

Vídeo 23. Psicoeducació del pacient amb depressió: el tractament

Narcís Cardoner, Psiquiatre responsable del Procés de Depressió i Ansietat i OSAMCAT, Hospital Parc Taulí

En aquest mòdul es recullen diferents aspectes sobre el tractament de la depressió amb l'objectiu que el professional sanitari pugui proporcionar al pacient amb depressió una informació personalitzada, la qual pugui ser transmesa d'acord a les característiques de cada pacient, les seves necessitats o els dubtes que pugui expressar. La informació s'ha elaborat per a ser exposada de forma individualitzada, adaptant tant els continguts com la profunditat amb què es vulgui tractar el tema en cada cas. S'han abordat diferents aspectes que tracten tant de forma general com més especificada diferents punts rellevants sobre el tractament de la depressió.

L'objectiu és incidir sobre la necessitat de tractar la depressió i sobre l'eficàcia i seguretat de les actuals estratègies terapèutiques de què disposem. Hem volgut exposar les característiques principals dels tractaments i argumentar d'una manera concisa seu paper en el tractament de la depressió. També s'aporta informació que creiem que és necessària traslladar al pacient i que pot afavorir l'adhesió i compliment del tractament (per exemple, aspectes com els efectes secundaris potencials, el temps de latència o les fases i durada del tractament). Amb el mateix objectiu, s'han abordat diferents dubtes i temors que molt freqüentment expressen els pacients amb depressió en relació al tractament, els fàrmacs que s'utilitzen i els seus potencials riscos o efectes.

És necessari tractar una depressió?

La depressió és una malaltia mèdica i com a tal pot i cal tractar-la. La idea que les malalties mentals en general, i la depressió en particular, no tenen tractament, aquest no és efectiu, o que els quadres depressius poden resoldre espontàniament, o gràcies a l'esforç o la «força de voluntat» són opinions errònies que, encara avui en dia, són acceptades comunament per un nombre important de persones en la nostra societat. És molt rellevant aclarir aquest punt, ja que és freqüent que el propi pacient o els seus familiars i amics comparteixin aquesta creença. El aportar informació apropiada i clarificadora sobre la importància i eficàcia del tractament de la depressió és determinant i pot reduir el malestar, disminuir els sentiments de desesperança, de autoretret o culpa que pugui presentar el pacient, a més de reforçar la decisió del pacient d'iniciar el procés terapèutic i afavorir la seva posterior adhesió i compliment del mateix. En l'actualitat disposem d'un ampli nombre d'opcions terapèutiques que han mostrat ser eficaces en la millora dels símptomes que pateixen els pacients amb depressió. És important destacar que, al contrari del que moltes persones pensen, l'evolució natural de la depressió no és solucionar-se de forma espontània. En algunes ocasions, especialment en les depressions d'intensitat lleu o moderada, la simptomatologia depressiva podria tendir a desaparèixer sense tractament, però els símptomes es prolongaran durant més temps i el pacient patirà de forma innecessària. Sense un tractament correcte, la depressió tendeix a seguir el seu curs natural, i en molts casos depressions que no eren particularment greus poden complicar-se, o es converteixen en estats on persisteixen part dels símptomes sense arribar a resoldre;

en aquestes situacions, tot i que la intensitat o el nombre dels símptomes de la depressió s'ha reduït, la malaltia persisteix de forma mitigada i fa que la persona no arribi a trobar-se bé, o no aconsegueixi sentir-se tal com era abans de patir la depressió. És a dir, hem d'explicar al pacient que el risc que una depressió evolucioni negativament s'incrementa de forma molt marcada quan no rep un tractament o aquest tractament no és l'adequat. També hem d'aclarir que quan parlem d'una evolució negativa ens estem referint a que la depressió persisteixi i es faci crònica, el que condueix a una major interferència en la vida familiar, social i laboral del pacient, a més de repercutir negativament en altres aspectes de la salut. També hi ha la possibilitat que la depressió es faci més greu, pugui complicar-se, s'incrementi el risc de suïcidi o requereixi una hospitalització.

Per què un tractament farmacològic?

En l'actualitat s'entén a la depressió com una malaltia complexa en l'origen intervenen diferents factors, els quals mantenen múltiples interaccions entre si. No tots els factors influeixen en la mateixa mesura en cada pacient amb depressió, però podem distingir de forma molt global entre un ampli grup de factors que provenen de l'entorn o ambientals i altres biològics relacionats amb la base genètica de cada individu. És important assenyalar que la depressió sorgeix fruit de la interacció d'aquests factors, i es considera que en cada individu la importància de cada un d'aquests factors pot ser diferent. És a dir, en uns casos la influència dels factors ambientals serà més determinant, mentre que en altres ho seran els factors biològics. D'això es deriva que el tractament de la depressió podrà incidir sobre els dos aspectes, donant-los un major o menor pes segons cada cas, però sempre considerant en conjunt. Entre els factors ambientals incloem diferents situacions o esdeveniments que poden comportar una major o menor intensitat d'estrès, i que inclourien circumstàncies com la mort o la malaltia d'una persona propera, els problemes familiars, laborals o econòmics. Aquests factors freqüentment inclosos dins dels factors psicosocials produiran diferents graus de malestar i patiment a cada persona d'acord a la seva gravetat, persistència i diferents determinants psicològics, que inclourien factors com la personalitat o les creences de cada individu. En molts casos la depressió associada a aquest tipus de factors pot beneficiar-se de tractaments que incloguin abordatges psicològics i socials. Dins dels factors biològics, incloem els aspectes genètics, que determinen la nostra vulnerabilitat a la depressió i que s'expressen en una sèrie de canvis fisiològics, els quals es tradueixen en alteracions de la resposta hormonal (hormones com, per exemple, el cortisol), del sistema immunològic (substàncies com les citoquines, que regulen la comunicació entre les cèl·lules i participen en la resposta de defensa o immune) i del funcionament dels neurotransmissors (missatgers químics que transmeten la informació entre les diferents cèl·lules nervioses). En el seu conjunt, tots aquests canvis repercuteixen en el funcionament global del nostre organisme i especialment en el funcionament cerebral, que pot traduir-se en la majoria dels símptomes que caracteritzen la depressió. És a dir, és important que el pacient compregui que aquests canvis fisiològics donen lloc a les manifestacions clíniques de la depressió, provocant els símptomes de tipus emocional, com la tristesa o l'ansietat, o les alteracions cognitives, com les dificultats en l'atenció, concentració o memòria, o els símptomes físics o somàtics, com el dolor, la falta de gana o l'insomni. En l'actualitat, disposem de fàrmacs que ens permeten actuar sobre part d'aquests canvis

biològics que acompanyen la depressió amb l'objectiu de revertir-los i, per tant, alleujar els símptomes que caracteritzen els quadres depressius fins a aconseguir la recuperació del pacient. Per tant, és important aclarir al pacient que la principal raó que justifica utilitzar fàrmacs en el tractament de la depressió és, precisament, incidir sobre tots aquests canvis biològics i intentar-los compensar o normalitzar.

Què són i què no són els antidepressius?

Perquè el pacient amb depressió pugui entendre què són els antidepressius i per què poden ser útils en el tractament de la depressió, cal que tingui un coneixement general de com les cèl·lules nervioses es comuniquen entre si. Dins del cervell hi ha gran nombre de cèl·lules nervioses, les anomenades neurones. La informació passa d'una neurona a una altra mitjançant uns missatgers químics anomenats neurotransmissors. La informació transmesa pot estar relacionada amb les emocions, la motivació, la gana, el dolor, la temperatura corporal o altres moltes funcions de rellevància per a l'organisme. El tipus d'informació enviada dependrà de quin grup de neurones s'activa i en quina part del cervell ho fan. El missatge passa des de la neurona que l'envia a la neurona receptora gràcies al neurotransmissor. Els neurotransmissors surten de l'interior de les neurones i entren en un espai de contacte entre neurones anomenat espai sinàptic o sinapsis. Els neurotransmissors s'uneixen a continuació a una proteïna receptora o receptor situat a la neurona receptora per transmetre la informació. un cop que els neurotransmissors han enviat la seva informació, poden ser reabsorbits per la neurona mitjançant unes proteïnes que s'encarreguen de captar-los (proteïnes transportadores) en un procés anomenat recaptació. La recaptació permet que els neurotransmissors puguin ser reutilitzats, emmagatzemats o eliminats. Des dels anys 50 del segle passat s'utilitzen fàrmacs per al tractament de la depressió el mecanisme d'acció es basa en la modificació de l'activitat d'un tipus concret de neurotransmissors molt importants en la regulació de la conducta emocional, les anomenades «monoamines», que constitueixen el grup principal de neurotransmissors del sistema nerviós i inclouen neurotransmissors com la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Els baixos nivells de les monoamines en la sinapsi s'han associat amb símptomes propis de la depressió com la tristesa, l'ansietat o la manca de motivació. Els medicaments utilitzats per tractar la depressió actuen augmentant la quantitat de neurotransmissors disponibles, principalment impedit la seva recaptació per la pròpia cèl·lula nerviosa o bé impedit que actuïn sobre determinades proteïnes receptores o receptors. És important saber que l'efecte del neurotransmissor varia segons sobre el tipus de receptor en el qual actui: mentre que en alguns provoca efectes favorables que utilitzem per tractar els símptomes de la depressió, per contra, l'activació d'altres receptors produeixen efectes oposats o indueixen efectes secundaris no desitjats. Per això, molts antidepressius tenen un efecte beneficiós sobre la depressió en bloquejar l'acció del neurotransmissor sobre un receptor associat amb efectes no desitjables. D'altra banda, altres receptors actuen disminuint l'alliberament de diferents neurotransmissors, el seu bloqueig per determinats antidepressius afavorirà el seu alliberament. Des dels primers fàrmacs utilitzats en el tractament de la depressió, com els antidepressius tricíclics o els inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO), que eren antidepressius efectius però associats a efectes secundaris i d'un ús relativament complex, la investigació continuada ha permès el desenvolupament de nous antidepressius d'utilització més senzilla, conservant una eficàcia elevada i amb efectes

secundaris cada vegada més escassos. Els antidepressius actuals tenen les següents característiques: són fàrmacs eficaços, la seva forma d'administració és còmoda, són segurs, és a dir, els efectes secundaris que presenten són escassos i de poca intensitat, a més s'associen a molt poques interaccions, és a dir, es poden prendre en combinació amb pràcticament qualsevol altre medicament. Podem agrupar els antidepressius en diferents tipus en funció de sobre què neurotransmissor actuen i com ho fan.

A més dels antidepressius, és possible utilitzar altres psicofàrmacs en el tractament dels pacients amb depressió. En molts casos és possible afegir fàrmacs que completen l'acció del fàrmac antidepressiu, en actuar sobre símptomes concrets que no han quedat resolts amb el fàrmac inicial, com l'insomni o l'ansietat. Per a aquesta finalitat és freqüent utilitzar fàrmacs com les benzodiazepines (per exemple, diazepam o alprazolam), que tenen un efecte sobre l'ansietat (ansiolític) o milloren el son (hipnòtic), però que no presenten acció antidepressiva. En altres ocasions, especialment en els casos en què la depressió no millora amb un determinat antidepressiu, poden afegir fàrmacs que, tot que de forma aïllada no presenten acció sobre la depressió o aquesta és feble, a combinar-los amb un fàrmac antidepressiu poden incrementar l'efecte d'aquest sobre la depressió. La combinació de fàrmacs o d'antidepressius constitueix una estratègia en el tractament per a molts pacients depressius que no han respost a una primera opció terapèutica. Aquesta estratègia busca ampliar o completar el mecanisme d'acció, així com incidir sobre símptomes específics no coberts pel fàrmac inicial. Finalment, cancel·lar possibles efectes secundaris induïts pel tractament antidepressiu inicial pot fomentar que el pacient s'adhereixi millor i no mostri dubtes sobre la idoneïtat del mateix. En aquest cas és freqüent associar fàrmacs com el carbonat de liti o fàrmacs com la quetiapina, segons les característiques de cada pacient i l'experiència del professional.

Expectatives i objectius del tractament

En l'actualitat, l'objectiu principal del tractament de la depressió és aconseguir que el pacient es lliure completament dels símptomes que pateix. És a dir, aconseguir la remissió completa de la clínica, tenint en compte que la remissió es refereix a l'absència de signes o símptomes de la malaltia. El tractament hauria d'aconseguir reduir progressivament els símptomes depressius fins que el pacient recuperi el seu estat habitual, és a dir, l'estat previ al desenvolupament de la malaltia. Per tant, hem de transmetre amb claredat que l'objectiu del tractament seria tornar a ser com abans de l'inici del quadre depressiu; en aconseguir la remissió, no hauria de distingir-se al pacient que va estar deprimat del que mai ho ha estat. No obstant això, tot i que es considera que la remissió és l'objectiu estàndard de tractament per a la depressió, alguns dels pacients no aconsegueixen aquest objectiu. El grau de millora que s'obté després del tractament antidepressiu pot classificar-se en quatre nivells, de menor a major millora. En un primer nivell podem incloure alguns casos en què el pacient no experimentarà cap grau de millora; en un segon nivell vam detectar que hi ha una lleugera millora però aquesta és escassa; en un tercer nivell inclouríem als pacients que presenten una resposta favorable al tractament antidepressiu però encara hi ha símptomes, és a dir, el tractament ha estat útil o eficaç, encara que no completament, en aquest cas considerem que els pacients han mostrat una «resposta» a tractament; finalment, un quart nivell que es referiria a l'objectiu ideal del tractament, en què els pacients obtenen una millora completa o remissió de la depressió. Es considera que

després d'un primer tractament amb un fàrmac antidepressiu, entre un 60 i un 70% dels pacients presenta resposta al tractament, després d'unes 6 a 8 setmanes successives de prendre aquest fàrmac. Si considerem el nombre de pacients que obtenen remissió, el percentatge es redueix al 30 o 40%, en el mateix període de temps. No obstant això, si es perllonga el tractament antidepressiu, optimitzant el tractament actual o utilitzant nous tractaments, s'ha demostrat que fins a un 70% dels pacients arribarà finalment la remissió. Aquest fet demostra la importància que té per al pacient seguir amb el tractament i assajar noves opcions terapèutiques, tot i que inicialment no s'hagi obtingut una millora suficient de la clínica. Transmetre aquesta idea és important, atès que evita que molts pacients es sentin desmoralitzats per la falta de millora i redueix el risc de l'abandonament del tractament per aquest motiu. Un altre aspecte molt important a tenir en compte és el grau de funcionament que arriba al pacient després del tractament. La situació ideal seria aconseguir que el pacient recuperi completament el seu rendiment en totes les esferes de la seva vida, incloent el seu funcionament familiar, social i laboral. Pot donar-se en ocasions la situació de que tot i que els símptomes depressius hagin desaparegut per complet, la persona no tingui el mateix rendiment que presentava abans de la depressió. En moltes ocasions aquesta situació s'ha de tenir en compte i plantejar en quina mesura el tractament pot optimitzar-se, en moltes ocasions s'ha de tenir en compte que altres aspectes relatius a l'entorn poden estar interferint i generant sentiments de malestar i insatisfacció que el pacient pot identificar amb els símptomes depressius. Per exemple, és freqüent que puguin existir o mantenir situacions de conflicte o problemes familiars, econòmics o laborals que generen malestar i descontent al pacient, sentiments que poden confondre amb la clínica depressiva. En aquests casos, l'ajuda psicoterapèutica o social pot millorar, en part, aquesta vivència. És important, per tant, ajudar a distingir al pacient que les alteracions en el seu funcionament poden ser susceptibles de ser abordades mèdicament o bé respondre a un altre tipus d'estratègies.

Seguiment

Després d'iniciar el tractament és important que es faci un seguiment regular de cada cas. Un tractament adequat de la depressió comporta diferents elements que un seguiment clínic adequat pot garantir. En primer lloc, les visites successives de seguiment poden permetre el control evolutiu de la malaltia, és a dir, aprofundir més en el coneixement de la malaltia del pacient i detectar la presència de canvis clínics o l'absència dels mateixos amb la finalitat de realitzar les modificacions adequades en el tractament. És comú que s'hagin d'ajustar les dosis dels fàrmacs d'acord al nivell de resposta; els fàrmacs utilitzats en el tractament de la depressió realitzen el seu efecte en un rang de dosis determinat (taula 2) i moltes vegades és necessari modificar la dosi per obtenir l'efecte terapèutic adequat. En altres ocasions, si l'evolució de la depressió ho fa necessari s'hauran assajar noves estratègies; en aquest punt es poden utilitzar diferents opcions a més de l'increment de la dosi, com la substitució de l'antidepressiu per un fàrmac diferent, amb un perfil d'acció diferent, o la combinació de diferents fàrmacs per ampliar el mecanisme d'acció i obtenir una resposta més òptima. De la mateixa manera, els canvis clínics evolutius detectats durant el seguiment poden justificar la indicació de tractament psicològic. En altres ocasions, el seguiment permet detectar nous símptomes que poden sorgir, i que han de ser valorats pel metge, qui

podrà avaluar la seva naturalesa; en moltes ocasions poden ser símptomes secundaris a curs de la pròpia depressió o bé ser suggestius de l'evolució cap a un altre trastorn, aquest és el cas dels episodis d'excessiva eufòria que poden aparèixer després d'un episodi depressiu, els anomenats episodis maníacs o hipomaníacs, i que són suggestius de trastorn bipolar, el qual requereix un tractament específic. També cal vigilar l'aparició d'efectes secundaris als fàrmacs utilitzats per al tractament de la depressió. En aquest cas haurà també de valorar la necessitat de realitzar canvis terapèutics adequats a cada cas, que podran incloure la substitució del fàrmac, la combinació de fàrmacs o la modificació de les dosis. Finalment, les visites de seguiment també seran útils per establir la durada del tractament de manteniment i establir un adequat control de les potencials recaigudes.

Període de latència

És important informar el pacient que els fàrmacs antidepressius no exerceixen el seu efecte terapèutic de manera immediata. Els antidepressius es caracteritzen per presentar un període de temps entre que s'inicia la seva presa i comença el seu efecte antidepressiu que s'anomena període de latència de resposta, i que pot variar entre 2 i 4 setmanes. En aquest període és freqüent que el pacient, a més de no notar una millora de la clínica que ha motivat l'inici del tractament, pugui patir els efectes secundaris associats al fàrmac, els quals, a diferència de l'efecte terapèutic, poden aparèixer en les primeres hores després de la presa del fàrmac. Aquest fet pot fomentar que el pacient mostri desconfiança cap a l'eficàcia del tractament i és freqüent que pugui abandonar de forma precoç el fàrmac prescrit. És per tant necessari advertir i informar el pacient d'aquest fet; avisar el pacient que l'efecte antidepressiu pot demorar-evitarà els sentiments de frustració i la desconfiança cap al fàrmac i promourà el compliment i adhesió al tractament. Tenint en compte el període de latència, se sol avaluar la resposta al tractament entre 4 i 6 setmanes, si després d'aquest període no s'observa una millora de la simptomatologia és convenient realitzar modificacions en el tractament per tal d'obtenir la millora.

Dosis utilitzades

Els diferents fàrmacs antidepressius són efectius en diferents rangs de dosi. És freqüent que el tractament s'iniciï a les dosis mínimes efectives i segons l'evolució que segueixi la malaltia aquestes dosis puguin incrementar-se d'acord a la resposta clínica i al rang de dosis recomanat de cada antidepressiu o rang de dosis terapèutiques. És important subratllar al pacient que el rang estableix les dosis en les quals els fàrmacs han demostrat ser efectius i segurs. És important assenyalar que la utilització de dosis per sota de la dosi mínima terapèutica, és a dir, les anomenades dosis subterapèutiques, tot i que en algunes ocasions poden ser útils en el tractament de determinats pacients, en general poden propiciar que el tractament sigui insuficient i incrementen el risc que l'evolució del quadre depressiu sigui negativa, augmentant el risc de recaiguda i de generar quadres crònics. D'altra banda, en alguns casos, pot ser necessari utilitzar dosis superiors a les del rang terapèutic; aquesta circumstància es dona especialment en pacients amb resposta parcial al tractament. En els dos casos la dosificació és una decisió que ha de prendre el metge avaluant l'equilibri entre benefici i risc en cada cas.

Fases / Durada del Tractament d'un episodi depressiu

Distingim diferents fases en el tractament d'un episodi depressiu. La primera fase té com a objectiu el tractament dels símptomes aguts de la depressió, fase de tractament agut, i el seu objectiu principal és aconseguir que el pacient estigui completament lliure dels símptomes que pateix. En segon lloc, el tractament a llarg termini ha de garantir una estabilització d'aquesta remissió que redueixi el risc de recaigudes i recurrències. Per conveni, aquesta segona fase la podem dividir en el tractament de continuació, que seria el orientat a impedir o reduir el risc d'una recaiguda depressiva, que es referiria a la reaparició de la simptomatologia depressiva al llarg dels 6 mesos posteriors a la resolució de la clínica aguda, i parlem de tractament de manteniment, com aquell que redueix el risc de recurrències, és a dir, nous episodis depressius més enllà dels 6 mesos de la resolució de la clínica aguda. La depressió és una malaltia de curs recurrent, això vol dir que després de patir un episodi depressiu hi ha força probabilitats que la malaltia reaparegui de nou. Tot i que aquest fet pot generar cert malestar o preocupació en alguns pacients, ha de ser explicat adaptant la informació a cada cas i sobretot emfatitzant que amb aquesta informació pretenem que conegui millor la seva malaltia i, per tant, augmentem les possibilitats de con seguir un tractament reeixit. S'ha determinat que després de 2 anys d'haver patit un episodi depressiu el risc de patir una nova depressió oscil·la entre un 30 i un 50%; s'ha establert que aquest percentatge s'incrementa fins a un 60% després de 5 anys, i fins a un 80% després de 10 anys. També sabem que el risc d'un nou episodi s'incrementa amb cada episodi que el pacient pateix: la meitat dels pacients amb un primer episodi de depressió tornaran a patir un nou quadre depressiu; s'ha calculat que cada nou episodi incrementa aproximadament en un 20% el risc d'una nova recaiguda. És a dir, després d'un primer episodi de depressió hi ha un 50% de possibilitats de patir un segon episodi depressiu; després de dos episodis depressius, un 70% de patir un tercer, i després de tres episodis depressius més d'un 90% de patir un nou episodi. Tot i que aquestes dades són molt generals i difícils d'aplicar a cada cas individual, el que sí demostren és que la probabilitat de tornar a patir depressió és alta. Un altre fet que ha quedat demostrat en diferents estudis és que les recaigudes de la depressió són més freqüents en els pacients que no han seguit prenent medicació després d'haver recuperat, és a dir, suspendre el tractament tan aviat la persona s'ha recobrat de la depressió incrementa el risc que recaigui i que aquesta recaiguda sigui en menys temps. Aquests fets són els que justifiquen la necessitat de mantenir el tractament de forma perllongada tot i que el pacient es trobi bé. D'acord amb aquestes dades, les recomanacions que seguim són que, després d'un primer episodi, el tractament es continuï durant un període de 6 a 12 mesos. Si la persona ha patit dos episodis depressius s'aconsella mantenir el tractament durant una mitjana de 2 anys. Finalment, si la persona ha patit tres o més episodis depressius es recomana mantenir el tractament de manera indefinida, ja que el risc de presentar una nova depressió es presenta amb altíssima probabilitat. A més de la durada o temps del tractament de continuació i manteniment, un altre punt important és la dosi que s'ha d'utilitzar. Es considera de manera general que el tractament que ha estat útil durant la fase de tractament agut hauria d'utilitzar a la mateixa dosi en la fase de continuació i manteniment; la reducció precipitada de dosi també s'ha associat a un major risc de recaiguda o de presentar un nou episodi de depressió.

Efectes adversos

En la seva majoria, els efectes adversos relacionats amb el tractament antidepressiu són lleus i transitoris, generalment apareixen a curt termini i desapareixen també en poc temps. Solen iniciar-se des del primer dia de tractament i com a molt desaparèixer al voltant de la primera setmana. Són símptomes com sensació de nàusea, malestar gàstric, marejos o cefalea. És important informar el pacient d'aquesta possibilitat, ja que és molt comú

que molts pacients puguin abandonar el tractament motivats per l'aparició dels mateixos. La informació detallada de les seves característiques i de naturalesa lleu i transitòria redueix el risc d'abandonament del fàrmac i també disminueix el grau de preocupació i malestar que pot patir el pacient quan els experimenta. Existeix també un altre conjunt de símptomes d'aparició menys freqüent, en moltes ocasions d'aparició més a llarg termini. Entre aquests símptomes, recollits a la taula, hem de destacar els efectes secundaris sexuals, l'augment de pes (que són efectes més a llarg termini i persistents) o una complicació greu, encara que infreqüent, com la potencial aparició d'ideació de suïcidi. Tot i que la depressió per si sola podria explicar molts dels símptomes de disfunció sexual que apareixen en els pacients depressius, és important que informem de que el tractament amb fàrmacs antidepressius pot afavorir el seu desenvolupament o la persistència d'aquests símptomes. És freqüent que molts pacients detectin un empitjorament de la seva funció sexual que relacionen de forma molt clara amb l'inici del tractament antidepressiu i que pot persistir tot i la millora de la resta de la simptomatologia depressiva. Els antidepressius s'han associat a diferents alteracions de la funció sexual, són freqüents la disminució del desig i l'excitació sexual i problemes en l'orgasme. De fet, els efectes adversos sobre la funció sexual poden considerar-se com uns dels efectes secundaris associats amb més freqüència als antidepressius i poden originar un marcat malestar en el pacient i en la relació de parella. Hem de tenir en compte que la presència d'aquest tipus d'efectes adversos constitueix un dels principals motius d'abandonament o de no adhesió al tractament antidepressiu. Quan ens trobem davant d'un pacient amb trastorn depressiu és important realitzar una correcta valoració de la funció sexual. Cal determinar els nivells d'activitat sexual prèvia i avaluar la repercussió de la malaltia depressiva en l'activitat sexual del pacient; aquesta valoració ens permetrà valorar el paper del tractament antidepressiu. Quan els símptomes de disfunció sexual són molt rellevants, és important abordar-los, informant al pacient que són alteracions reversibles i que poden mitigar en el transcurs del tractament o quan es pugui retirar el tractament. Quan no és recomanable la retirada del tractament si la interferència de la disfunció sexual és molt rellevant, podem informar sobre diferents possibilitats per abordar aquest problema. Hi ha la possibilitat, en alguns casos, de substituir el fàrmac per un altre amb menor incidència d'efectes secundaris sexuals; hem d'informar que, tot i que aquesta possibilitat pot ser efectiva, està associada al risc de recaiguda, atès que no es pot garantir que el nou antidepressiu sigui igual d'efectiu que el previ. Podem informar el pacient sobre les possibilitats o alternatives, com l'associació d'altres fàrmacs o la supressió o reducció transitòria (per exemple, durant el cap de setmana) del fàrmac antidepressiu. Totes aquestes alternatives han de discutir-se amb el pacient i valorar els riscos i beneficis en cada pacient, d'acord a la seva situació clínica. En la majoria de prospectes de medicaments antidepressius apareix com a advertència la possibilitat de l'aparició d'idees o conductes de tipus suïcida en relació al tractament amb el fàrmac

antidepressiu; aquest advertiment presenta una especial rellevància en nens i adolescents. El fet que aparegui en molts dels prospectes pot generar preocupació i reticències cap al tractament en molts pacients. Aquesta alarma es basa en l'anàlisi d'alguns estudis sobre l'ús d'antidepressius en nens i adolescents, que suggerien que els nens o adolescents tractats amb antidepressius presentaven un risc lleugerament més gran que els tractats amb placebo (medicament amb aspecte similar al antidepressiu però sense efecte) de presentar idees i conductes suïcides. És important saber que tot i que no hi va haver casos de suïcidis consumats, el percentatge d'idees i conductes de tipus suïcida era major en els pacients tractats amb antidepressius, un 4%, respecte als tractats amb placebo, un 2%. En realitat es tracta d'un risc baix, només lleugerament superior en els pacients tractats amb antidepressius. En realitat es tracta d'un risc baix, només lleugerament superior en els pacients tractats amb antidepressius. És important transmetre que l'opinió general dels clínics és que els beneficis associats al tractament antidepressiu sempre superen els riscos. De fet, altres estudis han demostrat que des que es prescriuen antidepressius han disminuït dràsticament les taxes de suïcidis consumats. No obstant això, es suggereix que el risc d'idees o conductes de tipus suïcida, si apareixen, ocorren al principi del tractament (primers dies o setmanes), i semblen associar-se amb l'augment de l'activació o la inquietud del pacient. L'opció més adequada és tractar de detectar aquests canvis en el comportament, especialment en l'inici del tractament, i consultar amb el seu metge. Un altre aspecte que preocupa a molts pacients és el potencial efecte dels antidepressius sobre el pes. Durant el tractament antidepressiu pot produir augment de pes, que pot explicar-se per diferents factors. En primer lloc, hem de destacar que el propi estat depressiu pot afavorir l'augment del pes a causa de la inactivitat i el retraïment que freqüentment presenten els pacients depressius. En segon lloc, és freqüent que el pacient recuperi el pes perdut durant la depressió, és a dir, la millora de la clínica comporta una normalització del pes i la gana. En tercer lloc, s'ha descrit que alguns antidepressius presenten un efecte directe sobre el metabolisme i els dipòsits de greixos, i que també poden incrementar la gana per un bloqueig de receptors específics, com la histamina. Els tractaments amb antidepressius, en ser tractaments llargs, es pot anar augmentant de pes, lenta però progressivament. No obstant això, aquesta tendència és reversible i desapareix quan s'interromp el tractament. No obstant això, una dieta equilibrada i una activitat o exercici físic regular són hàbits que, a més de presentar un efecte favorable sobre l'estat de salut, poden ser eficaços en el control i reducció del pes.

Retirada de la medicació

La retirada o suspensió del tractament antidepressiu no és recomanable realitzar-la de forma brusca. Quan l'evolució del quadre justifiqui la retirada del fàrmac, l'adequat és realitzar la reducció progressiva de la dosi. El temps en què s'ha de reduir és variable i dependrà de la situació clínica de cada pacient i del motiu pel qual s'hagi decidit la supressió del fàrmac. En general s'aconsella que sigui gradual, en períodes que oscil·len des de 2 setmanes fins a diversos mesos. Una situació que passa amb relativa freqüència en el transcurs del tractament antidepressiu, ja que pot afectar aproximadament a un 20% de les persones quan deixen de prendre un antidepressiu, especialment si ho fan de forma brusca, és la denominada síndrome de discontinuació. Aquest conjunt de símptomes inclou mal de cap, mareig, sufocacions, nàusees,

inquietud, sensació de esponjament en alguna extremitat (formigueig, com quan se'ns queda adormida una cama) o diarrea. És important que advertim al pacient d'aquesta possibilitat, davant la probabilitat de l'oblit de la presa del fàrmac o davant abandonaments del tractament, però també especialment quan estigui previst retirar el fàrmac. Per regla general, aquests símptomes solen ser lleus i d'inici ràpid després de la supressió brusca del fàrmac. L'aparició dels símptomes sol produir ja en el primer o segon dia després d'haver deixat de prendre el fàrmac. Normalment, desapareix per si sol en 3 o 4 dies, encara que en alguns pacients pot prolongar-se durant 1 o 2 setmanes. Una idea molt important que hem de transmetre és que la síndrome de discontinuació no té res a veure amb una recaiguda de la depressió. En primer lloc, els símptomes propis de la recaiguda són diferents al de la síndrome de discontinuació; a més, l'efecte de l'antidepressiu es perllonga un temps mínim de 3 a 4 setmanes, és a dir, si es produeix una recaiguda, aquesta és esperable que aparegui almenys 1 mes després de suspendre el tractament. La síndrome de discontinuació pot aparèixer després de la retirada de pràcticament qualsevol antidepressiu, encara que és més freqüent en els fàrmacs amb vida mitjana curta (fàrmacs que s'eliminen ràpidament de l'organisme). Tot i que normalment no requereix de cap tractament específic, si és molt intens, una possible solució és introduir novament el tractament i, en 1 o 2 setmanes, tornar-lo a retirar, però d'una forma molt més progressiva. En definitiva, el més important és intentar prevenir-lo i recomanar al pacient una retirada progressiva del fàrmac. Per exemple, reduir la dosi a la meitat durant 1 o 2 setmanes i posteriorment retirar completament.

La importància de complir el tractament

És important transmetre al pacient la importància de realitzar un bon compliment del tractament. El fet que el pacient no compleixi amb el tractament prescrit o l'abandoni de forma precipitada és un fet molt freqüent durant el tractament de la depressió. Un fet molt il·lustratiu és que les taxes d'abandonament són properes al 30% durant el primer mes de tractament de la depressió, xifres que ascendeixen fins al 50% als 3 mesos. Hem de transmetre al pacient que l'abandonament i el no compliment del tractament, ja sigui deixar de prendre per complet o reduir la dosi prescrita, afavoreix que la depressió pugui fer-se crònica, o bé persisteixin símptomes que interfereixen en la qualitat de vida del pacient i que puguin incrementar la possibilitat de nous episodis. També insistir que l'abandonament precoç del tractament en els pacients que s'hagin recuperat s'associa a un major risc de recaigudes.

Psicoteràpia

La psicoteràpia és una tècnica terapèutica efectiva que s'utilitza per al tractament de la depressió. La psicoteràpia comparteix objectius amb el tractament farmacològic, en el sentit d'obtenir una millora dels símptomes depressius o reduir el risc de potencials recaigudes. També, els diferents tractaments psicològics poden incidir sobre altres aspectes específics, com a formes d'actuar o pensar, trets de personalitat, disfuncions socials o patrons de relacions personals, que s'han associat a un major risc de depressió o al manteniment dels símptomes depressius. És important tenir en compte que tots dos tractaments, psicoteràpia i tractament farmacològic, no són excloents, és a dir, seguir un tractament no impedeix combinar-ho amb un altre. Tampoc hem de

pensar que tots dos tractaments siguin equivalents, ja que en molts casos el tractament preferent serà el farmacològic i en altres casos el tractament més recomanable serà el psicològic. La valoració de cada cas ha de permetre seleccionar l'abordatge terapèutic més adequat. Els tipus de psicoteràpia més avaluats en el tractament de la depressió són la teràpia cognitivo-conductual i la teràpia interpersonal. La teràpia cognitiu-conductual és un tractament psicològic que ha mostrat una contrastada efectivitat per a l'abordatge de la depressió. La principal idea en què es basa la teràpia cognitiu-conductual és que l'estat d'ànim d'una persona està directament relacionat amb els patrons del seu pensament. Es parteix del fet que quan predomina una forma de pensament negativa i disfuncional, aquesta pot afectar l'estat d'ànim d'una persona, el seu comportament i fins i tot pot influir sobre el seu estat físic. L'objectiu de la teràpia cognitiu conductual és ajudar la persona a aprendre a reconèixer aquests patrons negatius de pensament, valorar en quines mesures són vàlids i aprendre a reemplaçar-los per pensaments més saludables o funcionals. Alhora, també s'ajuda a canviar les conductes derivades d'aquests pensaments negatius. En el seu conjunt, pensaments i comportaments negatius són els que predisposen a l'individu a patir depressió; quan vam aconseguir modificar aquests patrons de pensament i comportament derivats, es normalitza l'estat d'ànim i el pacient es recuperarà de l'episodi depressiu. La teràpia interpersonal és un tipus de tractament per als pacients que pateixen depressió que se centra en la importància de les alteracions en les relacions socials i les interaccions entre les persones com a factors que poden determinar l'inici o el manteniment dels símptomes depressius. Durant el tractament el terapeuta generalment escull problemes en la vida actual del pacient per centrar el tractament. Se centra en quatre àrees potencialment importants: reaccions de dol o pèrdues interpersonals, conflictes en les relacions interpersonals, canvis de rol o paper social (jubilació, atur, divorci). Aquest tipus de tractament pot ser útil per al tractament de depressions en què hi hagi conflictes socials latents o recents, com les dificultats de parella o problemes en l'àmbit laboral.

Creences negatives respecte als fàrmacs antidepressius

La possibilitat que el tractament amb psicofàrmacs en general i entre ells els antidepressius comporti conseqüències negatives constitueix un temor habitual entre la població. La idea que els antidepressius poden provocar efectes secundaris irreversibles sobre la nostra salut, que poden canviar la nostra personalitat o, sobretot, el fet que el seu ús pugui conduir a una dependència constitueixen les creences errònies més freqüents que expressen molts pacients amb depressió o persones pròximes als mateixos. És importants tractar adequadament aquests punts i aportar arguments que els clarifiquin. Aquestes creences negatives no només poden impedir o demorar l'accés dels pacients a un tractament eficaç i segur, sinó que incrementen el risc que el pacient depressiu abandoni prematurament el tractament. Com ja s'ha esmentat, els fàrmacs utilitzats per al tractament de la depressió poden tenir efectes secundaris o adversos. Aquests efectes eren especialment freqüents amb els primers antidepressius, els anomenats antidepressius tricíclics o els IMAO, però, en els antidepressius desenvolupats més recentment aquests efectes són menys habituals i de menor intensitat. Els efectes adversos relacionats amb els antidepressius solen presentar-se en l'inici del tractament i desaparèixer en les primeres setmanes del

mateix; és important aclarir que els efectes adversos a llarg termini no són freqüents i, en general, d'escassa rellevància clínica. Una idea que s'ha de comunicar és que la seguretat dels antidepressius s'ha avaluat en el tractament a llarg termini mitjançant assaigs rigorosos; a més, els professionals disposem d'una cada vegada major experiència en el seu ús clínic que confirma aquesta apreciació. No obstant això, com es recomana durant el tractament amb qualsevol fàrmac a llarg o mitjà termini, en el tractament antidepressiu és també recomanable una supervisió mèdica adequada durant el seu ús; aquest control, si és possible, redueix encara més el risc de qualsevol complicació mèdica. El metge que realitzi el control podrà indicar si són necessaris estudis específics, com les anàlisis clíniques, o d'alertar sobre possibles contraindicacions amb altres tractaments, o la influència de malalties que poguessin desenvolupar-se paral·lelament. Un temor que expressen alguns pacients és que el tractament antidepressiu pugui canviar la seva personalitat. És important puntualitzar que quan parlem de personalitat, ens referim a la manera de ser de cadascú, és a dir, una sèrie de trets persistents que determinen la forma de relacionar-se amb els altres i de percebre l'entorn i d'un mateix. Els tractaments utilitzats en la depressió no modifiquen la personalitat o la nostra manera de ser, sinó que en realitat el que afavoreixen és la seva restitució, és a dir, permeten que el pacient recuperi la seva forma de ser prèvia a l'episodi depressiu. La depressió pot modificar la manera que una persona té de percebre el seu entorn o de relacionar-se a causa de la influència dels propis símptomes depressius. Durant el període en què el pacient està deprimat pot aparèixer una visió negativa d'un mateix o de l'entorn, que pot canviar la manera en què aquest es relacioni amb els altres i afavorir el retraïment. Cal recalcar al pacient que aquest estat no constitueix la seva forma de ser, no és la seva personalitat, sinó un estat fruit de la malaltia. Aquesta distinció pot ser més difícil de realitzar quan la situació s'ha prolongat durant molt de temps i costa distingir entre com es era abans de la malaltia i l'estat conseqüència de la depressió. Quan el tractament és efectiu, el que sol succeir és que la persona torna a recuperar la seva forma de ser, la seva manera de relacionar-se i percebre el món prèvia a la malaltia. És a dir, el tractament antidepressiu no altera o modifica la personalitat del pacient sinó que la restableix.

Tractaments «naturals»

És freqüent que els pacients amb depressió i les persones del seu entorn considerin a les herbes medicinals, o els remeis naturals, com a potencials tractaments de la depressió, i pel fet de ser «naturals» són considerats per tant inofensius. És important tenir en compte que molts pacients no són conscients del potencial risc d'efectes secundaris o interacció amb altres fàrmacs que s'associen a aquests tractaments. És important que informem sobre aquesta qüestió, ja que és comú que molts pacients poden fer ús d'aquests preparats sense informar al metge o professional sanitari sobre la seva utilització. Un altre punt principal que hem de clarificar és que fins al moment hi ha molt poca informació i escassament contrastada sobre la utilitat d'aquests preparats en el tractament de la depressió. A més, és important assenyalar que la majoria de les presentacions que es poden adquirir en el nostre medi no tenen cap tipus de control ni llicència.

Hem d'emfatitzar que sempre és millor consultar al metge sobre qualsevol remei d'herbes o natural que s'està utilitzant o està pensant utilitzar. Potser el preparat del que hi hagi una mica més d'informació és sobre l'herba de Sant Joan o *Hypericum*; els

escassos estudis de què disposem suggereixen que l'herba de Sant Joan pot ser eficaç en el tractament de la depressió lleu i com a molt moderada, però no coneixem prou sobre la dosi o quantitat que s'ha de prendre o quins són els efectes secundaris. És important destacar que no tenim cap prova que aquest remei sigui beneficiós en la depressió més greu, i s'ha d'evitar en ella. Cal que informem que en el nostre medi la majoria de les preparacions d'herba de Sant Joan no tenen llicència, ni han passat per tots els controls que passen els fàrmacs antidepressius «convencionals». Cal que aconsellem al pacient que el seu ús s'ha de realitzar sempre sota supervisió i consell mèdic; l'herba de Sant Joan pot interactuar amb altres medicaments, i produir efectes secundaris greus. Per exemple, alguns medicaments importants poden ser eliminats més ràpidament i, per tant, perdre la seva eficàcia amb conseqüències greus (per exemple, la interacció amb fàrmacs per al tractament de la infecció per HIV pot produir un augment de la càrrega viral, també la ineficàcia dels anticonceptius orals o reduir l'efecte anticoagulant de l'Sintrom[®], que condueix a la trombosi).

Riscos de l'automedicació

És freqüent que els pacients amb depressió puguin recórrer a l'automedicació. L'automedicació comporta diferents riscos. En primer lloc, pot conduir a un tractament erroni o inadequat. Es poden utilitzar fàrmacs que alleugen de forma parcial la simptomatologia però que no tracten el quadre depressiu de forma completa. Aquesta situació comporta un major risc d'una evolució desfavorable del quadre depressiu, fonamentalment cap a formes més greus o cròniques de depressió. És freqüent l'ús de fàrmacs amb efectes ansiolítics o sedants que poden mitigar símptomes freqüents en els quadres depressius, com els símptomes d'ansietat o l'insomni, però que no tracten la depressió de forma integral. En aquest context hem de alertar sobre un altre punt: molts d'aquests fàrmacs amb efectes sedants o ansiolítics, en especial les benzodiazepines, s'associen a un risc no menyspreable de dependència, és a dir, tot i que inicialment poden millorar símptomes, de manera gradual el pacient pot requerir dosis cada vegada més elevades per aconseguir un mínim alleujament dels símptomes i entrar en una dinàmica d'abús o dependència. És també habitual que aquest alleujament simptomàtic també pot buscar-se en altres substàncies com l'alcohol o diferents drogues no legals. La utilització d'alcohol o altres tòxics, de la mateixa manera que l'ús de benzodiazepines, pot considerar-se com una forma d'automedicació, i està associada a un risc incrementat de desenvolupar un trastorn per dependència en el context del quadre depressiu. És molt important evitar la utilització d'aquestes substàncies amb la finalitat de sentir-se millor quan es pateix una depressió: al risc que s'agreugi la depressió, se li suma la possibilitat de desenvolupar un quadre de dependència o abús a aquestes substàncies tòxiques. Un altre important risc vinculat a l'automedicació és el de que sorgeixin efectes adversos greus, intoxicacions o interaccions entre diferents medicaments. Evidentment aquest risc és molt més rellevant en pacients que a més del quadre depressiu pateixen un altre procés mèdic o rebin tractament farmacològic. És important també incidir, com ja hem esmentat, sobre el risc que s'associa a la utilització dels denominats fàrmacs naturals, o alguns remeis tradicionals com la Hypericum o herba de Sant Joan. Cal remarcar que, malgrat el seu origen vegetal, aquests no deixen de ser fàrmacs subjectes a interaccions amb altres medicaments, i especialment amb fàrmacs utilitzats en psiquiatria.

Hospitalitzacions

En la majoria dels casos, la depressió pot tractar-se de manera ambulatoria; no obstant això, en algunes ocasions determinades és preferible realitzar un ingrés hospitalari. Principalment, l'ingrés es realitza en pacients greus que presenten característiques clíniques que fan convenient que el tractament s'instauri amb el pacient ingressat. Aquestes característiques les complirien els pacients depressius amb alt risc de suïcidi, però, és important aclarir que, tot i que hi hagi idees de suïcidi i fins i tot en pacients que hagin realitzat algun tipus de conducta suïcida, no és sempre necessari realitzar l'ingrés; si hi ha un bon suport i contenció per part de la família o l'entorn del pacient, fins i tot en casos amb idees intenses de suïcidi, el tractament pot realitzar-se de forma ambulatoria. Altres casos en els quals es pot requerir un ingrés són amb els pacients amb símptomes psicòtics, o en aquells amb un compromís físic important, per exemple en pacients que hagin reduït la ingesta d'aliments o líquids, també en aquells molt resistents al tractament i que requereixin tractament com la teràpia electroconvulsiva (TEC). Respecte a la TEC, cal dir que es tracta d'un tractament molt segur que s'ha utilitzat durant més de 70 anys per al tractament de la depressió i altres trastorns psiquiàtrics. Consisteix a realitzar l'estimulació elèctrica del cervell al pacient anestesiats amb l'objectiu de provocar de manera controlada convulsions generalitzades. Aquest tractament està especialment indicat en pacients que no han respost a altres tractaments, o en pacients en què altres alternatives de tractament són mal tolerades o poc segures. També s'indica quan les condicions físiques o la severitat del quadre depressiu fan que sigui necessària una recuperació ràpida, com, per exemple, els pacients que es neguen a menjar o beure o els que presenten conductes suïcides greus.