapercibidas y se explicarán por razones psicosociales. Esta circunstancia impedirá el empleo de estrategias farmacológicas más agresivas que permitirían la resolución de la clínica. En otros casos (en los que predominen factores psicosociales —a veces no aparentes— o son meras reacciones vivenciales intensas) el no utilizar un abordaje psicosocial dificultará el control del episodio y la profilaxis de nuevos episodios con un abordaje farmacológico exclusivo. Por todo ello, consideramos importante el análisis de la clínica depresiva y la caracterización de subtipos como punto de partida para planificar una estrategia antidepressiva tanto en la fase aguda como en la fase de consolidación y mantenimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauer M, Bschor T, Kunz D, Berghöfer A, Ströhle A, Müller-Oerlinghaus. Am J Psychiatry 200;157:1429-1435.
- Belsher G, Costello CG. Relapse after recovery from unipolar depression: a critical review. Psychol Bull 1988;104, 896.
- Bremner JD, Smith WT. Org 3770 vs amitriptyline in the continuation treatment of depression: a placebo controlled trial. Eur J Psychiatry 1996;10:5-15.
- Clinical Practice Guideline Number 5: Depression in primary care, vol 2: Treatment of major depression. Rockville, Md: Us Dept Health Human Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993; AHCPR publication 93-0051.
- Davis JM. Overview: maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. Am J Psychiatry 1976;133:1, 1-13.
- Entsuh AR, Rudolph RL, Hackett D y cols. Efficacy of venlafaxine and placebo during long-term treatment of depression: a pooled analysis of relapse rates. International Clinical Psychopharmacology, 1996;11(2):137-45.
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli Ch, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. Am J Psychiatry, 1996;153:945-947.
- Fava GA, Rafanelli Ch, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry, 1998;55: 816-820.
- Figiel GS, McDonald WM, McCall WV, Zorumpski Ch. Electroconvulsive Therapy. En: Schatzberg AF, Nemeroff Ch B. Essentials of Clinical Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2001;327-349.
- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 1989;46:397-400.
- Frank E, Prien RF, Jarret RB y cols. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. Arch Gen Psychiatry 1991;48:851-855.
- Frank E, Kupfer D, Perel J y cols. Comparison of full-dose versus half-dose in the maintenance treatment of recurrent depression. Journal of Affective Disorders, 1993;27:139-145.
- Gagné GG, Furman MJ, Carpenter LL, Prince LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressants drug compared to long-term antidepressants alone in depressed patients, 2000;157:1960-1965.
- Janicak PG, O'Connor E. Prognosis and maintenance treatment in major affective disorders. Current Opinion in Psychiatry 1991;4: 60-64.
- Kelsey JE. Clinical perspective on achieving and maintaining remission in depression. J Clin Psychiatry 2001;62 (Supl. 26):16-21.
- Kupfer DJ, Frank E, Carpenter LL y cols. Family history in recurrent depression. Journal of Affective Disorders, 17, 113-119, 1989.
- Kupfer DJ. Maintenance treatment in recurrent depression: Current and future directions. British Journal of Psychiatry, 1992;161:309-316.
- Kupfer D. Long-term treatment of depression. J Clin. Psychiatry, 52, (5, Supl.) 28-34, 1991.
- Kupfer D. Management of recurrent depression. J Clin Psychiatry, 1993;54(2, Supl.):29-33.
- Lejoyeux M, Ades J. Antidepressant discontinuation: a review of the literature. Journal of Clinical Psychiatry. 58 Supl. 7:11-5; discussion 16, 1997
- Mueller TL, Leon AC, Keller MB. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am Journal Psychiatry 1999;156:1000-1006.
- NIMH/NIH Consensus development conference statement. Mood disorders: pharmacologic prevention of recurrences. Am J Psychiatry 1985;142: 469-476.
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R y cols. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. Arch Gen Psychiatry 1999;56:829-835.
- Paykel ES. Psychotherapy, medication combinations, and compliance. J Clin Psychiatry 1995;56(Supl. 1):24-30.
- Prien R, Kupfer D, Mansky P y cols. Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders. Report of the NIMH Collaborative Study Group Comparing Lithium Carbonate, Imipramine, and a Lithium Carbonate-Imipramine Combination. Arch Gen Psychiatry, 1984;41:1096-1104.
- Prien RF, Kupfer DJ. Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained? Am J Psychiatry 1986;143:1,18-23.
- Rojo JE, Benlloch L. Terapia electroconvulsiva. Vallejo J y Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Editorial Masson, Barcelona, 2000:635-649.
- Shrivastava RK, Cohn C, Crowder J y cols. Long-term and clinical acceptability of venlafaxine and imipramine in outpatients with major depression. J Clin Psychopharmacol 1994;14:322-329.
- Souza FGM, Goodwin GM. Lithium treatment and prophylaxis in unipolar depression. Br J Psychiatry, 1991;158:666-675.
- Thase ME, Friedman ES, Berman SR, Fasiczka AL, Lis JA, Howland, Simons AD. Is cognitive behavior therapy just a «nonspecific» intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo. Journal of Affective Disorders 57(2000)63-71.
- Thase ME. Long-term nature of depression. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Supl. 14): 3-9.
- Thase ME. Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. J Clin Psychiatry, 1990;51(6, Supl.):51-57.
- Thase ME. Long-term treatments of recurrent depressive disorders. J Clin. Psychiatry, 1992;53(9, Supl.):32-44.
- Thase ME. Maintenance treatments of recurrent affective disorders. Current Opinion in Psychiatry, 1993;6:16-21.
- Vallejo J, Urretavizcaya M. Tratamiento farmacológico prolongado de la depresión. Vallejo J y Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Editorial Masson, Barcelona, 2000:635-649.
- WHO Mental Health Collaborating Centres. Pharmacotherapy of depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 1989;17:197-198.

En breve...

SEGÚN DATOS DE LA FUNDACIÓN RENAL, UN 20% DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS DEMANDAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA

La Fundación Renal es la única institución en España que cuenta con una unidad de apoyo psicológico, social y nutricional en los centros de diálisis. La psicóloga clínica María Teresa Marín, mantuvo un encuentro con los medios en el que comentó las principales carencias y necesidades que presentan gran parte de las personas que entran en diálisis.

Más de 5.000 pacientes inician cada año terapia sustitutiva renal, lo que representa una incidencia anual de 131 por millón de población (pmp). Tras recibir la noticia de tener que entrar en diálisis, muchos enfermos sufren un gran impacto emocional y después, miedo a lo desconocido. Vivirán situaciones potencialmente estresantes y su coste emocional será la ansiedad y la depresión.

La experiencia en las unidades de diálisis de la Fundación Renal demuestra que el 20% de los pacientes demandan apoyo psicológico, aunque son más los que realmente lo ne-

cesitan. Las mujeres suelen estar más predispuestas a pedir ayuda. La media de edad de quienes la solicitan se encuentra entre 40-50 años.

Fuente: FRIAT

EL BURNOUT AFECTA A UNA CUARTA PARTE DEL SECTOR SANITARIO

Entre el 10% y el 20% del personal sanitario español sufre desgaste profesional, según se concluyó en unas jornadas sobre el Síndrome de Burnout organizadas por la Fundación Prevent en Barcelona.

El Síndrome de Burnout es una enfermedad laboral aún poco conocida en nuestro país y que afecta a profesiones relacionadas con la atención de personas, como educadores, trabajadores de la sanidad, de los servicios sociales y la hostelería.

Esta enfermedad constituye un grave problema social y de salud pública ya que, se trata de una reacción progresiva de distanciamiento emocional causada por un estrés laboral crónico, especialmente en aque-

llas actividades en las que priman las relaciones interpersonales. Asimismo, daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye su calidad asistencial.

Los participantes han denunciado la falta de interés de los gestores de la Sanidad por este problema ya que, por desconocimiento u omisión, subestiman su importancia y las consecuencias negativas para el buen funcionamiento de la organización. En este sentido, han advertido que es fundamental que las instituciones sanitarias apuesten por programas de cuidado de cuidadores y de capacitación para detectar y atender a las personas afectadas.

Algunos de los síntomas de este síndrome son el cansancio emocional, que implica pérdida progresiva de la energía y aparición de desgaste y agotamiento emocional, la despersonalización manifestada por actitud y respuestas impersonales y frías hacia el sujeto que se atiende, y la falta de realización personal, con respuestas autodestructivas de uno mismo y de su trabajo.

Fuente: Fundación Prevent

Agenda

■ **VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Violencia contra personas mayores**

Valencia, 18-19 de septiembre de 2003
Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia
Pintor López, 7-1^o-1^a - 46003 Valencia
Telf: 96 391 97 64 - Fax: 96 39197 52. E-mail: secretaria.crs@gva.es

■ **VIII Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica**

Buenos Aires, 28 de septiembre a 3 de octubre de 2003
Informes: Moreno 584 - 9th Floor (1091) Buenos Aires, Argentina.
Tel: (54 11) 4342-3216 / 3283 / 3408; Fax: (54 11) 4331-0223;
E-mail: conginte@congresosint.com.ar

■ **IV Congreso de la Medicina General Mediterránea**

Crucero por el Mediterráneo, 29 de septiembre al 5 de octubre 2003
Organiza:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL
Paseo Imperial, 10-12 - 1.ª planta. 28005 Madrid
Tfn: 913 644 120. Fax: 913 644 121
E-mail: semg@semg.es

■ **XXV Congreso Nacional de la SEMERGEN**

Santander, 1-4 de octubre de 2003
SEDE: Palacio Municipal de Ferias y Exposiciones de Santander
Avda. del Racing, s/n. 39005 Santander
SECRETARÍA CIENTÍFICA Y TÉCNICA
Fundación Semergen. Antonio López, 249, 4ª planta. 28041 Madrid.

■ **Manejo de situaciones conflictivas con adolescentes y jóvenes**

San Sebastián, 17 y 18 de octubre de 2003
ORGANIZA:
PSI-Donostia
SEDE: Kirol-Etxea, sala Atano III —Anoeta—
TELÉFONO DE INFORMACIÓN: 943 320297
E-mail: psidonostia@wanadoo.es

■ **VII Congreso Nacional de Psiquiatría**

Palma de Mallorca, 21-25 de octubre de 2003
ORGANIZA: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

SEDES:
AUDITORIUM PALACIO DE CONGRESOS
Paseo Marítimo, 18.
07014 Palma de Mallorca
HOTEL PALAS ATENEA
Paseo Marítimo, 29.
07014 Palma de Mallorca

SECRETARÍA CIENTÍFICA:
Unitat de Psiquiatria i Psicologia Clínica Universitat de les Illes Balears
Carretera de Valldemossa km 7,5. 07071 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 173000, Fax: 971 173190.
E-mail: palma2003@uib.es
Web: http://infopsiquiatria.com/palma2003