
La ética del riesgo en el tratamiento de la psicosis

Interrupción del uso de antipsicóticos
en las psicosis no afectivas

Barcelona 21 Octubre 2017

J. A. Inchauspe

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Estado de la cuestión/2017

Áspero debate actual acerca del balance riesgo/beneficio del uso de antipsicóticos a largo plazo. Goff Am J Psychiatry 2017; Whitaker 2017, Moncrieff 2017, Larsen-Barr 2017 en MIA

Los Programas de Primeros Episodios Psicóticos introducen inmediatamente el uso de antipsicóticos.

Se aconseja mantener su uso durante un tiempo largo mal definido.

Se reconocen los muchos y graves efectos secundarios dosisdependientes y acumulativos del uso de antipsicóticos.

Existen dudas acerca de los resultados, en términos de funcionalidad y calidad de vida tras su toma a largo plazo.

Se produce un rechazo frecuente de la toma de antipsicóticos por parte de los usuarios.

Pugna, como consecuencia, entre usuarios, profesionales, y allegados.

No se ha establecido una forma segura de dejarlos: Riesgo de recaída en caso de interrupción.

Parte I

Qué dicen los profesionales

Antipsicóticos y recaídas

Existen escasos estudios rigurosos sobre el balance riesgo/beneficio a largo plazo del uso de antipsicóticos. Sohler 2016, Goff 2017

Son sustituidos por ECAs sobre retirada de medicación tras estabilización de los síntomas.

Existe consenso en que la toma de antipsicóticos disminuye el riesgo de recaída y rehospitalización a corto plazo –dos años-.

Se recomienda la introducción inmediata de antipsicóticos en programas de primeros episodios psicóticos PEP. Keating 2017

Se recomienda el mantenimiento de la misma dosis de antipsicóticos que fue efectiva en el primer episodio. Keating 2017

Se relacionan las recaídas con un progresivo deterioro clínico y funcional.

La clínica y los sistemas sanitarios se organizan con objeto de evitar las recaídas –y rehospitalizaciones- como bien superior.

Estudio holandés de Wunderink et al. de 2013 (1)

De primeros episodios psicóticos tratados en un PEP holandés con bajas dosis de antipsicóticos.

Tras remisión de los síntomas, 6 meses, se asignan al azar a una estrategia DR (interrupción/ disminución supervisada) o MT (mantenimiento) durante 18 meses.

Después del ensayo el tratamiento sigue a discreción del clínico.

A los dos años la tasa de recaída en el grupo DR resultó el doble que en el MT (43% vs 21%) sin mejores resultados funcionales.

A los siete años cambio radical. El grupo DR no tuvo mayores tasas de recaídas (solo durante los 3 primeros años) y su nivel de recuperación funcional fue el doble que el MT.

Junto con otros estudios a largo plazo (Harrow, Moilanen, Landolt...) apunta a que existen pacientes que no necesitan un uso rutinario o continuado de los antipsicóticos y otros que no los necesitan en absoluto.

Estudio holandés de Wunderink et al. de 2013 (2)

No es un "cisne negro". Existen antecedentes en el mismo sentido: la interrupción de los antipsicóticos está asociada a mayor riesgo de recaídas pero iguales o mejores resultados ocupacionales.

Johnstone 1990

Recuerda un conocimiento que ya existía en la época de los neurolépticos clásicos: muchos, la mayoría de pacientes que recaen, se recuperan con facilidad tras reintroducir los antipsicóticos, el mantenimiento previene la recaída pero no mejora la funcionalidad, y puede producirse un síndrome de discontinuidad difícil de distinguir de una recaída. Gardos y Cole 1976

Pone sobre la mesa la manera más adecuada de realizar la disminución de los antipsicóticos y el tipo de pacientes candidatos.

Las guías clínicas no nos guían al respecto, en particular en la duración del tratamiento y en como proceder para interrumpirlo.

Salvo en programas de implantación minoritaria, se utilizan los antipsicóticos como norma en los primeros episodios psicóticos.

Estudio holandés de Wunderink et al. de 2013 (y 3)

Las guías clínicas de primeros episodios psicóticos siguen aconsejando, en general, un uso de mantenimiento de antipsicóticos para prevenir las recaídas en las mismas dosis que fueron efectivas en la fase aguda. Keating 2017

Se objeta al estudio de Wunderink un sesgo de exposición, Sohler 2016, Goff 2016 y que aún no ha sido replicado. Keating 2017

Siguen publicándose otros estudios con resultados diferentes, p.ej. el español, cántabro, PAFIP, (Crespo-Facorro y col.) abierto y no aleatorizado en el que :

- el riesgo de recaída en la rama de discontinuación es el doble a los tres años.
- no hay diferencias significativas en gravedad de la sintomatología y funcionalidad entre los grupos DR y MT a los tres años.
- pero los pacientes con recaídas de cualquiera de las dos ramas presentan síntomas más graves y peor funcionamiento a los tres años. Mayoral-van Son 2016
- el principal predictor de recaídas es la interrupción de los antipsicóticos. Caseiro 2012, al menos en las primeras recaídas tras un primer episodio Pelayo Teran 2017

Está en marcha el estudio RADAR, *Research into Antipsychotic Discontinuation And Reduction*. Moncrieff 2016, con objeto de:

- Replicar el estudio de Wunderink, con primeros y segundos episodios psicóticos.
- Testar lo bien fundado de las directrices de alguna guía clínica (NICE) que acepta la discontinuidad de antipsicóticos en el primer episodio, pero no si este se repite.

Programas de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y antipsicóticos (1)

Suelen proponer la introducción inmediata de antipsicóticos, con las únicas excepciones del finlandés OPEN DIALOGUE, de su antecesor el Tratamiento Adaptado a las Necesidades y, en menor medida, del sueco PARACHUTE.

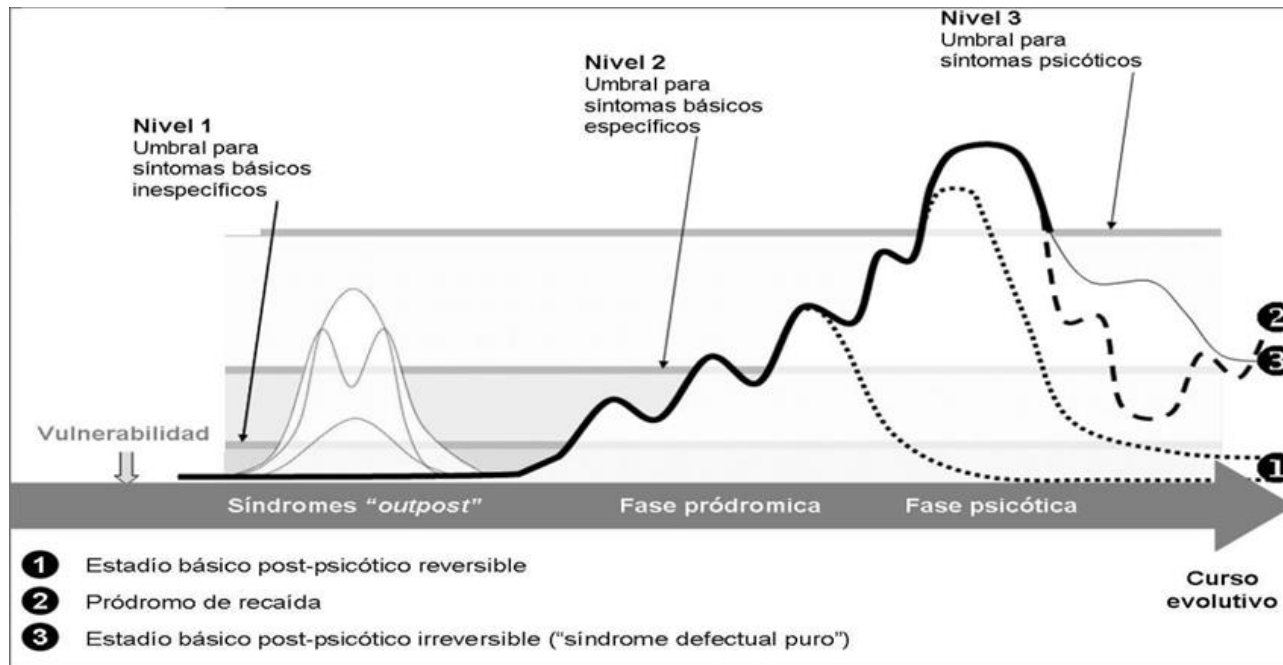
Proponen en general el mantenimiento de las mismas dosis que fueron eficaces durante el episodio agudo.

La intervención precoz se basa en la correlación entre la duración de la psicosis no tratada – DUP- y un peor pronóstico.

Proponen un paquete de intervenciones psicosociales, psicoterápicas, vocacionales intensivo... y el uso de antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas, atribuyendo a estas personas una “sensibilidad” a los antipsicóticos mayor

Sigue vigente, en el imaginario de muchos, un modelo de toxicidad de la esquizofrenia y del aumento de la gravedad durante los primeros años tras cada recaída, modelo kindling, hasta alcanzar una meseta con un grado de deterioro importante.

Modelo kindling



La evolución empeora con las recaídas, especialmente durante los primeros años de la enfermedad, la fase crítica. Tomado de Peralta V. Programa de Intervención Precoz de Primeros Episodios en Navarra. Junio 2016

Modelo kindling: creencias y evidencias

- Es un constructo que se opone a la heterogeneidad, bien conocida de antiguo, en las trayectorias de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, a corto, medio y largo plazo, con o sin medicación.
- No cuenta con estudios longitudinales que establezcan claramente un empeoramiento en resultados clínicos, alteraciones en estudios de imágenes cerebrales y/o deterioro en funcionamiento cognitivo a medida que "avanza" la enfermedad.
- Va de la mano de la creencia de que los antipsicóticos pueden estabilizar, ralentizar, e incluso revertir los supuestos daños cerebrales producidos por el desarrollo de la enfermedad.
- Hoy se considera que los antipsicóticos no son neuroprotectores, sino al contrario, pueden producir por sí mismos daño cerebral. Owen 2016
- Menos fatalista, reconociendo la heterogeneidad de trayectorias y las limitaciones de los antipsicóticos, el modelo de estadios clínicos "*clinical staging model*" Fusar-Poli 2017 opta igualmente por un uso intensivo de los antipsicóticos, promoviendo su adherencia y la introducción temprana de la clozapina, con objeto de evitar recaídas como bien clínico superior.

Programas de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y antipsicóticos (2)

Se ha llegado a definir el DUP como el intervalo entre el comienzo del trastorno y el primer tratamiento con antipsicóticos.

En los programas PEP en los que se ha medido el DUP de inicio de antipsicóticos este no se revela como factor predictivo de recuperación. Alvarez Jimenez 2012, Gleeson 2013.

Sí lo hace la sintomatología negativa. Austin 2013, Hodgekins 2015 , Bergh 2016

Hay consenso actual en que los antipsicóticos no mejoran la sintomatología negativa y que pueden empeorarla. Owen 2016

No se ha demostrado que los antipsicóticos sean un componente esencial de los PEP. Francey 2010 Los resultados mejoran cuando se introducen procedimientos psicosociales. Gaebel 2014

El modelo más exitoso de los PEP, el OPEN DIALOGUE, pospone sistemáticamente la introducción de antipsicóticos y, de hacerlo, los utiliza en breves periodos a bajas dosis. Seikkula 2016

Programas de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y antipsicóticos (3)

Tampoco el OPEN DIALOGUE es un Cisne Negro, tiene antecedentes. Es posible tratar primeros episodios psicóticos sin antipsicóticos, como se ha hecho, p.ej. en:

Soteria San Francisco, 42% de pacientes que permanecieron durante dos años sin tomar antipsicóticos. Bola 2002

Tratamiento Adaptado a las Necesidades, cifra muy similar, 42,9% de pacientes durante 2 años. Lehtinen 2000

Incluso en un programa PEP fuertemente orientado a promover la adherencia a la medicación (el australiano EPPIC) entre los pacientes que rechazan tomar la medicación (un 17%) buena parte (41%) obtienen una remisión. Conus 2017

En el OPEN DIALOGUE a los cinco años solo el 29% de los pacientes tomó antipsicóticos en algún momento de su evolución.

Intervención precoz no significa iniciar un tratamiento antipsicótico tan pronto como sea posible.

Medicación antipsicótica, calidad de vida (QOL) percepción subjetiva del usuario

- A los conceptos de remisión sintomática y recuperación funcional se le ha añadido el de calidad de vida (QOL).
- Incorpora los de recuperación y funcionalidad y le añade la percepción subjetiva del usuario.
- Se ha llegado a dudar de la capacidad del usuario diagnosticado de psicosis de evaluar su calidad de vida (falta de conciencia de enfermedad, alteraciones cognitivas...).
- No existe una correlación lineal entre remisión, recuperación y calidad de vida.
- No se cumple la secuencia de toma de antipsicóticos>reducción de síntomas>control de efectos secundarios>percepción positiva>adherencia al tratamiento>mejoría en la calidad de vida.
- Existe un corpus creciente de estudios acerca de la percepción subjetiva del paciente y su toma de decisiones respecto a los antipsicóticos.
- En su conjunto se observa una gran variabilidad en la relación entre QOL, toma de antipsicóticos y percepción subjetiva.

Interrupción de la medicación antipsicótica, por qué (1)

Desde el inicio del uso de antipsicóticos de primera generación los prescriptores se han preocupado por las discinesias tardías, identificadas como daño cerebral. Prien 1971

La 1ª comercialización de la clozapina se publicitó con el anuncio de una menor frecuencia de discinesias tardías. Griffith 1975

En la era de los antipsicóticos de 2ª generación siguen existiendo fuertes motivos para disminuir e interrumpir la toma de antipsicóticos por efectos adversos, dosis dependientes y acumulativos.

Hay consenso acerca de un proceso de neuroadaptación, ya evocado por los clásicos a propósito de las discinesias tardías.

Se atribuye a la neuroadaptación, bajo el constructo de la psicosis por hipersensibilización, el hecho de que los antipsicóticos que controlan a corto la sintomatología psicótica pueden empeorarla a la larga. Oda 2015

Interrupción de la medicación antipsicótica, por qué (y 2)

A pesar del riesgo de recaída, dada la importancia de los efectos secundarios y la neuroadaptación, de antiguo se han ensayado procedimientos para reducir el tiempo de exposición a los antipsicóticos o su dosis. Gardos 1976

Una revisión Cochrane de 2013 de estas técnicas –periodos libre de toma, vacaciones terapéuticas, reintroducción de antipsicóticos ante signos de recaída, toma días alternos o a otros intervalos... comparadas con las de mantenimiento no encuentra ventaja alguna a corto plazo -6 semanas a 2 años- Más recaídas con el uso intermitente, sin beneficios en las discinesias tardías. No ofrecen datos sobre funcionalidad. Sampson 2013

¿Por qué podrían ser, o son de hecho, diferentes los datos a 2-3 años y a más largo plazo ?

Es posible que los resultados a corto –y los ECA que comparan antipsicóticos y placebo- se deban a la disminución de síntomas positivos, anterior al habitual avance de los negativos en quienes toman antipsicóticos, y a su activación al interrumpirlos. Moncrieff 2013

Tal vez no exista una relación causa efecto entre recaídas y peor funcionalidad y que ambas tengan una causa común: la sintomatología negativa. La recuperación estaría relacionada con la sintomatología negativa inicial y menores dosis de antipsicóticos. Wunderink 2017

Interrupción de la medicación antipsicótica cómo (1)

El riesgo de recaída tras interrumpir o disminuir los antipsicóticos es mayor cuanto mayor sea la dosis. Prien 1971 Nishikawa 2007

La desescalada lenta y gradual de los antipsicóticos reduce el riesgo de recaída asociado a su interrupción. Gilbert 1995 Viguera 1997

Cuanto más tiempo de tratamiento resulta más difícil dejarlos. Nishikawa 2007 Moncrieff 2015, Oda 2015

En Wunderink 2013, se retiraron a partir de los 6 meses de remisión sintomática, durante los 18 meses de seguimiento posterior. "Tratamiento Antipsicótico Focalizado": supervisión estrecha, reintroduciéndolos o reajustando la dosis al alza si signos precoces de alarma o sintomatología positiva, guiándose por la severidad de los síntomas y las preferencias de los usuarios. RADAR 2016 propone un proceso de retirada de 6 a 18 meses según una metodología de retirada gradual monitorizada semejante.

Regla del 10%: reducciones del 10% de la dosis original, menores a medida que avanza el proceso de disminución, cada 4-6 semanas, siguiendo adelante solo si se consigue un cierto estado de estabilidad durante unas semanas, durante 2 o más años si se ha estado tomando antipsicóticos durante 5 años, Aderhold & Statsny 2016, o reducciones del 20% de la dosis inicial cada 3-6 meses. Steingard 2014

Interrupción de la medicación antipsicótica, cómo (y 2)

Escoger un momento adecuado, en ausencia de otros elementos estresores de la vida cotidiana como mudanzas, dificultades familiares, inestabilidad laboral...

Planificar la retirada sobre periodos largos de tiempo, meses o incluso años.

Elaborar directivas anticipadas y un plan de crisis.

Identificar signos precursores de recaída y posibles desencadenantes.

Monitorizar emociones y estados de ánimo.

Cuidar la dieta, mantener rutinas, hacer ejercicio, no reemplazar la medicación con alcohol o drogas...

Buscar apoyo de familiares, allegados y pares.

En caso de polifarmacia, reducir un medicamento cada vez, comenzando por el que pueda ser más fácil de dejar o el que se sospeche que sea menos eficaz. Dejar los hipnóticos para el final. Se sugiere una colaboración estrecha entre el usuario y su médico.

El objetivo final, no ha de ser necesariamente la interrupción, sino la búsqueda de una dosis lo más baja posible.

Hall 2012, Wunderink 2013, Moncrieff 2016, Aderhold 2016, Steingard 2014, Darton 2016

Interrupción de la medicación antipsicótica. Quienes (1)

Los pacientes de primeros episodios psicóticos en remisión y bajo tratamiento antipsicótico serían candidatos ideales para la discontinuación, debido a:

Duración breve del tratamiento.

Bajas dosis de antipsicóticos en los PEP.

Frecuente monoterapia.

Motivación. A menudo no son favorables a un tratamiento de mantenimiento.

Es tranquilizador el consenso existente en que hasta un 20% de los pacientes que experimentan un primer episodios psicótico no va a recaer. Keating 2017

En una revisión bibliográfica de ECAs, Alvarez Jimenez 2016 :

Pacientes jóvenes.

Primer episodio psicótico que no cumpla criterios de esquizofrenia.

Remisión clínica durante al menos 3 meses, recuperación funcional y que tengan buen apoyo social.

En el contexto de un PEP (paquete de intervenciones psicosociales intensivas).

En el otro extremo, se sabe que con tratamientos de mantenimiento a largo plazo, más de 15 años, es posible interrumpir las dosis con muy escasa frecuencia de recaídas, sobre todo en aquellas personas cuyas dosis de mantenimiento sean bajas. Prien 1971

Interrupción de la medicación antipsicótica. Quienes (y 2)

No hay manera de saber quién puede o quién no puede vivir sin psicofármacos, quién puede vivir con menos medicamentos o con dosis más bajas, o qué tan difícil será dejarlas. Hall 2012

Los psiquiatras no parecen ser mejores que los consumidores a la hora de predecir el resultado de un intento de interrupción. Aderhold & Statsny 2014

No existen indicadores clínicos o biomarcadores que permitan identificar prospectivamente a quienes pueden interrumpir los antipsicóticos. Goff 2017

Ética del riesgo & Consentimiento Informado

No parece haber dudas de:

Que la tasa de recaídas es mayor sí se interrumpe la toma de antipsicóticos –al menos durante los dos primeros años-.

Los muchos y graves problemas que producen a largo plazo.

Que nuestros sistemas sanitarios priorizan el evitar las recaídas, por lo que recomiendan una toma de antipsicóticos indefinida.

Que no está claro si pueden interrumpirse de forma segura ni de como hacerlo. Steingard 2014

Del carácter traumático de muchas recaídas y (re)hospitalizaciones.

“Le digo a la persona: yo no estoy segura acerca de cuál es la mejor opción para ti, es tu vida y necesito que tomes esta decisión conmigo” Steingard 2014

“Los psiquiatras deberían proporcionar a sus pacientes la opción de no tomar antipsicóticos, brindándoles información sobre los beneficios y riesgos de forma que puedan tomar sus propias decisiones informadas, de acuerdo con sus valores y objetivos.
Hutton 2017

Parte II

Que dicen los
usuarios/consumidores/ ex-
usuarios/
supervivientes/expertos en
primera persona...

Percepción subjetiva del usuario de la toma de antipsicóticos

A muchos no les agrada tomarlos.

Además de la sedación y desmotivación habituales –similar entre diagnosticados y no diagnosticados- pueden producir una reacción disfórica dosisdependiente. de Haan 2004

La percepción de su toma es global "*afecta a todos los aspectos de mi vida*" más allá de la sintomatología o los efectos secundarios.

La valoración global, y su impacto sobre el día a día, es el principal predictor respecto a la continuidad o no de su toma y no el insight-conciencia de enfermedad o los conocimientos y creencias respecto a los antipsicóticos, o las modalidades del tratamiento (retard, polifarmacia, coerción...).

Junto a descripciones muy negativas "*un infierno, sentirme como un zombie...*" se dan otras (en los mismos estudios) muy positivas "*salvarme la vida*".

Hay subgrupos cuya percepción se extiende a lo largo de ese continuo.

Carrick; Roe; Salomon; Runciman; Larsen-Barr; Geyt; Bjornestad

Por qué los usuarios deciden interrumpir –o no- la toma de antipsicóticos (1)

La gran mayoría de pacientes con percepción negativa o mixta de la toma de antipsicóticos informan de intentos de interrumpirlos.

Un buen porcentaje de quienes valoran positivamente su uso también lo hace. ¿ Por qué ?

Valoran, en ocasiones más que la sintomatología psicótica cero:

- La autonomía.

- La contribución personal a la recuperación y el control de la misma.

- La toma de decisiones informada y el desarrollo de un proyecto personal “comprenderme y poder hacer lo que estimo necesario”.

- La congruencia con el propio sistema de valores.

- La búsqueda de sentido de sus experiencias, más allá del modelo de enfermedad.

- La identificación de preocupaciones o “heridas subyacentes” a la sintomatología.

Son muy conscientes de la dinámica de poder a la que están sometidos (servicios sanitarios y sociales, allegados, legislación...)

Por qué los usuarios deciden interrumpir –o no- la toma de antipsicóticos (2)

En su conjunto la toma de decisión respecto a continuar o interrumpir la toma de antipsicóticos refleja una "*evaluación razonada*" de los pros y contras, costes y beneficios de su impacto sobre la vida diaria y sus exigencias, prioridades, sistema de valores y objetivos personales.

Muy lejos de la irracionalidad y falta de insight que se les atribuye tradicionalmente desde la clínica de los antipsicóticos. Velligan 2017

Es una toma de decisión que permanece en el tiempo. Quienes interrumpen la medicación informan a menudo de más de un intento, hasta en un 68,3%, y en ocasiones múltiples intentos, en un 5,7% 10 intentos o más. Nishikawa, Larsen-Barr 2016

Puede producirse un efecto de aprendizaje y manejo del síndrome de discontinuidad. Cada intento es una oportunidad más de desarrollar habilidades de afrontamiento y desarrollo de la red social de apoyo en caso de recaída aumentando las probabilidades de éxito. Geyt 2016

Al contrario, está descrito el desánimo, la desesperanza y el aumento de las presiones del entorno tras cada recaída, las hospitalizaciones e incluso la aplicación del tratamiento obligatorio en quienes fracasan en sus intentos. Larsen-Barr 2016

La consecuencia es una amplia variedad de conductas en el espectro continuidad-discontinuidad (reducción de dosis, cambios de antipsicóticos, interrupción, reanudación...)

Guías de Discontinuidad en la toma de Psicofármacos del Movimiento en Primera Persona Modelo de recuperación & Consentimiento informado

Hincapié en el miedo y la necesidad de trabajar con él,
porque puede haber riesgos verdaderos:

Ser hospitalizado otra vez.

Perder el trabajo.

Entrar en conflicto con amigos y familia.

Reverter poderosos estados alterados de conciencia.

Síntomas de discontinuación.

Ideas de suicidio.

Desechar una herramienta de ayuda.

Proponen un consentimiento informado de calidad:

Sopesando pros y contras.

Describiendo con toda crudeza efectos indeseados de la
interrupción de los antipsicóticos, recaídas, sintomatología de
deprivación, discinesias tardías, síndrome neuroléptico
maligno... Hall 2012, Darton 2016

Algunas razones por las que tal vez desees dejar la medicación

- Han hecho su trabajo y ya no las necesito.
- He encontrado otra manera de manejar mis problemas.
- No son útiles, me han dicho que mi condición es “resistente al tratamiento”, ¿para qué tomarlos?
- Tienen efectos secundarios que no puedo tolerar.
- Afectan mi salud física.
- Siento que pierdo contacto con mis emociones.
- Reducen mi energía y mi entusiasmo. Afecta a mi mundo de relaciones y mi capacidad para trabajar.
- Quiero tener familia y me da miedo que afecte a mi bebé en el embarazo o cuando le de el pecho.
- O bien, creo que me resultan útiles y tienen más ventajas que inconvenientes

Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

Algunas razones por las que la gente decide seguir tomando medicamentos

- Desde que he encontrado el medicamento adecuado siento que he recuperado mi vida.
- Siento que me ayuda y que merece la pena aguantar sus efectos secundarios.
- Mi doctor/a piensa que debo seguir tomándolos, y valoro mucho su opinión.
- He intentado dejarlos y no he podido.
- Mi familia se preocuparía muchísimo si los dejara.
- Tengo que estar bien por mi bebé.
- Creo que aún los necesito pero puede que en otro momento me decida a dejarlos.

Tomado de Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

Sopesando dejar o no la medicación, a título de ejemplo

Ventajas

Dejarlo

- Podré volver a conducir.
- Tendré más energía.
- Quiero perder peso.

Seguir con la medicación

- Estoy estable ¿Para qué buscarme problemas ?
- No quiero sufrir síntomas de discontinuidad.
- No quiero arriesgarme a una recaída.

Desventajas

Dejarlo

- Puedo recaer.
- Mi marido/mujer se enfadará conmigo.

Seguir con la medicación

- No me siento yo mismo/a.
- Mi vida sexual se ve afectada.
- Estoy todo el día somnoliento/a.

Tomado de Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

Acerca de las preocupaciones de los familiares

- Ansiedad al conocer el plan de abandonar la medicación de un allegado o familiar y temor a que enferme de nuevo.
- Muy comprensible, sobre todo si se ha producido un ingreso involuntario y al alta, con antipsicóticos, la mejoría es manifiesta.
- Temor a ver sufrir de nuevo a la persona querida .
- Se aconseja a los familiares ser muy claros:
 - Explicar cómo las cosas han cambiado para la persona desde que toma la medicación.
 - Preguntar por qué quiere interrumpir la medicación.
 - Preguntar qué tipo de soporte o tratamiento alternativo a los fármacos se propone seguir.

Tomado de Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

Consejos a familiares y amigos

- Preguntar por qué se desea interrumpir la medicación.
- Preguntar cómo se ha planeado hacerlo.
- Hacerle recordar experiencias anteriores que no fueron realistas.
- Preguntar cómo se puede ayudar.
- Ayudar para contactar con gente que ha pasado esta experiencia, recontactar con el médico o con otros profesionales
- Estar dispuesto a acompañarle a las citas si lo solicita.
- Apoyarle si afronta síntomas de privación, reconociendo su esfuerzo para manejarlos.
- Reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones y aprender de sus errores (estar dispuesto a correr riesgos con él/ella).
- Ser positivo si decide cambiar de planes (mantenerse con la medicación).

Tomado de Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

¿Y si se fracasa en el intento ?

- El intento de interrumpir la medicación puede ser decepcionante si no produce el beneficio esperado o, finalmente, se descubre que no es posible funcionar sin antipsicóticos.
- La perspectiva propuesta es siempre de recuperación y empoderamiento.
- El intento de dejar el antipsicótico puede ser útil para encontrar la “dosis umbral” por debajo de la cual las cosas no van bien.
- Incluso el descubrimiento de que se es más feliz tomándolos hace que el intento de dejarlos haya sido útil: siempre será más fácil seguir si se acepta que la medicación es parte de nuestra vida y que la decisión es nuestra, y no la del médico.

Tomado de Mind, How to Coming off Psychiatric Drugs (2016)

Conclusión

¿Qué hacer?

Conclusión

Más allá del áspero debate acerca del coste/ beneficio del uso de antipsicóticos y si a la larga estos producen más daño que beneficio parece clara la gran variabilidad de respuestas y trayectorias de las personas diagnosticadas de psicosis, con o sin antipsicóticos.

Los datos más actuales nos llevarían a una clínica que debería posponer la introducción de antipsicóticos en primeros episodios, utilizar una amplia gama de procedimientos no medicamentosos, manejar las dosis más pequeñas durante los periodos más breves posibles, y que no echara en saco roto las solicitudes de los pacientes de interrumpir la medicación antipsicótica.

En su conjunto, y sin minusvalorar la relevancia de guías y algoritmos, la clínica de los antipsicóticos coincide en lo fundamental con el resto de dimensiones de una clínica moderna y colaborativa: la necesidad de un abordaje individual, que tenga en cuenta cada persona, el significado de sus experiencias, su sistema de valores y su propio proyecto vital.

Citando opiniones

- “El tratamiento inicial de episodios agudos sin neurolépticos, o con un uso retrasado o selectivo, es el abordaje que permite tratar con éxito a un mayor número de pacientes sin este tipo de fármacos”. Aderhold & Statsny 2014
- “En un primer episodio psicótico en cuanto los síntomas cedan es necesario reducir gradualmente la carga antipsicótica hasta un mínimo que preserve la ausencia de síntomas”. Wunderink 2017
- “Aunque permitir que las personas decidan si reciben tratamiento antipsicótico o no puede representar nadar contra corriente, la recompensa puede ser mayor autonomía y dignidad de los usuarios del servicio”. Hutton 2017
- “Las personas deberían tener el derecho de tomar antipsicóticos o no hacerlo, cambiar más tarde de idea, y de toda la información necesaria para tomar una decisión segura con el mejor resultado posible para su calidad de vida”. Larsen- Barr 2016
- “Decidas lo que decidas, bien sea seguir tomando la medicación o interrumpirla, NUNCA LO HAGAS SOLO.” Mind 2016
- “Todo esquizofrénico crónico en tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos debería tener el beneficio de un intento adecuado de interrupción de medicamentos”. Gardos y Cole 1976

Muchas gracias
Moltes gràcies
Eskerrik asko