

7. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

7.1 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

No cabe duda que la terapia electroconvulsiva ha sido una de las técnicas terapéuticas más controvertidas dentro de la psiquiatría a lo largo de los últimos 50 años desde que Cerletti y Bini provocaran en 1937 la primera crisis convulsiva mediante un estímulo eléctrico. Previamente, Meduna (1934) había conseguido provocar crisis convulsivas inducidas químicamente con alcanfor, que más tarde fue sustituido por otras sustancias convulsinógenas. Independientemente de sus inconvenientes, para determinadas patologías no existe hoy en día ninguna alternativa que la supere (Huerta 1999).

La Terapia electroconvulsiva (TEC) sigue siendo el tratamiento más efectivo para la depresión mayor y puede resultar muy benéfica para los pacientes con esquizofrenia, manía aguda resistente al tratamiento y otros trastornos (Sackeim y cols., 1995; Weiner y cols., 1990). Durante los años 90 se consiguieron notables avances en la práctica de la TEC (Weissman, 2002). Vara (2006), afirma que la TEC se indica para depresiones endógenas graves que no responden al tratamiento farmacológico, en aquellas que presentan un alto riesgo de suicidio, y en depresiones con manifestaciones psicóticas.

Se dice que lo que es útil de la TEC es el ataque. Sus defensores argumentan que los ataques inducidos por descargas eléctricas, modifican el equilibrio bioquímico del encéfalo y, por lo tanto, pone fin al comportamiento suicida y a las depresiones graves (Swartz, 1993, citado por Coon, 1999).

Se aplican dos electrodos en la cabeza del paciente, por los cuales se aplica una corriente eléctrica de 65 a 140 Volts en una duración de 25 segundos o menos. Después, de un intervalo de seis a doce tratamientos, espaciados de dos a cuatro semanas cada uno, la mayoría de los pacientes se sienten menos deprimidos.

Según Rojas (2006), el uso de la TEC lleva consigo una alteración de la memoria, esto depende del número de sesiones, la intensidad, la edad, etcétera. Asimismo, existen dos modalidades de amnesia post-TEC: anterógrada y retrógrada y cada una de ellas puede ser aguda, subaguda y crónica.

- Amnesia anterógrada: es aquel trastorno de la memoria recién aprendida que se recupera en unas semanas. Los que han recibido la TEC bilateral se recuperan antes de los seis meses. Lo que está claro y es una experiencia clínica repetida es que la TEC afecta más a la retención de vivencias recientes, inmediatas, mientras que la memoria verbal se ve menos afectada.
- Amnesia retrograda: dentro de ella hay dos tipos, la biográfica que afecta sobre todo a aspectos muy personales de la propia historia y la no biográfica que es más impersonal.

Aún cuando la TEC produce cierto deterioro de la memoria que puede variar desde una leve tendencia a olvidar nombres o fechas hasta un estado de intensa confusión, esta técnica ha demostrado mejorías en el 40% al 100% de los pacientes (Beck, 1979). Por su parte, Bernardo, Arrufat, Pintor, y cols, (1996) sugieren que el conocimiento acerca de los aspectos técnicos ha aumentado de forma considerable en los años recientes. La colocación de los electrodos, la frecuencia de los tratamientos y lo esencial de una adecuada duración de las convulsiones, se consideran factores clave para optimizar el tratamiento y reducir los efectos adversos. Huerta (1999), recomienda como necesarios de 6 a 12 tratamientos que se aplicarán con un intervalo mínimo de 48 horas entre uno y otro.

Las complicaciones más frecuentes son fracturas o luxaciones producidas por las contracciones musculares que ocurren durante las convulsiones. El dolor de espalda es una de las consecuencias que normalmente deja la TEC, y suele persistir unos cuantos días o semanas. En la actualidad los riesgos que merecen especial atención por su

importancia son los accidentes cardiovasculares, que son probables si ya existen alteraciones previas (Beck, 1979).

Huerta (1999) describe algunas de las contraindicaciones, teniendo como principal y absoluta el aumento de la presión intracraneal y el infarto agudo de miocardio reciente. También, otras contraindicaciones relativas pueden ser: historia previa de hemorragia intracraneal, aneurisma aórtico o cerebral, angina inestable, infección respiratoria aguda, enfermedad somática grave e intento de suicidio mediante inhalación de monóxido de carbono.

Hoy en día únicamente se practican 50,000 tratamientos en Estados Unidos. Dos causas importantes para este decremento en la utilidad del tratamiento, se deben a la pérdida de memoria producida en los pacientes y al procedimiento utilizado en la técnica (Comer, 2001). En general, los investigadores que apoyan el uso de la TEC la ven como un procedimiento médico, el cual lleva consigo riesgos, pero que están calculados. Al igual que con la farmacoterapia, se cree que el principal problema radica en el abuso y mal uso de la técnica (Coon, 1999).

7.2 PRIVACIÓN DEL SUEÑO

El sueño de las personas deprimidas, suele ser poco profundo, con una reducción de ondas lentas delta (de las etapas 3 y 4) y un aumento de la etapa 1. Las personas tienden a despertarse de manera frecuente, especialmente hacia la mañana. Asimismo, el sueño MOR (movimientos oculares rápidos también llamado sueño REM por sus siglas en inglés) se presenta más temprano de modo que la primera mitad de la noche contiene una proporción mayor de periodos MOR y el sueño MOR contiene un mayor número de movimientos oculares rápidos (Kupfer, 1976, Vogel et al, 1980, citado por Carlson, 1996).

Schulte en 1966 con la experiencia de sus propios pacientes, sugirió que la privación del sueño podía aliviar los síntomas depresivos. Después, Pfulf y Tölle en

1971 proporcionaron apoyo empírico a estas observaciones (Cano y cols., 2003). De esta forma se ha desarrollado una teoría que basándose en la observación de que el estado de los pacientes deprimidos mejoraba en parte, tras una noche en vela propone las posibilidades del uso terapéutico de un tratamiento que evita el sueño.

Ese procedimiento se basa en que las enfermedades depresivas, tienen su origen en un trastorno del ritmo interno por el que se dirigen una serie de mecanismos corporales reguladores. Actualmente, este procedimiento se ha demostrado científicamente. Se considera que evitar el dormir, ayuda a algunas personas afectadas a una visible mejoría del humor y de la psicomotricidad (Freyberger, 1995).

Este tratamiento puede ser parcial o total, la privación total produce efectos inmediatos (Wu y Bunney, 1990 citado por Carlson, 1996). Estos autores afirman que durante el sueño se produce una sustancia que tiene un efecto depresogénico, es decir, alguna sustancia que puede producir depresión en un individuo que sea susceptible. Se supone que dicha sustancia es secretada en el cerebro y además actúa como neuromodulador. Siendo así, se cree que durante la vigilia la sustancia se metaboliza y por ende se inactiva.

Freyberger (1995), explica que, cuando se trata de evitar parcialmente el sueño, se despierta al paciente a la 1:30 de la mañana y se le obliga a permanecer despierto el resto de la noche y todo el día siguiente. Mientras que cuando se trata de la privación total, se obliga al paciente a permanecer despierto las 24 horas del día.

Diversos estudios sugieren que la privación parcial del sueño podría llegar a acelerar los efectos de los antidepresivos (Zuba, Baxter y Fairbanks 1991, Leibenluft y Wehr 1992, citados por Carlson, 1996). De acuerdo con ellos, el mejor método consiste en despertar a los pacientes a las dos de la mañana y mantenerlos así, hasta las 9 de la noche.

Algunos de los resultados de las investigaciones realizadas en este ámbito son los obtenidos de los estudios de Wu y cols, Wehr y cols, y Elsenga y cols, los cuales

han estudiado 1700, 1200, y 1400 sujetos deprimidos respectivamente en los que se han encontrado una respuesta positiva en un 59%, 69% y 56%, respectivamente. Según estos estudios, el efecto antidepresivo se produce rápidamente al día siguiente de la noche de privación total de sueño (Cano y cols., 2003).

Van den Hoofdakker (1997), afirma que es frecuente que ocurra una recaída después de la noche de sueño de recuperación. Sin embargo, la medicación antidepresiva puede ayudar a reducir la tasa de recaídas. Wu y Bunney 1990 encontraron una tasa de recaída del 59% en pacientes que recibían medicación antidepresiva frente al 83% en pacientes que no la recibían. Elsenga 1992 encontró resultados comparables, 47 y 72% respectivamente (ibid).

A pesar de los beneficios que puede traer consigo este tratamiento se cree que la mejoría de los síntomas, dura por lo general unos días. Sin embargo, proporciona a la persona deprimida un respiro y alivio de la enfermedad. Esto puede ser benéfico para los médicos, ya que a veces ayuda a que el enfermo acepte un tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico. Además, una de sus ventajas mas claras, es que prácticamente no tiene efectos secundarios (Freyberger, 1995).

Una especificación importante en esta teoría es que se cree que en aquellos pacientes depresivos cuyo estado de ánimo permanece estable durante el día no se benefician con este tratamiento, mientras que puede resultar sumamente exitosa en los pacientes que muestran fluctuaciones en su estado de ánimo a lo largo del día, es decir, este tratamiento resulta efectivo en aquellos pacientes que se sienten deprimidos durante el día, pero que conforme éste pasa, su ánimo progresa (Carlson, 1996).

A pesar de todas las ventajas o desventajas que pueda traer consigo la privación del sueño, se cree que sus efectos pueden llegar a ser desde extremadamente positivos, hasta extremadamente negativos (Cano y cols., 2003).