

No hay que dejar al paciente con esclerosis múltiple que caiga en largas respuestas depresivas.

La depresión, un trastorno diagnosticado a menudo en pacientes de esclerosis múltiple que acuden al psiquiatra, añade más discapacidad y sufrimiento a la enfermedad neurodegenerativa.

“Cuando los enfermos de esclerosis múltiple (EM) son derivados a las consultas de Psiquiatría, en la mayoría de ocasiones el trastorno diagnosticado es el depresivo, que añade más discapacidad y sufrimiento a los síntomas propios de la EM. Y, además, puede amenazar el correcto cumplimiento terapéutico de la enfermedad neurodegenerativa, lo que complica el pronóstico”, afirma a CF José María Rodao, psiquiatra del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid. Sin embargo, añade, “se puede tratar y corregir empleando un correcto abordaje farmacológico/psicoterapéutico.

Para ello, se emplean antidepresivos y se trabaja en el control de la respuesta emocional dada por el paciente a los síntomas de la enfermedad. La antigua resistencia a ser derivados a la consulta de Psiquiatría por temores como me van a mandar una medicación que me va a atontar hoy no se corresponde con la realidad y cada vez parece más superada. Se dispone de fármacos muy eficaces”.

Este especialista explica que, al igual que clásicamente se ha dicho de la EM que sería como “la enfermedad de las mil caras”, aludiendo a la variedad y plasticidad de su presentación clínica, algo similar se podría decir de la depresión, ya que puede presentarse clínicamente de tantas formas que su diagnóstico puede llegar a ser muy complicado.

Según el especialista, “es importante guardar un equilibrio entre respetar al paciente en sus sentimientos de temor ante nuevos brotes de la EM (temor al desamparo, a la pérdida de autonomía, al dolor físico, a no poder cuidar de sus familiares al cargo, etc.), pero sin permitir que se abandone y se hunda en respuestas depresivas prolongadas e intensas que pongan en riesgo sus posibilidades reales de recuperación. La incertidumbre forma parte asociada de cualquier proceso de estudio y de realización de pruebas médicas, aunque en la EM cabe resaltar el adelanto de esta incertidumbre a etapas ‘tempranas’ de la vida”.

Por tanto, Rodao indica que “el propósito de nuestro tratamiento es deshacer en el paciente temores innecesarios, liberarle de miedos exagerados, como el temor a una evolución maligna que no debería ocurrir. También hay que luchar contra la comunicación familiar disfuncional y contar con un sistema familiar sano que no muestre conflictos de rivalidad entre sus miembros por el establecimiento de las prioridades emocionales”.

OTROS TRASTORNOS

Otros trastornos que pueden aparecer en el curso de la EM son los de ansiedad y el deterioro cognitivo, que pudiera aparecer en fases avanzadas de la enfermedad y que se manifiesta, sobre todo, por quejas de memoria y enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información. Rodao destaca que “el deterioro de la memoria nunca llegaría a ser grave como el de la pérdida de memoria en Alzheimer u otras demencias corticales y cursaría, además, con preservación de lenguaje e inteligencia”.

MODIFICACIÓN DEL PRONÓSTICO

Para el psiquiatra del Ramón y Cajal, con la mejora del curso de la EM y la disminución de los brotes aportada por los nuevos tratamientos, cabe esperar menor frecuencia en la aparición de complicaciones asociadas a etapas avanzadas de la enfermedad, como el deterioro cognitivo. Es decir, “dado que los inmunomoduladores y demás novedades terapéuticas reducen la aparición de nuevas lesiones corticales y la progresión de la atrofia cortical, deben ayudar, aunque sea de forma indirecta, al mejor control de síntomas como el deterioro cognitivo”.

Fuente: correofarmaceutico.com