

Trastorno
depresivo
mayor

Nebulosa Elisa



Dr. Javier de Diego

Viajando al bienestar



Bienestar y depresión

Dr. Javier de Diego

Caso clínico ficticio elaborado *ad hoc* para el proyecto Nebulosa Elisa.
Viajando al bienestar

Se presenta el caso de una mujer de 42 años con primer episodio de trastorno depresivo mayor (TDM) diagnosticada en su consulta de atención primaria tras realizar la entrevista clínica.

Anamnesis

- Mujer de 42 años con sospecha de trastorno depresivo mayor (TDM). La paciente está casada, vive con su marido y una hija adolescente, es abogada y tiene antecedentes de un buen ajuste premórbido a todos los niveles.
- Más allá de algunas tensiones con su hija, propias de la edad, describe un buen clima familiar.
- Hasta hace unos meses, ha mantenido contacto con su red social y su afición por el baile y todo lo relacionado con la astronomía y observación de las estrellas.

ENTREVISTA CLÍNICA

- Acude a la consulta quejándose de “opresión en el pecho”, pero profundizando en la entrevista, la paciente reconocía **sentirse triste y desmotivada**. Aunque atribuye su estado a las tensiones con su hija y los problemas del trabajo, sus síntomas son lo suficientemente intensos y duraderos como para justificarse exclusivamente por ellos.
- En la visita se muestra **lábil** y transmite **un tono pesimista con pensamientos negativos recurrentes**, incluso con cierto tedio vital aunque **sin ideas de muerte estructuradas**.
- Unos cinco meses atrás inicia con **problemas de sueño**, se desvelaba con facilidad y le costaba retomar el sueño, sintiéndose cansada desde primera hora del día. Poco a poco, estos síntomas se fueron acusando; cada vez se sentía con menos fuerzas, el trabajo y las rutinas domésticas le suponían un esfuerzo casi inédito en ella y cualquier imprevisto le hacía sentirse desbordada.

ENTREVISTA CLÍNICA

- Inicialmente buscó algún reconstituyente y **melatonina** para paliar los problemas de energía y de sueño, pero lo dejó por no ver resultados.
- Esto le ha ido llevando a **apartarse gradualmente de los amigos** y a abandonar la gran mayoría de actividades de ocio que realizaba.
- También presentaba **problemas para concentrarse** y se sentía mucho **más insegura y olvidadiza**.
- El **apetito estaba reducido** pero a menudo picaba cualquier cosa entre horas para paliar la ansiedad y los horarios de ingestas también empezaron a desorganizarse.

ANTECEDENTES

- La paciente **no tiene antecedentes médicos relevantes**, excepto la detección de ligera dislipemia hace aproximadamente un año, que no se consideró tributaria de tratamiento farmacológico.
- **No tiene antecedentes psiquiátricos previos** y, de hecho, siempre se había considerado una persona vital y emprendedora.
- En su familia, su padre y una tía paterna habían recibido tratamiento antidepresivo cuando ella era niña, pero desconoce más detalles.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- En la **exploración física** el peso era de 68 kg (IMC=26), la auscultación cardiopulmonar no mostraba alteraciones e incluso se realizó un electrocardiograma, que fue anodino.
- Aportaba una analítica reciente que se había realizado en la revisión anual de la empresa que no mostraba alteraciones significativas, más allá de la discreta dislipemia. No había indicios de anemia y la función tiroidea también era correcta.

Nebulosa Elisa

Viajando al bienestar

TRATAMIENTO

- Con la orientación diagnóstica de un **episodio depresivo mayor**, se le prescribe un **antidepresivo de primera línea** y se cita para **control en dos semanas**.
- Admite que tiene pánico a los psicofármacos y que, en principio, no quiere tomarlos por miedo a sentirse aún más atontada o a volverse adicta a ellos; aunque ella es consciente de que no puede aguantar más en este estado.
- Dedicamos un poco más de tiempo a que la paciente pueda exponer sus temores y prejuicios hacia los antidepresivos y a generarle las expectativas adecuadas hacia el tratamiento.

SEGUIMIENTO

- A las **dos semanas** acude a control y, más allá de una discreta sensación de náuseas que ya le habíamos anticipado que podría aparecer los primeros días, la tolerabilidad ha sido muy buena y se muestra más satisfecha de haber iniciado el antidepresivo. Se insinúan ya algunos cambios positivos.

SEGUIMIENTO

- Cuando regresa **a las 6 semanas** de iniciar el tratamiento, aunque no se siente todavía recuperada por completo, aprecia que la fragilidad emocional y la ansiedad se han reducido significativamente, siente mayor empuje y serenidad para manejar los contratiempos y no presenta ya tantas preocupaciones rumiativas negativas.
- Reconoce que todavía no ha normalizado del todo las rutinas, fuera de las horas de trabajo tiende a quedarse más en casa, lleva tiempo esquivando los compromisos sociales, no disfruta como antes lo hacía y todavía se siente cansada.
- Además, haciendo una reevaluación un poco más objetiva sobre los últimos dos años antes del desarrollo del episodio depresivo, admite que había ido dejando cada vez menos tiempo para sí misma, que a menudo se descubría pensando en los asuntos del trabajo a todas horas, anticipando los problemas que estaban por venir **sin disfrutar del momento presente y muy frecuentemente, desordenando los hábitos de alimentación y sueño.**

➤ **40-60%** de pacientes con Depresión → **MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO** (1)

- Esto es particularmente cierto en las **etapas más tempranas** (2).
- Ya sea porque ya se sienten mejor o porque no experimentan cambios:

La falta de una adecuada adherencia es una de las causas de **“PSEUDORRESISTENCIA”** al tratamiento que debemos conocer y abordar.



➤ Según los datos de una encuesta realizada por el **Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT)** en nuestro medio (3):

El **↑ 10%** de la **ADHERENCIA** en el conjunto de los pacientes con depresión podría llegar a evitar **25.000 recaídas/recurrencias** al año

➤ La **BUENA ADHERENCIA** al tratamiento antidepresivo puede repercutir en:

- Mejores **resultados** de manejo de la depresión (respuesta, remisión, recurrencias...)
- Mejores índices de **salud general** e incluso a una **reducción de la mortalidad** en estos pacientes (4).

DISCUSIÓN



➤ La presencia de apatía y de desesperanza del propio cuadro, el sedentarismo o la evitación como estrategias desadaptativas de afrontamiento al malestar entorpecen la **motivación al cambio** y la **adherencia**, no solamente a los **antidepresivos**, sino también al resto de tratamientos médicos (5), a las intervenciones **psicoterapéuticas**, a las recomendaciones de hábitos saludables o incluso a las **propias visitas** (6-7).

➤ Al margen de las cogniciones o conductas asociadas al propio estado depresivo, existen otras variables relacionadas con el paciente que impactan claramente en el riesgo de MALA ADHERENCIA terapéutica (8):

- **PREJUICIOS** hacia los **PSICOFÁRMACOS**

- **TEMOR** a los **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- **PERCEPCIÓN** de **BAJA NECESIDAD** del **TRATAMIENTO**

➤ Estas variables pueden abordarse en la consulta y, de hecho, las falsas creencias hacia el tratamiento tienden a aminorarse en el transcurso del tiempo de seguimiento (1).

➤ Una intervención global, dirigida a...

- Transmitir **confianza**
- Reducir los prejuicios
- Incrementar las **expectativas hacia el tratamiento**

...puede mejorar las tasas de adherencia al antidepresivo.

➤ Si a ello se le asocia una **monitorización** un poco más **estrecha al inicio** del tratamiento y una **intervención sistemática e individualizada**, los resultados del tratamiento puede mejorar significativamente.

➤ Este tipo de intervención ha venido a denominarse por algunos autores como **Tratamiento Optimizado Temprano (TOT)** (9).

➤ A modo de sumario, las claves del TOT en depresión serían las siguientes (9):

1

OPTIMIZAR e INDIVIDUALIZAR DESDE EL INICIO

2

SEGUIMIENTO TEMPRANO (SEMANA 2)

3

EVALUACIÓN Y AJUSTE (SEMANA 4-6)

4

REEVALUACIÓN (SEMANA 8)

5

SUPERVISIÓN REGULAR (FASE DE MANTENIMIENTO)

DISCUSIÓN

- El **control de la sintomatología depresiva** y, en última instancia de la **sintomatología residual**, será el primer paso para recuperar la funcionalidad y los niveles de bienestar premórbidos.
- El tratamiento farmacológico deberá ir acompañado del despliegue de una serie de **intervenciones complementarias** que podremos prescribir desde la consulta seleccionando bien el momento más adecuado en el curso del proceso de recuperación:
 - el sueño,
 - la alimentación,
 - el ejercicio físico,
 - las relaciones interpersonales o el modo de vivir la experiencia presente (mindfulness)
- Son intervenciones a implantar desde etapas tempranas, aunque ganarán aún más protagonismo una vez obtenida la respuesta farmacológica. Como médicos, nos corresponde tener los conocimientos más amplios posibles sobre algunos de estos aspectos para hacer prescripciones e intervenciones psicoeducativas específicas que incidan de verdad en el paciente y den lugar a un cambio de hábitos eficaz y sostenido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aikens, J. E., & Klinkman, M. S. (2012). Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. *General hospital psychiatry*, 34(3), 221-226.
2. Olfson, M., Marcus, S. C., Tedeschi, M., & Wan, G. J. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 101-108.
3. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) (<https://www.oatobservatorio.com/>)
4. Krivoy, A., Balicer, R. D., Feldman, B., Hoshen, M., Zalsman, G., Weizman, A., & Shoval, G. (2016). Adherence to antidepressants is associated with lower mortality: a 4-year population-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(5), e566-72.
5. DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
6. Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637.
7. Kluger, M. P., & Karras, A. (1983). Strategies for reducing missed initial appointments in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 19(2), 137-143.
8. Aikens, J. E., Nease, D. E., Nau, D. P., Klinkman, M. S., & Schwenk, T. L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *The Annals of Family Medicine*, 3(1), 23-30.
9. Habert, J., Katzman, M. A., Oluboka, O. J., McIntyre, R. S., McIntosh, D., MacQueen, G. M., ... & Kennedy, S. H. (2016). Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(5).
10. de Diego-Adeliño, J., Portella, M. J., Puigdemont, D., Pérez-Egea, R., Álvarez, E., & Pérez, V. (2010). A short duration of untreated illness (DUI) improves response outcomes in first-depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 221-225.
11. Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... & McGrath, P. J. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917.

12. Kaplan, J. E., Keeley, R. D., Engel, M., Emsermann, C., & Brody, D. (2013). Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *J Am Board Fam Med*, 26(4), 409-420.
13. Priebe, S., Ramjaun, G., Strappelli, N., Arcidiacono, E., Aguglia, E., & Greenberg, L. (2017). Do patients prefer optimistic or cautious psychiatrists? An experimental study with new and long-term patients. *BMC psychiatry*, 17(1), 26.
14. Guo, T., Xiang, Y. T., Xiao, L., Hu, C. Q., Chiu, H. F., Ungvari, G. S., ... & Feng, Y. (2015). Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 1004-1013.
15. Nierenberg, A. A., McLean, N. E., Alpert, J. E., Worthington, J. J., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1995). Early nonresponse to fluoxetine as a predictor of poor 8-week outcome. *The American journal of psychiatry*, 152(10), 1500-1503.
16. Soares, C. N., Endicott, J., Boucher, M., Fayyad, R. S., & Guico-Pabia, C. J. (2014). Predictors of functional response and remission with desvenlafaxine 50 mg/d in patients with major depressive disorder. *CNS spectrums*, 19(6), 519-527.
17. Szegedi, A., Jansen, W. T., van Willigenburg, A. P., van der Meulen, E., Stassen, H. H., & Thase, M. E. (2009). Early improvement in the first 2 weeks as a predictor of treatment outcome in patients with major depressive disorder: a meta-analysis including 6562 patients. *The Journal of clinical psychiatry*.
18. Romera, I., Pérez, V., Menchón, J. M., Schacht, A., Papen, R., Neuhauser, D., ... & Gilaberte, I. (2012). Early vs. conventional switching of antidepressants in patients with MDD and moderate to severe pain: a double-blind randomized study. *Journal of affective disorders*, 143(1-3), 47-55.
19. Papakostas, G. I., Fava, M., & Thase, M. E. (2008). Treatment of SSRI-resistant depression: a meta-analysis comparing within-versus across-class switches. *Biological psychiatry*, 63(7), 699-704.
20. Fekadu, A., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Donaldson, C., Papadopoulos, A., & Cleare, A. J. (2009). What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *Journal of affective disorders*, 116(1-2), 4-11.
21. Romera, I., Perez, V., Menchón, J. M., Delgado-Cohen, H., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2010). Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study. *European Psychiatry*, 25(1), 58-65.
22. Kennedy, N., & Paykel, E. S. (2004). Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *Journal of affective disorders*, 80(2-3), 135-144.

¡GRACIAS!

