



CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

Díaz-Regañón Anechina, N; López-Híges Alamín, J; Alarcón Soriano, M; Castillo Alarcón, M; Cavas García, V.

Hospital General Universitario de Elche
nuridra@hotmail.com

RESUMEN:

En este trabajo, presentamos un breve repaso de la controvertida terapia electroconvulsiva y su aplicación en el caso de un paciente diagnosticado de episodio depresivo delirante que presenta escasa respuesta al tratamiento farmacológico. Durante el periodo previo a la administración del TEC, y tras impresionar de una posible personalidad disfuncional de base, se lleva a cabo una exhaustiva evaluación psicológica en la que se exploran su personalidad y sus actitudes. Es conocido que una de las secuelas de este tratamiento son los Trastornos amnésicos sobre hechos recientes (anterógrados y retrógrados), por lo que se realiza una evaluación neuropsicológica previa y se establece una línea base de sus capacidades cognitivas actuales (concretamente de la memoria) para poder valorar los efectos secundarios sobre estas capacidades tras la aplicación del TEC; en el caso de nuestro paciente, este deterioro apenas se observa. Al encontrarnos mínimos efectos secundarios y al objetivarse una importante mejoría en la sintomatología que motivó el ingreso, permaneciendo su personalidad de base, nos planteamos la necesidad de considerar la terapia electroconvulsiva como una alternativa viable a la hora de abordar determinados trastornos. Sería importante valorar los beneficios que esta técnica puede aportar a muchos pacientes frente a las barreras morales que critican su uso y poder considerarla como alternativa clínica, si se precisase, enmarcada dentro de un plan establecido de intervención psicoterapéutico y farmacológico.

TEC⁽¹⁾: Consiste en la inducción de una convulsión generalizada, de forma controlada, mediante la administración de una corriente eléctrica que sea superior al umbral convulsivo.

INDICACIONES.

Trastornos depresivos:

- ✓ Depresión resistente a tratamiento.
- ✓ **Depresión con síntomas psicóticos.**
- ✓ Inhibición o agitación intensa.
- ✓ Alto riesgo de complicaciones somáticas.
- ✓ Depresión en el anciano.
- ✓ Contraindicación de antidepresivos.

Episodios maníacos o mixtos:

- ✓ Manía resistente a tratamiento.
- ✓ Contraindicaciones de psicofármacos.
- ✓ Buena respuesta previa.

Esquizofrenia:

- ✓ Esquizofrenia resistente a tratamiento.
- ✓ Esquizofrenia catatónica.
- ✓ Episodios agudos con agitación intensa y gran desorganización conductual.
- ✓ Contraindicaciones a psicofármacos.
- ✓ Buena respuesta previa.

Otras indicaciones:

- ✓ Trastorno esquizoafectivo resistente a tratamiento.
- ✓ Trastorno esquizofreniforme con mala evolución.
- ✓ Síndrome neuroléptico maligno.
- ✓ Enfermedad de Parkinson, especialmente complicada con episodios depresivos, y con fenómenos *on-off*.
- ✓ Embarazadas con trastorno afectivo o esquizofrénico, con descompensación aguda y en la que exista riesgo de teratogeneidad por el uso de psicofármacos.

No existen contraindicaciones absolutas, pero hay que tener especial cautela en los siguientes casos: Hipertensión intracraneal, Procesos ocupantes del espacio intracraneal, Riesgo de

CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

hemorragias (aneurismas), Patología cardiovascular grave

Contraindicaciones relativas: Tratamiento anticoagulante, Epilepsia, Enfermedades placa motora, Osteoporosis grave, Glaucoma, Endocrinas: hipertiroidismo, porfirias, Demencia, Retraso mental, Pacientes con marcapasos

Procedimiento en nuestra unidad: las sesiones de TEC se administran en el quirófano de urgencias, el paciente permanece en ayunas, es trasladado al quirófano donde se procede a anestesiarle (anestesiista) y a administrarle un betabloqueante para la relajación muscular y evitar posibles daños como roturas musculares durante las convulsiones. A continuación se coloca el instrumental indicado:

- Electrodo en pierna y cabeza para registrar su actividad cerebral y muscular (EEG - EEM)
- Manguito en la pierna para evitar el paso del betabloqueante y observar la convulsión
- Instrumental propio de una intervención en quirófano: gotero, control cardiaco, de la presión arterial y la respiración.



Una vez que todo está preparado se aplican las corrientes eléctricas en lóbulo frontal (a la altura de la sien aproximadamente), en el caso de no ser eficaces se pueden administrar en la zona temporo-parietal, pero para esto es necesario rasurar el cabello del paciente. En la aplicación de los voltios ha de tenerse en cuenta la edad del paciente, la descarga inicial suele ser 1/3 de la edad del paciente o algo más (45%) hasta el máximo que se correspondería con su edad; puede superarse este límite (ej. en función del peso, el voltaje puede cambiar)

Los efectos secundarios más frecuente son:

- ✓ Trastornos confusionales.
- ✓ **Trastornos amnésicos sobre hechos recientes (anterógrados y retrógrados).**

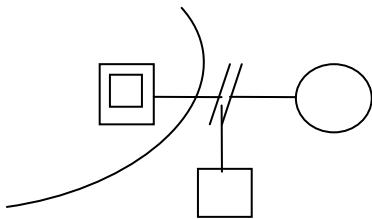
CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

- ✓ Dolores musculares debidos a la contracción provocada.
- ✓ Cefaleas.
- ✓ Febrícula (poco significativa y de corta duración).
- ✓ Reacciones alérgicas (zonas de colocación de electrodos) por el gel conductor.
- ✓ Quemaduras (zonas de colocación de electrodos).

CASO CLÍNICO:

Motivo de ingreso: Varón de 53 años que ingresa por depresión delirante desde urgencias, derivado del hospital de Villajoyosa como candidato a la administración de Terapia Electroconvulsiva (TEC).

Genograma:



Anamnesis: Vive solo, trabaja como contable en una agencia de viajes (empresa en la que también trabaja su hijo). No existen Antecedentes médicos (extrasistolia ventricular sin tratamiento) o psiquiátricos significativos. **AF:** Sin antecedentes familiares psiquiátricos significativos, su hijo en tratamiento por cuadro depresivo.

Estado Actual: En el trabajo se ha implantado un nuevo sistema informático que refiere le ha estresado, no se veía que lo fuese aprendiendo, comenzó a dormir mal, no comía, estaba obsesionado con el tema, pensaba que lo iban a echar, que perjudicaría a la empresa que incluso podría cerrar; de la misma manera, refiere que al no controlar el nuevo programa informático no podría entregar a tiempo las cuentas del IVA, lo que supondría la quiebra de la empresa y su ingreso en prisión, por extensión también ingresaría su hijo.

Ante esta situación, los compañeros le ven agobiado y se le recomienda un descanso que no acepta, de hecho, comienza a pasar más horas en el trabajo.

Comienza tratamiento antidepresivo y antipsicótico a nivel ambulatorio, que no continúa por la nula conciencia de enfermedad que presenta en este momento. Debido al empeoramiento de los síntomas, su jefe le acompaña a urgencias del hospital de referencia (Villajoyosa) donde se recomienda un ingreso. El paciente no lo admite y se decide que vuelva a casa donde su ex mujer y su hijo se hacen cargo de él. Ante el empeoramiento de los síntomas, acuden a urgencias donde se solicita el ingreso ante la dificultad de manejo del cuadro depresivo.

Permanece ingresado en la UHP de Villajoyosa, con carácter involuntario, desde el 23 de enero hasta el 24 de febrero, fecha en la que se realiza en traslado a esta unidad de hospitalización

CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

psiquiátrica de Elche (24 de febrero – 17 marzo).

En ingreso: evidentes síntomas depresivos y delirantes, ideas delirantes de ruina y culpa que en el momento del ingreso solo han mejorado parcialmente. Sigue convencido que puede perjudicar a la empresa, que puede cerrar, que él tiene la culpa y que puede perjudicar a más compañeros...

Exploración Psicopatológica: consciente y orientado, conciencia parcial de enfermedad, lenguaje pobre, negativo, tono bajo, bradispsiquia, aspecto abatido, Llega acompañado de un ánimo triste, apagado callado, anhedonia, presenta desvitalización, hiporexia e insomnio.

Personalidad previa: siempre callado, introvertido, perfeccionista, autoexigente, sesgos obsesivos, personalidad previa con rasgos anacásticos

Evaluación psicométrica:

Tras una primera exploración mediante una entrevista clínica y la observación directa en la unidad de hospitalización, se decidió valorar más objetivamente y con mayor exhaustividad tanto su personalidad como sus actitudes al considerar que estaban influyendo significativamente en el afrontamiento de su situación vital y por tanto en el desarrollo de su psicopatología. Para ello empleamos 2 cuestionarios: el **McMI – II** ⁽²⁾, escala ampliamente conocida y utilizada en la evaluación de la personalidad y la **escala para la evaluación de actitudes disfuncionales (EAD)** ⁽³⁾; esta escala, originalmente de Weismman, mide una serie de creencias distorsionadas, incluyendo la valoración que hace un sujeto de sí mismo, en función de distintos parámetros de carácter básicamente social como son *la aprobación, el amor, la realización, el perfeccionismo, los derechos sobre los otros, la omnipotencia y la autonomía emocional*. Los sujetos se sitúan en un continuo que abarca desde la vulnerabilidad psicológica, es decir, que se valora como "no superable o muy negativo" por ej. El ser criticado, no hacer las cosas como me gustaría, entre otros, y la "inmunidad psicológica", es decir, que se puede vivir satisfactoriamente aunque sea por ej. criticado o no me salgan las cosas como desearía.

McMI-II (test de personalidad de Millon)

Aunque tenemos que tomar los datos con precaución, destacamos las puntuaciones elevadas en algunas de las escalas básicas:

Esquizoide: tasa base 111

Fóbica 115

Dependiente 118

Compulsiva 115

Autodestructiva 115

Esquizotípica 115

Paranoide 113

Los resultados del test, las entrevistas realizadas con él y el conocimiento de su personalidad previa, nos impresiona una personalidad en la que destacan fundamentalmente **rasgos anancásticos:**

- *Perfeccionismo desproporcionado*, hasta el punto de llegar a perder la perspectiva global de la situación (el incremento significativo de horas en el trabajo para conseguir hacer bien el trabajo y presentarlo a tiempo)

CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

- *Limitada capacidad para expresar emociones afectuosas* (teniendo en cuenta también la escasez de relaciones sociales, podría impresionar rasgos esquizoides, pero sí mantiene relaciones familiares y no evita situaciones sociales o refiere malestar con los compañeros; no es tanto esquizoide como anancástico o dependiente)
- *Rigidez y obstinación*
- *Falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas* que reflejan una profunda inseguridad personal.

Manifestando también **rasgos dependientes** de la personalidad: lo que se refleja en su insistencia a mantenerse unido al núcleo familiar (ex mujer e hijo) a pesar de llevar años separados y la aparente relación deteriorada que mantiene con su hijo, según refiere el propio hijo; El paciente resalta las buenas relaciones con los 2.

Escala EAD

Todas las puntuaciones en las actitudes evaluadas por el EAD son negativas y cercanas a una puntuación de máxima vulnerabilidad psicológica (-10). Por orden de intensidad en la puntuación obtenida resaltamos los siguientes resultados:

- **Aprobación** (-9): Elevadísima vulnerabilidad o susceptibilidad a la crítica o desaprobación de los demás, a la posibilidad de quedar mal ante personas significativas (fracasos)
- **Omnipotencia** (-8): Excesiva tendencia a la responsabilización, tanto de los propios sentimientos y tareas personales como de los ajenos (en su idea deliroide cree que es responsable de la ruina de la empresa)
- **Derechos** (-8): (entendible como la tolerancia a la frustración). Ante situaciones con resultados que cree injustos o inesperados la posibilidad de derrumbe emocional es elevada.
- **Perfeccionismo** (-7): Tendencia muy significativa a la valoración de sí mismo, de su valía personal en base a la calidad de los resultados de las tareas (Valgo tanto cuanto hago las cosas muy bien)
- **Realización** (-6): Tendencia significativa a la valoración de sí mismo, de su valía personal en base a la cantidad de tareas a realizar (Valgo tanto cuanto hago)
- **Amor** (-6): Vulnerabilidad más situacional al distanciamiento afectivo de los significativos. La persona tenderá al sufrimiento emocional ante signos que interprete como distanciamiento afectivo.
- **Autonomía personal** (-6): No tiende a la responsabilización de su situación emocional, sino que la tiende a atribuir a los acontecimientos externos. No comprende la capacidad de manejo emocional que tiene sobre sí mismo.

Tratamiento:

Con nuestro paciente, finalmente se decidió pautar como tratamiento la combinación de TEC + Venlafaxina (300 mg/día) y quetiapina (300 mg/día). Se le administraron 6 sesiones de TEC

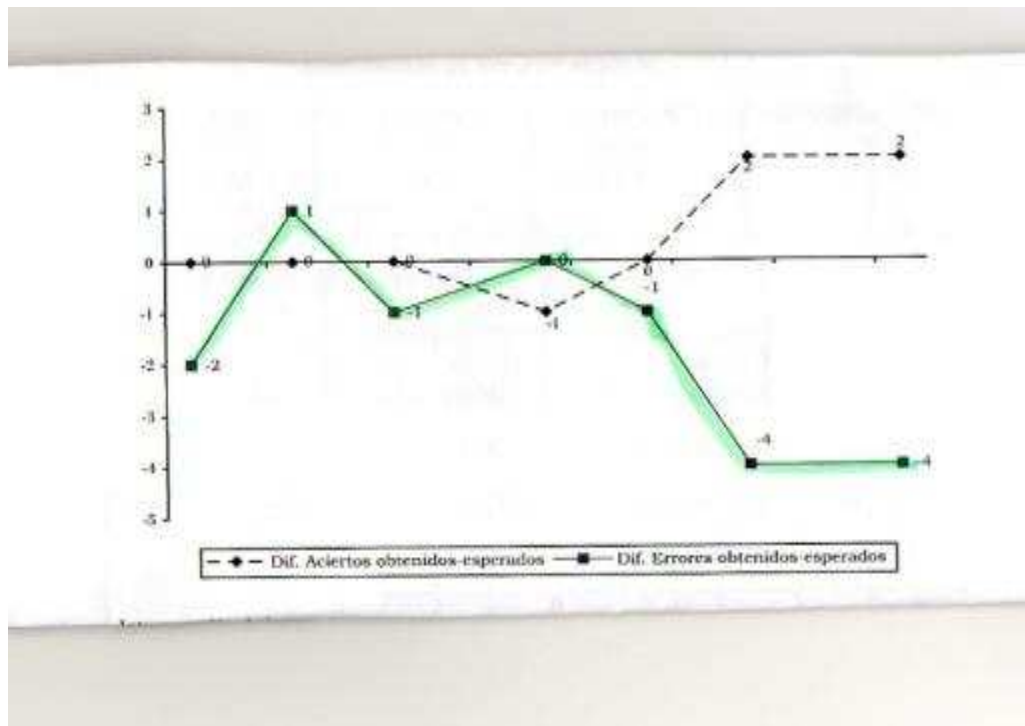
Una vez que se comenzó a preparar el protocolo para el tratamiento escogido, se decidió valorar los efectos secundarios sobre la **MEMORIA**, para ello, se evaluó esta capacidad cognitiva mediante el **Test de Retención visual de Benton**⁽⁴⁾: Usamos la forma C con la aplicación A (10 seg de observación y reproducción inmediata). Se valoran los errores y los aciertos.

CI estimado (medio 95 – 109). Errores esperados 5
Aciertos esperados 7

CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA PRE ADMINISTRACIÓN DE TEC Y SU SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN LA UHP

Línea Base (día previo a la primera sesión TEC): E_3 A_7

En la siguiente gráfica se observan las diferencias entre los aciertos esperados y obtenidos y entre los errores esperados y obtenidos:



En las 3 primeras sesiones los aciertos son los esperados y los errores oscilan en un promedio de entre +1 y -1; es en las 2 últimas sesiones de TEC y la aplicación de este test, observamos un aumento de los aciertos y disminución de los errores, posiblemente motivado por un "efecto del aprendizaje", efecto que no se daría en caso de alteraciones en la memoria, por lo que **no se objetiva un posible deterioro cognitivo mnésico consecuente al TEC.**

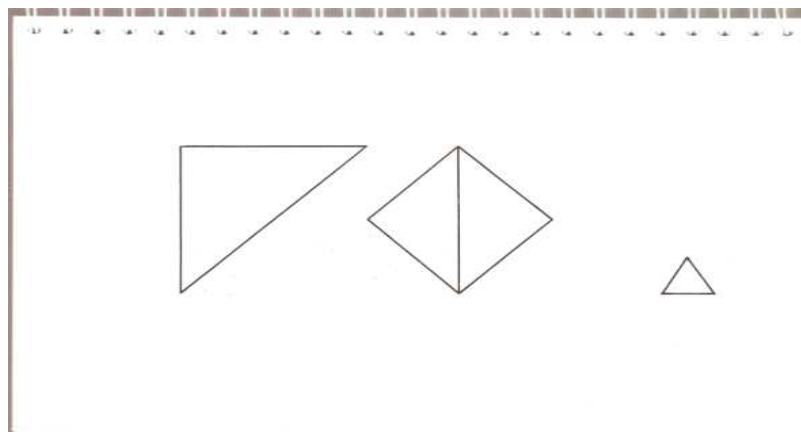
⊙ Interpretación Aciertos:

- ✓ **Aviso** de deterioro cognitivo < 2 puntos de la puntuación esperada
- ✓ **Sugerencia** de deterioro < 3 puntos de la puntuación esperada
- ✓ **Clara indicación** de deterioro ≤ 4 puntos de la esperada

⊙ Interpretación Errores:

- ✓ **Aviso** de deterioro cognitivo > 3 puntos de la puntuación esperada
- ✓ **Sugerencia** de deterioro > 4 puntos de la puntuación esperada
- ✓ **Clara indicación** de deterioro ≥ 5 puntos de la puntuación esperada

La lámina del test en que nuestro paciente muestra frecuencia de errores (prácticamente en cada aplicación del test) es en la que se muestra a continuación:



❖ **Al alta: Casi eutímico, sin componente deliroide, sin trastornos del apetito o del sueño, sin deterioro cognitivo. Permanecen rasgos de personalidad anancásticos.**

❖ **CONCLUSIONES:** Tras hacer una breve revisión sobre las aplicaciones del TEC y revisar los efectos adversos cuya aparición no es inusual, nos podríamos hallar ante la disyuntiva sobre la viabilidad o no de aplicar este tratamiento, sin embargo, el hecho de encontrarnos mínimos efectos secundarios reales y al objetivarse una importante mejoría en la sintomatología que motivó el ingreso de nuestro paciente, permaneciendo su personalidad de base, nos planteamos la necesidad de considerar la terapia electroconvulsiva como una alternativa viable a la hora de abordar determinados trastornos. Sería importante valorar los beneficios que esta técnica puede aportar a muchos pacientes frente a las barreras morales que critican su uso y poder considerarla como alternativa clínica, si se precisase, enmarcada dentro de un plan establecido de intervención psicoterapéutico y farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Carrascosa Godoy, A; Iniesta López, E; Lucas Pérez-Romero, M; Portela Vicente, M; Ruiz García, J. Protocolo de terapia Electroconvulsiva (TEC). Servicio de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Breve, CHUA – complejo hospitalario universitario de albacete. 2007
- 2- Millon, Th. (1999). MCMII-II. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. 2ª edición Revisada. Madrid: TEA.
- 3- Sanz J, Vázquez C. Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Anál Modif Conducta* 1993;19 (67):26-34.
- 4- Benton, A. L. (1986). *Test de retención visual de Benton*. 3ª Edición. Madrid: TEA.