

# REFLEXIONS SOBRE LA MEDICACIÓ PSIQUIÀTRICA.

AHIR I AVUI.

**Laura Gómez Quijada, psicòloga sanitària col·legiada núm. 22965**

Després de 25 anys treballant amb persones afectades per problemes mentals severs o greus, he volgut fer aquest article per recollir les meves idees basades en la meva experiència.

## 1. Una mica d'història

Al segle XX apareix i es consolida la psiquiatria organicista que defensa l'origen orgànic del trastorn mental. En aquells moments, van començar a aparèixer diferents tractaments mèdics per a "tractar" als pacients. Egas Moniz, per exemple, va introduir la lobotomia, tècnica que mitjançant la secció del lòbul frontal del cervell calmava l'excitació dels malalts. També s'aplicava la teràpia electroconvulsiva (electroxoc), els comes insulínics, les termoteràpies de xoc... A mitjans del segle XX sorgeix un moviment que anava en contra del tracte que s'estava aplicant als pacients, recloent-los a manicomis, marginant-los i exclouent-los de la societat. També reivindicava deixar d'utilitzar les tècniques terapèutiques controvertides i de dubtós resultat aplicades en aquells temps. Estem parlant de l'Antipsiquiatria.

David Cooper, el 1967, proposa el terme d'Antipsiquiatria per a referir-se a un moviment de pensament oposat a mètodes que abolien el "jo" del pacient. El resultat de tot això va ser una corrent que es va desentendre dels tractaments abans comentats. Només persisteix l'electroxoc i la lobotomia, amb indicacions molt limitades, la resta de teràpies han deixat d'utilitzar-se. Aquest moviment va portar a un intent de integració del malalt mental a la societat mitjançant la "desinstitucionalització". El seu efecte va ser el desmantellament massiu dels manicomis en molts països occidentals des de la dècada dels setanta.

A partir de la segona meitat del segle XX, especialment a partir de la dècada dels setanta, apareix el gran enlairament de la indústria farmacèutica amb successives troballes de diferents substàncies que servien per a tractar els diversos trastorns mentals. Així apareix la psiquiatria farmacològica.

## 2. Reflexions al voltant de la psicofarmacologia

### 2.1. *La situació actual en una pinzellada*

La desaparició dels grans manicomis va deixar al carrer a persones amb problemes mentals que portaven anys i anys vivint en els psiquiàtrics. Per tant, es va haver de crear nous dispositius "dins" de la societat per a poder atendre a aquest col·lectiu. L'efecte d'això en l'actualitat és una falta important de places d'hospitalització per a aquells pacients que, ens agradi o no, necessiten de major suport i no poden encara viure dintre de la societat per la gravetat dels seus símptomes. Perquè, vulguem o no, hi ha pacients d'aquest tipus, que, degut a la seva fragilitat, necessiten una atenció professional continuada, al menys durant un temps més o menys llarg. I la realitat és que no hi ha places disponibles per a hospitalització indefinida sense previsió d'alta. Amb això no

vull dir que són casos d'impossible abordatge, sinó que necessiten, en aquests moments, de major intensitat de l'atenció. Aquests pacients acaben amb un munt de professionals intervenint: acompanyants terapèutics, equips d'educadors i treballadors socials, infermers, psiquiatres, professionals de la psicologia i de suport a domicili...

Això, a part de ser una manera d'apedaçar l'atenció, implica utilitzar recursos que serien necessaris per a altres pacients amb un perfil més adequat a aquests dispositius.

A més, també falten recursos rehabilitadors. Per exemple, hi ha una gran manca de places de residència i els pacients que les necessiten estan a l'espera durant anys. Els Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) d'algunes zones estan col·lapsats atenent a un gran nombre de pacients. I no parlem de la falta inquietant de professionals que escoltin el que realment li passa a la persona que tenen davant. Els professionals dels CSMA es dediquen molt més a medicar que a escoltar degut a la pressió assistencial en els últims temps. Tema que s'ha agreujat encara més per la pandèmia.

Semblava que els fàrmacs descoberts eren la panacea, una curació miraculosa per als problemes mentals. I, amb l'entrada progressiva dels fàrmacs i la visió biològica de la salut mental, hi va haver una sortida progressiva de l'acte d'escoltar al pacient. Fins i tot els que creuen en la importància de l'escolta, cada vegada tenen més complicat poder-s'hi dedicar. Amb les retallades econòmiques s'ha retallat també el temps d'atenció. A més, el nombre d'atesos als centres de salut mental ha crescut en els últims temps, sobretot des de la irrupció de la pandèmia. Actualment hi ha molts casos de persones que mai havien tingut problemes de salut mental que comencen a ser ateses psiquiàtricament perquè la seva situació personal i laboral que les fa patir símptomes.

Als serveis, cada vegada que marxa algun professional, se'l substitueix per algú que treballa menys hores. És a dir, creix el nombre d'atesos i disminueix el nombre d'hores d'atenció. Abans de que això es produís la idea d'escoltar poc i receptar ja estava molt present. De fet, els nous especialistes en psiquiatria es queixen que a la universitat no t'ensenyen a escoltar. Del que se tracta és de medicar als pacients per a donar altes hospitalàries el més ràpid possible. I el voler escoltar al pacient els situa lluny del que s'espera en un psiquiatra.

Sí que sembla veritat que amb l'entrada dels primers neuroleptics es va reduir la invasió d'al·lucinacions i deliris que el pacient psicòtic patia. Però també és veritat que van arribar en un moment molt oportú, quan no existia cap tractament mèdic realment eficaç i va aparèixer un gran rebuig als que s'utilitzaven en aquell moment. A part, la premsa també va ajudar a veure aquests fàrmacs com a miraculosos. L'any 1957, un article del *American Journal of Psychiatry* parlava d'un descens dels pacients ingressats, menys necessitat de pràctiques d'aïllament i de subjecció mecànica. La seva conclusió poc sòlida i discutible era que això es devia a l'ús dels antipsicòtics. Però potser es va perdre de vista aspectes molt importants que anteriorment a aquesta dècada imperaven: l'escolta del pacient com persona que pateix. Els primers psiquiatres eren grans investigadors que podien pensar que els símptomes dels pacients eren un enigma a desvelar i que la resposta estava en el seu interior. La manera de poder descobrir-lo només era una: fer parlar al pacient i acompanyar-lo en aquesta investigació.

Els pacients comenten sovint que han anat al psiquiatra i els han canviat la pauta de la medicació sense ni tan sols escoltar-los. Si no s'escolta al pacient difícilment es pot saber què li passa. D'aquí que moltes persones pensin que els psiquiatres i psicòlegs són una espècie d'endevins que, amb la seva mirada omnipotent, poden veure més enllà del que el pacient vol mostrar.

És evident que quan el pacient està en crisi sovint ja no es pot utilitzar el diàleg amb ell. En aquests moments la medicació és pràcticament l'única manera d'abordatge. Qualsevol eina que es tingui a mà és important, però no a qualsevol preu. La medicació ha de ser utilitzada per a intentar pacificar al pacient, però, sovint, l'objectiu no és aquest. Moltes vegades s'intenta fer desaparèixer les al·lucinacions i els deliris. Si s'entén el deliri com a una neorealitat, com l'intent de curació que realitza el psicòtic, com el seu pensament... intentar eradicar-lo amb medicació es anul·lar al subjecte. Si el que es busca és pacificar-lo per a que pugui estar menys envaït, estem en bon camí. Però això resulta el més complicat, medicar i aconseguir l'equilibri és molt difícil.

A més, els pèssims resultats sobre l'anomenada simptomatologia negativa dels psicofàrmacs són evidents. I precisament aquests són els símptomes més incapacitants: la manca de voluntat, d'iniciativa, de desig, d'interès... són els que produeixen que el pacient difícilment pugui tenir una vida normalitzada. Amb els antipsicòtics aquests símptomes no milloren, inclús poden empitjorar.

Molts pacients, tot i ser molt medicats, segueixen delirant i al·lucinant. Fins el punt que un no sap molt bé si li està servint de molt. De fet, en alguns casos la retirada dels antipsicòtics no implica molt canvi en els símptomes del pacient.

## ***2.2 Els efectes secundaris o adversos (Colaterals?)***

Està clar que, al final, el més important és que els professionals siguem ètics en la nostra feina. Perquè sembla que els pacients psiquiàtrics són els únics que no tenen dret a negar-se a prendre la medicació o a "negociar" amb el psiquiatra en funció dels efectes secundaris que li provoca aquesta. No ens enganyem, la medicació psiquiàtrica té efectes secundaris molt greus que poden posar en perill la vida del pacient. Per exemple, amb el Leponex s'ha de fer analítiques per a controlar que els nivells de leucòcits en sang per a evitar que les defenses puguin estar en límits perillosos per a la salut. O el cas del Plenur, amb el que s'han d'analitzar que els nivells de liti estiguin dintre d'uns barems perquè sinó és tòxic per al pacient.

La medicació ha d'estar al servei del pacient per a tranquil·litzar-lo i poder, així, mitjançant la paraula, arribar a la base del problema. Així no queda larvat i no treballat, sinó que es pot desenvolupar per a arribar en un futur a la pacificació del pacient. Es tracta que pugui manejar-se en la vida amb els seus símptomes.

Però també hi ha altres efectes adversos de la medicació que no van en contra de la vida però això no implica que no siguin importants. Els problemes sexuals com la impotència o problemes del desig o de l'ejaculació que produeix en els homes és un dels motius que ells presenten als psiquiatres. Per a un home en edat jove, això és un gran problema.

En el cas de les dones, la medicació sovint és un atac frontal contra la feminitat. Per exemple, l'amenorrea (falta de menstruació) o la galactorrea (secreció de llet dels pits) implica la confrontació sovint de la pacient a la idea d'embaràs, tema totalment "prohibit" social i mèdicament per a una dona amb problemes mentals. També es donen trastorns sexuals com la manca de libido.

A més, hi ha l'efecte secundari d'augment de pes, a vegades espectacular, que xoca de front amb l'autoestima tirant-la pels terres. A més, dels efectes col·laterals d'això contra la salut.

A un pacient que presenta, per exemple, una diabetis secundària a la introducció del Leponex, se li haurà de retirar l'administració d'aquest fàrmac. Però ningú li garantirà que això impliqui la desaparició de la diabetis. Com que és un fàrmac que no pot ser retirat de manera immediata, sinó que s'ha de fer de manera progressiva, el risc és evident.

D'aquí que els pacients més conservats, els que no volen ser un objecte en mans del psiquiatra, comencin un pols dialèctic en el que un bon professional ha d'escoltar i entendre el que el pacient diu i com li afecta a la seva vida, a les seves relacions i en el seu dia a dia. Si això no es fa, es donen casos en els que els pacients acaben acudint a l'empresa privada per aconseguir tenir més poder de decisió sobre el seu tractament farmacològic. Perquè al final, si el professional respecta al pacient i no intenta dominar-lo, si es guanya la seva confiança, ell seguirà el tractament que el psiquiatra prescriu. Es tracta que el pacient senti que té opinió sobre el seu tractament. Seria bo que pogués dir que no a un fàrmac o a tots, i que el psiquiatra fes alguna cosa amb això, que el pacient pogués córrer riscos, previ avís del professional. El tractament farmacològic hauria de ser fruit d'un consens entre pacient i psiquiatra. Perquè el professional sap de fàrmacs, però el pacient sap de la seva subjectivitat, de la seva vida i els seus anhels. Perquè si això no es fa, el que aconseguim és que el pacient retoqui la medicació al seu gust. Potser no prengui algunes pastilles perquè no li agradi els efectes que li produeixin o les prengui com si fossin drogues. No oblidem que certes medicacions, com l'Orfidal o el Rohipnol, són utilitzades pels toxicòmans com a droga. També produeixen, a vegades, intents en solitari del pacient de deixar la medicació que segurament fracassen acabant en una crisi.

La realitat és que la gran quantitat d'efectes secundaris dels psicofàrmacs, en general, produeixen una gran quantitat d'abandonaments del tractament.

Un bon psiquiatra ha d'arriscar i fer un canvi total d'una medicació que no funciona bé en un pacient per a posar-ne una de nova si és necessari. I, si creu en això, fer aquests intents, si cal en contra de l'opinió d'altres professionals o de la família. Això és un acte de valentia. També ha d'ajudar a retirar del tot la medicació si el pacient ho desitja. El psiquiatra ha d'estar a favor del pacient, no a favor de la família, ni del servei en el que treballa, ni de la resta de professionals, ni de les farmacèutiques i els seus visitadors... Si el pacient està implicat tenint capacitat de decisió en el seu tractament, més difícilment l'abandonarà unilateralment. Tots sabem els riscos d'una retirada de fàrmacs abrupta (per exemple, la recaiguda en la malaltia). Quan els efectes indesitjables són superiors als terapèutics, no hi ha dubte que el més lògic és retirar el tractament. Igualment, quan no s'observa cap efecte terapèutic substancial.

La tendència d'alguns psiquiatres a recomanar a les famílies que mediquin d'amagat al seu familiar fomenta la idea delirant de persecució, d'enverinament del menjar... Aquesta posició és totalment contraproduent, augmentant la simptomatologia en lloc de reduir-la.

Les persones amb malaltia mental són dels pocs pacients que poden ser obligats de manera legal a seguir un tractament psiquiàtric no acceptat, a romandre ingressades contra la seva voluntat, mitjançant una ordre d'ingrés involuntari. És a dir, que poden ser obligades a ser injectades amb medicació depot, a rebre electroxoc... Per tant, a rebre el tractament que el psiquiatra decideixi sense necessitar del seu consentiment. I més si estan legalment incapacitades, cosa que fa sovint córrer als professionals per a incapacitar a tort i a dret amb l'excusa de "protegir" al pacient de qualsevol cosa (d'ell mateix, de la família, de la societat...). Evidentment qualsevol tractament sense el

consentiment del pacient tindrà dubtosos resultats. A part, que tampoc queda clar si l'ingrés és pel seu bé o per la tranquil·litat de la família, del psiquiatra, de la societat... per a evitar que succeeixi alguna cosa greu que desperti les alarmes o que impliqui una denúncia legal per a algú.

### ***2.3 Resultats de l'ús de la teràpia farmacològica***

Segons les tesis que avalen les farmacèutiques i la psiquiatria biològica, les malalties mentals produeixen desequilibris en los neurotransmissors cerebrals. Aquests desequilibris en el cas de l'esquizofrènia són bàsicament una hiperfunció dopaminèrgica. En estudis post-mortem s'observa això, però no queda clar si té relació amb el mateix tractament antipsicòtic. En diferents estudis s'ha demostrat que això en realitat no està provat (Moncrieff, 2008). És més, en realitat són invents per a potenciar les ventes de medicaments (Cosgrove, 2012).

Segons els resultats obtinguts en diferents estudis al llarg del temps, la farmacologia millora els símptomes psicòtics d'una tercera part dels pacients podent reprendre la seva vida social o laboral (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2005). Una tercera part, millora però va tenint recaigudes al llarg del temps amb el seu conseqüent ingrés psiquiàtric i necessita del recolzament de recursos especialitzats (Lewander, 1992). Un terç dels pacients no milloren o mostren una lleugera milloria (Meyer y Quenzer, 2005; Kane, 1996).

Seria interessant, provar primer amb tractaments psicosocials amb els pacients. O, com a mínim, combinar els dos tipus de tractaments. No s'ha de donar per fet que tots els pacients psicòtics necessiten un tractament farmacològic ni que aquest hagi de ser permanent i de per vida. Ja que la retirada d'un psicofàrmac sempre és un problema, més gran quant més temps porti el pacient prenent-lo. En alguns casos es dona un augment dels símptomes positius com ara agitació, acatísia i/o discinèsies al fer-ho (Gardos, 1979). I, qui no diu que és el mateix fàrmac el que produeix aquestes dificultats per a retirar-lo?

Per tant, basar-se només en la farmacologia per a tractar als pacients és malgastar els recursos públics cada vegada més escassos. I si, a més, es tendeix a receptar els més cars, pitjor encara. Ja sabem que a vegades es retiren del mercat fàrmacs per la seva baixa rendibilitat econòmica, tot i ser molt eficaces. Això va passar amb el Lorensen, el Eskazine, el Majeptil i el Decentán.

La Sanitat Pública no hauria de permetre l'administració de fàrmacs que, tot i ser moltíssim més cars, no s'ha demostrat encara que siguin més eficaços que els barats. De fet, està clar que un fàrmac més utilitzat, perquè té més anys és sempre més segur donat que s'ha aplicat a més pacients, per tant, se sap més d'efectes adversos que pugui provocar.

Posem l'exemple dels antipsicòtics depot. Simplement observem en l'annex la taula 1 del 2016. Aquí es parla de diners només, el tema que únicament mou a les farmacèutiques, com empreses que només pensen en beneficis i en res més. Sobren les paraules, no hi ha res a afegir.

### ***2.4 La indústria farmacèutica***

Els antipsicòtics de nova generació tenen un preu molt superior. Això ha implicat que augmenti el cost del tractament del pacient. També és veritat que, en certa mesura, està “prohibit” receptar alguns fàrmacs des de la Seguretat Social pel seu elevat cost. Per exemple, el Xeplión. Per un costat, s'intenten receptar els fàrmacs més barats per a reduir el cost d'un tractament que es planteja com a crònic. Això implica receptar fàrmacs genèrics abans que marques comercials.

Quan un fàrmac, després dels diferents assajos, surt al mercat, la farmacèutica té la patent durant un temps limitat. Això fa que durant aquests anys sigui més car i, per tant, per a evitar un excés de despesa s'intenta no receptar-lo als pacients. Transcorregut aquest temps, altres laboratoris ja poden fabricar-lo i ja pot aparèixer el genèric. Aquest implica la baixada del cost i, a partir de la seva aparició, també baixen el preu de la marca comercial. Aquest tema planteja sempre la controvèrsia sobre el perquè és tan car a l'inici i després, quan hi ha competència, es pot baixar el seu preu. Els laboratoris defensen això amb el gran cost que implica la investigació i els drets per a que un fàrmac sigui aprovat per al seu ús mèdic.

S'ha realitzat al llarg del temps una gran quantitat d'experiments per a demostrar que els antipsicòtics atípics són millors en quant a efectes terapèutics i efectes secundaris que els típics. Però en realitat no queda clar que això sigui així, els resultats són contradictoris. Tot i el major cost econòmic dels antipsicòtics atípics, s'ha establert entre els psiquiatres la tendència a receptar-los. Encara està el debat obert per l'elevat cost per al sistema sanitari públic d'aquests tractaments.

Els resultats dels estudis realitzats en general són poc fiables, fàcilment sesgables, de difícil interpretació, amb seguiment de poc temps... A més, es publiquen només alguns d'ells. Com que són subvencionats per farmacèutiques, només surten a la llum els experiments que interessin pels seus resultats (Heres, 2006). S'oculten o emmascaren dades per a demostrar que tal fàrmac nou és millor que un altre anterior.

A finals de 2006 es van donar els resultats de dos estudis no subvencionats per farmacèutiques sinó per fons públics. Un d'ells és dels assajos clínics d'antipsicòtics i l'efectivitat d'intervenció (CATIE) promoguts per l'Institut Nacional de la Salut Mental als EEUU. L'altre és l'estudi de cost-utilitat dels últims fàrmacs antipsicòtics en l'esquizofrènia al Regne Unit (CUtLASS 1). Els dos van donar com resultat que no s'observen diferències significatives entre els resultats dels antipsicòtics atípics i els típics.

Els comitès de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) que creen els criteris diagnòstics dels trastorns mentals (DSM) són una part dels encarregats de crear o ampliar el mercat farmacèutic (Blench, 2005). La indústria farmacèutica crea diagnòstics per a poder vendre els seus fàrmacs. L'ampliació dels límits diagnòstics tipus “trastorn de l'espectre autista” permet medicar a pacients que anteriorment no haguessin estat tractats (Guimon, 2002) (Paula-Pérez, 2012). També, el fet d'incloure com a patològic el que és normal, fent així medicar a persones que no ho necessiten. Això es veu en consulta quan es medica a una persona en dol (per la mort d'un familiar proper, per la pèrdua d'una parella, d'un treball...). O el cas més fragant, de l'ús de psicofàrmacs en nens hiperactius por dèficit d'atenció (Iciarte, 2007).

Sovint, els psiquiatres utilitzen fàrmacs que no són específics per a un trastorn. Segons un estudi, aquesta pràctica aconsegueix entre un terç i dos terços de les prescripcions (Medrano, 2009). Per exemple, és molt típica la utilització d'anticonvulsions per al control d'impulsos i problemes conductuals (Roncero, 2009), encara que se sap que no són eficaços en aquests problemes (Jones, 2011).

A vegades, s'utilitzen dosis que estan per sobre de les recomanades a la fitxa tècnica o s'utilitzen simultàniament diversos fàrmacs amb el mateix mecanisme d'acció, cosa que no té cap suport teòric ni empíric (Correll, 2009). A part de les possibles interaccions i efectes secundaris que això pugui produir, provoquen a la vegada símptomes físics o psíquics que sovint també han de ser medicats (diabetis, hipertensió, hipercolesterolèmia...). Això comporta que s'abandoni el tractament amb més facilitat.

## ***2.5 Els tipus de tractament***

Les últimes tendències són posar medicació injectable depot enlloc de medicació oral. Abans aquesta medicació es deixava per a casos en els que el desordre del pacient, la cronicitat o la manca de suport familiar feia impossible la idea de diverses preses al dia. Actualment es planteja aquest tipus de medicació a pacients autònoms que no tindrien dificultats. Així es fomenta la posició passiva d'anar a posar-se l'injectable una vegada cada certs dies i no la posició activa de prendre-se'l ell mateix. A més, hi ha casos que l'injectable es converteix en un acte intrusiu que és incorporat de manera delirant. El pacient pot pensar, per exemple, que li posen o treuen alguna cosa del cos amb la punxada. També s'ha d'assenyalar que, amb la medicació depot, és més difícil maniobrar davant dels efectes secundaris ja que no es pot retirar la substància del cos fins que aquesta es metabolitza al cap de dies o setmanes. Tampoc es pot modular la dosi tan fàcilment com en la medicació oral.

Molts psiquiatres afirmen que el tractament farmacològic és de per vida... ¿És necessari dir això? A qui li ajuda? Qui sap si això és cert o no? Els efectes d'aquestes afirmacions poden ser devastadors. És trencar-li al pacient la possibilitat d'esperança, de lluita, de treball... Perquè hi ha casos de persones que han deixat de prendre medicació i que inclús han sortit de la xarxa psiquiàtrica. Però aquí també entra en joc la valentia del psiquiatra i la capacitat que tingui d'arriscar.

La medicació ha d'anar ajustant-se al moment del pacient. A l'inici de la primera crisi, segurament, les dosis són més altes però, amb els anys i l'experiència, el pacient té millor maneig dels seus símptomes arribant a discriminar alguns que auguren una futura crisi i així pot evitar-la abans que aparegui. Evidentment quan està en crisi s'augmenta la medicació i, quan el pacient surt de l'ingrés, s'ha d'ajustar per a arribar a la dosi mínima que garanteixi el bon funcionament diari. Però també, amb els anys i el treball per part del pacient, cada vegada es pot anar rebaixant la dosi fins poder prescindir d'ella... Per què no? O hem de pensar en la cronificació de la presa de medicació? Clar que, si només pensem en que els pacients prenen fàrmacs, potser el tractament es queda tan coix que és impossible pensar en deixar de recepat-los. Està més que clar que el cost d'un tractament farmacològic per vida és moltíssim major que pensar en tractaments psicològics, dispositius com centres especials de treball, residències, pisos, serveis de rehabilitació, acompanyants psiquiàtrics... Si es pensa en tot això, crec fermament que és possible que el tractament farmacològic no sigui crònic, sinó una part més del tractament d'una persona amb un problema mental.

A més, el món de la psiquiatria també va a modes. De sobte, a tots els pacients els hi comencen a prescriure un nou medicament miraculós, que sempre diuen que té menys efectes secundaris i és més incisiu sobre els símptomes. No oblidem la moda fa anys del Prozac, medicament que sembla inclús "chic" prendre'l.

## **3. Psicofàrmacs: actuació i efectes adversos**

### 3.1 Neurolèptics o antipsicòtics (veure taula 2)

Són fàrmacs que s'utilitzen bàsicament en el tractament de les psicosis, especialment en l'esquizofrènia i en els episodis maníacs dels trastorns bipolars. Tipus:

- a. Antipsicòtics típics: Apareixen en la dècada dels cinquanta. El primer va ser la clorpromazina.

Actuen sobre el Sistema Nerviós Central, sobretot en l'àrea frontal mesolímbica bloquejant els receptors dopaminèrgics. Això és degut a que els símptomes positius de la psicosi es relacionen amb la hiperfuncionalitat de la via mesolímbica (amb un excés de dopamina). En canvi, els símptomes negatius es relacionen amb una hipofuncionalitat de la via mesocortical. Hi ha altres vies dopaminèrgiques que no estan afectades en la psicosi. La via nigroestriada, que controla els moviments fins y la tuberoinfundibular, amb la que la dopamina inhibeix la secreció de l'hormona de la prolactina. Com els antipsicòtics bloquegen tots els receptors dopaminèrgics, es controla la simptomatologia positiva però apareixen els efectes adversos de bloquejar les vies no afectades: efectes extrapiramidals i hiperprolactinèmia (disminució de la libido, augment i dolor de les glàndules mamàries i secreció de llet fora de la lactància).

Es plantejaven, en el seu moment, com molt eficaços sobre la simptomatologia positiva de l'esquizofrènia, encara que poc efectius amb la simptomatologia negativa. Els seus efectes adversos eren molt importants. Especialment aquests eren els trastorns extrapiramidals que afectaven al moviment, però també alteracions hormonals, cardíaques, metabòliques (augment de pes o alteracions en els nivells de glucosa) i sedació. El més greu era el síndrome neurolèptic maligne que podia afectar a entre un 0,5 i un 1% dels pacients que prenién aquest tipus de fàrmac. Solia afectar més a homes i durant les primeres setmanes de tractament. A partir del mes de tractament era altament improbable. El pacient devia ser atès a l'hospital després d'iniciar-se una sèrie de símptomes: febre alta, rigidesa muscular, alteració de l'estat mental amb confusió i obnubilació, augment de la tensió arterial, taquicàrdia, augment de la sudoració i disrítmia cardíaca.

Tipus d'antipsicòtics típics:

- Fenotiazines:
  - Alifàtiques: Ex. Clorpromazina, Levomepromazina, Trifluoperazina
  - Piperidíniques: Ex. Tioridazina, Periciazina.
  - Piperazíniques: Ex. Trifluoperazina
- Butirofenones: Ex. Haloperidol.
- Tioxantens: Ex. Tiotixeno.

- b. Antipsicòtics atípics: Apareixen en la dècada dels noranta.

La seva acció s'exerceix sobre els receptors dopaminèrgics D2 bloquejant-los. També sobre els receptors de la serotonina, que està associada amb la sensació



de benestar i felicitat. També influeixen sobre els receptors histamínics que s'encarreguen del ritme son-vigília. I sobre els receptors muscarínics, que es creu que poden estar relacionats amb la mania i la depressió.

Són més eficaços, segons sembla, sobre els símptomes positius i negatius. Redueixen els efectes adversos dels anteriors amb una baixa incidència sobre els efectes extrapiramidals, sobre la prolactina i altres hormones. Però presenten altres efectes secundaris també greus, sobretot metabòlics: augment de pes, aparició de diabetis mellitus tipus II, hiperlipidèmia (nivells elevats de lípids en sang), miocarditis, cataractes, efectes sexuals, cardíacs...

Tipus d'antipsicòtics atípics:

- Dibenzodiazepines: Ex. Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.
- Bencisoxazols: Ex. Risperidona.

### 3.2 Antidepressius

Són fàrmacs que s'utilitzen bàsicament en el tractament dels trastorns depressius, d'alguns trastorns d'ansietat, de desordres de la conducta alimentària i d'alteracions del control d'impulsos. No causen hàbit, però la seva supressió brusca pot causar efectes adversos.

Els efectes secundaris que produeixen són empitjorament inicial de la depressió, aparició d'idees de suïcidi, ansietat, agressivitat, mania o hipomania, acceleració de cicles d'ànim alt i baix, aparició d'una psicosi en pacients depressius, son, dolor d'estomac o mal de cap, debilitat corporal o hiperactivitat a la vegada, i disfunció sexual. Augmenten els somnis vívids i els malsons.

Tipus:

- a. Inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO): Són els primers antidepressius que van sorgir. Bloquejaven l'oxidació dels neurotransmissors descomposant-los (dopamina, noradrenalina, serotonina...). Per exemple, el Fenelzine (Nardelcine). Presentaven la possibilitat de reacció brusca hipertensiva perillosa, inclús letal, perquè podia portar a la ruptura d'una arteria cerebral (AVC) si es prenien aliments amb alts nivells de tiramina: formatges madurs, carns curades, extractes de llevats, vi i conserves en vinagre. Tampoc es podia prendre certs medicaments que es venen sense recepta, per la qual cosa, el metge de capçalera devia tenir control de tota la medicació que prenia el pacient.

Produïa efectes secundaris greus com debilitat, marejos, mal de cap, tremolor... Presentava menor quantitat d'efectes secundaris sobre la funció sexual i la libido i una supressió completa de la fase REM de la son. Estan en desús pels seus riscos de mort. No es pot oblidar que els pacients depressius tenen tendència a patir idees de suïcidi i d'autoagressió. Per tant, medicar un fàrmac així pot ser molt perillós.

- b. Tricíclics: Prevenen també la recaptació de neurotransmissors de forma no selectiva. Un exemple seria el Tryptizol. Apareixen majors efectes secundaris que en els nous antidepressius: boca seca, visió borrosa, restrenyiment, dificultat

per a orinar, empitjorament del glaucoma, alteració del pensament, cansament, alteració de la pressió arterial i de la freqüència cardíaca. Suprimeix puntualment la fase REM de la son.

- c. De segona generació: Són els més nous. Es caracteritzen per una menor quantitat d'efectes secundaris i menys probabilitats de patir-los. Inhibeixen les proteïnes transportadores de monoamina de la serotonina, la dopamina, la noradrenalina o de només dos d'elles a la vegada. Així s'inhibeix de forma selectiva la recaptació d'aquests neurotransmissors i augmenta el nivell d'aquests en les sinapsis entre neurones.

La serotonina està associada a la sensació de benestar i felicitat. La disminució de dopamina es relaciona amb la disminució de les endorfines. Tenen a veure amb el plaer, la motivació i el desig. La noradrenalina s'associa amb la motivació i els seus nivells baixos tenen a veure amb la depressió.

Tot i que l'efecte sobre els neurotransmissors apareixen en pocs dies, l'estat d'ànim òptim triga 4 o més setmanes en aparèixer, menys temps que en els anteriors tipus. S'aconsella associar un antidepressiu a un altre fàrmac per a potenciar el seu efecte. Per exemple, amb liti, suplementes d'hormones tiroïdals, antipsicòtics atípics o agonistes de la dopamina. En altres casos, les empreses farmacèutiques han combinat dos fàrmacs per a formar-ne un de nou. Per exemple, a EEUU hi ha un fàrmac anomenat Symbyax que combina Prozac i Zyprexa i que s'utilitza en depressió bipolar.

La classificació d'aquests antidepressius:

- Inhibidors selectius de la recepció de serotonina (ISRS) (*veure taula 3*): S'observa major tendència a l'aparició de disfunció sexual i supressió puntual de la fase REM de la son.
- Inhibidors selectius de la recepció de la dopamina (ISRD): Amineptona, Fenmetrazina, Vanoxerina.
- Inhibidors selectius de la recepció de noradrenalina (ISRN): Atomoxetina, Maprotilina, reboxetina, Viloxazina.
- Inhibidors selectius de la recepció de serotonina i noradrenalina (ISRSN): Venlafaxina.
- Inhibidors selectius de la recepció de dopamina i noradrenalina (ISRDN). Bupropión.

### **3.3 Ansiolítics**

Són fàrmacs que s'utilitzen bàsicament en el tractament de l'ansietat mitjançant una acció depressora del Sistema Nerviós Central. En general, afecten al GABA, neurotransmissor que inhibeix l'activitat neuronal modulant altres sistemes de neurotransmissió com el de la noradrenalina. Així el GABA ajuda a reduir la por i l'ansietat. Tipus:

- a. Barbitúrics: Van ser descoberts en 1903 i el seu ús es va estendre fins els anys setanta, moment en que apareixen les benzodiazepines. Destaca el seu elevat potencial sedatiu, el risc de sobredosi mortal i d'addició. Per exemple, el Pentotal. Es dissolen amb facilitat al ser liposolubles i arriben al cervell fàcilment impedit el flux d'ions de sodi entre les neurones. S'uneixen als receptors GABA augmentant l'acció d'aquest neurotransmissor.
- b. Meprobamat: Va ser molt utilitzada durant una època per a l'ansietat, la síndrome d'abstinència alcohòlica, els espasmes, les migranyes i l'insomni. Els seus efectes adversos es centraven en la gran addició que creaven, la pèrdua de consciència, la confusió... Els seus beneficis no superaven als seus riscos i es va deixar de comercialitzar.
- c. Benzodiazepines (veure taula 4): Actualment els més coneguts i utilitzats dels ansiolítics. Actuen com agonistes indirectes de la GABA en els receptors tipus A. Això produeix un augment de l'afinitat del GABA pel seu receptor en tot el cervell, però especialment en el sistema límbic. Actuen també en els nuclis de Rafe inhibint l'activitat de la serotonina sobre el sistema límbic. Els seus efectes són alleujament de la tensió cognitiva, sedació, anticonvulsionant...

Els efectes secundaris que produeix són: somnolència, vertigen, malestar estomacal, visió borrosa i altres alteracions visuals, mal de cap, confusió, depressió, trastorns de la coordinació... Les benzodiazepines poden provocar tolerància. Amb el temps es dona una disminució progressiva de l'efecte terapèutic de la dosi, cosa que porta a situacions en les que el pacient ha d'augmentar la dosi per a aconseguir obtenir els efectes desitjats. També produeix dependència física i psíquica. Per tant, després d'anys de tractament deixar de prendre-les és molt difícil pel síndrome d'abstinència que produeixen.

### **3.4 Estabilitzadors de l'estat d'ànim o eutimizants:**

Són fàrmacs que s'utilitzen per al trastorn bipolar. Des de 1995 s'utilitza antiepilèptics en aquests malalts.

- a. Carbonat de liti (Plenur): És el fàrmac més utilitzat i el que millors resultats aporta. S'encarrega de reduir la producció dopaminèrgica global i modifica la sensibilitat als agents dopaminèrgics. Això es basa en la idea que en les fases maníacques sembla ser que existeix una major densitat de receptors D2.

La principal dificultat és la seva toxicitat en el cas de sobrepassar la dosi terapèutica. S'han de realitzar controls cada cert temps dels nivells de liti (litèmia) per a evitar arribar a dosis no terapèutiques. S'ha de vigilar la funció tiroïdal i renal. Els efectes adversos són nàusees, diarrea, poliúria, polidipsia, tremolor fina de la mà i debilitat muscular, boci no tòxic, síndrome similar a diabetis insípida neurogènica, fol·liculitis, exacerbació de l'acne o psoriasi, leucocitosis, hipercalcèmia, alopecia i augment de pes.

- b. Valproat (Depakine): És un antiepilèptic. Com efectes adversos destaca que és molt irritant de l'estómac. S'ha de realitzar control hepàtic i de sang. Psiquiàticament es considera una bona segona opció molt útil en cicladors ràpids o episodis mixtes (mania i depressió a la vegada o alternança en lapsus curts de temps).
- c. Carbamazepina (Tegretol): És un antiepilèptic. S'ha de realitzar un control sanguini pel perill de disminució de leucòcits. Com efectes adversos presenta pèrdua de la coordinació muscular i reaccions cutànies.
- d. Altres antiepilèptics: Neurotin, Lamictal... No donen tan bons resultats.

#### **4. Conclusions**

En els últims temps, i cada vegada més, s'està donant un pas més enllà sobre tot aquest tema. Han sorgit investigacions com les ja anomenades i llibres com "Anatomía de una epidemia" de Robert Whitaker, que recomano. Aquest periodista ha sigut finalista al Premi Pulitzer al Servei Públic al 1998 per articles d'investigació sobre psiquiatria. En ells queda en evidència que aquests fàrmacs que prometien ser la curació dels trastorns mentals no són tan efectius com semblava. La psiquiatria està en crisi. S'han de crear nous enfocos reduint l'excessiva presència dels laboratoris farmacèutics en la formació dels professionals. Potser, aconseguim iniciar una era en la que se li doni de nou al pacient un lloc de privilegi per sobre de les píndoles, pastilles i injeccions... Potser s'aconsegueixi donar més importància i dedicar més diners als professionals i no als fàrmacs.

Per acabar, voldria parlar d'un cas des de la meva experiència. Actualment, atenc a una pacient que va arribar fa 8 anys amb una gran simptomatologia florida d'al·lucinacions i un tema delirant que l'envaïa profundament i que la feia patir molt. Aquest tema delirant era l'essència de totes les entrevistes que teníem en aquella època. Sovint em trucava desbordada amb aquests temes. Anava vestida d'una manera molt extravagant. Poc a poc el seu treball en entrevista la va anar pacificant. Cada cop el tema delirant va perdre presència i hi havia més lloc per a la quotidianitat, el sentit de l'humor i per començar a vestir-se d'una manera més apropiada. Fa un temps la seva mare parlava de la felicitat que li produïa haver recuperat a la seva filla. També va poder recuperar alguna cosa del projecte laboral i dels voluntariats, que la fan sentir molt bé. Paral·lelament a tot això, va poder-se reduir la presa de medicació i fa 6 anys que no ingressa ni ha tingut que acudir a urgències. Hem pogut espaiar entrevistes i ja no truca desbordada per idees delirants. Per tant, està clar que és possible la millora de la simptomatologia amb la paraula i la reducció de la medicació.

#### **REFERÈNCIES:**

<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/03/los-medicamentos-en-psiquiatria.html>

<https://es.wikipedia.org>

[http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2011\\_03\\_01\\_archive.html](http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2011_03_01_archive.html)

<https://www.personasque.es/esquizofrenia/salud/tratamiento/efectos-secundarios-antipsicoticos-2361/>

<https://www.ecured.cu/Ansiol%C3%ADticos>

<http://madinamerica-hispanohablante.org/antipsicoticos-atipicos-de-liberacion-prolongada-risperdal-consta-xeplion-abilify-maintena-trevicta-despilfarrando-el-dinero-de-todos/>

[https://elpais.com/elpais/2016/02/19/ciencia/1455896472\\_860883.html](https://elpais.com/elpais/2016/02/19/ciencia/1455896472_860883.html)

<https://actualidad.rt.com/actualidad/177204-funcionar-antidepresivos-cerebro>

<https://ivanlerma.com/2013/02/04/esquizofrenia-dopamina-y-antipsicoticos/>

<https://psicologiaymente.net/neurociencias/noradrenalina-neurotransmisor>

<https://www.personasque.es/trastorno-bipolar/salud/diagnostico/papel-dopamina-2004>

Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid. Editorial Capitán Swing.

## ANNEXES

### TAULA 1

ANTIPSICÒTICS TÍPICS INJECTABLES		ANTIPSICÒTICS ATÍPICS INJECTABLES	
NOM	PREU PER MES DE LA DOSI MÀXIMA	NOM	PREU PER MES DE LA DOSI MÀXIMA
Modecate	7€/mes (dosi de 125gr. al mes)	Risperdal Consta	402€/mes (dosi de 50gr. cada 14 dies)
Clopixol	33€/mes (dosi de 400gr. cada 14 dies)	Abifily Maintena	315€/mes (dosi de 400gr. al mes)
		Xeplion	504€/mes (dosi de 150gr. al mes)

### TAULA 2:

Taula dels antipsicòtics típics i atípics en les seves versions oral i injectable amb el seu principi actiu i noms comercials:

ANTIPSICÒTICS TÍPICS ORALS		ANTIPSICÒTICS ATÍPICS ORALS	
PRINCIPI ACTIU	NOM COMERCIAL	PRINCIPI ACTIU	NOM COMERCIAL
Levomepromazina	Sinogan	Clozapina	Leponex / Nemea
Trifluoperazina	Eskazine	Olanzapina	Zyprexa
Tioridazina	Meleril	Clotiapina	Etumina
Periciazina	Neuleptil	Quetiapina	Seroquel
Haloperidol	Haloperidol	Risperidona	Risperdal
Perfenazina	Decentan	Paliperidona	Invega
Pimozida	Orap	Aripiprazol	Abilify
Sulpirida	Dogmatil	Ziprasidona	Zeldox
Clorpromazina	Largactil	Amisulprida	Solian

ANTIPSICÒTICS TÍPICS INJECTABLES		ANTIPSICÒTICS ATÍPICS INJECTABLES	
PRINCIPI ACTIU	NOM COMERCIAL	PRINCIPI ACTIU	NOM COMERCIAL
Decanoato de flupentixol	Fluanxol	Palmitato de Paliperidona	Xeplion
Decanoato de flufenazina	Modecate	Risperidona	Risperdal Consta
Palmitato de pipotiazina	Lonseren	Aripiprazol	Abifily Maintena
Decanoato de zuclopentixol	Clopixol Cisordinol	Pamoato de Olanzapina	Zyprexa pols per a solució injectable

TAULA 3

PRINCIPI ACTIU	NOM COMERCIAL
Citalopram	Prisdal
Escitalopram	Esertia
Fluoxetina	Prozac
Fluvoxamina	Dumirox
Paroxetina	Seroxat

TAULA 4

PRINCIPI ACTIVO	NOM COMERCIAL
Alprazolam	Trankimazin
Flurazepam	Dormodor
Bromazepam	Lexatin
Clonazepam	Rivotril
Diacepam	Valium
Clorazepato	Tranxilium
Clordiazepóxido	Librium
Bromazepam	Lexatin
Flunitrazepam	Rohipnol
Lormetazepam	Loramet / Noctamid
Lorazepam	Orfidal / Idalprem
Halazepam	Alapryl
Zolpidem	Stilnox