

El inicio de la añoranza...

El cielo madrileño se había tornado transparente y el aire era tan limpio que desaparecía. Palpamos la amargura del instante y nos abrazamos a tu nombre; susurramos afectos y emociones y así te acompañamos hasta tu última e ignorada patria. Perplejos y rotos, percibimos que las palabras tenían llagas y que lo único que podíamos hacer era sumergirnos en la pureza del silencio e instalarnos en el tiempo de tristeza. Pero sabemos que este devenir nunca borrará la luz de tu recuerdo, que se hace claro y rotundo cuando evocamos los días que compartimos llenos de deseos y esperanzas, y las ilusiones comunes que celebramos en la tangible realidad.

Escribiste mucho y bien: yo me quedo para mi isla con la encuesta (1) que impulsaste, que mostró los rasgos de la Psiquiatría de Enlace del país, necesitada de nuevas dimensiones: tú –como otros profesionales pioneros y rigurosos– propugnabas no solamente más Servicios y mejor dotados en el marco hospitalario español, sino profundizar en el concepto, superando el rol de “brigada de rescate” que significa la mera interconsulta, para ubicarse en la verdadera esencia del enlace, o sea establecer una relación estructurada entre los psiquiatras y los Servicios médicos o quirúrgicos solicitantes. Lo conseguiste en tu Hospital y a partir de esta experiencia marcaste la trayectoria que todos deseábamos emular. Nos hiciste un favor impagable al recoger parte de esta amplia experiencia en tu exacta monografía sobre los psicofármacos (2), unos papeles que nos siguen marcando pautas. Antonio Lobo –este amigo común que tanto te quería– en el prólogo del “Tratado de Medicina Psicosomática” (3) se complacía de que te hubieras inventado un nuevo y afortunado apelativo (“Psiquiatría Psicosomática”) que en el fondo era un pensamiento de deseo de conseguir aparejar tus dos grandes pasiones profesionales (4).

Bajo una elegancia que por discreta era gentil, nos revelabas lo mejor de ti: tu asequibilidad, la tolerancia de tus ideas y tus gestos, el temple y la capacidad de ceder y convencer; te buscábamos siempre cuando necesitábamos sentir el aura del afecto, el consuelo en la disforia, y la serenidad de una sonrisa, la tuya. En los encuentros que sosteníamos –durante un tiempo, muy frecuentes–, teníamos todos una especial ilusión con la señal de tu presencia. Llevábamos mucho tiempo conformando un grupo (tanto da si se llamaba REPEP u otros curiosos acrósticos) conso- lidado y bien coordinado por esta “alma mater” que es Antonio Lobo. Un equipo –si estabas tú solo podía ser así– de verdaderos amigos unidos por proyectos científicos coherentes y profundos. Una coherencia y una profundidad en la que tú fuiste pieza nuclear; tengo para mí que tu inmensa valía personal y profesional aunada al entusiasmo de Antonio Lobo, permitió el milagro de esta red en un mundo tan cambiante hasta la difuminación, tan competitivo hasta el paroxismo y tan abrupto hasta la crispación. La capacidad que te sobraba para el análisis preciso y la habilidad para neutralizar tensiones, marchaba unida a una benevolencia inteligente, que yo bauticé como el “factor Maxi” y propuse como dimensión específica de personalidad. Lo que por cierto provocó tu reacción divertida,azonada por un gesto humildemente coqueto que era otro de tus rasgos. Y así establecimos lazos de auténtica complicidad amistosa con una interacción calidad-calidez que provocó una adherencia al Grupo particularmente intensa, y en el que tú jugaste siempre el papel de auténtico y sabio palo del pajar. Siempre pensé que la complementación de caracteres bien diferentes fue posible gracias a la capacidad entusiasta de Antonio, pero también por esta rara habilidad, que tú poseías con largueza de ceder y convencer, y de colocar templanza hasta convertir la divergencia en el gozo por la concordancia.

Y ahora nos has dejado, en un vacío desolador que solo podrá ser paliado por la alegría y la suerte de haberte conocido. Se acabó tu sendero, comienza la añoranza. En ella evocaremos que vivimos con tu afecto y con ella respiraremos para siempre tu bella imagen.

J.M^a FARRÉ MARTÍ
Editor

Nota Editorial

Cuadernos, expresa su dolor y sentimiento por la muerte de nuestro querido Maxi Lozano y dedicamos esta Editorial no solamente a su recuerdo, sino a su viuda Cristina y a sus hijos, con nuestro respeto, cariño y consideración.

- (1) Iglesias Echegoyen C, Zabala S, Campos R y Lozano M.: Encuesta de docencia en Psiquiatría de Enlace. Actas Españolas de Psiquiatría, 2000; 28 (5): 290-297.
- (2) Lozano M, Ramos JA.: Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Masson ed. Barcelona, 2002.
- (3) Levenson JL.: Tratado de Medicina Psicósomática. Ars Médica ed. Barcelona, 2006.
- (4) Lozano M, Lobo A.: Psychosomatic Psychiatry. A spanish proposal for a new dimensión. J Psychosom. Res, 2005; 59: 451-452.

La depresión, un trastorno a medio y largo plazo

Algunas voces, no muchas, en los últimos años, recogiendo el material disponible para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión, han propuesto casi en voz baja modificar sustancialmente los datos y enfocar la enfermedad afectiva a medio y largo plazo (1). Ello implica, obviamente, una notable crítica al pensamiento dominante –¿norteamericano sólo o con otras conivencias?–, plasmado en sus diferentes clasificaciones, empeñado en anclarnos al “episodio” agudo y no al “curso y “seguimiento” o la “evolución” del trastorno (2-4).

En efecto, numerosos datos actuales confirman que los trastornos depresivos son enfermedades con un alto riesgo de recurrencia y cronificación: el 50% de los pacientes que se recuperan de un primer “episodio depresivo mayor” antes de los dos años reúnen nuevamente los síntomas para un diagnóstico idéntico. Sabemos que el riesgo de padecer futuros episodios aumenta con el número de episodios previos. Tras un segundo episodio, la posibilidad de un tercero es del 80%. Y de aquí en adelante el camino está plagado de espinas porque el riesgo de recurrencia aumenta hasta el 90% (5, 6).

Dado el curso y las características evolutivas de la enfermedad depresiva, el tratamiento acostumbra a dividirse en tres fases, a cada una de las cuáles correspondería un objetivo diferente, sin que tengamos a día de hoy un acuerdo en cuanto a la duración de estos períodos. La fase aguda oscilaría entre 2 y 3 meses, se centraría en la respuesta terapéutica (incluso algunos estudios pretenden diferenciar en la rapidez o inicio de esta respuesta) y la remisión de los síntomas; la de continuación llegaría hasta los 12 meses con el objetivo de prevenir recaídas y la de mantenimiento tendría una duración indefinida, orientada a prevenir recurrencias de la enfermedad (7, 8).

El gran problema es que la mayor parte de estudios de tratamiento están dirigidos a la fase aguda o, en todo caso, a la prevención de recaídas en el tratamiento de continuación. Pocos estudios a largo plazo permiten ver qué ocurre con la prevención de recurrencias, tanto con psicofármacos como con psicoterapia o la combinación de ambas terapéuticas. A pesar de esta escasez de estudios, se deduce de estos trabajos y de la experiencia clínica que un tratamiento de mantenimiento con antidepresivos o con psicoterapia es siempre superior al placebo o al abandono terapéutico en la prevención de estas situaciones de recurrencia e incluso en la persistencia de síntomas residuales o para alcanzar el concepto de remisión (9-11).

Los problemas metodológicos en los estudios para prevenir recaídas y ocurrencias son múltiples: heterogeneidad de las muestras, falta de control en algunos casos sobre los tratamientos concomitantes y el hecho de que la adherencia no ha sido contemplada prácticamente en ninguno de ellos. Estas son algunas de las razones que explican la existencia de muchos estudios de eficacia antidepresiva en las fases agudas, pero este volumen se reduce de manera drástica al hablar de tratamientos de continuación y, de manera especial, de mantenimiento (9).

Aunque no hay un acuerdo general, la mayor parte de los expertos recomiendan adecuar la duración del tratamiento antidepresivo a la evolución de la enfermedad depresiva y, en concreto, siguiendo la pauta marcada por la existencia de un número de episodios previos. En otros casos, se prefiere añadir otras variables como las características clínicas, los antecedentes familiares, la edad de inicio, la duración o la respuesta al tratamiento, entre otros. De esta manera se pretende orientar al clínico ante aquellos pacientes que precisan un tratamiento indefinido.

Para conseguir un tratamiento adecuado de la enfermedad depresiva, nuestros esfuerzos se deben centrar en la detección precoz de la sintomatología en los grupos de alto riesgo y, una vez

diagnosticada la patología, asegurar el cumplimiento del tratamiento antidepressivo (dosis, indicación, efectos secundarios, etc) valorando las posibles enfermedades comórbidas. La duración del tratamiento depende de numerosas variables pero siempre se debe plantear la eventualidad de la depresión como una enfermedad de curso longitudinal, aunque nos ceñamos a la depresión unipolar. El tratamiento de mantenimiento trata de prevenir las recurrencias en el trastorno depresivo y, con los datos disponibles actualmente, podemos decir que este tratamiento modifica el curso de la enfermedad (12). Las dudas siguen abiertas en algunos interrogantes de suma relevancia: ¿qué pacientes deben seguir tratamiento continuado?, ¿a qué dosis?, ¿durante cuanto tiempo?.

Más que un amplio camino, queda un vacío por delante. Necesitamos datos a largo plazo para tratar la depresión, pero si nos ceñimos a los estudios controlados farmacológicos en los que la prevención de recurrencias se estudie, por ejemplo, a un tiempo prudente y nada exagerado de dos años, los datos disponibles en ensayos clínicos controlados se deducen de una muestra formada apenas por unos centenares de pacientes (13, 14). Tratamos enfermos crónicos, muchos enfermos, con datos procedentes fundamentalmente de cuadros agudos; de episodios y no de curso evolutivo. Y pensar que algunos creían que en la depresión ya estaba casi todo resuelto...

M. ROCA

Hospital Juan March

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut

Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

- (1) Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (coord: J. Vallejo). Barcelona: Ars Médica, 2005.
- (2) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorders: review. Am J Psychiatry 2000; 157 (suppl4): S1-S5.
- (3) Australian and New Zeland Clinical Practice Guidelines for the treatment of depression. Austr NZ J Psychiatry 2004; 38: 389-407.
- (4) Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF.: Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a review of the 1993 British Association for Psychopharmacology Guidelines. J Psychopharmacol 2000; 14: 3-20.
- (5) Greden JF.: Antidepressant maintenance medication. En U. Halbreich, S Montgomery (eds). Pharmacotherapy for Mood, Anxiety and Cognitive Disorders. Washington: American Psychiatric Press, 2000, pp 315-330.
- (6) Greden JF.: Treatment of Recurrent Depression. Washington: American Psychiatric Association, 2001.
- (7) Hirschfeld RMA.: Clinical importance of long-term antidepressant treatment. British Journal of Psychiatry 2001, 179 (suppl 42): 54-58.
- (8) Judd LL, Paulus M, Schettler P et al.: Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness?. Am J Psychiatry 2000; 157: 1501-1504.
- (9) Keller MB, Boland RJ.: Implications of failing to achieve successful longterm maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. Biol Psychiatry 1998; 44: 348-360.
- (10) Paykel ES.: Remission and residual symptomatology in major depression. Psychopharmacology 1998; 31: 5-14.
- (11) Cuffel B, Azocar F, Tomlin M et al.: Remission, residual symptoms and non response in the usual treatment of Major Depression in Managed Clinical Practice. J Clinical Psychiatry 2003; 64: 397-402.
- (12) Geddes JR, Carney SM, Davies C et al.: Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361: 653-661.
- (13) Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al.: Three year outcomes for maintenance therapies in Recurrent Depression. Archives of Clinical Psychiatry 1990; 47: 1093-1099.
- (14) Roca M, Urretavizcaya M, Baca E, et al.: Tratamiento farmacológico a largo plazo de la depresión. Actas Españolas de Psiquiatría 2008 (en prensa).
- (15) Vallejo J.: Situación actual del tratamiento a largo plazo de la depresión. Actas Españolas de Psiquiatría, 2007; 35: 285-299.