



# MANUAL PER AL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

El projecte està finançat amb una subvenció del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) mitjançant el Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS) 2016-2020 (SLT002/16/00106) i ha rebut l'acreditació com a projecte innovador per part d'Innòbics (Iniciativa d'Innovació Oberta de l'Institut Català de la Salut).




**innobics**  
innovacióoberta

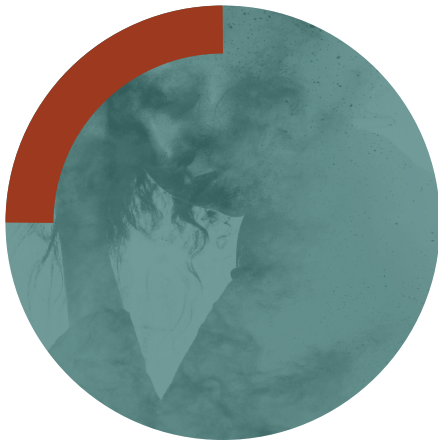


# MANUAL PER AL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

## PROJECTE DE RECERCA

Desenvolupament i avaluació d'una estratègia activa per a la implementació del **PROGRAMA INDI** per a la millora de la depressió en atenció primària





# MANUAL PER AL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

## **PROJECTE DE RECERCA**

Desenvolupament i avaluació d'una estratègia activa per a la implementació del **PROGRAMA INDI** per a la millora de la depressió en atenció primària



© 2018, IDIAP Jordi Gol

© D'aquesta edició: Congresos y ediciones SemFYC

Tots els drets reservats. Cap part d'aquesta publicació no pot ser reproduïda, emmagatzemada en sistema de recuperació d'informació ni transmesa de cap forma o per cap mitjà, bé sigui electrònic, mecànic, en fotocòpia, per registre o qualsevol altre tipus, sense permís previ per part del propietari del *copyright*.

Coordinació i direcció editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.<sup>a</sup> planta, of. 13  
08002 Barcelona  
ediciones@semfyc.es

Disseny: Glòria Garcia Falcó

ISBN: 978-84-15037-71-2  
Depòsit legal: B-4704-2018

# Índex

<b>Autors</b>	5
<b>Capítol 1.</b> Aspectes organitzatius del programa INDI	7
<b>Capítol 2.</b> Detecció, diagnòstic i avaluació inicial de la depressió	11
Cribratge	11
Diagnòstic	12
Depressió secundària a medicacions o malalties orgàniques	15
Exploracions complementàries	15
Comorbiditat psiquiàtrica	15
<b>Capítol 3.</b> El PHQ-9 en el diagnòstic i maneig de la depressió	19
Utilitat del PHQ-9 en el maneig terapèutic en la fase aguda	20
Utilitat del PHQ-9 en el monitoratge de la remissió i fase de continuació	20
Utilitat del PHQ-9 en el monitoratge de la fase de manteniment	21
<b>Capítol 4.</b> Risc de suïcidi	25
Actuacions	27
<b>Capítol 5.</b> Guia de tractament de la depressió en atenció primària	29
Tractament de la depressió: algoritme general	29
Algoritme de tractament farmacològic de la depressió	30
El pla terapèutic	31
Tractament terapèutic de la depressió lleu en atenció primària	31
Tractament de la depressió moderada-severa en atenció primària	34
Prolongació del tractament després de la fase aguda	42
En finalitzar el tractament o reduir la dosi d'antidepressius...	44
Depressió crònica	45
	3

<b>Capítol 6.</b> Coordinació amb salut mental	47
Procediment per a la derivació	48
<b>Capítol 7.</b> El paper de la infermeria - <i>care manager</i>	49
Valoració i pla de cures d'infermeria	49
Avaluació i suport a l'adherència al pla terapèutic	50
Avaluar la tolerabilitat i la resposta al tractament	54
Educació terapèutica - activació del pacient	55
Què pot esperar el metge de la infermera?	59
Què NO ha d'esperar el metge de la infermera <i>care manager</i> ?	59
<b>Capítol 8.</b> La guia informatitzada de la depressió	61
Ajuda al diagnòstic i avaluació inicial	61
Maneig terapèutic	62
Mòdul de suport per al seguiment	63
<b>Capítol 9.</b> Educació terapèutica del pacient deprimit	65
Guia de bona pràctica clínica: psicoeducació en pacients amb depressió	65
Mòdul 1. Què és la depressió?	66
Mòdul 2. El tractament de la depressió	66
Mòdul 3. Autocura	67
Mòdul 4. La família i gent propera	68
<b>Annex I.</b> Mòdul de depressió major de l'entrevista MINI ( <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> )	69
<b>Annex II.</b> Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió	71

# Autors

## Editor i coordinador

**Enric Aragonès**, metge de família. CAP de Constantí. Atenció Primària Camp de Tarragona, ICS. Investigador principal del projecte INDI.

## Equip

**Germán López-Cortacans**, infermer d'atenció primària. CAP de Salou. Atenció Primària Camp de Tarragona, ICS.

**Pilar Casaus**, psiquiatra, Centre de Salut Mental d'Adults de Valls, Institut Pere Mata.

**Antònia Caballero**, metgessa de família, CAP Horts de Miró, Reus, Atenció Primària Camp de Tarragona, ICS.

**Catarina Tomé Pires**, psicòloga, Departament de Psicologia, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

**Diego Palao**, psiquiatre, Director executiu del Servei de Salut Mental, Hospital Parc Taulí, Sabadell.

**José Antonio Monreal**, psiquiatre, Cap de Salut Mental Comunitària d'Adults, Hospital Parc Taulí, Sabadell.

**Narcís Cadoner**, psiquiatre, Coordinador OSAMCAT, Hospital Parc Taulí. CIBERSAM

**Myriam Cavero**, psiquiatra, Programa de suport a l'Atenció Primària, Hospital Clínic, Barcelona.

**Víctor Pérez Sola**, psiquiatre, Director de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Director del Grup d'Investigació en Salut Mental de l'IMIM. Hospital del Mar. CIBERSAM

**Miquel Cirera**, metge de família, Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Maite Loren**, metgessa de família, Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Eva Bellerino**, metgessa de família, Servei d'Atenció Primària Vallès Occidental, ICS

**Laura Palacios**, Atenció Primària Camp de Tarragona, ICS.

**Daniel Porta**, psicòleg, I3PT.

ICS: Institut Català de la Salut; CIBERSAM: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; I3PT: Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí



# 1

## Aspectes organitzatius del programa INDI

La depressió major és el problema de salut mental que més càrrega de morbiditat representa per a la societat. El maneig clínic de la majoria de pacients amb depressió radica en l'atenció primària. Tanmateix, hi ha mancances significatives en el seu maneig: en el diagnòstic, en l'adequació dels tractaments, en l'adherència terapèutica, en el seguiment clínic, etc., i sovint els resultats clínics que s'obtenen no són satisfactoris. Davant d'aquesta situació s'han desenvolupat uns models assistencials basats en el model d'atenció a la cronicitat, que integren i organitzen diversos components de caràcter clínic, organitzatiu, formatiu, etc., amb la finalitat de millorar el procés d'atenció a la depressió i els resultats clínics.

L'eficàcia clínica d'aquests models anomenats a la literatura científica amb el terme *collaborative care* està ben establerta i es considera que els beneficis en la qualitat de l'atenció, en els resultats clínics i en la salut de la població poden ser rellevants i que en justifiquen la generalització en els sistemes sanitaris.

INDI és un model multicomponent d'aquestes característiques que ha estat avaluat amb un assaig clínic que s'ha dut a terme en centres d'atenció primària a Catalunya i ha demostrat la seva eficàcia en termes clínics i de cost-efectivitat.

L'objectiu del projecte actual és desenvolupar una **estratègia activa per a la implementació** d'aquest model assistencial per transferir el coneixement científic a la pràctica assistencial. Alguns dels elements essencials dels models de *collaborative care*, i de l'INDI en particular, són els següents:

- Incorpora un nou rol professional, el **care manager**, tasca que és assumida per les infermeres d'atenció primària. La infermera col·labora



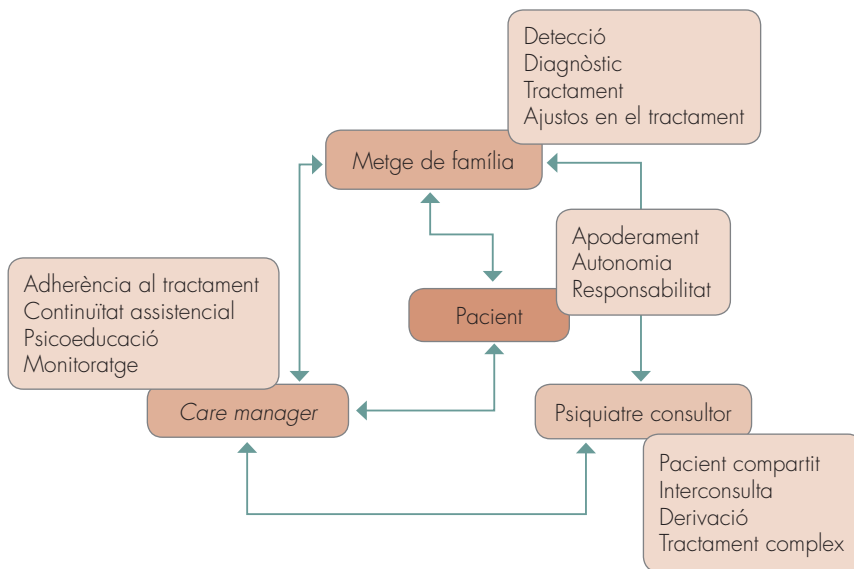
i dóna suport al metge responsable en l'execució del pla terapèutic, i dóna suport al pacient en temes com el seguiment clínic, la psicoeducació, l'adherència al tractament i la continuïtat assistencial.

- Un aspecte fonamental en el maneig de la depressió segons el programa INDI és el **monitoratge sistemàtic** de l'evolució clínica.
- Llavors, el **tractament de la depressió s'ajusta** sistemàticament en funció de la resposta al tractament obtinguda i de la situació clínica del pacient en cada moment.
- Promou un maneig clínic d'acord amb l'**evidència científica** sistematitzada a les guies de pràctica clínica.
- Inclou un **programa psicoeducatiu** amb la finalitat d'apoderar el pacient perquè aquest es pugui manejar amb autonomia amb la seva depressió i dificultats associades –naturalment fins on sigui possible o raonable–.
- Es millora la interfase atenció primària – psiquiatria.

La implementació d'aquests rols implica necessàriament canvis organitzatius en l'equip d'atenció primària i en la relació atenció primària i psiquiatria. Són particularment rellevants els canvis en els circuits assistencials en el si de l'equip de primària, amb noves competències per a infermeria i atenció compartida que requereix un alt grau de coordinació.

A la **Figura 1** veiem de manera gràfica els actors, les atribucions i els rols, i les interrelacions en aquest procés clínic.

- El **metge de família** és el responsable central del maneig del pacient deprimat: detecció, diagnòstic, instauració del tractament i –de manera molt important– ajustaments en el tractament segons la situació clínica del pacient.
- El **care manager** –infermeres d'atenció primària– té un paper fonamental en el monitoratge i seguiment del pacient, en la psicoeducació i a promoure l'adherència al tractament i la continuïtat assistencial.
- En la **relació atenció primària – psiquiatria** es desenvolupen conceptes com l'atenció compartida i es reserven per al nivell psiquiàtric els pacients de més complexitat.
- I finalment, es considera el **pacient –i la seva família–** part activa de l'equip terapèutic i se'n potencia l'autonomia i la capacitat d'automaneig.

**Figura 1.** Canvis dels circuits assistencials



# 2

## Detecció, diagnòstic i avaluació inicial de la depressió

Aproximadament un de cada set pacients visitats consecutivament en atenció primària compleixen els criteris per ser diagnosticats de depressió major. En particular les dones tenen un major risc de depressió. En atenció primària, més de la meitat dels pacients amb depressió manifesten exclusivament símptomes de tipus somàtic (fatiga, mal de cap, mal d'esquena, insomni...), mentre que els símptomes depressius més característics de caràcter psicològic (alteracions de l'estat d'ànim o pèrdua d'interès per les coses) sovint no són explícits. Els pacients amb determinades comorbiditats mèdiques tenen més risc de desenvolupar depressió major: diabetis, malaltia cardiovascular, demència, dolor crònic, càncer...

Tot el procés que inclou la detecció, el diagnòstic i l'avaluació inicial, encara que es pot fer en una única visita, per les característiques de l'atenció primària és possible que tingui lloc al llarg de diverses visites, especialment en pacients amb història complexa, en pacients que manifesten solament símptomes físics o en pacients reticents a acceptar el diagnòstic de depressió. Una de les característiques de l'atenció primària és l'accessibilitat que permet una observació freqüent del pacient.

### Cribatge

Tot i que és un tema controvertit, en general no es recomana el cribatge de la depressió de manera general en tots els pacients, però sí que pot ser una estratègia eficient i tenir una indicació més clara en algunes situacions:

- Història de depressió prèvia.
- Múltiples símptomes físics no explicables mèdicament.

- Pèrdues significatives o esdeveniments vitals estressants recents.
- Pacients molt freqüentadors.
- Dolor crònic.
- Malalties orgàniques cròniques, especialment si són incapacitants.
- Altres malalties mentals (p. ex., trastorns d'ansietat, demència).
- Trastorns del son, fatiga, canvis en la gana o en el pes.
- I, òbviament, quan el pacient manifesti obertament símptomes de caràcter psicològic.

---

El cribatge de la depressió en atenció primària solament està indicat en grups d'alt risc.

---

Hi ha diversos tests de cribatge validats; entre ells, una estratègia senzilla i vàlida és formular les dues preguntes següents:

*Durant el darrer mes...*

- *S'ha sentit sovint amb poc interès per fer coses o s'ha vist incapaç de gaudir fent coses?*
- *S'ha sentit sovint desanimat, deprimít o sense esperança?*

Si el pacient contesta afirmativament a una d'aquestes dues qüestions o a ambdues, es considera un cribatge positiu i això indica la necessitat d'investigar una possible depressió.

## Diagnòstic

L'eina per diagnosticar la depressió és l'entrevista i l'observació clínica dels símptomes, de l'impacte funcional, del context en què apareixen, de la interpretació i la vivència del mateix pacient. El procés diagnòstic no ha de consistir en un simple recompte de símptomes o en l'aplicació d'una escala o un qüestionari estàndard.

Es recomana l'entrevista semiestructurada amb preguntes obertes, centrada en el pacient, que faciliti el discurs i l'expressió lliure d'emocions

i preocupacions. S'han d'evitar les interrupcions, cal aprofitar els silencis per donar temps per elaborar un diagnòstic i s'ha de mantenir una baixa reactivitat sense respondre a aquest silenci amb preguntes immediates. L'escolta activa i l'atenció al llenguatge no verbal també constitueixen parts importants de l'entrevista.

Per a un diagnòstic acurat i fiable cal, però, determinar si es compleixen els criteris diagnòstics estandarditzats. Cal recordar, però, que els criteris diagnòstics són un suport i un complement d'una entrevista clínica més exhaustiva.

El DSM-V utilitza una llista de nou símptomes depressius (**Taula 1**). Requereix, també, una durada de l'episodi de, com a mínim, dues setmanes, i classifica el quadre depressiu major en lleu, moderat o greu, amb codis específics per a la remissió parcial/total o no especificada. El diagnòstic s'estableix amb la presència d'un mínim de cinc dels símptomes, un dels quals ha de ser un estat d'ànim depressiu o la pèrdua d'interès o de capacitat per al plaer.

Una eina que pot ajudar el clínic a comprovar si un pacient compleix els criteris de depressió major és el mòdul de depressió major de l'entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview (vegeu als Annexos), que està inclòs a la guia clínica electrònica de la depressió integrada a l'ECAP. La MINI-interview és un instrument diagnòstic que requereix que el clínic que la utilitzi hagi adquirit uns coneixements bàsics en psicopatologia.

## Avaluació del pacient

No n'hi ha prou amb comprovar que un pacient compleix determinats criteris per formular el diagnòstic de depressió major. Sempre cal una acurada avaluació del pacient que ens orientarà de manera més precisa en el pronòstic i en el disseny del pla de tractament. Cal investigar i considerar factors importants del mateix quadre clínic, del pacient i del context en l'avaluació inicial del pacient deprimat:

- **Gravetat** simptomàtica de l'episodi depressiu. Més endavant veurem com utilitzar l'escala PHQ-9 per valorar i quantificar aquest paràmetre.
- Antecedents d'**episodis depressius previs**, que ens permetran qualificar l'episodi depressiu com a episodi únic o com a trastorn depressiu recurrent.

**Taula 1.** Criteris diagnòstics de depressió major segons DSM-V

- A. Cinc (o més) dels símptomes següents han estat presents durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi de funcionament previ; almenys un dels símptomes és (1) estat d'ànim depressiu o (2) pèrdua d'interès o de la capacitat de gaudir.
- (1) Estat d'ànim deprimit la major part del dia, gairebé tots els dies, segons que es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones.
- (2) Disminució important de l'interès o el plaer per totes o quasi totes les activitats la major part del dia, gairebé tots els dies (com es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació).
- (3) Pèrdua important de pes sense fer dieta o augment de pes, o disminució de la gana gairebé tots els dies.
- (4) Insomni o hipersòmnia gairebé tots els dies.
- (5) Agitació o retard psicomotor gairebé tots els dies.
- (6) Fatiga o pèrdua d'energia gairebé tots els dies.
- (7) Sentiment d'inutilitat o culpabilitat excessiva o inadequada (que pot ser delirant) gairebé tots els dies (no només sentiments de culpa per estar malalt).
- (8) Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, gairebé tots els dies (a partir de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones).
- (9) Pensaments de mort recurrents (no sols por de morir), idees suïcides recurrents sense un pla determinat, intent de suïcidi o un pla específic per dur-ho a terme.
- B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- C. L'episodi no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o d'una altra afecció mèdica.
- D. L'episodi de depressió major no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
- E. Mai no hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.

Modificat de: *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. SNS.*

- **Temps d'evolució** de l'episodi depressiu actual.
- **Impacte funcional.** Es pot mesurar i enregistrar amb l'escala EAAG (Escala d'Avaluació de l'Activitat Global), inclosa a l'ECAP.
- Presència d'ideació suïcida i **risc de suïcidi.**
- **Altres problemes de salut concurrents**, mentals o físics.
- Antecedents de tractaments psiquiàtrics previs.
- Antecedents familiars de depressió o altres trastorns mentals (trastorn bipolar).

- Esdeveniments vitals estressants.
- Suport social.
- Abús de substàncies.
- Possible trastorn bipolar.
- Medicació actual.

## Depressió secundària a medicacions o malalties orgàniques

Els símptomes depressius poden estar originats per efectes adversos d'una àmplia varietat de medicacions, algunes d'elles d'ús habitual en atenció primària (**Taula 2**), o per mecanismes fisiopatològics directes d'algunes malalties físiques (**Taula 3**). Cal tenir-ho en compte i considerar aquesta possibilitat etiològica, perquè, en aquest cas, el més adequat és abordar el factor causal (p. ex., retirar la medicació o substància implicada o tractar el problema orgànic causal).

## Exploracions complementàries

No hi ha proves de laboratori o imatge diagnòstiques de depressió. L'eventual indicació d'aquestes proves és descartar altres malalties orgàniques i valorar la possible repercussió dels tractaments farmacològics.

Es recomana sol·licitar una anàlisi que inclogui hemograma, glucèmia, ions, funció renal i hepàtica, TSH i sediment d'orina. Podem afegir-hi serologia de lues i del virus de la immunodeficiència humana (VIH), així com detecció d'àcid fòlic i vitamina B12 si hem de fer el diagnòstic diferencial amb demència. En casos concrets demanarem proves d'imatge si sospitem malaltia orgànica cerebral (p. ex., un procés expansiu intracerebral o un accident cerebrovascular). Sol·licitarem un electrocardiograma si hem d'utilitzar fàrmacs amb possible repercussió cardíaca (p. ex., antidepressius tricíclics o venlafaxina).

## Comorbiditat psiquiàtrica

Conèixer la comorbiditat psiquiàtrica és important perquè és un factor que pot influir en la resposta al tractament antidepressiu i en el pronòstic de la depressió.

La distímia és un trastorn depressiu que es caracteritza per una menor severitat simptomàtica que la depressió major però amb un curs clínic crònic (els símptomes han de persistir la major part dels temps durant al-



**Taula 2.** Fàrmacs que cal considerar com a possible causa de depressió iatrogènica

Fàrmacs cardiovasculars	Reserpina. Metildopa. Clonidina. Hidralacina. Propranolol. Guanetidina. Pindolol. IECA. Calciantagonistes. Hipocolesterolemians. Tiazida. Procaïnàmid. Prazosina. Lidocaïna. Acetazolamida.
Alcohol	
Antiparkinsonians	Levodopa. Carbidopa. Amantadina.
Hormones	Estrògens. Progesterona. Corticoides. Hormona adrenocorticotropa. Anabolitzants.
Antineoplàsics	Vincristina. Vinblastina. Azatioprina. L-asparginasa. Bleomicina. C-asparginasa. Mitomicina. Ciclosporina. Aureomicina.
Antiinfecciosos	Estreptomina. Cicloserina. Griseofulvina. Tetraciclins. Ampicil·lins. Sulfamides. Metronidazole. Cloroquina. Ciprofloxacina. Amfotericina B. Cicloserina. Dapsona.
Antiulcerosos	Cimetidina. Ranitidina.
Analgèsics	Opiacis. Antiinflamatoris no esteroïdes. Benciclamina. Fenilbutazona. Pentazocina. Fenacetina. Indometacina.
Anorèctic	Fenfluramina.
Ansiolítics i sedants	Benzodiazepines. Clomentiazol. Meprobamat. Barbitúrics. Butirofenona. Fenotiazines.
Antihistamínics	Ciproheptadina.
Antiepilèptics	Fenobarbital. Fenitoïna.
Antiasmàtics	Teofil·lina.
Deshabitadors	Disulfiram.
Antiemètics	Metoclopramida.
Neurolèptics	Haloperidol. Clorpromazina. Levomepromacina. Loxapina.
Immunològics	Interferó.
Estimulants	Amfetamines. Metilfenidat. Simpaticomimètics.

**Taula 3.** Malalties físiques que cal tenir en compte per valorar possible depressió secundària

<b>Malalties endocrines i metabòliques</b>	Hipotiroidisme i hipertiroidisme. Hipoparatiroidisme i hiperparatiroidisme. Malaltia de Cushing. Malaltia d'Addison. Diabetis. Hipogonadisme. Hiperprolactinèmia. Deficiència d'àcid fòlic. Hipervitaminosi A. Dèficit de vitamina B1. Dèficit de vitamina B12. Dèficit de niacina. Hipocalièmia i hipercalièmia. Hipocalcèmia. Porfíria. Gota.
<b>Malalties neurològiques</b>	Malaltia de Parkinson. Malaltia d'Alzheimer. Accident cerebrovascular. Epilèpsia. Demències subcorticals. Esclerosi múltiple. Epilèpsia temporal. Traumatismes cranioencefàlics. Corea de Huntington. Malaltia de Wilson. Tumors cerebrals. Encefalitis. Lesions medul·lars. Atròfies cerebrals.
<b>Malalties cardiovasculars</b>	Infart de miocardi. Cardiopaties. Anèmies. Hipertensió arterial.
<b>Malalties respiratòries</b>	Apnea del son. Pneumonitis. Malaltia pulmonar obstructiva crònica.
<b>Malalties hepàtiques i digestives</b>	Cirrosi hepàtica. Hepatitis. Malaltia inflamatòria intestinal.
<b>Malalties renals</b>	Insuficiència renal.
<b>Malalties infeccioses</b>	Sida. Sífilis. Brucel·losi. Tuberculosi. Febre tifoïdal. Grip. Mononucleosi. Virusi sistèmica. Encefalitis.
<b>Altres</b>	Artritis reumatoide. Lupus eritematós sistèmic. Arteritis temporal. Fibromiàlgia. Fractura de maluc. Adenocarcinoma de pàncrees. Adenocarcinoma d'estómac. Limfomes. Càncer de colon. Càncer de mama. Càncer d'úter. Psoriasi. Acne. Trasplantament d'òrgans.

menys dos anys). Sovint poden sobreposar-se episodis de depressió major a un trastorn distímic subjacent i llavors es parla de doble depressió.

Aproximadament el 40 % dels pacients amb depressió major poden tenir trastorns d'ansietat comòrbids (trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn de pànic) i això pot influir en les estratègies terapèutiques. En els trastorns d'ansietat estan indicats els antidepressius ISRS, però, típicament, els pacients amb ansietat necessiten una instauració del tractament antidepressiu més lenta i progressiva o l'addició d'un tractament ansiolític.



# 3

## El PHQ-9 en el diagnòstic i maneig de la depressió

El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) és un qüestionari senzill que interroga sobre la presència de símptomes depressius. Consta de nou ítems, que es corresponen amb els criteris diagnòstics del DSM-V per a la depressió major. Cada ítem es puntua segons la freqüència amb què el símptoma ha estat present en les darreres dues setmanes, des de mai (0 punts) fins a sempre o gairebé sempre (3 punts). En emplenar el qüestionari, és important que els pacients se centrin en la seva situació clínica de les darreres dues setmanes i no en períodes de temps més llargs.

Un ítem addicional indaga sobre l'impacte funcional que ocasionen els símptomes presents, que també és un criteri requerit pel DSM-IV.

El PHQ-9 és un instrument autoadministrat, però també pot ser administrat pel professional llegint al pacient les preguntes i les opcions de resposta. En aquest cas l'entrevistador ha de llegir els enunciats i les opcions de resposta de manera literal i ser el més neutral possible si el pacient necessita ajuda o aclariments per evitar condicionar o esbiaixar les respostes.

El PHQ-9 està validat com a instrument de cribratge de la depressió i també pot ser un ajut per determinar si un pacient que mitjançant l'entrevista clínica hem considerat que té un quadre de depressió clínica compleix els criteris del DSM-V per a episodi depressiu major.

---

El PHQ-9 és especialment útil perquè la seva puntuació mesura el grau de severitat de l'episodi depressiu i ens permet estratificar-lo com a depressió major de caràcter lleu, moderat o greu.

---

Aquesta estratificació, com veurem més endavant, és molt important a l'hora d'establir el pla terapèutic inicial més adequat al pacient i a la situació clínica (**Taula 4**).

A més, es recomana passar el PHQ-9 periòdicament (p. ex., cada 4-6 setmanes) per monitorar l'evolució de l'episodi depressiu (**Figura 2**) i, especialment, per valorar de manera quantitativa la resposta al tractament. Això és molt important per introduir els ajustos o canvis pertinents quan la resposta obtinguda no és l'adequada.

## Utilitat del PHQ-9 en el maneig terapèutic en la fase aguda

L'objectiu del tractament de fase aguda és la remissió. Una puntuació de <5 punts en el PHQ-9 indica remissió. A més, cal constatar que es retorna a l'estat funcional previ a l'episodi depressiu.

Durant el tractament de fase aguda, a intervals de 4 setmanes, es considera una «resposta clínicament significativa» quan hi ha un decrement de 5 o més punts en el PHQ-9 i indica que el pla terapèutic actual és adequat (**Taula 5**).

Un decrement de cap punt o d'un punt (o un empitjorament) es considera «no resposta» i indica la conveniència de canviar el tractament.

Quan, després d'un temps raonable, observem una millora parcial però insuficient, ens podem plantejar diverses estratègies que analitzarem posteriorment (**Taula 6**):

- Ajustar la dosi de l'antidepressiu.
- Canviar d'antidepressiu.
- Combinar antidepressius.
- Potenciar l'antidepressiu amb altres fàrmacs, per exemple amb antipsi-còtics atípics.
- Consultar amb el psiquiatre.

## Utilitat del PHQ-9 en el monitoratge de la remissió i fase de continuació

Un cop assolida la remissió dels símptomes depressius i la recuperació en el funcionament personal, familiar i social, s'inicia la fase de conti-

**Taula 4.** Utilitat del PHQ-9 per determinar l'aproximació terapèutica inicial

Síntomes i impacte funcional: PHQ-9	Puntuació PHQ-9	Diagnòstic	Tractament
1-4 símptomes, impacte funcional	<10	Síntomes depressius mínims o lleus	Consell, suport, recomanar tornar si empitjora
2-4 símptomes, impacte funcional	10-14	Depressió menor	Suport, observació, si impacte funcional sever o no millora en ≥ 1 mes, considerar antidepressius (o psicoteràpia)
		Distímia (síntomes presents ≥ 2 anys)	Antidepressius (o psicoteràpia)
≥ 5 símptomes, 1r o 2n + impacte funcional	10-14	<b>Depressió major, lleu</b>	Suport, observació Si persisteix després de un mes, considerar antidepressius (o psicoteràpia)
≥ 5 símptomes, 1r o 2n + impacte funcional	15-19	<b>Depressió major, moderada a severa</b>	Antidepressius (o psicoteràpia)
≥ 5 símptomes, 1r o 2n + impacte funcional	≥ 20	<b>Depressió major, severa</b>	Antidepressius (sols o en combinació amb psicoteràpia), especialment si no ha millorat amb monoteràpia

nuació, que té per objectiu consolidar la remissió i prevenir les recaigudes. El tractament de continuació està indicat per a tots els pacients i ha de durar almenys 6 mesos. En aquesta fase el PHQ-9 s'administra periòdicament per assegurar que el pacient es manté en remissió. Vegeu també el **capítol 5**.

### Utilitat del PHQ-9 en el monitoratge de la fase de manteniment

Després de 6 mesos en què s'haurà mantingut el tractament finalitza la fase de continuació i podem plantejar-nos suspendre el tractament an-

**Figura 2.** Qüestionari del pacient PHQ-9

NOM DEL PACIENT \_\_\_\_\_

Durant les dues últimes setmanes, ¿amb quina freqüència l'han molestat cadascun dels següents problemes?

Dues preguntes bàsiques per al cribatge de la depressió

	Mai	Uns quants dies	Més de la meitat dels dies	Tots o quasi tots els dies
1. Tenir poc interès o gaudir poc fent coses	0	1	2	3
2. Sentir-se desanimat/ada, deprimít/ida, o sense esperança	0	1	2	3
3. Tenir problemes per dormir (agafar la son o mantenir-la), o tenir més son del compte	0	1	2	3
4. Sentir-se cansat/ada o amb poca energia	0	1	2	3
5. Tenir poca gana, o menjar massa	0	1	2	3
6. Sentir-se malament amb un mateix/a o sentir-se fracassat/ada o decebut/uda d'un mateix/a o pensar que ha decebut els que l'envolten	0	1	2	3
7. Tenir problemes per concentrar-se, per exemple, per llegir el diari o veure la televisió	0	1	2	3
8. Moure's o parlar tant lentament que els altres ho han notat. O bé, al contrari, estar tan inquiet/a i intranquil/il·la que s'ha estat movent amunt i avall més del que és habitual	0	1	2	3
9. En les últimes dues setmanes, tenir pensaments sobre que estaria millor si es morís o sobre fer-se mal d'alguna manera a vostè mateix/a	0	1	2	3
Sumi les columnes				
10. TOTAL:			_____ punts	
10'. TOTAL SÍMPTOMES:			_____ símptomes	

Si vostè s'ha identificat amb qualsevol problema en aquest qüestionari, ¿quant han interferit (o com de difícil se li ha fet complir) amb la seva feina, els estudis, amb les activitats domèstiques, o amb la relació amb altres persones?	Gens	0
	Una mica	1
	Molt	2
	Extremadament	3

Per al diagnòstic de depressió major: comptar el total de símptomes a les zones ombrejades: calen 5 símptomes o més i almenys un d'ells quals ha de ser l'1 o el 2

**Figura 2.** Qüestionari del pacient PHQ-9

NOM DEL PACIENT \_\_\_\_\_

Durant les dues últimes setmanes, ¿amb quina freqüència l'han molestat cadascun dels següents problemes?

	Mai	Uns quants dies	Més de la meitat dels dies	Tots o quasi tots els dies
1. Tenir poc interès o gaudir poc fent coses	0	1	2	3
2. Sentir-se desanimat/ada, deprimít/ida, o sense esperança	0	1	2	3
3. Tenir problemes per dormir (agafar la son o mantenir-la), o tenir més son del compte	0	1	2	3
4. Sentir-se cansat/ada o amb poca energia	0	1	2	3
5. Tenir poca gana, o menjar massa	0	1	2	3
6. Sentir-se malament amb un mateix/a o sentir-se fracassat/ada o decebut/uda d'un mateix/a o pensar que ha decebut els que l'envolten	0	1	2	3
7. Tenir problemes per concentrar-se, per exemple, per llegir el diari o veure la televisió	0	1	2	3
8. Moure's o parlar tant lentament que els altres ho han notat. O bé, al contrari, estar tan inquiet/a i intranquil/il·la que s'ha estat movent amunt i avall més del que és habitual	0	1	2	3
9. En les últimes dues setmanes, tenir pensaments sobre que estaria millor si es morís o sobre fer-se mal d'alguna manera a vostè mateix/a	0	1	2	3
Sumi les columnes				
10. TOTAL:		_____ punts		
10'. TOTAL SÍMPTOMES:		_____ símptomes		

Si vostè s'ha identificat amb qualsevol problema en aquest qüestionari, ¿quant han interferit (o com de difícil se li ha fet complir) amb la seva feina, els estudis, amb les activitats domèstiques, o amb la relació amb altres persones?	Gens	0
	Una mica	1
	Molt	2
	Extremadament	3

**Gravetat:** obtenir la gravetat de l'episodi depressiu sumant el total de puntuacions de cada ítem



**Taula 5.** Avaluació de la resposta inicial després de 4-6 setmanes en tractament

PHQ-9	Resposta	Pla d'actuació
Disminució $\geq 5$ punts respecte a la situació basal	Adequada	Sense canvis, revisar en quatre setmanes
Disminució de 2-4 punts respecte a la puntuació basal	Possiblement inadequada	Considerar augment de la dosi de l'antidepressiu
Disminució de 0-1 punts, o augment, respecte a la puntuació basal	Inadequada	Incrementar dosi, potenciació, canvi, interconsulta psiquiàtria, psicoteràpia

## NOTES:

- L'objectiu de la **fase aguda** de tractament és la **remissió**: desaparició gairebé total dels símptomes depressius i recuperació funcional. Ho considerarem així si el PHQ-9 arriba a una puntuació  $< 5$  punts.
- Els pacients que assolixen la remissió entren en la fase de **tractament de continuació**.
- Els pacients que no assolixen la remissió requeriran ajustos en el tractament (augment de dosi, potenciació, canvi, combinació). Els pacients que no assolixen la remissió després de dos o tres assajos terapèutics amb antidepressius a dosis adequades i amb compliment terapèutic, necessitaran interconsulta/derivació a psiquiàtria.

**Taula 6.** Fase aguda del tractament: objectiu REMISSIÓ

Resposta esperada	Continuar tractament	Modificar tractament
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta inicial adequada: 4-6 setmanes: reducció <math>\geq 5</math> punts</li> <li>• Resposta: 8-10 setmanes: reducció <math>\geq 50\%</math></li> <li>• Remissió: 10-12 setmanes: reducció fins a <math>&lt; 5</math> punts</li> </ul>	Si hi ha resposta parcial a les 5-6 setmanes, continuar el mateix tractament 5-6 setmanes més.	Si no hi ha resposta al cap de 6 setmanes, augmentar dosi o canviar d'antidepressiu. Si hi ha resposta parcial a les 12 setmanes, augmentar dosi o canviar d'antidepressiu.

tidepressiu. En alguns pacients amb alt risc de recurrència estarà indicat seguir amb el tractament de manteniment durant períodes més llargs. Si està indicat el tractament de manteniment s'ha de monitorar el pacient amb el PHQ-9 tres o quatre vegades l'any per detectar possibles recurrències. Vegeu també el **capítol 5**.

# 4

## Risc de suïcidi

La ideació suïcida és un símptoma molt freqüent en la depressió major. Aproximadament el 10 % dels pacients deprimits greus poden eventualment cometre suïcidi. El risc és més gran si hi ha malaltia psiquiàtrica prèvia (esquizofrènia, addicció a l'alcohol o altres substàncies, trastorns de personalitat), si hi ha antecedents familiars de suïcidi, esdeveniments vitals adversos greus, conductes suïcides prèvies i malalties o limitacions físiques greus.

---

Es recomana preguntar sempre als pacients amb depressió sobre la presència d'idees o intenció suïcida i avaluar sistemàticament el risc de suïcidi.

---

A més, podem aconsellar als pacients i als cuidadors que vigilin els canvis d'humor, el negativisme, la desesperança i les idees suïcides, especialment en períodes de risc més alt (inici o canvi de medicació o situacions d'estrès personal), i contactar amb els serveis sanitaris si cal.

La valoració de la ideació suïcida s'ha de basar en una entrevista empàtica i respectuosa. Per exemple: «ha pensat que en la seva situació seria millor deixar d'existir, estar mort?».

El pacient pot trobar aquí la possibilitat d'explicar-se i sentir-se alleugerit d'un gran pes en trobar un element de contenció en el professional sanitari i això disminueix la pressió de la conducta suïcida per si mateixa. Normalitzar sense banalitzar aquestes idees com un símptoma que forma part del quadre depressiu pot ajudar el pacient a reduir l'angoixa i el sentiment de culpa que solen acompanyar les idees suïcides.

En l'entrevista, si el pacient diu que ha pensat a morir, hem de diferenciar entre la ideació suïcida passiva (p. ex., «per estar així no val la pena viure», «m'agradaria morir-me») d'una vertadera planificació de l'acte

(si el pacient ha pensat on fer-ho, quan, de quina manera, si s'ha documentat per fer-ho, etc.). **Sempre** s'ha d'interrogar els pacients amb depressió sobre la ideació o els plans de suïcidi i si la intenció és activa o passiva.

Altres elements que poden modular el risc de suïcidi i que també s'han d'investigar són els antecedents de suïcidi en la família o intents de suïcidi previs del mateix pacient, ja que la presència d'aquests precedents augmenta el risc. El risc elevat de suïcidi és un motiu de derivació urgent i eventualment d'ingrés.

No hi ha bons predictors de la conducta suïcida a curt termini i el 25 % dels intents de suïcidi no són premeditats, encara que el risc a llarg termini s'associa a:

- Desesperança.
- Antecedents d'intents de suïcidi previ.
- Antecedents familiars de suïcidi.
- Solitud.
- Síntomes psicòtics.
- Abús de substàncies.
- Sexe masculí.
- Malalties físiques greus.
- Història familiar d'abús de substàncies.

Components de l'avaluació del risc suïcida:

- Presència d'ideació suïcida o homicida, intencions o plans.
- Accés a mitjans per cometre suïcidi i letalitat d'aquests mitjans.
- Presència de símptomes psicòtics, al·lucinacions imperatives o ansietat greu.
- Història d'intents previs, i gravetat d'aquests.
- Història familiar o exposició recent a suïcidi aliè.
- Suport social/familiar.

A l'ECAP disposem de dues eines que ens ajuden a investigar la presència d'idees de mort o de suïcidi:

D'una banda, l'ítem 9 del PHQ-9 pregunta de manera general sobre penaments de mort o sobre desitjos de fer-se mal. Una resposta positiva

respecte a la presència d'aquestes idees, encara que sigui ocasionalment, és un signe d'alarma que ens ha de fer investigar més acuradament el risc de suïcidi.

Disposem, d'altra banda, de l'escala d'avaluació del risc de suïcidi de l'entrevista MINI (**Taula 7**), on podem investigar sobre la presència d'idees, plans, intents o antecedents de conducta suïcida i ens dóna una puntuació que ens permet estratificar el risc en lleu, moderat o greu.

## Actuacions (Taula 8)

- En pacients amb alt risc de suïcidi es recomana un suport addicional freqüent i valorar-ne la derivació urgent a l'especialista de salut mental.
- Si el pacient té ideació suïcida sense plans actius, es tracta d'una situació que cal seguir acuradament (p. ex., a les 48 hores). Els pacients han de saber a qui poden recórrer en cas de crisi i com anar, si cal, a un servei d'urgències.

**Taula 7.** Escala d'avaluació del risc de suïcidi

Risc de suïcidi			
Durant aquest últim mes:			Punts
C1	Ha pensat que estaria millor mort, o ha desitjat estar mort?	NO SÍ	1
C2	Ha volgut fer-se mal?	NO SÍ	2
C3	Ha pensat en el suïcidi?	NO SÍ	6
C4	Ha planejat com suïcidarse?	NO SÍ	10
C5	Ha intentat suïcidarse?	NO SÍ	10
Durant la seva vida:			
C6	Alguna vegada ha intentat suïcidarse?	NO SÍ	4

Ha codificat **SÍ** en 1 resposta com a mínim?

Si és que **SÍ**, sumi el número total de punts de les respostes C1-C6 encertant "SÍ" i especificar el nivell de risc de suïcidi.

NO	Risc de suïcidi		SÍ
1-5 punts	Lleu		<input type="checkbox"/>
6-9 punts	Moderat		<input type="checkbox"/>
≥ 10 punts	Alt		<input type="checkbox"/>

Modificada de MINI Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional.

**Taula 8.** Actuacions en risc de suïcidi

Síntomes	Nivell de risc	Actuació
No ideació actualment, no factors de risc	Baix risc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites de seguiment i monitoratge habituals.</li> </ul>
Ideació actual però no plans. Amb factors de risc o sense	Risc moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaluació acurada del risc de suïcidi en cada visita i acordar amb el pacient que truqui o es posi en contacte amb el metge si les idees de suïcidi es fan més intenses. Consulta amb psiquiatre.</li> </ul>
Ideació i plans actuals	Alt risc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivació urgent si hi ha plans actius i no hi ha suport extern o autocontrol.</li> <li>• Derivació urgent ajornada si hi ha autocontrol i suport extern.</li> </ul>

- Si el pacient té un desig actiu de cometre suïcidi i no té capacitat d'autocontrol ni suports externs per a la seva seguretat (p. ex., familiars), cal derivar urgentment i considerar l'hospitalització.
- El tractament de la depressió quan hi ha risc de suïcidi ha d'evitar medicació que pugui ser letal en sobredosi (p. ex., tricíclics). Si el pacient rep tractament amb benzodiazepines per a l'ansietat, aquest hauria de ser administrat per un familiar i prescrit setmanalment mentre el risc persisteixi.

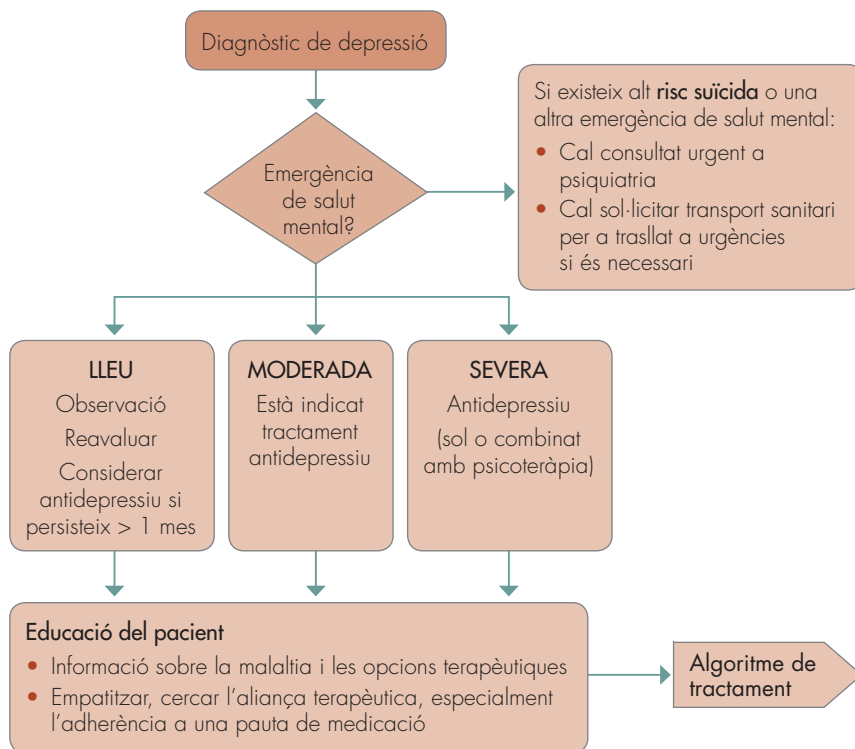
# 5

## Guia de tractament de la depressió en atenció primària

### Tractament de la depressió: algoritme general

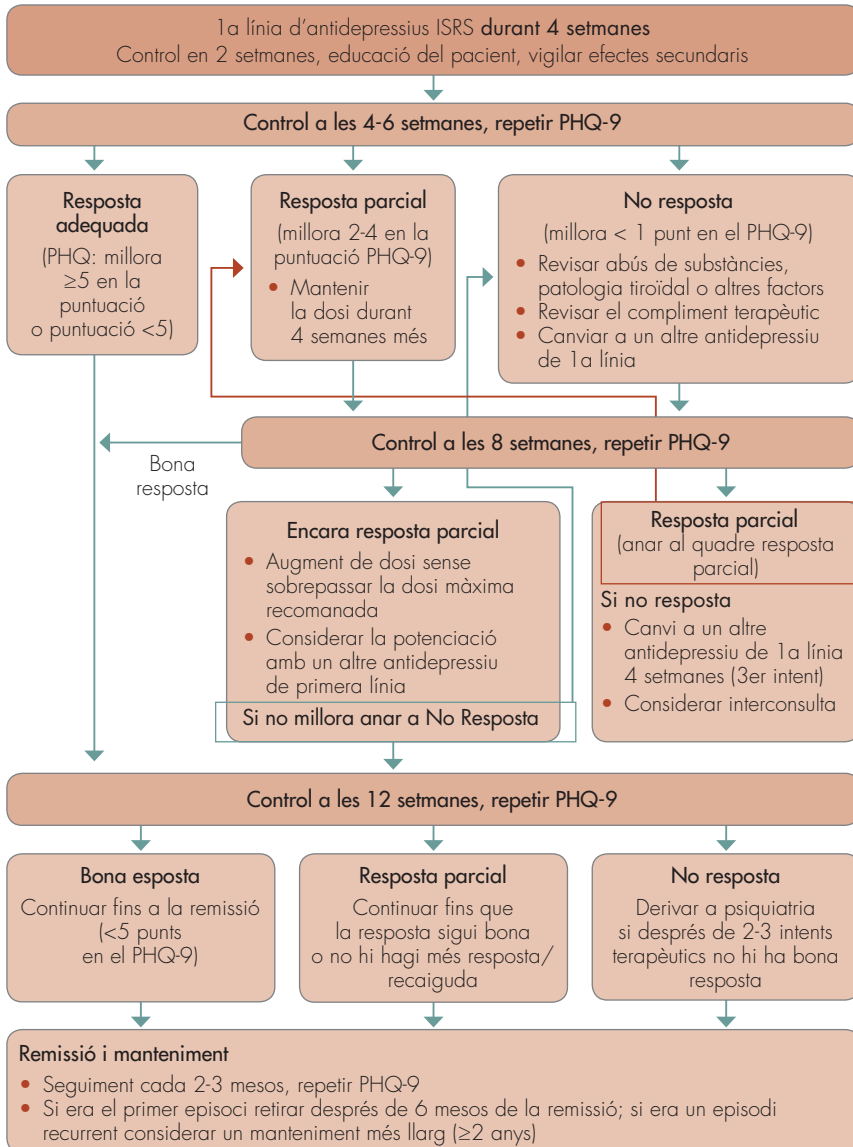
A les **Figures 3 i 4** veiem un algoritme d'actuació per al tractament de la depressió.

**Figura 3.** Maneig terapèutic de la depressió. Algoritme general



## Algoritme de tractament farmacològic de la depressió

**Figura 4.** Algoritme de tractament farmacològic i pla de seguiment



## El pla terapèutic

Un cop establert el diagnòstic de depressió major, hem de dissenyar un pla terapèutic i explicar-lo i compartir-lo amb el pacient (i amb els familiars si és apropiat). Un esquema del pla de tractament de la depressió consisteix en tres fases (**Figura 5**):

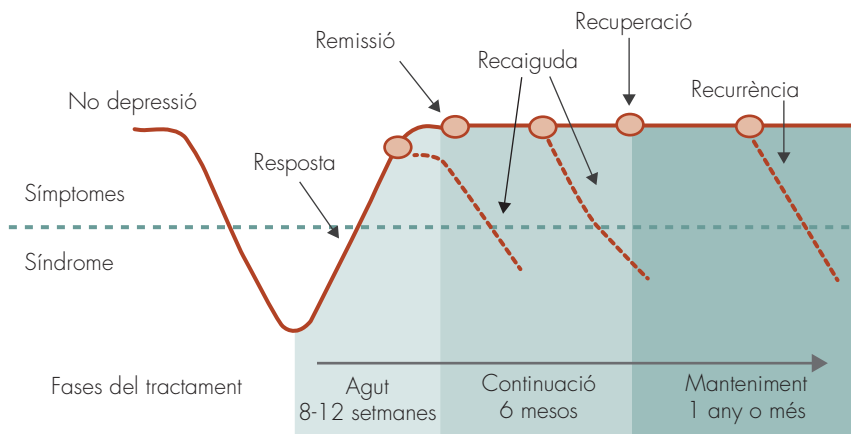
- fase aguda,
- tractament de continuació, i
- tractament de manteniment

La fase aguda consisteix en la instauració d'un nou tractament i l'objectiu n'és aconseguir una resposta terapèutica i finalment la remissió de l'episodi. La fase de continuació del tractament té la finalitat de prevenir les recaigudes un cop assolida la remissió i, finalment, la fase de manteniment es refereix al tractament a llarg termini que alguns pacients necessiten per prevenir recurrències (**Taula 9**).

## Tractament terapèutic de la depressió lleu en atenció primària

Hem vist a l'algoritme de maneig terapèutic general de la depressió que per establir l'aproximació terapèutica inicial més adequada cal estratificar la severitat de l'episodi depressiu: lleu, moderat o greu.

**Figura 5.** Esquema de les fases de tractament d'un episodi depressiu



Font: Kupffer.



**Taula 9.** Fase de manteniment

Fase aguda →	Fase de continuació →	Fase de manteniment
6-12 setmanes	6 mesos	≥ 2 anys
Durant aquesta fase s'obté una resposta efectiva al tractament. <b>Objectiu: remissió</b> de l'episodi depressiu.	Els símptomes depressius residuals poden continuar. Els pacients poden tenir recaigudes. Continuar amb la dosi terapèutica completa durant aquest temps. <b>Objectiu: prevenció</b> de recaigudes.	Si és un episodi recurrent, cal considerar tractament de llarga durada (≥ 2 anys) amb el mateix antidepressiu i dosi efectiva que en la fase aguda. <b>Objectiu: prevenció de recurrències (nous episodis).</b>

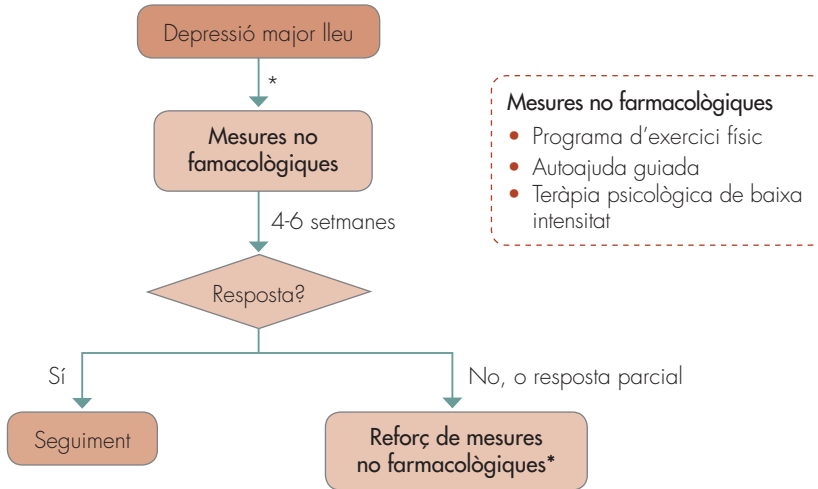
Molts pacients amb depressió lleu poden millorar espontàniament o amb intervencions mínimes com la pràctica d'exercici físic o guies d'autoajuda. Altres teràpies més estructurades com el consell breu enfocat a la resolució de problemes (*counselling*), poden ser útils si estan disponibles.

Els antidepressius i les teràpies psicològiques formals no estan recomanats com a tractament d'inici perquè no s'han demostrat més eficaços que les intervencions de més baixa intensitat (**Figura 6**). Només en considerarem la utilització quan altres mètodes no han donat resultat o en alguns pacients de més risc.

### Mesures generals

- Els pacients amb depressió lleu que no volen una intervenció o que, en l'opinió del facultatiu, es poden recuperar sense intervenció, s'haurien de tornar a avaluar (p. ex., en 2 a 4 setmanes).
- Cal contactar amb tots els pacients amb depressió lleu que no es presenten a les visites de seguiment.
- S'han de donar consells sobre una bona higiene del son i el maneig de l'ansietat.
- S'aconsella realitzar un programa estructurat d'exercici supervisat i estructurat (almenys 3 sessions de 45 minuts a la setmana).
- Es pot recomanar un programa d'autoajuda guiat, amb la provisió de materials escrits apropiats i suport professional limitat durant 6-9 setmanes.

**Figura 6.** Algorisme de maneig de la depressió major lleu



\* En pacients concrets i després de la valoració clínica dels factors de risc, es pot considerar iniciar el tractament farmacològic amb un ISRS. Factors de risc: antecedents d'episodis depressius moderats o greus; altres comorbiditats associades que impliquin un mal pronòstic de la depressió major, diagnòstic de depressió major lleu persistent després de provar altres intervencions.

Font: Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults. AQUAS.

## Antidepressius

- Els antidepressius no es recomanen per al tractament inicial de depressió lleu, perquè la relació benefici-risc és desfavorable.
- S'ha de considerar l'ús d'antidepressius per a **pacients amb depressió lleu persistent** quan s'hi associen problemes psicosocials i mèdics o si hi ha una història prèvia de depressió moderada o severa.

## Intervenció psicològica

- En depressió lleu i moderada, cal considerar el tractament psicològic específicament centrat en depressió (com ara teràpia de resolució de problemes, TCC breu i *counselling*) de 6 a 8 sessions durant 10 o 12 setmanes.
- En pacients amb depressió que tenen comorbiditat significativa, cal considerar ampliar la durada del tractament per a la depressió o utilitzar tractaments centrats específicament en els problemes comòrbids.

- La competència dels terapeutes i l'establiment d'una aliança terapèutica apropiada influeixen significativament en el resultat de la intervenció.

## Tractament de la depressió moderada-severa en atenció primària

L'objectiu del tractament és la remissió: desaparició dels símptomes depressius i recuperació funcional del pacient –i no la millora parcial dels símptomes–. Per assolir aquest objectiu cal utilitzar la medicació en dosis i durada adequades (**Figura 7**)

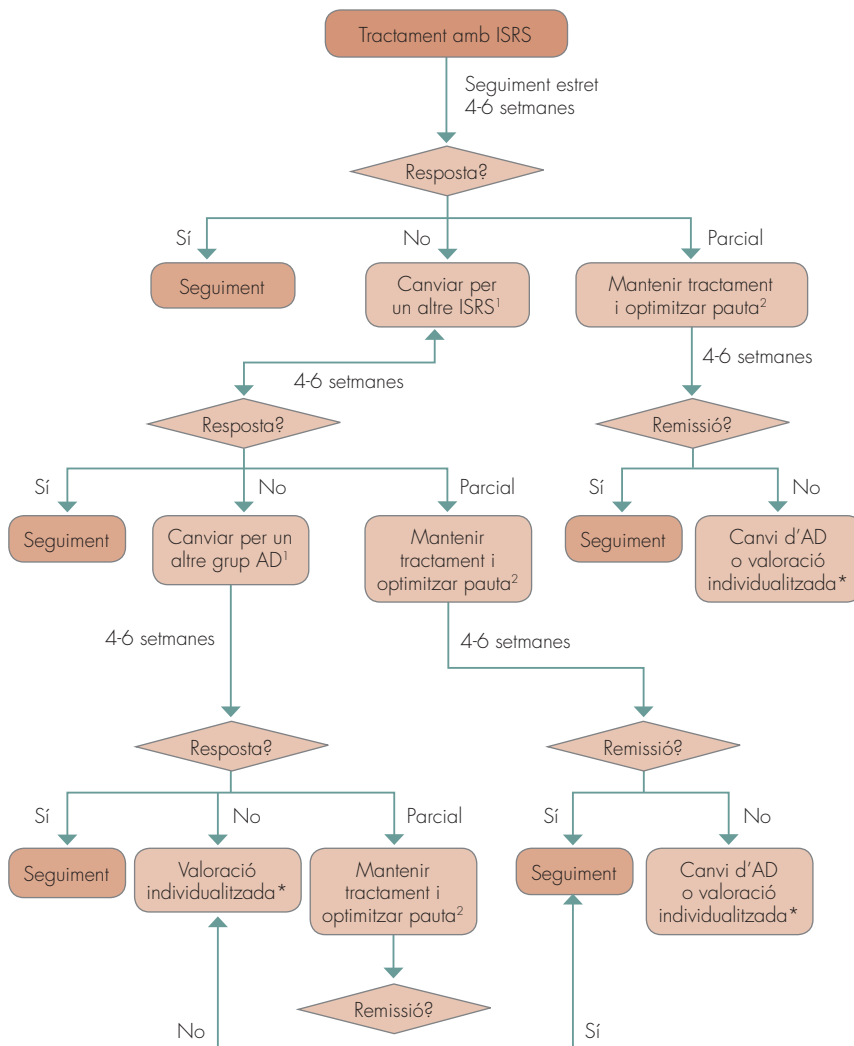
### Inici del tractament

- En depressió moderada, s'ha de considerar l'ús de medicació antidepressiva en tots els pacients.
- Cal parlar amb el pacient sobre el tractament antidepressiu i explorar les creences o els prejudicis que pugui tenir. Per exemple, cal informar que el tractament no és addictiu, o que estar en tractament no s'ha de veure com un senyal de debilitat personal.
- Informar tots els pacients a qui es prescriuen antidepressius dels efectes secundaris potencials i del risc de símptomes de discontinuació/retirada.
- Informar del retard en el començament de l'efecte terapèutic (de 2-6 setmanes), el temps de tractament previst i la necessitat de complir adequadament la prescripció mèdica. A més, tota aquesta informació s'hauria de donar per escrit.

### Elecció de l'antidepressiu

En general, tots els antidepressius són eficaços. L'elecció es basarà en la resposta prèvia (si un antidepressiu va ser eficaç i ben tolerat en episodis anteriors, s'aconsella utilitzar-lo de nou; en canvi, si va ser usat amb anterioritat i no va ser efectiu o va ser mal tolerat, s'hauria d'evitar), la història familiar de resposta, la seguretat i els efectes secundaris, la facilitat d'ús i el cost (**Taules 10 i 11**).

**Figura 7.** Algorisme de maneig de la depressió major moderada o greu



\* En determinats pacients no responedors a la monoteràpia pot ser necessària una valoració individualitzada, amb el suport de l'atenció especialitzada, per determinar l'estratègia terapèutica més adient. Entre les opcions de tractament farmacològic es troben la combinació de fàrmacs AD (veure apartat 7.1.2) i la potenciació (veure apartat 7.1.3).

Font: Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults. AQUAS.

**Taula 10.** Dosificació dels antidepressius usats més habitualment en atenció primària

Mecanisme d'acció	Fàrmac	Inici	Usual	Màxima
ISRS	Citalopram	20 mg/dia	40 mg/dia	60 mg/dia
	Escitalopram	5 mg/dia	10-15 mg/dia	20 mg/dia
	Fluoxetina* Ancians	20 mg/dia 10 mg/dia	20 mg/dia 20 mg/dia	80 mg/dia 60 mg/dia
	Paroxetina* Ancians	20 mg/dia 10 mg/dia	20 mg/dia 20 mg/dia	60 mg/dia 40 mg/dia
	Sertralina Ancians	50 mg/dia 12,5-25 mg/ dia	50-100 mg/dia 50 mg/dia	200 mg/dia 200 mg/dia
	Fluvoxamina**	50 mg/dia	100-200 mg/dia	300 mg/dia
NASSA	Mirtazapina	15-45 mg/dia a la nit (disminuir dosi en ancians i dosis més altes per a adults joves)		
ISRSN	Venlafaxina Ret	75 mg/dia	150 mg/dia	225 mg/dia
	Duloxetina	40 mg/dia	60 mg/dia	120 mg/dia
Heterocíclic	Mianserina	30 mg/dia	60-90 mg/dia	150 mg/dia

\* Administració matutina; \*\* Administració nocturna.

Els ISRS són els antidepressius de primera elecció. En termes generals, tots els antidepressius tenen una eficàcia equiparable, però els ISRS tenen l'avantatge que estan molt experimentats, són segurs, habitualment ben tolerats i tenen una relació cost-efectivitat molt favorable.

Si apareix agitació durant el tractament amb un ISRS, cal fer un canvi d'antidepressiu o considerar un breu període de combinació amb benzodiazepines i fer una revisió al cap de dues setmanes.

**Taula 11.** Elecció del tractament en funció de les característiques del pacient del quadre clínic

Depressió i...	Recomanació
Edat avançada	Iniciar el tractament amb dosis més baixes i augmentar fins a la dosi estàndard gradualment. Donar antidepressiu a la dosi apropiada un mínim de 6 setmanes abans d'avaluar si és eficaç. Si hi ha resposta parcial continuar 6 setmanes més.
Malaltia cardiovascular	La sertralina té la millor evidència clínica en malaltia isquèmica cardiovascular. Augment del risc amb els ADT i venlafaxina. Es recomana un ECG abans de la seva prescripció. No utilitzar venlafaxina en patologia cardíaca o HTA mal controlada.
Demència	Mateix tractament que en la resta de pacients en edat avançada.
Insomni	Associar Trazodona 100 mg (1/2 – 2 comprimits a l'hora d'anar a dormir). Mirtazapina és més sedant a dosis de 15 mg que a dosis de 30-45 mg.
Hipersòmnia	Citalopram, fluoxetina, sertralina, venlafaxina, duloxetina.
Ansietat/Agitació	Iniciar el tractament amb dosis més baixes i augmentar fins a la dosi estàndard gradualment. Paroxetina i venlafaxina estan indicats en trastorn d'ansietat generalitzada. Utilitzar temporalment, p. ex. 4-6 setmanes, una benzodiazepina. La depressió agitada o ansiosa respon tan ràpidament a un antidepressiu estimulants com a un antidepressiu sedant.

En ancians cal evitar antidepressius amb efectes anticolinèrgics (p. ex., els tricíclics) i els antidepressius amb perfil sedant perquè poden incrementar el risc de caigudes. La sertralina o el citalopram són opcions raonables. La dosi efectiva és similar en ancians que en adults més joves, però es recomana iniciar el tractament amb dosis menors i augmentar-les gradualment.

## Monitoratge del risc de suïcidi associat al tractament antidepressiu

- Els pacients amb risc de suïcidi o menors de 30 anys (a causa del risc agreujat d'ideació suïcida associat amb l'inici de tractament antidepressiu per a aquest grup) s'haurien de veure normalment a la setmana d'iniciar el tractament i després freqüentment, amb suport addicional (p. ex., contactes telefònics) fins que el risc ja no es consideri significatiu.
- Si hi ha alt risc de suïcidi, prescriure una quantitat limitada d'antidepressius.
- Especialment a l'inici de tractament amb ISRS, cal vigilar l'aparició de signes d'acatisia, ideació suïcida, i ansietat i agitació. S'ha d'advertir els pacients del risc d'aquests símptomes i aconsellar-los buscar ajuda immediatament si apareixen. Si un pacient desenvolupa marcada i/o prolongada acatisia o agitació mentre pren un antidepressiu, cal revisar l'elecció del fàrmac.

## Un cop iniciat el tractament...

- Visitar als pacients dues setmanes després d'iniciar el tractament (una setmana si hi ha risc de suïcidi) i posteriorment cada 2-4 setmanes en els 3 primers mesos, i si la resposta és bona, després a intervals més llargs. Mitjançant el qüestionari PHQ-9 (que hem descrit en el capítol 2), es pot controlar el progrés i ajustar el tractament a la resposta obtinguda fins a assolir la remissió completa.

## Efectes secundaris dels antidepressius

- Els efectes secundaris són responsables de fins a dues terceres parts dels abandonaments prematurs del tractament.
- Els efectes secundaris precoços dels antidepressius solen ser lleus i autolimitats: anorèxia, nàusees, diarrea, agitació, ansietat, mal de cap...
- D'altres poden ser persistents o d'inici tardà: apatia, fatiga, augment de pes, disfunció sexual.

## Estratègies per manejar els efectes secundaris dels antidepressius

- En avaluar la presència d'efectes secundaris és important veure quina és la percepció i la valoració que el mateix pacient en fa, usant preguntes obertes més que no pas preguntant per efectes secundaris específics (**Taula 12**).

- Esperar, perquè molts efectes precoços solen desaparèixer al cap d'una o dues setmanes
- A més el metge pot:
  - Rebaixar la dosi temporalment.
  - Tractar farmacològicament els efectes secundaris (vegeu la taula següent).
  - Canviar a un altre antidepressiu.
  - Canviar a psicoteràpia (si està indicada i és accessible).

**Taula 12.** Maneig dels efectes secundaris dels antidepressius

Efecte advers	ISRS/ venlafaxina	ADT	Mirtazapina	Estratègia de maneig
Sedació	+/-	++	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donar la medicació en anar al llit</li> <li>• Augmentar la dosi de mirtazapina</li> </ul>
Síntomes anticolinèrgics: boca seca, estrenyiment, retenció urinària	+/-	+++	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratació</li> <li>• Xiclets</li> <li>• Fibra</li> <li>• Llàgrimes artificials</li> <li>• Canvi de medicació?</li> </ul>
Nàusees, diarrea	++	-	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar 1-2 setmanes</li> <li>• Prendre després dels àpats</li> <li>• Antiàcids, omeprazol</li> </ul>
Agitació, tremolor	+	+/-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Començar amb dosis baixes, especialment en pacients ancians o quan hi ha trastorn d'ansietat</li> <li>• Reduir dosi temporalment</li> <li>• Beta-bloq (propranolol 10-20 mg c/ 8-12 h)?</li> <li>• BZD</li> </ul>

(Continua)



**Taula 12.** Maneig dels efectes secundaris dels antidepressius (continuació)

Efecte advers	ISRS/ venlafaxina	ADT	Mirtazapina	Estratègia de maneig
Mal de cap	+	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgèsics</li> <li>• Rebaixar dosi</li> </ul>
Insomni	+	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre la medicació al matí</li> <li>• Afegir trazodona 25-200 mg/nit</li> </ul>
Disfunció sexual	++	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pot ser símptoma de la mateixa depressió</li> <li>• Rebaixar dosi</li> <li>• Sildenafil o similars</li> <li>• Canviar d'antidepressiu</li> </ul>
Convulsions	-	-	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar tractament</li> </ul>
Augment de pes	+/-	+/-	++	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercici</li> <li>• Dieta</li> <li>• Canvi d'antidepressiu</li> </ul>
Agranulocitosi	-	-	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar hemograma</li> <li>• Vigilar símptomes d'infecció</li> <li>• Retirar tractament</li> </ul>

### Resposta inadequada al tractament inicial en depressió moderada i severa

Atès que aquestes són les causes més freqüents de falta de resposta al tractament, les primeres mesures són les següents:

- Confirmar el diagnòstic de depressió major (i descartar que no es tracti d'un altre procés psiquiàtric, p. ex., trastorn bipolar, o mèdic, p. ex., hipotiroidisme).
- Valorar si s'ha superat el període de latència del fàrmac, que s'usen dosis terapèutiques i que l'adherència al tractament és correcta.

- Avaluar possibles comorbiditats que poden interferir en la resposta al tractament (p. ex., abús de substàncies, o altres).

En el pla farmacològic, les opcions davant una resposta insuficient són:

- Si la resposta a una dosi estàndard d'un antidepressiu és **parcial** però insuficient, i no hi ha efectes secundaris significatius, cal **augmentar** gradualment la dosi tenint en compte les dosis màximes indicades a la fitxa tècnica i els possibles efectes secundaris.
- Si no hi ha hagut **cap resposta** després de 4-6 setmanes de tractament a dosis teòricament eficaces, es recomana **canviar** a un altre antidepressiu.
- **Canvi d'antidepressiu:** si un antidepressiu no ha estat eficaç o no és ben tolerat, podem canviar a un altre antidepressiu. Podem triar un altre antidepressiu del mateix grup, p. ex., canviar un ISRS per un altre ISRS, o canviar a un grup diferent, p. ex., canviar d'un ISRS a venlafaxina.

---

Quan es canvia d'antidepressiu, cal arribar a la dosi terapèutica amb increments graduals, tenint en compte les interaccions entre els antidepressius i el risc de síndrome serotoninèrgica.

---

### Depressió resistent al tractament

La depressió resistent al tractament es defineix com aquella depressió en la qual **no hi ha una resposta a dos o més intents terapèutics amb antidepressius pautats seqüencialment que s'han pres en dosis adequades i durant el temps necessari per observar l'efecte terapèutic**. Es recomana intervenció psicològica combinada al tractament amb antidepressius, si és accessible. Cal considerar interconsulta o derivació a salut mental.

En l'àmbit del tractament farmacològic, s'ha de considerar l'ús de la **venlafaxina**. Cal fer servir la dosi fins al límit indicat a la fitxa tècnica si no hi ha efectes secundaris que ho impedeixin. Cal tenir en compte, però:

- La major probabilitat d'abandonar el tractament a causa d'efectes secundaris, comparat amb ISRS.
- La propensió a donar símptomes de discontinuació/retirada si s'atura abruptament.
- La toxicitat en sobredosi.

- El seu cost més alt.
- Cal fer un ECG i control de la pressió arterial abans de prescriure venlafaxina i durant el tractament.

En pacients amb depressió resistent, es pot considerar **la potenciació d'un antidepressiu amb un altre antidepressiu** (hi ha evidència dels beneficis de l'addició de mianserina o mirtazapina a ISRS). Cal controlar acuradament els efectes adversos (síndrome serotoninèrgica). Quan s'utilitzi mianserina per potenciar un altre antidepressiu, cal considerar el risc d'agranulocitosi, especialment en ancians.

### En el nivell especialitzat:

- Quan es consideren altres combinacions d'antidepressius, tret de mianserina o mirtazapina amb ISRS, s'ha de reavaluar l'adequació dels tractaments previs abans de continuar, i considerar cercar una segona opinió. Qualsevol consideració sobre això s'ha de documentar a la història clínica.
- Abans de considerar una potenciació del tractament antidepressiu, cal valorar el risc d'incrementar-ne els efectes adversos.
- Els únics principis actius amb indicació autoritzada al nostre àmbit per potenciar un tractament antidepressiu són el liti i la quetiapina. Existeix evidència que avala l'ús de fàrmacs antipsicòtics com aripiprazole i olanzapina, tot i que el seu ús en aquesta indicació no està autoritzat a Espanya.
- Quan es realitza la potenciació del tractament amb un antipsicòtic atípic cal tenir present el risc d'increment de pes i altres complicacions metabòliques (dislipidèmia, hipertrigliceridèmia, alteracions de la glucèmia) i el risc potencial d'hiperprolactinèmia, discinèsia tardana, síndrome neurolèptica maligna i alteració del QTc.
- No hi ha dades suficients per recomanar la potenciació amb valproat, carbamazepina, lamotrigina, gabapentina o topiramata, pindolol, benzodiazepines, buspirona o metilfenidat.

### Prolongació del tractament després de la fase aguda

La depressió té un alt risc de recaigudes i recurrències que no solament empitjoren l'estat clínic del pacient, sinó que empitjoren el pronòstic i augmenten la probabilitat de cronificació.

El risc de recaiguda durant els sis mesos després de la remissió és de fins al 50 %. El risc de recaigudes o recurrències a llarg termini és del 50 % dels pacients que han tingut un episodi depressiu previ, d'un 70 % si n'han tingut dos i del 90 % si n'han tingut tres.

### Fase de continuació

Un cop assolida la remissió, finalitza la fase aguda del tractament i comença la fase de continuació, que té com a objectiu **consolidar la remissió i prevenir les recaigudes**. El tractament de continuació està indicat per a tots els pacients un cop assolida la remissió i es recomana una **durada mínima de 6 mesos** amb el mateix antidepressiu i a les mateixes dosis que les que s'han usat per assolir la remissió.

Els pacients en remissió han de rebre educació sanitària posant èmfasi en la importància de mantenir el tractament prescrit i a detectar precoçment una eventual recaiguda, que serà motiu de consultar el seu metge sense dilació.

En aquesta fase la infermera ha de monitorar periòdicament amb el PHQ-9 l'evolució dels símptomes depressius i constatar la persistència de la remissió.

Una vegada el pacient ha finalitzat aquest període de tractament amb antidepressius durant 6 mesos després de la remissió, cal revisar la necessitat de suspendre'l o de mantenir el tractament en funció del risc de recurrència.

### Fase de manteniment

Després de 6 mesos en remissió mantinguda (en els quals s'haurà seguit el tractament), finalitza la fase de continuació. En alguns pacients amb alt risc de recurrència estarà indicat el tractament de manteniment.

La fase de manteniment es proposa per prevenir les recurrències i la seva durada és de dos anys o més. La decisió d'un tractament de manteniment perllongat hauria de prendre's d'acord amb el pacient i valorant el risc de recurrència, la gravetat dels episodis depressius previs i les preferències del pacient.

Factors d'alt risc de recurrència:

- El nombre d'episodis depressius previs: història de dos o més episodis previs o recurrència d'un episodi depressiu abans d'un any.

- Persistència de símptomes residuals.
- Episodi previ greu en els darrers tres anys.
- Distímia.

Si en el transcurs de les fases de continuació o manteniment hi ha una recurrència, es torna al pla de maneig terapèutic de la fase aguda.

Si està indicat el tractament de manteniment s'ha de monitorar el pacient amb el PHQ-9 tres o quatre vegades l'any per detectar possibles recurrències.

En pacients amb història de dos o més episodis depressius en el passat, s'aconsella tractament amb antidepressius durant dos anys. Després els pacients han de ser reavaluats, tenint en compte la comorbiditat i altres factors de risc, per decidir la necessitat de continuar el tractament durant més temps.

La dosi d'antidepressiu pautaada per a la prevenció de les recurrències s'ha de mantenir al mateix nivell que va ser eficaç durant la fase aguda.

## En finalitzar el tractament o reduir la dosi d'antidepressius...

Alguns pacients experimenten símptomes quan es retiren els antidepressius o se'n redueix la dosi, que s'han definit com la **síndrome de retirada**. Aquest problema s'ha descrit per als tricíclics, IMAO i inhibidors de la recaptació de la serotonina (selectius i duals).

Els símptomes poden presentar-se en retirar de manera brusca el fàrmac, però, també, amb la disminució de les dosis o si s'oblida alguna presa de medicació.

La incidència de símptomes de discontinuació és significativament més alta per als ISRS de vida mitja curta, p. ex. paroxetina i fluvoxamina, en comparació amb els ISRS de vida mitjana més llarga, p. ex. fluoxetina o sertralina. També s'han descrit símptomes de discontinuació per a la venlafaxina.

Els símptomes més habituals quan es produeixen són mareig, nàusees, letargia, cefalea, ansietat, irritabilitat i símptomes gripals. Apareixen a les 24-72 hores d'haver retirat l'antidepressiu o d'haver-ne iniciat la disminució. La síndrome pot durar de 7 a 14 dies, encara que es pot allargar més temps.

Per al maneig clínic d'aquesta situació es recomana:

- Informar els pacients que, encara que els antidepressius no causen tolerància o dependència, poden aparèixer símptomes de discontinuació/retirada en retirar el fàrmac o en disminuir les dosis. Aquests símptomes normalment lleus i autolimitats, però, poden ser severos, especialment si el tractament es retira bruscament.
- Aconsellar prendre els fàrmacs tal com han estat prescrits per evitar els símptomes de discontinuació/retirada.
- En retirar un tractament cal reduir gradualment les dosis de l'antidepressiu durant un període de 4 setmanes, encara que en alguns pacients poden ser necessaris períodes més llargs. La fluoxetina es pot retirar en un període més curt.
- Si els símptomes de discontinuació/retirada són lleus, tranquil·litzar el pacient i monitorar els símptomes. Si els símptomes són severos, reintroduir l'antidepressiu original a la dosi que era eficaç (o un altre antidepressiu de la mateixa classe però amb una vida mitjana més llarga) i reduir gradualment.

### Tractament psicològic

La teràpia cognitivoconductual es podria considerar en pacients:

- Amb recaiguda malgrat el tractament amb antidepressiu.
- Amb història prèvia de recaiguda i poca resposta a altres intervencions o bé quan un pacient amb risc de recaiguda no vol continuar amb medicació.

### Depressió crònica

Es considera depressió crònica quan persisteix més de dos anys. En aquests pacients probablement cal replantejar els objectius prioritant l'assoliment d'una funcionalitat que permeti la vida familiar, social i laboral. Sovint es requereix una combinació de tractaments, suport social i rehabilitació per poder reiniciar una vida independent i tornar a l'activitat laboral.

- Tractament combinat d'antidepressius i teràpia cognitivoconductual
- En pacients homes amb depressió crònica que no hagin respost al tractament amb ISRS, cal considerar un ADT, ja que els homes toleren millor els efectes secundaris d'aquest grup de fàrmacs.

- Quan un pacient amb depressió crònica ha perdut la feina o ha deixat de tenir contacte amb altres activitats socials durant molt de temps, estaria indicat un programa de rehabilitació social dirigit a superar aquestes dificultats.

# 6

## Coordinació amb salut mental

---

Quan l'atenció a un pacient es comparteix entre l'atenció primària i l'especialitzada, cal establir només la responsabilitat del control i el tractament d'aquell pacient, i el pla de tractament s'hauria de compartir no només entre ambdós nivells assistencials, sinó també amb el pacient i, si cal, amb famílies i cuidadors. Les derivacions de qualitat han de tenir no solament una indicació adequada, sinó també uns objectius explícits i concrets compartits i entesos pel metge de família, pel pacient i pel psiquiatre.

---

Els paper dels psiquiatres dels centres de salut mental de referència ha d'incloure:

- La disponibilitat per a interconsultes via telefònica o telemàtica. Els motius de les interconsultes poden ser resoldre dubtes diagnòstics o de maneig terapèutic o consultar la indicació/necessitat d'una derivació.
- Recepció de derivacions de pacients que compleixen els criteris de derivació. Per augmentar-ne la qualitat, les derivacions poden ser precedides d'una interconsulta on es valori conjuntament la indicació de la derivació, el temps d'espera i les mesures de maneig que s'emprendran des de l'atenció primària fins que el pacient sigui visitat per psiquiatria.
- La derivació a salut mental no implica el traspàs de tota la responsabilitat de l'atenció al pacient al segon nivell assistencial. Des de la perspectiva del maneig compartit, el psiquiatre i el metge de família posaran en comú la valoració i les accions terapèutiques empreses i s'acordarà l'actuació de cada nivell. El psiquiatre ha de ser conscient del paper de la infermera d'atenció primària en el maneig dels pacients amb depressió: vigilància i suport a l'adherència al tractament, monitoratge de l'evolució, educació terapèutica.



- En els centres d'atenció primària on hi hagi presència física del psiquiatre (Pla de Suport a la Primària en Salut Mental), a petició del metge d'atenció primària responsable, el psiquiatre podrà supervisar la documentació clínica del pacient i assessorar sobre les decisions clíniques més adients.

## Procediment per a la derivació

- El metge de família valora i reconeix una necessitat de derivació.
- El metge ha d'explicar al pacient la necessitat de derivació compartint els motius i explicitant els objectius concrets de la derivació.
- El pacient pot no acceptar la derivació. Llavors, el metge d'atenció primària continuarà atenent el pacient, proveint-lo d'educació sanitària i reforçant i treballant la indicació de la derivació a salut mental.
- El metge de família pot consultar amb el psiquiatre de referència la indicació de derivació, compartirà la informació clínica i acordarà la demora tolerable per a la visita de psiquiatria i la conducta terapèutica i de maneig que cal dur a terme mentre aquesta no es produeix.
- El psiquiatre atén el pacient, inicia un nou pla terapèutic i el comparteix amb metge d'atenció primària.
- El metge d'atenció primària –i mitjançant ell, la infermera de primària– i el psiquiatre –, eventualment altres professionals adscrits al Centre de Salut Mental– seguiran coordinant-se per a l'atenció al pacient.

## Criteris de derivació o interconsulta

- Risc de suïcidi. Si el risc és alt (ideació o plans estructurats, escàs suport familiar o intent d'autòlisi), cal considerar derivació urgent.
- Resposta clínica insuficient o manca de resposta **després de dos cicles d'antidepressius** durant un mínim de sis setmanes a dosis terapèutiques.
- Depressions amb símptomes psicòtics o amb criteris de trastorn bipolar.
- Depressions severes amb greu impacte funcional.
- Comorbiditat psiquiàtrica que complica el maneig del pacient.
- Episodi depressiu en l'embaràs o el postpart.
- Alteracions greus de la conducta: inhibició, agitació, deliri... (considerar derivació urgent).
- El pacient es pot beneficiar d'un tractament psicoterapèutic formal.

# 7

## El paper de la infermeria - *care manager*

En el programa INDI la infermera d'atenció primària assumeix un rol fonamental, que en els sistemes sanitaris anglosaxons s'anomena *care manager*. La *care manager* exerceix un paper actiu en el pla terapèutic del pacient amb depressió que seria similar en alguns aspectes al que tradicionalment ha exercit enfront d'algunes malalties físiques cròniques com la diabetis o la hipertensió: monitoratge, educació sanitària orientada a millorar els hàbits de vida i l'automaneig, donar suport a l'adherència terapèutica, i hi podríem afegir una funció proactiva per garantir la continuïtat assistencial en un pacient atès en diversos nivells assistencials (primària, psiquiatria) o per diversos motius concomitants (depressió, malalties cròniques, etc.).

### Valoració i pla de cures d'infermeria (vegeu annex II)

Avaluació inicial del pacient. Valoració d'infermeria seguint el model de Henderson que defineix el rol infermer com l'ajuda a l'individu, malalt o sa, en la realització d'aquelles activitats que contribueixin a la salut o a la seva recuperació que ell realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat o els coneixements necessaris. Cal una valoració acurada de les necessitats físiques, psíquiques i socials del pacient, per tal d'establir un pla d'intervenció i uns objectius específics.

La relació d'ajuda és l'eina de comunicació interpersonal entre la infermera i el pacient, en la qual la infermera centra la seva actuació en les necessitats de la persona. La relació d'ajuda permet i afavoreix en la persona ajudada:

- Acceptar la seva situació.
- Identificar les seves necessitats.

- Potenciar l'autocura.
- Aprendre habilitats relacionals.

L'entrevista és inseparable de la relació d'ajuda i ens permet valorar i identificar les necessitats del pacient. L'entrevista té els continguts següents:

- Escolta activa: actitud de receptivitat.
- Consideració positiva: acceptació del pacient tal com és. No jutjar, no pensar el que nosaltres faríem ni si està bé o malament allò que tria el pacient, ni si està d'acord o no amb els nostres principis.
- Respecte: acceptar que la persona sigui capaç de triar les seves pròpies decisions, i viure com ell vulgui.
- Comprensió empàtica.

Els components del pla de cures es basen en el procés d'atenció d'infermeria i aquest comprèn els aspectes següents:

- Detectar problemes.
- Anàlisi i interpretació de les dades que s'expressen com a diagnòstics d'infermeria.
- Pla de cures o activitats a realitzar per cobrir les necessitats alterades, definint objectius i les intervencions d'infermeria (vegeu l'annex).
- Avaluació de l'eficàcia del pla.

## Avaluació i suport a l'adherència al pla terapèutic

Les *care managers* ajudaran el pacient a complir i a desenvolupar el pla de tractament de la depressió prescrit.

El tractament d'un episodi depressiu se sol dividir en tres fases definides per l'evolució dels símptomes depressius i la seva resposta al tractament: fase inicial o aguda, fase de continuació i fase de manteniment.

La fase inicial o aguda s'inicia quan es diagnostica la depressió i s'instaura el tractament i dura fins que se n'aconsegueix la remissió, això és la millora simptomàtica que assoleix la desaparició completa o gairebé del quadre depressiu més la recuperació funcional als nivells previs a l'episodi depressiu. Idealment dura entre 8 i 12 setmanes, però sovint es pot trigar més a assolir la remissió o una millora satisfactòria. L'objectiu de la fase de tractament agut de la depressió és la remissió (amb una

reducció de la puntuació del PHQ-9 a <5 punts).

En aquesta fase els objectius de la infermera en l'atenció al pacient deprimat inclouen:

- Avaluació i suport de l'adherència al pla terapèutic.
- Monitoratge i avaluació de la resposta al tractament.
- Psicoeducació del pacient deprimat potenciant-ne l'autonomia i capacitat d'autocura.
- Coordinació i comunicació rutinària amb els metges d'atenció primària i, eventualment, amb el psiquiatre de referència.

En la primera visita, a la setmana des de la inclusió del pacient, la infermera avaluarà si el pacient ha estat capaç d'iniciar el tractament, identificarà les dificultats o els obstacles per al compliment i ajudarà a solucionar els problemes que s'hagin detectat. Si el pacient no acudeix a la primera visita s'hi contactarà per telèfon.

Si s'han detectat dificultats en l'adherència al tractament, es programaran visites o trucades telefòniques extra per a avaluació i suport de l'adherència terapèutica.

El test de Morisky-Green (**Taula 13**) és una ajuda en la detecció de l'incompliment terapèutic:

La segona visita es programarà dues setmanes després. Se seguirà amb el pla de cures establert a la primera visita, avaluació de l'adherència i la resposta al tractament, possibles efectes secundaris, revisió i discussió de conceptes del programa psicoeducatiu.

### **Taula 13.** Qüestionari de Morisky-Green

1. Alguna vegada s'oblida de prendre la medicació?
2. Pren la medicació a l'hora assenyalada?
3. Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació?
4. Si alguna vegada es troba malament, deixa de prendre la medicació?

Incomplidor: aquell que respon de manera inadequada una o més de les qüestions plantejades.

Modificat de: *Actualización en Medicina de Familia. Cumplimiento terapéutico. SEMERGEN.*

Després es programaran visites de seguiment de manera mensual, per avaluar l'evolució i la resposta al tractament, i s'insistirà en els components psicoeducatius i s'actualitzarà el pla de cures.

### Obstacles per al tractament

Les dificultats i els obstacles per a una adherència terapèutica adequada poden ser diversos. La infermera identificarà aquests problemes en cada pacient i ajudarà, amb tècniques de resolució de problemes, a superar-los.

Alguns exemples:

- Manca de suport familiar.
- Estat d'ànim, fatiga, desesperança (síntomes propis de la depressió).
- Manca de beneficis o d'eficàcia aparent del tractament.
- No tenir clar quin és l'efecte o què es pot esperar de la medicació.
- Ambivalència o negació del diagnòstic de depressió.
- Prejudicis sobre els antidepressius.
- Preocupació per l'addicció o la dependència als psicofàrmacs.
- Efectes secundaris.
- Voler deixar o haver deixat la medicació perquè el pacient ja es troba millor.

### Resolució de problemes

Quan s'ha identificat un obstacle, la infermera ajudarà el pacient a fixar un objectiu raonable orientat a assegurar l'adherència al pla terapèutic. Per exemple, si el pacient encara no ha anat a la farmàcia a buscar la medicació, l'objectiu ha de ser haver comprat la medicació abans de «x» dies (cal fixar la data concreta: demà mateix, demà passat...). Si el pacient mostra disposició a complir aquest primer requeriment (anar a buscar la medicació), la infermera ha de cercar el compromís de començar a prendre-se-la. Pot ser convenient programar una trucada o una visita per avaluar el progrés del pacient a completar els passos acordats (anar a buscar la medicació, iniciar el tractament).

Les infermeres poden discutir amb el pacient diverses idees o mètodes per assolir els objectius plantejats. En general, és millor encoratjar el

pacient perquè trobi les seves pròpies solucions. Aquestes solucions s'han de pensar i explicitar detalladament i «pas a pas». Dividir un obstacle o dificultat gran en petites dificultats fa que sigui més fàcil de superar, especialment per a un pacient deprimit.

### Reforçament positiu

Els pacients deprimits necessiten reforçament positiu fins i tot per als petits passos o les petites victòries envers els objectius. Cal reforçar i encoratjar cada petit pas i tenir en compte que cada pas previ assolit és la base per fer el pas següent. Per exemple, comprar la medicació i començar-la a prendre és el pas previ per continuar el tractament durant el període prescrit.

### Monitorar els progressos

La infermera ha de monitorar l'evolució de la depressió i del compliment terapèutic a intervals de 4 setmanes, inicialment. Poden ser necessàries visites o trucades telefòniques més freqüents en pacients amb dificultats per al compliment terapèutic.

### Educació sanitària respecte al tractament

Juntament amb la formulació del diagnòstic i la prescripció del tractament, el metge haurà d'haver transmès al pacient els missatges educatius «clau». Aquests missatges han de ser repetits i reforçats per la infermera de manera rutinària durant les visites de seguiment:

- Els antidepressius només funcionen si es prenen cada dia.
- Els antidepressius no són addictius.
- Els beneficis del tractament amb antidepressius es perceben al cap de 2-4 setmanes i després són progressius.
- El tractament s'ha de mantenir encara que el pacient es trobi millor.
- Són freqüents alguns efectes secundaris lleus però normalment desapareixen en poc temps.
- Si el pacient vol deixar la medicació, és important que ho comenti abans amb el seu metge.
- L'objectiu del tractament és la remissió completa. Sovint això implicarà canvis i modificacions en el pla terapèutic.

## Avaluar la tolerabilitat i la resposta al tractament

Els efectes terapèutics dels antidepressius no són immediats, sinó que normalment es comencen a percebre al cap d'un període de 2-4 setmanes d'haver iniciat el tractament. Molts pacients abandonen el tractament prematurament en no percebre la millora esperada, mentre que, en canvi, poden sofrir els efectes secundaris. Per això és molt important que coneixin aquestes característiques del tractament perquè no confonguin el retard en l'inici de l'efecte amb ineficàcia del tractament o perquè sàpiguen que els efectes adversos més freqüents són lleus i transitoris.

### Efectes secundaris (vegeu la taula 12)

Els efectes secundaris són responsables de fins a dues terceres parts dels abandonaments prematurs del tractament.

Els efectes secundaris precoços dels antidepressius solen ser lleus i autolimitats: anorèxia, nàusees, diarrea, agitació, ansietat, mal de cap, etc.

Però d'altres poden ser persistents o d'inici tardà: apatia, fatiga, augment de pes, disfunció sexual.

Estratègies per manejar els efectes secundaris dels antidepressius:

- En avaluar la presència d'efectes secundaris és important veure quina és la percepció i la valoració que el mateix pacient en fa, usant preguntes obertes, més que no pas preguntant per efectes secundaris específics.
- Esperar, perquè molts efectes precoços solen desaparèixer al cap d'una o dues setmanes.

### Utilització del PHQ-9 per avaluar la resposta al tractament

Es recomana monitorar l'evolució simptomàtica de la depressió passant el PHQ-9 a intervals de 4 setmanes durant la fase aguda del tractament (això és, mentre no s'ha assolit la remissió) i després periòdicament mentre el pacient estigui en tractament.

### Comunicar la informació

La infermera registrarà la informació recollida en les visites de seguiment a la història clínica electrònica del pacient, ja sigui a la pantalla d'Intel·ligència Activa o a la Guia de la Depressió Informatitzada, o bé en el curs

clínic (MEAP) perquè el metge de família tingui dades sobre l'evolució de la malaltia i l'efectivitat del tractament i pugui valorar la necessitat de canvis o ajustos en el tractament quan no hi ha una resposta adequada o quan hi ha altres problemes (efectes adversos, manca d'adherència...).

## Educació terapèutica - activació del pacient (vegeu el capítol 8)

Una de les responsabilitats de la infermera *care manager* en l'atenció al pacient deprimat és la provisió d'educació terapèutica amb el suport del material específic del projecte INDI. Els fulletons de suport al programa psicoeducatiu els pot haver entregat el metge o la mateixa infermera. En tot cas, una part important de l'atenció d'infermeria consistirà a comentar i resoldre dubtes sobre la malaltia depressiva, sobre el tractament antidepressiu, sobre què pot fer el mateix pacient per afrontar la seva malaltia i sobre què pot fer la família o l'entorn del pacient per ajudar a l'èxit terapèutic (Taules 14 i 15).

**Taula 14.** Activitats de la consulta d'infermeria

### Visita mèdica

- El metge formula el diagnòstic i prescriu el tractament. Proporciona missatges educatius «clau». Pot entregar materials educatius o bé deixar-ho per a la infermera. Informa sobre el paper de la infermera en el suport a l'atenció al pacient deprimat.
- Cita per a la visita inicial d'infermeria i cita per a la pròxima visita mèdica.

### Visita d'infermeria inicial (abans d'una setmana)

- Valoració d'infermeria i pla de cures.
- Verificar prescripció de l'antidepressiu: l'ha comprat?, se'l pren?, efectes adversos?
- Comentar els materials d'educació sanitària: se'ls ha mirat?, els entén?, té cap pregunta?
- Automaneig: objectius?, petits passos?, materials?
- Registrar-ho a la història clínica.
- Citar per a pròxima visita.

### Visita/es opcional/s (o contacte telefònic) si es detecten dificultats

- Medicació.
- Obstacles.
- Emplenar full de monitoratge.

(Continua)



**Taula 14.** Activitats de la consulta d'infermeria (*continuació*)**Visita infermeria 4-5 setmanes. Avaluació de la resposta inicial**

- PHQ-9.
- Si hi ha modificacions en el tractament, el metge pot indicar visites de seguiment addicionals.
- Psicoeducació, automaneig, pla de cures.
- Adherència al tractament.
- Registrar-ho a la història clínica.

**Visita a infermeria al cap de 8-9 setmanes i subsegüents a intervals de 4 setmanes fins a la remissió. Seguiment resposta al tractament**

- PHQ-9. Remissió? Si hi ha remissió s'inicia fase de continuació.
- Psicoeducació, automaneig, pla de cures.
- Adherència, efectes secundaris. Important: no abandonar el tractament encara que el pacient estigui en remissió.
- Registrar-ho a la història clínica.

**Visita infermeria 4-8 setmanes després de la remissió. Vigilar remissió**

- PHQ-9.
- Adherència, efectes secundaris. Important: no abandonar tractament encara que el pacient estigui en remissió. Comentar la importància del tractament de continuació (6 mesos) per prevenir les freqüents recaigudes i el risc de cronificació de la depressió.
- Psicoeducació, automaneig, pla de cures.
- Registrar-ho a la història clínica.

**Visites infermeria subsegüents a intervals de 2-3 mesos. Fase de continuació i manteniment**

- PHQ-9.
- Remissió?
- Psicoeducació, automaneig, pla de cures.
- Adherència, efectes secundaris. Important: no abandonar el tractament. Comentar la importància del tractament de continuació per prevenir les freqüents recaigudes i, quan està indicat, el tractament de manteniment a llarg termini per prevenir recurrències i cronificació de la depressió.

**Taula 15.** Freqüència típica de les visites mèdiques i d'infermeria al llarg del tractament d'un episodi depressiu (fase aguda, continuació i manteniment).

Taula 15. Freqüència típica de les visites mèdiques i d'infermeria al llarg del tractament d'un episodi depressiu (fase aguda, continuació i manteniment).			
Fase aguda del tractament		Setmana 0	Visita mèdica inicial
	Visita d'infermeria	1	
		2	Visita mèdica
		3	
		4	
	Visita d'infermeria	5	
		6	Visita mèdica
		7	
		8	
	Visita d'infermeria	9	
		10	
		11	
	12	Visita mèdica	
Fase de continuació			
	Visita d'infermeria	20	

(Continua)

**Taula 15.** Freqüència típica de les visites mèdiques i d'infermeria al llarg del tractament d'un episodi depressiu (fase aguda, continuació i manteniment). *(continuació)*

Fase de continuació			
		24	Visita mèdica
	Visita d'infermeria	28	
		36	Visita mèdica
	Fase de manteniment	Visita d'infermeria	3 mesos
Visita d'infermeria		6 mesos	
Visita d'infermeria		9 mesos	
		12 mesos	Visita mèdica
...			...

La freqüència de les visites mèdiques i d'infermeria es pot individualitzar segons les necessitats de cada pacient.

## Què pot esperar el metge de la infermera?

- La infermera veurà el pacient periòdicament a intervals de 4 setmanes.
- Si el pacient ho requereix, pot programar visites o trucades telefòniques addicionals.
- La informació sobre el pacient generada a les visites es registrarà a la història clínica i estarà a disposició del metge responsable.
- La infermera avisarà de manera ràpida el metge responsable en cas de situacions d'emergència; p. ex., si la infermera detecta risc de suïcidi, efectes adversos greus, etc.
- La infermera proporcionarà al pacient i als seus familiars educació sobre la depressió, el seu tractament farmacològic i estratègies d'auto-maneg.
- La infermera incidirà especialment en l'adherència al pla terapèutic: tractament farmacològic, visites, objectius d'automaneig...
- La infermera identificarà obstacles al pla terapèutic i ajudarà el pacient a trobar les solucions adequades.
- En cas de no-assistència del pacient a les visites programades, la infermera intentarà localitzar i recuperar el pacient per via telefònica. Si no fos possible, ho comunicaria al metge responsable.
- Els pacients poden, eventualment, voler abandonar el protocol de seguiment de la depressió per infermeria. Si fos així, la infermera ho comunicarà al metge responsable i adreçarà el pacient al seu metge.

## Què NO ha d'esperar el metge de la infermera *care manager*?

- La infermera no farà una avaluació exhaustiva de les circumstàncies psicosocials o mèdiques del pacient.
- La infermera no proporcionarà psicoteràpia. La psicoeducació o l'assistència en la resolució de problemes no són psicoteràpia.
- La infermera no prendrà decisions respecte al tractament farmacològic.



# 8

## La guia informatitzada de la depressió

L'eGPCD pot facilitar l'organització de l'atenció sanitària a la depressió en l'equip d'atenció primària, amb una definició dels rols professionals i dels circuits assistencials, perquè permet la integració de les tasques d'infermeria amb les del metge en el maneig integral del pacient, particularment en la seva participació en el monitoratge de l'evolució del pacient.

L'eGPCD comparteix les característiques bàsiques amb altres guies clíniques instal·lades a l'eCAP. Hi ha una pantalla on s'integra la informació clínica del pacient concret en funció de les guies clíniques activades i de les seves característiques sociodemogràfiques i clíniques.

Quan l'eGPCD està activada apareix una etiqueta i un codi de color informa sobre el compliment de les recomanacions de la guia o de control de la malaltia: blanc, quan el pacient està adequadament diagnosticat i controlat; groc (alerta de sospita diagnòstica), quan hi ha variables clíniques que suggereixen un eventual diagnòstic de depressió que el metge ha de confirmar o descartar, i vermell (alerta de mal control), que indica que hi ha paràmetres de la malaltia fora del rang acceptat i la necessitat de canvis en l'abordatge terapèutic. La guia s'organitza en tres mòduls: diagnòstic, tractament i seguiment.

### Ajuda al diagnòstic i avaluació inicial

L'objectiu d'aquesta utilitat és la qualitat en el diagnòstic, per tal com prevé tant l'infra-diagnòstic com el diagnòstic erroni si no es compleixen els criteris, i formula un diagnòstic precís (p. ex., especificant la gravetat o si es tracta d'un trastorn recurrent).

El mòdul de diagnòstic es pot activar per tres vies:

- Quan el sistema detecta que el pacient rep tractament antidepressiu sense un diagnòstic que ho justifiqui.
- Quan hi consten diagnòstics potencialment relacionats amb una depressió (p. ex., ansietat, consum de substàncies...).
- Quan el metge té una sospita clínica i l'activa manualment per disposar d'una ajuda al diagnòstic.

L'ajuda al diagnòstic consisteix en un formulari interactiu basat en l'entrevista psiquiàtrica MINI, on s'avaluen els criteris de depressió major segons el DSM-IV.

Si es compleixen els criteris simptomàtics, la pantalla següent permet al metge quantificar la interferència de la depressió en el funcionament del pacient segons l'EEAG (Escala d'Avaluació de l'Activitat Global). Per establir el diagnòstic, la interferència ha de ser almenys moderada, perquè, si l'impacte és lleu o transitori, no es recomana el diagnòstic de depressió major.

Adicionalment, hi apareixen avisos perquè el metge investigui si es tracta d'una depressió secundària, de la fase depressiva d'un trastorn bipolar, d'un dol no patològic, o si està associada a abús de substàncies, particularment d'alcohol. També s'avalua si es tracta d'un trastorn recurrent.

Per establir un pla terapèutic adequat, a més del diagnòstic és particularment important quantificar la severitat. El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) permet estratificar la gravetat en depressió major lleu, moderada o greu.

La ideació suïcida és present en molts pacients deprimits i eventualment pot derivar en un risc real de conducta suïcida. L'eGPCD incorpora el mòdul d'avaluació del risc de suïcidi de la MINI.

Una vegada completada l'avaluació inicial del pacient, el sistema genera un resum de l'avaluació i els suggeriments per al professional, per exemple, acceptar —o descartar— el diagnòstic de depressió major amb les especificacions de gravetat o recurrència corresponents.

## Maneig terapèutic

El maneig terapèutic adequat de la depressió major es basa en dues premisses bàsiques:

- La selecció del tractament més adequat a partir d'una acurada avaluació inicial.

- Un seguiment sistemàtic de l'efectivitat del tractament i de l'evolució dels símptomes per adequar en cada moment el maneig terapèutic a l'estat clínic del pacient i a la resposta terapèutica.

Si la depressió major és de caràcter lleu, la recomanació terapèutica inicial inclou intervencions psicològiques de baixa intensitat: *counselling*, psicoeducació, programa d'exercici físic i/o simplement observar atentament l'evolució sense una intervenció terapèutica activa.

Si la severitat de l'episodi depressiu és moderada o greu, es recomana iniciar el tractament amb un fàrmac antidepressiu. La selecció de l'antidepressiu inicial es basa en criteris d'efectivitat, eficiència i seguretat, però l'eGPCD també té en compte els antecedents de resposta –o no resposta– prèvia, comorbiditat, interaccions amb altres tractaments, edat i embaràs o lactància.

La recomanació d'iniciar qualsevol tractament s'acompanya d'indicacions sobre les visites de seguiment i sobre quan cal considerar la derivació del pacient. El sistema permet automatitzar les citacions per a properes visites o les derivacions. Una vegada instaurat el tractament, s'estableix una cadència de visites de seguiment clínic cada 4-6 setmanes segons l'estat clínic del pacient.

Per valorar l'evolució dels símptomes depressius i l'efecte del tractament, es fa servir el PHQ-9. També es fa un seguiment de l'impacte funcional (EEAG) i del risc de suïcidi. L'evolució de la puntuació del PHQ-9 es transforma en una definició qualitativa de «no-resposta», «resposta parcial» o «resposta adequada». Llavors el sistema proposa ajustos o canvis en el tractament si són necessaris.

## Mòdul de suport per al seguiment

Una vegada aconseguida la remissió de l'episodi depressiu, o quan es considera que el pacient està estabilitzat satisfactòriament, s'inicia la fase de seguiment. Segons les guies, cal mantenir sempre el tractament almenys sis mesos després d'haver arribat a la remissió, amb l'objectiu de consolidar la millora i prevenir les recaigudes. Un cop completat aquest període, es pot considerar suspendre el tractament, però en pacients amb un major risc de recurrències es recomana continuar-lo. La guia ajuda a programar revisions periòdiques (cada tres mesos) del pacient en seguiment per avaluar l'adherència al tractament, l'evolució de la simptomatologia depressiva i l'impacte funcional.





# 9

## Educació terapèutica del pacient deprimit

La psicoeducació és una eina –no l'única, però sí molt rellevant i, possiblement, de les més factibles i fàcilment aplicables– per capacitar el pacient perquè es manegi el més autònomament possible amb la seva malaltia i amb les dificultats associades.

Els objectius de la psicoeducació són oferir informació i capacitació per afavorir l'autonomia del pacient, capacitar-lo per a l'autocura i l'automaneig, i oferir-li informació veraç i comprensible perquè pugui prendre decisions autònomes i informades sobre el maneig de la seva malaltia. Tot això fins on sigui possible o raonable i, sobretot, centrant-nos en les necessitats, preferències i possibilitats del pacient.

### Guia de bona pràctica clínica: psicoeducació en pacients amb depressió

Es tracta d'un programa que utilitzem en l'INDI amb una orientació molt pràctica. S'hi proposa un programa psicoeducatiu orientat als pacients deprimits en el qual la informació i els continguts s'ofereixen preparats perquè puguin ser fàcilment impartits pels professionals involucrats (bàsicament per infermeres en el rol de *care managers* en aquest programa).

El programa es pot impartir de forma individual (cara a cara amb el pacient), de manera grupal o, fins i tot, servir de base per organitzar una intervenció educativa amb «pacient expert».

Els continguts del programa estan dividits en quatre mòduls que aborden el mateix concepte del trastorn depressiu, el seu tractament, l'automaneig i, finalment, el paper de la família.

## Mòdul 1. Què és la depressió?

Els objectius d'aquest mòdul són orientar el pacient sobre el propi concepte del trastorn depressiu, emfatitzant què és (una malaltia) i què no és la depressió (una debilitat personal) per neutralitzar els prejudicis i l'estigma associats a la depressió, que tan negativament poden influir en l'autoestima del pacient, en el mateix maneig terapèutic i en el pronòstic de la malaltia.

Alguns conceptes que es desenvolupen:

- La depressió no és una debilitat personal, sinó una malaltia.
- La depressió és una malaltia molt freqüent.
- Hi ha condicionants biològics de la depressió (genètica, neurotransmissors).
- Els símptomes i l'evolució de la depressió.
- El suïcidi: no eludir el tema i parlar-ne amb el pacient respectuosament, amb delicadesa i amb tacte, però al mateix temps amb naturalitat i obertament. La ideació suïcida és freqüent en el pacient deprimit i és un símptoma més del quadre clínic de la depressió, i en aquest context cal interpretar-lo i parlar-ho amb el pacient. Parlar sobre aquest tema no dóna idees al pacient ni incrementa el risc de suïcidi, perquè el pacient ja sol tenir aquests pensaments, sovint reprimits i no verbalitzats, i el fet de poder parlar-ne o rebre informació normalitzadora sobre això més aviat tindrà efectes beneficiosos en reduir l'angoixa i el sentiment de culpa.

## Mòdul 2. El tractament de la depressió

En aquest mòdul abordarem el tractament –les diferents alternatives de tractament– de la depressió (**Taula 16**). Els objectius en seran contrarestar els prejudicis que hi ha sobre el tractament de la depressió i l'estigma associat a aquest tractament: això és molt important per afavorir l'acceptació del tractament per part del pacient i assegurar-ne l'adherència.

L'estratègia serà oferir informació clara, veraç i senzilla sobre:

- Les bases de l'activitat farmacològica dels antidepressius,
- Quines expectatives es poden dipositar en els tractaments disponibles per a la depressió (des d'una perspectiva realista).
- Alguns aspectes pràctics del tractament antidepressiu (emfatitzant la importància del compliment del tractament).

**Taula 16.** Idees clau que ha de rebre el pacient sobre el tractament de la depressió

Els antidepressius només funcionen si es prenen cada dia

Els antidepressius no son addictius

Els beneficis del tractament apareixen lenta i progressivament

Els antidepressius s'han de continuar prenent després que el pacient hagi millorat (per prevenir les recaigudes)

Els efectes secundaris lleus son freqüents i la major part, autolimitats.

Si el pacient vol deixar la medicació, abans ha de parlar amb el seu metge

L'objectiu del tractament és la remissió. Sovint calen ajustos i canvis en el tractament (i, de vegades, només es pot aconseguir una millora parcial)

Font: *Salud Mental y Atención Primaria. CAMFiC.*

- L'abordament directe de les falses creences que hi pugui haver envers el tractament de la depressió.

### Mòdul 3. Autocura

Ensenyar al pacient uns punts bàsics per gestionar millor la seva malaltia és tan important en el cas de la depressió com ho seria, per exemple, en el cas de la diabetis. Treballarem amb el pacient sobre estratègies i conductes per convida millor amb la seva malaltia o per accelerar-ne la millora.

S'aborden aspectes com:

- Pautes psicològiques bàsiques: reconèixer pensaments negatius i estratègies per afrontar-los.
- Pautes per al dia a dia. Estratègies d'activació del pacient en els seus hàbits diaris i en les seves relacions socials/familiars reconeixent les dificultats que per al pacient deprimat poden representar.
- Hàbits de vida: alimentació, hàbits tòxics, son..., que es poden veure molt afectats en el pacient deprimat.
- Exercici: l'exercici físic pot ser eficaç per reduir els símptomes en la depressió lleu o moderada. Es recomana pràctica d'activitat física, com córrer, caminar, nedar o anar en bicicleta almenys durant mitja hora de

tres a cinc dies a la setmana. Els beneficis clínics són fisiològics, psicològics i de socialització.

- Culpabilitat enfront de responsabilitat: el model biològic de la malaltia mental resulta molt útil perquè el pacient compregui el que li passa i, sobretot, que ell no és culpable d'estar deprimat. Sense que això vulgui dir que no és molt important que el pacient assumeixi la responsabilitat en el maneig de la seva salut, en funció de les seves possibilitats (com en altres malalties cròniques).
- Autoestima: estratègies per restablir la confiança en un mateix a partir de «petites accions reeixides» que hauran de ser adequadament valorades pel pacient i el seu entorn.

## Mòdul 4. La família i gent propera

L'ajuda de familiars i amics, la seva cooperació i acompanyament poden ser molt útils per millorar el tractament. La parella, el familiar o la persona pròxima al malalt deprimat hauria de formar part de l'«equip terapèutic» i en una intervenció psicoeducativa hauria de rebre assessorament i suport per exercir aquest paper de manera adequada i eficaç.

D'altra banda, els efectes «perniciosos» de la depressió no es limiten al mateix pacient, sinó que s'estenen al seu entorn familiar, social, laboral... Justament la família constitueix el primer cercle al voltant del pacient amb depressió que pateix les conseqüències «delegades» del trastorn.

Què no ha de fer la família?

- Excloure la persona deprimida dels assumptes del dia a dia de la família.
- Alliberar el pacient deprimat de totes les seves tasques.
- Culpar o criticar el familiar deprimat pel seu comportament.
- Autoculpar-se per la malaltia del familiar.

Què pot fer la família?

- Reconèixer la persona deprimida com a malalta.
- Donar suport per a una adequada adherència al tractament.
- Fomentar un estil de vida sa: exercici físic, no ingesta d'alcohol, alimentació, son.
- Comentar amb el metge o infermera l'evolució.
- Reconèixer que la família passarà una època de tensió.

# **Annex I**

## **Mòdul de depressió major de l'entrevista MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)**

## Episodi depressiu major

(→ Significa: anar a les caselles diagnòstiques, encercclar els NO a cadascuna i continuar amb el següent mòdul)

A1	En les últimes 2 setmanes, s'ha sentit deprimat o decaïgut la major part del dia, quasi tots els dies?	NO	SÍ	1
A2	En les últimes 2 setmanes, ha perdut l'interès en la majoria de les coses o ha gaudit menys de les coses que habitualment li agradaven?	NO	SÍ	2
HA CODIFICAT SÍ A A1 O A A2?		→ NO	SÍ	
A3	<b>En les últimes 2 setmanes, quan se sentia deprimat o sense interès per les coses:</b>			
a	Va disminuir o va augmentar la gana gairebé tots els dies? Va perdre o va guanyar pes sense intentar-ho (p. ex., variacions durant l'últim mes de $\pm 5\%$ del seu pes corporal o $\pm 8$ lliures o $\pm 3,5$ kg. per una persona de 160 lliures/70 kg)?	NO	SÍ	3
b	Tenia dificultat per dormir gairebé totes les nits (dificultat per adormir-se, es despertava a mitja nit, es despertava aviat pel matí o dormia en excés)?	NO	SÍ	4
c	Quasi tots els dies, parlava o es movia més lentament que de costum, o estava inquiet o tenia dificultats per estar tranquil?	NO	SÍ	5
d	Quasi tots els dies, se sentia la major part del temps cansat o sense energia?	NO	SÍ	6
e	Quasi tots els dies, se sentia culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	Quasi tots els dies, tenia dificultats per concentrar-se o prendre decisions?	NO	SÍ	8
g	En diverses ocasions, va desitjar fer-se mal, es va sentir suïcida, o va desitjar estar mort?	NO	SÍ	9
HA CODIFICAT SÍ EN 5 O MÉS RESPOSTES (A1-A3)?		NO	SÍ	
		Episodi depressiu major actual		
SI EL PACIENT CODIFICA POSITIU PER UN EPISODI DEPRESSIU MAJOR ACTUAL, CONTINUÏ AMB A4, SI NO CONTINUÏ AMB EL MÒDUL B.				
A4	a En el transcurs de la seva vida, va tenir altres episodis de dues o més setmanes, en les que es va sentir deprimat o sense interès en la majoria de les coses i que va tenir la majoria dels problemes dels que acabem de parlar?	→ NO	SÍ	10
	b Ha tingut alguna vegada un període d'almenys dos mesos, sense depressió o sense la manca d'interès en la majoria de les coses i aquest període va passar entre dos episodis depressius?	NO	SÍ	11
		Episodi depressiu major recidivant		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

# **Annex II**

## **Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió**



Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió			
Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Deteriorament de la interacció social	Habilitats d'interacció social Ús de l'assertivitat Relacions amb els altres Utilitza formes/mètodes de resolució de conflictes Implicació social Interacció amb amics íntims Interacció amb veïns Interacció amb membres de la família Participació en activitats d'oci	Potenciació de la socialització Grup de suport Foment de la implicació familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar les activitats socials i comunitàries</li> <li>Remetre el pacient a un grup o programa d'habilitats interpersonals en què pugui augmentar la seva comprensió de les transaccions, si resulta oportú</li> <li>Respondre de manera positiva quan el pacient estableixi contacte amb els altres</li> <li>Animar el pacient a canviar d'ambient, com sortir a caminar o al cinema</li> <li>Derivar-lo a un grup de suport específic</li> <li>Facilitar l'entusiasme i la planificació d'activitats futures per part del/de la pacient</li> <li>Identificar les capacitats i habilitats del pacient juntament amb els membres de la família</li> <li>Identificar la disposició de la família per implicar-se amb el pacient</li> <li>Observar l'estructura familiar i els seus rols</li> <li>Determinar el nivell de dependència respecte de la família que té el pacient, si escau a l'edat o malaltia</li> </ul>

(Continua)

Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)

Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Afrontament inefectiu	<p>Afrontament de problemes</p> <p>Busca informació sobre la malaltia i el seu tractament</p> <p>Utilitza el suport social disponible</p> <p>Utilitza estratègies de superació efectives</p> <p>Refereix augment del benestar psicològic</p>	Augmentar l'afrontament	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la comprensió del pacient del procés de la malaltia</li> <li>• Valorar i discutir les respostes alternatives a la situació</li> <li>• Afavorir situacions que fomentin l'autonomia del pacient</li> <li>• Estudiar amb el pacient mètodes anteriors en el maneig de problemes vitals</li> <li>• Presentar al pacient persones o grups que hagin passat per la mateixa experiència amb èxit</li> <li>• Encoratjar la manifestació de sentiments, percepcions i pors</li> <li>• Ajudar el pacient a resoldre els problemes d'una manera constructiva</li> <li>• Ajudar el pacient a clarificar els conceptes equivocats</li> </ul>

(Continua)

Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)			
Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Incompliment del tractament	<p>Conducta de compliment</p> <p>Confiança en el professional sanitari sobre la informació obtinguda</p> <p>Comunica seguir la pauta prescrita</p> <p>Conducta terapèutica: malaltia o lesió</p> <p>Compleix el règim terapèutic recomanat</p> <p>Equilibri entre tractament, exercici, treball, oci, descans i nutrició</p>	<p>Acord amb el pacient</p> <p>Ensenyament: procés de la malaltia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar amb el pacient els objectius del tractament</li> <li>• Ajudar el pacient a identificar les circumstàncies actuals de l'ambient que puguin interferir en la consecució d'objectius</li> <li>• Ajudar el pacient a identificar fins als més petits èxits</li> <li>• Avaluar el nivell actual de coneixements del pacient relacionat amb el procés de la malaltia depressiva</li> <li>• Descriure els signes i símptomes comuns de la malaltia, si escau</li> <li>• Comentar els canvis en l'estil de vida que puguin ser necessaris per evitar futures complicacions i/o controlar el procés de la malaltia</li> <li>• Descriure el fonament de les recomanacions del control/teràpia/tractament</li> <li>• Instruir el pacient sobre les mesures per prevenir/minimitzar els efectes secundaris de la malaltia, si escau</li> </ul>

(Continua)

## Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)

Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Fatiga	<p>Energia psicomotora</p> <p>Mostra concentració</p> <p>Mostra higiene personal adequada</p> <p>Mostra capacitat per realitzar les tasques diàries</p>	<p>Maneig de l'energia</p> <p>Ajut a l'autocura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afavorir l'expressió verbal dels sentiments sobre les limitacions</li> <li>• Determinar les causes de la fatiga (tractaments, dolor i medicaments)</li> <li>• Afavorir l'activitat física (deambulació o realització d'activitats de la vida diària, coherent amb els recursos energètics del pacient)</li> <li>• Ensenyar tècniques d'organització d'activitats i gestió del temps per evitar la fatiga</li> <li>• Ajudar el pacient a limitar el son diürn proporcionant activitats que fomentin estar despert de manera plena, si escau</li> <li>• Comprovar la capacitat del pacient per exercir autocures independents</li> <li>• Proporcionar ajuda fins que el pacient sigui totalment capaç d'assumir les autocures</li> <li>• Encoratjar la independència, però intervenint si el pacient no pot realitzar l'acció concreta</li> <li>• Establir una rutina d'activitats d'autocures</li> </ul>

(Continua)

Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)			
Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Baixa autoestima	<p>Autoestima</p> <p>Verbalització d'autoacceptació</p> <p>Acceptació de les pròpies limitacions</p> <p>Sentiments sobre la seva pròpia persona</p>	<p>Potenciació de l'autoestima</p> <p>Reestructuració cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar les frases del pacient sobre la seva pròpia vàlua</li> <li>• Animar el pacient a identificar les seves virtuts</li> <li>• Mostrar confiança en la capacitat del pacient per controlar una situació</li> <li>• Ajudar a establir objectius realistes per aconseguir una autoestima més alta</li> <li>• Explorar les raons de l'autocrítica o culpa</li> <li>• Recompensar o lloar el progrés del pacient en la consecució d'objectius</li> <li>• Ajudar el pacient a canviar afirmacions (autoafirmacions) irracionals induïdes per afirmacions (autoafirmacions) realistes</li> <li>• Assenyalar els estils de pensament disfuncionals (pensament polaritzat, generalització exagerada, magnificació i personalització)</li> <li>• Ajudar a identificar l'emoció dolorosa (ira, ansietat i desesperança) que està sentint</li> <li>• Ajudar a identificar els factors estressants percebuts (situacions, successos i interaccions amb altres persones) que contribueixen a l'estat d'estrès</li> </ul>

(Continua)

## Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)

Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Ansietat	<p>Autocontrol de l'ansietat</p> <p>Planeja estratègies per superar situacions estressants</p> <p>Utilitza tècniques de relaxació per reduir l'ansietat</p> <p>Refereix dormir de manera adequada</p> <p>Refereix absència de manifestacions físiques d'ansietat</p>	<p>Disminució de l'ansietat</p> <p>Tècnica de relaxació</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoltar amb atenció</li> <li>• Animar la manifestació de sentiments, percepcions i pors</li> <li>• Establir activitats recreatives encaminades a la reducció de tensions</li> <li>• Ajudar a identificar les situacions que precipiten l'ansietat</li> <li>• Administrar medicaments que redueixin l'ansietat, si estan prescrits</li> <li>• Asseure's i parlar amb el pacient</li> <li>• Afavorir una respiració lenta, profunda, de manera intencionada</li> <li>• Reafirmar el pacient en la seva seguretat personal</li> <li>• Instruir el pacient sobre mètodes que disminueixin l'ansietat, si escau</li> </ul>

(Continua)

Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)			
Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
Afflicció crònica	<p>Autocontrol de la depressió</p> <p>Identifica factors precursors de depressió</p> <p>Refereix dormir de manera adequada</p> <p>Refereix millora de l'estat d'ànim</p> <p>Pren la medicació prescrita</p> <p>Manté la higiene personal</p> <p>Esperança</p> <p>Expressió de ganes de viure</p> <p>Expressió de raons per viure</p> <p>Expressió de sensació d'autocontrol</p>	<p>Suport emocional</p> <p>Control del humor</p> <p>Donar esperança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar amb el pacient què ha desencadenat les emocions</li> <li>• Animar el pacient que expressi els sentiments d'ansietat, ira o tristesa</li> <li>• Afavorir la conversa o el plor com a mitjà de disminuir la resposta emocional</li> <li>• Determinar si el pacient presenta riscos per a la seguretat de si mateix i dels altres</li> <li>• Posar en pràctica les precaucions necessàries per salvaguardar el pacient i els que l'envolten del risc de danys físics (suïcidis, autolesions, fugides, violència)</li> <li>• Comprovar la capacitat d'autocures (cures, higiene, ingesta d'aliments/liquids, evacuació)</li> <li>• Ajudar el pacient a mantenir un cicle normal de vigília/son (temps de repòs programats, tècniques de relaxació i limitació de cafeïna i medicaments sedants)</li> <li>• Vigilar la funció cognoscitiva (capacitat de concentració, atenció, memòria, habilitat per processar informació i prendre decisions)</li> </ul>

(Continua)

## Pla de cures d'infermeria en el procés assistencial de la depressió (continuació)

Diagnòstics	Resultats/ indicadors	Intervencions	Activitats (cures d'infermeria)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar la reestructuració cognoscitiva, si és possible</li> <li>• Vigilar i fomentar el compliment de la medicació</li> <li>• Informar el pacient i la família sobre els medicaments</li> <li>• Mostrar esperança reconeixent la vàlua intrínseca del pacient i veient la malaltia només com una faceta de la persona</li> <li>• Ampliar el repertori de mecanismes de resolució de problemes del pacient</li> <li>• Evitar disfressar la veritat</li> <li>• Desenvolupar un pla de cures que impliqui un grau de consecució de metes, anant des de metes senzilles fins a d'altres de més complexes</li> <li>• Proporcionar al pacient i la família l'oportunitat d'implicar-se en grups de suport</li> </ul>



