

Els trastorns afectius.

Una realitat del dia a dia

Qui no ha tingut un dia de desconsol, desànim o fins i tot ganes de no fer quelcom? Una nit d'insomni, un dia sense sentir plaer amb el menjar o, simplement, sense poder gaudir de les petites coses quotidianes, com ara un cel blau, l'olor dels pins quan plou, una carícia, un bon llibre o tantes altres coses que tenim tots a l'abast. Fins i tot m'atreveixo a dir: qui no ha pensat mai que no valia la pena continuar vivint, amb aquella desesperació que durant alguns segons sembla irrefutable?

Tots aquests símptomes que som capaços de comprendre, perquè els hem pogut sentir davant un fet puntual, es mantenen dies i dies en els pacients deprimits, que no hi veuen solució, pensen que ningú no els pot entendre i en moltes ocasions, quan s'acosten als metges per demanar ajut, obtenen aquesta resposta de la ciència: "A vostè, el que li convé és distreure's: marxi de vacances, faci més esport, surti a passejar...". Aquests pacients no poden gaudir, han perdut la capacitat d'assaborir la vida, els colors han perdut intensitat i els sons poden ser molestos. Quin consell més decebedor... "Bé, no es preocupi; li demanarem unes anàlisis de sang, potser té alguna malaltia." Amb una mica de sort, un o dos mesos després el pacient torna a la consulta amb l'esperança de trobar una llum que li digui: "Vostè està malalt, així no pot anar a treballar; parlarem amb la seva família, necessita suport". I la majoria de

des, quin és el resultat? "L'anàlítica és normal, quina sort hem tingut!!! Vostè no té res, ja li deia jo que s'havia de distreure..."

Orígen del trastorn

El trastorn afectiu és també una malaltia orgànica, algunes vegades clarament genètica i de ben segur neuroquímica, que afecta un 12,1% de la població*. El diagnòstic és clínic: encara no disposem de tècniques de laboratori capaces d'establir un diagnòstic o una classificació, però sí que tenim criteris diagnòstics reconeguts arreu del món (CIE-10 i DSM-IV) que ens permeten diagnosticar els diferents tipus, definir-ne la gravetat i, a partir d'aquí, aconsellar un tractament.

Pel volum de demandes que arriben a la meua taula, crec que molts dels meus col·legues arriben a fer una aproximació diagnòstica bona i força acurada, però, a las, i el tractament? Què li donarem? El pacient ens demana moltes coses: alguns volen exploracions, d'altres la baixa (alguns molt de temps), després es queixen i tornen; però les famílies també demanen: "No podem més, ingressi'l, diu que es vol matar, no s'aixeca del llit, no vol dutxar-se, tot li és igual, està irritable, es despreocupa dels fills, no podem més". És a dir, tenim una malaltia que afecta el pacient i el seu entorn. Si tot és química, la resposta ha de ser química? Sí, el tractament dels

és farmacològic. Actualment disposem d'un ventall d'antidepressius que permet definir el millor tractament per a cada pacient, cosa que vol dir el que toleri millor, amb una bona resposta, durant el temps necessari i a una dosi terapèutica (no subterapèutica, com s'acostuma a prescriure per por, per desconeixement, etc.).

Tenir en compte l'entorn

Alhora, cal pensar que una malaltia que afecta la família, el treball i la societat en general no pot ser tractada amb la simplicitat d'un "prengui això i torni d'aquí a tres mesos perquè abans no tenim hores de visita". Cal parlar amb el pacient perquè entengui i accepti el que té, però també hem d'intervenir en la família i explicar-li el problema, informar els metges que atenen habitualment el pacient i, quan es fa necessari, ingressar-lo, sigui per canviar-lo d'entorn, o per iniciar tractaments que no es poden fer ambulatoriament.

Per aconseguir que el diagnòstic i el tractament dels trastorns afectius sigui efectiu i ràpid, caldrà millorar la formació de tot el col·lectiu mèdic –en evitació d'exploracions o ingressos a vegades innecessaris– i, al mateix temps, disposar d'equips de psiquiatres i psicòlegs que puguin assumir la demanda que ens fa la població d'una forma global i amb tots els recursos necessaris.

** Estudi dels Trastorns Afectius. Prevalença estimada en un període de 6 mesos. Epidemiological Catchment Area. Robins, 1981. (Depressió major, distímia, trastorn bipolar)*

Pilar de Azpiazu Artigas
Metge adjunt del Servei de Geriatria
Unitat de Psiquiatria Geriàtrica



La Dra. Pilar de Azpiazu.