

19

Psiquiatría, esclerosis múltiple y más allá

Felipe Quiroga

Duelo y adaptación

Los enfermos de esclerosis múltiple necesitan aceptar y vivir con su enfermedad con los recursos familiares y de carácter con que cuentan. Los rasgos patológicos de personalidad teñirán la relación médico paciente y el enfrentamiento de la enfermedad en este sentido son un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. A continuación se desarrollan algunos ejemplos:

Carácter pasivo dependiente

Su comportamiento puede ser ansioso y demandante por el temor a perder el apoyo de sus seres queridos, a convertirse en una carga y no ser agradables para los demás.

Carácter obsesivo

Lo más importante para estas personas es mantener el control de sí mismos, por lo tanto recibir una mala noticia es una amenaza al autocontrol. Muchas veces parece que no entendieran lo que se les está explicando porque en su esfuerzo por mantenerse serenos disminuyen la atención en su interlocutor.

Carácter histriónico

La femeneidad o la masculinidad son la fuente de la autoestima y la enfermedad es vista como una amenaza a su identidad sexual. Es común que su principal interés esté centrado en su apariencia más que en el enfrentamiento de la enfermedad.

Carácter narcisista

La enfermedad es un ataque a la perfección; estos individuos buscan hacer las cosas a su modo y modifican los tratamientos. Es fácil que choquen con sus doctores y pidan altas voluntarias; consulten diversos especialistas y varios tipos de terapia, situación que confunde y exaspera a los tratantes.

Carácter esquizoide

Por lo reservado e introvertido de estas personas los hace sentirse amenazados por los exámenes, los tratamientos y la presencia del personal médico que es sentida como una intrusión difícil de tolerar. En ese sentido se ven poco colaboradores, apáticos y distantes.

Carácter masoquista

La enfermedad es vista como un castigo merecido por lo cual tienen dificultad para recibir la solidaridad y la ayuda de sus seres queridos y de los médicos. Fácilmente se tornan hostiles con el soporte psicológico y ante los tratamientos.

Carácter paranoide

La enfermedad es vista como una agresión del entorno, de la empresa, de su rol y esperan una compensación por esto. Son desconfiados ante los tratamientos, se focalizan en los efectos secundarios y peligros, les cuesta trabajo evaluar los beneficios y si se sienten presionados se tornan hostiles.

Mecanismos de defensa

Las personas con los rasgos de carácter enunciados o ante el desarrollo de psicopatología utilizan mecanismos de defensa que obstruyen el enfrentamiento del problema, dificultan el desarrollo de herramientas psicológicas y entorpecen la relación médico-paciente. Comprender estos mecanismos y poder presentar otras opciones mejorará la calidad de vida de nuestros enfermos. Estos mecanismos son:

Dicotomía

Es focalizarse en los extremos de la situación sin poder comprenderla completamente. Con la frase “ni me curo ni me muero” muchas veces expresan la visión del problema, tienden a descalificar la ayuda maximizando su dolor y sufrimiento. Es ver las cosas en términos de todo o nada, de blanco o negro sin grises, sin tonalidades, sin matices, sin el bien de cada día, del alivio o del amor de los suyos.

Catastrofización

Los pensamientos se centran en el peligro, adelantan las cosas terribles que van a vivir y que frecuentemente nunca les pasan, buscan información y esperan lo peor de cada momento, hacen un duelo anticipatorio que los conduce a adelantar el sufrimiento y les opaca los buenos momentos del vivir cotidiano.

Contaminación emocional del pensamiento lógico

Uno de los principales instrumentos adaptativos con que se cuenta para enfrentar los miedos. Es la lógica racional, haciendo análisis probabilísticos de las situaciones, teniendo como premisa que la mayoría de las cosas salen bien y confiando que vamos a ser capaces de soportar las dificultades que tengamos por delante.

La ansiedad o la depresión contaminan la lógica y entonces temen lo peor de cada momento, fácilmente pierden el control y pueden actuar con dramatismo.

Reforzamiento selectivo de lo negativo

Se minimiza el beneficio al tiempo que se maximizan la enfermedad y el sufrimiento. Tienen una visión en túnel mirando solamente los defectos y problemas de las personas y de las situaciones. Es común que utilicen rótulos peyorativos consigo mismos, “me volveré un tarado”. La focalización en lo negativo conduce a sentimientos egoístas, poco solidarios con sus cuidadores, exigencias imposibles, descalificación de la ayuda. Cualquier defecto, retroceso, o falla, anula la importancia de la

mejoría conseguida. La soledad es el precio que se paga cuando este mecanismo no es modificado oportunamente.

Lectura del pensamiento

Ven en los demás juicios catastróficos sobre ellos o su enfermedad. Malinterpretan las expresiones de los médicos o de sus seres queridos temiendo que decidan por ellos o que hay algo muy malo que no les han dicho, viven en constante temor y prevención.

Sobregeneralización

Es un mecanismo alimentado por ideales perfeccionistas, donde cualquier falla, defecto, complicación o dificultad significan el fracaso completo del proceso de tratamiento. El precio es la pérdida de la fe y la esperanza. Habilidades importantes para el enfrentamiento como la paciencia y la esperanza son difíciles de desarrollar si este mecanismo no es modificado.

Personalización

Es un mecanismo común en personas que fundamentaban su autoestima en su productividad, la belleza, el éxito personal y ahora al verse limitadas en su desempeño sienten que les han retirado el cariño y que han perdido su valor y su importancia. Tienen dificultad para aceptar la solidaridad, para dejarse ayudar y colaborar en su rehabilitación.

Culpa distorsionada

La enfermedad es vista como un castigo por algo malo que han hecho, lo que dificulta su recuperación y el soporte que puede brindar la fe en Dios, en la religión y en su comunidad. Están focalizados en sus defectos y en los de los demás. Se sienten malos pacientes y ven también al personal sanitario lleno de defectos y de problemas. La vida comienza a ser vivida contra algo o alguien y no por algo. Ven al mundo fundamentalmente injusto, caótico y a Dios como alguien que nos creó imperfectos y nos castiga con enfermedades por nuestras imperfecciones. La culpa impide encontrar el amor y descubrir que amar no es la admiración de la perfección, sino la aceptación de una persona imperfecta con sus debilidades y enfermedades, porque amarla y aceptarla nos hace mejores y más fuertes.

Aproximación psicoterapéutica

El primer paso es reconocer que el acto médico tiene consecuencias emocionales y conductuales. En ese sentido el primer paso es educación sobre la enfermedad. Preguntas comunes como: ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Qué es lo más probable? se responden mejor con una buena información.

Posteriormente se trabaja en que el paciente desarrolle la capacidad de reconocer las emociones disruptivas y las correlaciones no solamente con la situación ambiental desencadenante, sino con aquello que pasa por su mente cuando tiene esta emoción, es decir, aquellas imágenes o pensamientos automáticos que retroalimentan la emoción causante de sufrimiento. Con la filosofía que el sufrimiento no depende solamente de lo que sucede sino de cómo se interpreta la situación. Cuando se habló de la culpa se analizó que se puede ver a Dios como la fuente de toda fortale-

za, de la solidaridad de la comunidad, del amor de nuestros seres queridos y del orden que nos rodea, o como un ser que es cómplice de los pecados que El castiga. Este conjunto de creencias, esta cosmovisión que marca los rasgos psicopatológicos del carácter es modificable analizando sus desventajas lógicas y desarrollando herramientas más adaptativas. La modificación de esquemas idealistas y rígidos permite continuar amándose a pesar de estar enfermo, perdonar a los que están a su alrededor así los hayan herido, se equivoquen o no los puedan curar porque no son perfectos y perdonar a Dios por sus limitaciones para enviar una cura milagrosa de la misma manera que se ha perdonado a los padres por no ser tan sabios, tan fuertes, o tan ecuanímenes como se necesitaba que fueran.

Teniendo en cuenta que el entrenamiento en habilidades cognoscitivas modifica la conducta es importante que la familia y los cuidadores sean reforzadores de estas habilidades, por lo tanto el desarrollo de talleres educativos es importante. Las alteraciones neuropsicológicas y los déficit neurosensoriales que tienen algunos enfermos obligan a utilizar notas, grabaciones, diagramas, dibujos y repeticiones frecuentes del esquema enunciado.

El concretismo y la rigidez de pensamiento necesitan tareas de retroalimentación en la sesión y las fallas de atención ameritan sesiones cortas, con ejemplos y anécdotas que estimulen al paciente para continuar el trabajo.

Las actividades recreativas estéticas, musicales, artísticas, de relajación, masajes, aromas y sonidos comúnmente son otra fuente de alivio, de disfrute y de vitalidad. La regulación del ciclo sueñovigilia, la higiene del sueño y el tratamiento del insomnio no deben olvidarse.

Trastornos mentales y esclerosis múltiple

Histeria

Se plantea como diagnóstico diferencial puesto que algunas veces los síntomas son cambiantes y se asocian con alteraciones del ánimo que puede lucir aplanado e indiferente al síntoma o rápidamente cambiante.

Alteraciones del ánimo

La depresión, la ciclotimia y la exaltación tienen una prevalencia variable; la depresión entre 18% y 54%, la exaltación (manía) entre 0 y 63%. La depresión puede formar parte de los mecanismos adaptativos normales a la enfermedad dentro del proceso de elaboración que pasa por etapas de negación, depresión, negociación, enfrentamiento y aceptación. La depresión con apatía, anhedonia, abulia, dificultad para levantarse y enfrentar su vida cotidiana se asocia con placas desmielinizantes en el lóbulo temporal. La estructura de pensamiento del paciente depresivo dificulta el manejo de la enfermedad. Para el depresivo todo puede ser usado en su contra y la desesperanza contamina su enfermedad y su visión del mundo.

Lo primero que se le enseña es a actuar “como si”: como si las cosas fueran a mejorar, a salir bien, y a encontrar un futuro agradable. Se le invita a pensar en lo que les gustaría hacer cuando mejoren y en la misión que cumplen en su pasar por la vida.

Se busca darle un sentido a la existencia y al sufrimiento. Cuando un enfermo vivencia que pasar por las molestias de un tratamiento conllevará un alivio en el futuro y volver a disfrutar de lo cotidiano y del amor de sus seres queridos está más

dispuesto a soportarlo. Muchas veces los antidepresivos son necesarios, sin embargo se debe tener presente el riesgo del viraje del trastorno a la exaltación especialmente cuando se utilizan conjuntamente con esteroides o cuando hay enfermedad bipolar en la familia. El deterioro cognoscitivo, las lesiones frontales, en ganglios basales o en el sistema límbico facilitan la manía. El tratamiento con antidepresivos debe hacerse conjuntamente con las técnicas de psicoterapia cognoscitiva o interpersonal cuya utilidad está demostrada. Debe preferirse medicamentos de vida media corta como la paroxetina y la venlafaxina. También el bupropión si el paciente no tiene síndrome convulsivo. Si se encuentra en la historia clínica la presencia de ciclotimia o enfermedad bipolar se debe tratar primero la bipolaridad antes que la depresión o de lo contrario se producirá un cuadro maniaco o hipomaniaco inducido por antidepresivos. La bipolaridad se puede tratar con antiepilépticos como el divalproato de sodio, la carbamazepina o los neurolépticos atípicos como la olanzapina. Si la depresión no mejora con los estabilizadores del ánimo entonces se procederá a adicionar un antidepresivo al tratamiento.

Psicosis

Las más comunes son las psicosis afectivas con cuadros bipolares de ciclos rápidos asociadas al uso de esteroides o antidepresivos. También se presentan cuadros esquizomorfos con delirios expansivos o paranoides. Los neurolépticos atípicos como la olanzapina entre 5 y 15 miligramos en la noche, la risperidona de 1 y 2 miligramos en la noche y la quetiapina, entre 25 y 100 miligramos en dos dosis diarias, son el tratamiento de elección.

Trastornos de ansiedad

Se debe recordar que los episodios de disforia y ansiedad pueden formar parte del comienzo de un viraje en una enfermedad bipolar y en ese sentido el manejo será con estabilizadores del ánimo. También es común la comorbilidad con ansiedad generalizada o crisis de pánico.

Cuando se explora la cognición de los pacientes con ansiedad se encuentran pensamientos automáticos catastróficos y dramáticos; cuando sienten los síntomas físicos asociados a la ansiedad, piensan que se van a morir, a infartar, a sufrir una trombosis o a perder el control. Estas cogniciones retroalimentan la angustia que va creciendo. Los síntomas autonómicos asociados conducen a mal interpretar todavía más la situación como extremadamente peligrosa y llegar hasta fenómenos disociativos o pseudo síncope.

Intervenir sobre estas cogniciones ayuda al control de la ansiedad junto con técnicas de relajación y respiración practicadas en los momentos libres de crisis y utilizadas en el momento del pánico. Para enfrentar la ansiedad es necesario aceptarla como algo molesto pero no amenazante para la vida, a observarla sin escaparse de ella, actuando como si no se estuviera ansioso respirando despacio relajadamente. La falta de intervención oportuna promueve la aparición de síntomas fóbicos en las cuales las cogniciones se focalizan en el temor a una situación específica vista como vergonzosa o amenazante. Es común la fobia social que debe distinguirse del deterioro cognoscitivo y del aplanamiento afectivo asociado a lesiones frontales que también conduce a aislamiento social.

En cuanto a los fármacos el clonazepam en dosis de 0.25 a 1.0 miligramo dos veces al día y el alprazolam en dosis de 0.125 a 1.0 miligramo cuatro veces al día,

tienen la ventaja de producir un rápido efecto ansiolítico y la desventaja de su efecto sedante y de disminución de la atención, lo cual conduce a fallas de memoria molestas. También la dependencia y el síndrome de abstinencia con la suspensión abrupta es otro factor por considerar.

La buspirona en dosis de 5 a 10 miligramos tres veces al día tiene la ventaja de no producir síndrome de abstinencia y la desventaja de tener un comienzo de acción en la segunda o tercera semana de tratamiento y no ser de utilidad en las crisis de pánico.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina más eficaces para el manejo del trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de pánico son la paroxetina a dosis de 20 miligramos en la noche, la venlafaxina de liberación controlada a dosis entre 75 y 150 miligramos en la mañana y la sertralina a dosis de 50 miligramos en la mañana. La sertralina es útil en el trastorno de pánico y las fobias, no así en el trastorno generalizado de ansiedad.

La desventaja de estos fármacos es que su acción ansiolítica es eficaz después de la segunda o tercera semana de tratamiento y al comienzo pueden producir un síndrome de activación que se caracteriza por ansiedad, agitación, acatisia, disforia, insomnio (es menos común con paroxetina). La disminución de la libido y la anorgasmia puede presentarse durante el tratamiento especialmente con la sertralina.

La activación inicial que producen estos fármacos puede disminuirse con benzodiacepinas. Sin embargo, es común que los pacientes hagan dependencia de ellas y luego no puedan suspenderlas sobrellevando los efectos secundarios de ambas sustancias.

Trastornos de personalidad

Los cambios en el carácter pueden comenzar como una acentuación de rasgos mal adaptativos como los ya descritos, con aumento de las necesidades de dependencia y aprobación que puede evolucionar a un respaldo ideoaectivo extravagante e inmaduro que se asocia a deterioro cognoscitivo.

En estos casos el entrenamiento en habilidades cognoscitivas con los familiares es útil para modificar estas conductas. Por otra parte a pesar del deterioro sobre las habilidades cognoscitivas, estos pacientes son capaces de participar y obtener beneficios de una psicoterapia cognoscitiva con modificación de la técnica como la enunciada anteriormente.

Los medicamentos estabilizadores del ánimo pueden ser de utilidad cuando hay descontrol emocional.

Lecturas recomendadas

- **Beck A, Rush J, Brian S, Gary E.** Cognitive Therapy of depression. New York. The Guilford Press. 1979:132-248.
- **Beck A, Emery G.** Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York. Basic Books 1985:49-147.
- **Beck J.** Cognitive Therapy. Basic and Beyond. New York. The Guilford Press 1995: 75-269.
- **Kushner H.** Cuando la gente buena sufre. Buenos Aires. Emecé. 1994:117-187
- **Kushner H.** Quién necesita a Dios. Buenos Aires. Emecé. 1996; 25: 89.
- **Lozano M, Ramos Brieva JA.** Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Barcelona. Masson. 2202; 220: 350
- **Rojo R, Cirera C.** Interconsulta psiquiátrica. Barcelona. Masson. 1997: 153-174