

# GUÍA PARA CAMINOS DE DEPRESCRIPCIÓN

## Introducción

La red italiana que realizó esta guía está actualmente compuesta por aproximadamente 160 personas que juegan un rol activo en el campo de la salud mental en nuestro país. Incluye profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, técnicas de rehabilitación psiquiátrica, educadores profesionales, al igual que trabajadores sociales, farmacéuticos, doctores de otras especialidades, sociólogos) sobrevivientes, miembros de la familia, representantes de las asociaciones nacionales y locales, investigadores y otros.

La red italiana fue establecida en Milán en febrero del 2020, en medio de la participación de algunos de nosotros en un primer encuentro de la red internacional, en Gothenburg, lo cual dio lugar al Instituto Internacional de Retirada de Drogas Psiquiátricas (IIPDW, ver [www.iipdw.org](http://www.iipdw.org) para más información acerca de la red y sus iniciativas). Por otro lado, la red internacional ha promovido una reevaluación crítica de la evidencia de la relación entre los beneficios y riesgos de los tratamientos de drogas para la mayor parte de las clases de drogas psicotrópicas, especialmente en el uso a largo plazo. Por otro lado, la red ha valorado toda la información disponible en torno a los caminos de la deprescripción en psiquiatría, incluidas tanto la evidencia científica como la información recogida por los miembros de los grupos internacionales tales como Will Hall (El Icarus Project), Laura Delano (El Proyecto de Retirada) y Adele Framer ([www.survivingantidepressants.org](http://www.survivingantidepressants.org)), por nombrar unos cuantos. Este documento pues, nació así como resultado de un diálogo entre varios actores en el campo de la salud mental italiana. Aspira a abrir (sin desear que se considere exhaustivo) una fase de reevaluación de las prácticas del tratamiento ofrecido por los Departamentos de Salud Mental públicos. En la opinión de todos los miembros de la red italiana, estas prácticas han visto una prevalencia progresiva de opciones farmacéuticas por encima de las propuestas “no farmacológicas.” Esto se acerca hacia la centralidad constante de los tratamientos de droga que ha hecho la promoción de los prospectos concretos de “empoderamiento”(en términos de reducción de asimetrías de toma de decisiones entre profesionales y aquellos a quienes les incumbe directamente) mucho más difícil. Los caminos para discontinuar son una parte integral de las prácticas de “recuperación” (por ejemplo, la recuperación de una capacidad auténtica para tomar decisiones autónomas acerca de la existencia de uno mismo).

Creemos que los profesionales que se adhieren a los principios de cuidados de salud mental orientados a la recuperación deberían de ser muy conscientes y estar informados acerca de las indicaciones y herramientas operativas para promover los caminos de deprescripción, aunque con la precaución necesaria y la reducción gradual.

### Premisas generales:

1. El derecho constitucional de cada ciudadano italiano a decidir acerca de su salud y acerca de los tratamientos que le incumben (retirado por Ley 219/2017) –de una manera responsable e informada– ha de ser considerada.

2. Un elemento clave de la propuesta de Franco Basaglia fue, y aún permanece, la centralidad de le sujeto o le persone más que la centralidad de la enfermedad. Una persone o sujeto debería de ser considerade alguien que sostiene derechos, pero también una historia personal y familiar, así como un contexto. Por otro lado, la centralidad en la droga con frecuencia se apoya y se ve acompañada por una predominancia de la dimensión de la enfermedad, con el riesgo actual de pasar de sujeto a objeto (de la intervención médica especializada).
3. La globalidad de todas las experiencias de sufrimiento mental (suave y severo), con la necesidad de acompañar el camino de la discontinuación con intervenciones no farmacológicas que puedan proveer herramientas para manejar nuevas fases posibles de malestar psicológico y que permita explorar la historia biográfica del sujeto. Además de las intervenciones psicoterapéuticas (ambas individual y sistémica, incluyendo el Psicoanálisis Multifamiliar y las Prácticas dialógicas), las opciones no farmacológicas pueden comprender técnicas de medicina no convencional holística, si son propuestas por una persona (por ejemplo, yoga, meditación, qui gong, tai chi, reiki). La centralidad del tratamiento de drogas está en armonía con las teorías biológicas que están basadas en el principio de descentralización de la mayoría de las experiencias de sufrimiento mental.
4. Experiencias de reducción/retirada de les sujetos tratades con drogas psicotrópicas (Will Hall- Icarus Project; Laura Delano -El proyecto de retirada, y muchos otros, también el Italia) sugirieron que algunas de las estrategias deberían ser adoptadas para evitar los caminos de discontinuación/retirada que pueden ser más propensos al fallo. La importancia de una petición que viene de forma clara de la persona a quien incumbe (por ejemplo, aquélla que de hecho está tomando drogas) ha de ser enfatizada. Esta petición realmente se relaciona con un camino de “auto conocimiento,” que aspira a activar (casi de manera inversamente proporcional a la de reducir la droga) los recursos de cada une, seguido por un aumento en autoestima, sociabilidad, auto determinación, redescubrimiento del talento de cada cual, y el volver a asumir “la verdadera vida”.
5. Existencia probada de los efectos secundarios significantes y riesgos de salud elevados (cardiológico, metabólico, neurocognitivo, mortalidad precoz, etc) de las clases principales de drogas psicotrópicas, especialmente en caso de uso a largo plazo.
6. Costos económicos y sociales de las terapias de droga a largo plazo tanto como todas las discapacidades físicas y funcionales que puedan derivar de estas.
7. Aumento demostrado del uso de drogas psiquiátricas en grupos de edad pediátricos, grupos jóvenes, y en población mayor (con un pico durante la pandemia).
8. Falta de formación, y cursos para refrescar, acerca de estrategias óptimas de discontinuación, pero también de la efectividad probada de “toma de decisiones compartida” (por ejemplo, una completa toma de decisiones compartida después de discutir los pros y los contras de las opciones disponibles). Estos caminos han de ser provistos para todos los psiquiatras en los Departamentos de Salud Mental de la Seguridad Social italiana infantil y les residentes de los Colegios de Psiquiatría, Neuropsiquiatría infantil, y Pediatría, pero también para Profesionales en general

(donde la discontinuación ya se ha propuesto, especialmente en el caso de politerapia en personas mayores).

Premisas específicas para prescriptores:

1. Evidencia disponible acerca de los síndromes de discontinuación (ambos en forma aguda y prolongada) para antidepresivos, benzodiazepinas, y antipsicóticos (especialmente en caso de discontinuación abrupta, lo cual debería ser evitado y rechazado).
2. Adherencia a los modelos de reducción de acuerdo con la fórmula hiperbólica, la cual minimiza el riesgo de un síndrome de discontinuación).
3. Adherencia a las indicaciones de las guías internacionales que sugieren monoterapias como opciones favoritas (con el consecuente manejo de politerapia, en esta dirección).
4. Conocimiento de los pactos de cuidados, y más generalmente, de todos los modelos propuestos ya de “planificación de crisis avanzada”, lo cual son las bases para métodos concretos de involucrarse y también de tomar en cuenta todas las figuras clave a ser incluido en los caminos de deprescripción (con un respeto completo de consentimiento informado).
5. Conocimiento de las implicaciones del cuidado de la práctica diaria de la Ley 219/2017 (en caso de presencia de un administrador de apoyo personal; en términos de exclusión potencial de riesgos judiciales para prescriptores; como una base para negociar la transición de depot a terapias orales; etc.).
6. Preferencia para la prescripción de formulaciones en solución de líquido oral de los ingredientes activos con el fin de hacer el camino de la deprescripción más sencillo.
7. Deseo de ofrecer (como un servicio MH) o para reportar recursos locales específicos para acordar intervenciones no farmacológicas (por ejemplo, grupos de autoayuda, psicoterapeutas, o arteterapeutas, etc.) y, si es posible, para promover el involucrarse con pequeñas redes (incluides los profesionales y las personas clave), de acuerdo con los principios y las prácticas dialógicas.
8. Promoción de la participación de supervivientes como compañeros activos en la definición de un camino de deprescripción (y, en general, apoyo a la participación en autoayuda y grupos de apoyo mutuo).
9. Atención específica para los objetivos de cualquier camino terapéutico, dada la posible frecuente distancia entre los objetivos de los profesionales (principalmente prevención de recaídas) y aquellos de las personas clave (mejora de la calidad de vida y recuperación funcional).

### Propuestas operativas para individuos/familias que comienzan un proceso de discontinuación

1. Necesidad de una evaluación cuidadosa de las condiciones personales, relacionales y contextuales en las cuales comenzar un proceso de discontinuación. Entre ellas, las restricciones vinculadas a la posible pérdida de ayudas económicas, tales como la pensión por discapacidad, ha de ser considerado también.
2. El camino de la discontinuación ha de ser promovido y compartido con la persona relacionada con el tratamiento de drogas, desde el principio.
3. El involucrarse de manera activa por parte de todos los componentes de la familia y/o contexto de amigos es deseable, especialmente cuando los pactos de cuidados van a ser adoptados. Los pactos de cuidados proveen con la identificación de las posibles señales aviso del malestar psicológico tanto como de una definición de las estrategias de afrontamiento que son compartidas por adelantado para que sea respetado más fácilmente, así como adoptado cuando el malestar alcanza niveles críticos.
4. Debería de ser considerado preferente que todos los profesionales se involucren, especialmente cuando se elaboran los pactos de cuidados.
5. La presencia y participación activa de los supervivientes o las asociaciones representativas de usuarios locales también es deseable.
6. La propuesta inicial debería preferiblemente proveer de la definición de objetivos reducidos, con una evaluación compartida subsecuente acerca de la oportunidad de alcanzar una retirada completa en los tiempos y maneras acordados.

### Propuestas para los administradores locales y regionales y los cuerpos centrales que definen las líneas políticas en los sectores de Salud y de la Universidad (incluidas las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Usuarios y Familias nacionales)

1. Promoción de iniciativas para formar o refrescar a los psiquiatras, neuropsiquiatras infantiles, pediatras, y médicos de cabecera acerca de los métodos correctos para desprescribir y los síndromes de discontinuación.
2. Inclusión de al menos un curso de formación de la universidad dedicado a discontinuar en muchas especialidades médicas (incluida la psiquiatría, la neuropsiquiatría infantil, y la pediatría), tanto como la inclusión de un curso específico en uno de los principales Colegios de Psicoterapia (dada la tendencia de muchos psicoterapeutas de promover activamente la necesidad de tratamiento de drogas).
3. Activación (por las Sociedades Científicas concernientes) de iniciativas de investigación para la valoración de resultados a medio y largo plazo de los caminos de desprescripción, con un enfoque específico sobre las estrategias específicas adoptadas en todos los casos bajo examinación.
4. En paralelo con uno o más investigaciones cuantitativas, se debería ofrecer apoyo para la recolección y la promoción activa (también en contextos de formación para

prescriptores) de las narrativas individuales que pueden tener relevancia y expansión en los medios.

5. Promoción (por Asociaciones y Sociedades Científicas) de iniciativas para elevar la conciencia en el tema del derecho de consentimiento informado y participación activa en las decisiones de salud que afectan a todos los ciudadanos (a la luz de la Ley 219/17), así como todos los temas (tales como el síndrome de retirada) vinculados a las prácticas de desprescripción.

## Referencias

1. Law 219/17
2. R.E. Drake, P.E. Deegan, "Shared Decision Making is an Ethical Imperative Psychiatric Services", n. 60, 2009, pp. 1007.
3. Y. Khazaal, R. Manghi, M. Delahaye, A. Machado, L. Penzenstadler, & A. Molodynski "Psychiatric Advance Directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment *Frontiers in Public Health*", 2:37. doi: 10.3389/fpubh.2014.00037
4. M. Harrow, T.H. Jobe, R.N. Faulk "Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20year longitudinal study". *Psychological Medicine*, n. 42, 2012, pp. 2145–2155.
5. L. Wunderink, M. Roeline, D. Wiersma, S. Sytema S, F.J. Nienhuis "Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/ discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-years randomized clinical trial". *JAMA Psychiatry* 2013, doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19.
6. Jacobucci G. (2019) "NICE updates antidepressant guidelines to reflect severity and length of withdrawal symptoms" *BMJ* 2019; 367:l6103 doi: 10.1136/bmj.l6103.
7. Groot P.C & van Os J. (2018) "Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely" *Psychosis* 10, 2, 142–145 <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1469163>
8. Davies, J. & Read, J. (2019) A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviours* 97:111-121. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.08.027
9. International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal (IIPDW) (2020) <https://iipdw.org/stopping-antidepressants-info-sheet/>
10. Fava, G. A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). "Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 72–81. doi:10.1159/000370338
11. Horowitz, M.A. & Taylor, D. (2019) "Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms *Lancet Psychiatry*", 6 (6), 538.546
12. Horowitz, M.A., Murray, R.M. & Taylor, D. Tapering "Antipsychotic Treatment" (2020) *Jamapsychiatry*, doi10.1001/jamapsychiatry.2020.2166
13. A. Piazza, G. Tibaldi, A. Koci, A. Saponaro & Gruppo lavoro "Antipsychotic Drugs Audit" The use of antipsychotic drugs in Mental Health Centers. An evaluation shared between professionals, users and family members. Anno III, n. 5, 2018, pp. 28-31
14. Icarus Project. "Guide to the reduction of psychiatric drugs" (Italian version) 2012. <http://www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide-Italian.pdf>
15. S. R. Marder & M. F. Zito "Will I need to take these medications for the rest of my life?" *World Psychiatry*, n.17, 2018, pp. 165-166.
16. Tibaldi G. (2016). "Is the game worth the candle? Reconsidering the use of antipsychotics in light of the evidence on the outcomes resulting from their long-term use". *Experimental Journal of Freniatria*. 115, 43-63.

17. Tibaldi G. (2018). "The new citizenship rights. The Advance Treatment Provisions Act and its possible shared applications in mental health". Sestante 6, 3-9.
18. <https://withdrawal.theinnercompass.org/page/about-withdrawal-project>
19. <https://www.lauradelano.com/about>
20. <https://beyondmeds.com/withdrawal-101/>
21. <https://www.survivingantidepressants.org/>