



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA DE PSICOLOGIA

**“NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON
ESCLEROSIS MULTIPLE EN AMBA”**

Estudiante: Omar Ruben Marelo

Legajo: 18402

Director/es: Mg. Sandra Estela Sorbara

Tesis de Grado para optar por el Título de Licenciado en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO

DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - Repositorio Institucional de la Universidad de Flores - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores. El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra: A partir de la fecha de defensa de esta

Lugar y fecha: Bs. As. 10 de abril de 2026

Firma y aclaración del autor: Omar Ruben Marello



INDICE

INTRODUCCIÓN	7
DELIMITACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
HIPÓTESIS	13
ESTADO DEL ARTE	14
MARCO TEÓRICO	23
HISTORIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	23
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD	28
BASES NEUROBIOLÓGICAS	30
FARMACOLOGÍA APLICADA A LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	33
DEPRESIÓN ASOCIADA A LA E.M	35

MÉTODO	38
DISEÑO DE ESTUDIO	38
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	39
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	39
PROCEDIMIENTOS	40
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIÓN	51
LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN	53
APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	54
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	56
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	58
ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON	60
REFERENCIAS	66
ANEXOS	70

Resumen

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica que genera un impacto significativo no solo a nivel físico, sino también en la salud mental de quienes la padecen. Entre las comorbilidades psiquiátricas asociadas, la depresión se destaca por su alta prevalencia y por sus efectos negativos sobre la calidad de vida, la autonomía funcional y la adherencia a los tratamientos.

El presente estudio tuvo como objetivo describir los niveles de gravedad de la depresión en personas con diagnóstico de esclerosis múltiple. Para ello, se trabajó con una muestra de 53 participantes, a quienes se les administró la Escala de Depresión de Hamilton, previa firma del consentimiento informado. Los resultados evidenciaron que una proporción elevada de la muestra presentó algún grado de depresión, predominando los niveles leve y moderado, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad de la sintomatología depresiva en esta población.

Los hallazgos obtenidos subrayan la importancia de incorporar la evaluación sistemática de la salud mental en el abordaje clínico de la esclerosis múltiple. En este sentido, se propone una intervención integral e interdisciplinaria que incluya la detección temprana de los síntomas depresivos, el tratamiento psicológico y, cuando corresponda, el abordaje farmacológico, así como estrategias psicoeducativas y de apoyo social. En conjunto, este trabajo aporta evidencia que refuerza la necesidad de considerar la depresión como un componente central del cuidado integral de las personas con esclerosis múltiple, con el fin de mejorar su bienestar psicológico y calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Esclerosis Múltiple, Inventario de Depresión de Hamilton

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is a chronic neurological disease that has a significant impact not only on the physical health of those who suffer from it, but also on their mental health. Among the associated psychiatric comorbidities, depression stands out due to its high prevalence and its negative effects on quality of life, functional independence, and adherence to treatment.

This study aimed to describe the severity levels of depression in people diagnosed with MS. A sample of 53 participants was included, and after signing informed consent, they were administered the Hamilton Depression Rating Scale. The results showed that a high proportion of the sample presented some degree of depression, with mild and moderate levels predominating, highlighting the heterogeneity of depressive symptoms in this population.

The findings underscore the importance of incorporating the systematic assessment of mental health into the clinical management of MS. In this regard, a comprehensive and interdisciplinary intervention is proposed, including early detection of depressive symptoms, psychological treatment, and, when appropriate, pharmacological management, as well as psychoeducational and social support strategies. Taken together, this work provides evidence that reinforces the need to consider depression as a central component of comprehensive care for people with multiple sclerosis, in order to improve their psychological well-being and quality of life.

KEYWORDS: Depression, Multiple Sclerosis, Hamilton Depression Inventory

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica crónica, inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central que genera un impacto significativo en la vida de las personas que la padecen. Si bien sus manifestaciones clínicas se asocian principalmente a alteraciones motoras, sensoriales y cognitivas, la evidencia científica demuestra que sus consecuencias se extienden de manera relevante a la salud mental y al bienestar psicosocial, afectando de forma integral la calidad de vida de los pacientes (National Multiple Sclerosis Society, 2022).

Entre las comorbilidades psiquiátricas asociadas a la esclerosis múltiple, la depresión se destaca por su elevada prevalencia y por su influencia negativa en la autonomía funcional, la adherencia a los tratamientos médicos y la evolución clínica de la enfermedad. Diversos estudios han señalado que las personas con EM presentan tasas de depresión significativamente superiores a las observadas en la población general, lo que refuerza la necesidad de una evaluación sistemática de la salud mental en este grupo clínico (Bruno et al., 2025; Young et al., 2024).

Desde una perspectiva de salud integral, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), resulta fundamental considerar la depresión no solo como una reacción emocional frente al diagnóstico, sino como un fenómeno complejo en el que interactúan factores neurobiológicos, psicológicos y sociales propios de la enfermedad crónica. En el caso de la esclerosis múltiple, la presencia de procesos inflamatorios, lesiones en la sustancia blanca y alteraciones en circuitos cerebrales

implicados en la regulación del estado de ánimo constituyen factores que incrementan la vulnerabilidad a los trastornos depresivos (Rocca et al., 2015; Van Geest et al., 2019).

La evaluación de la depresión en personas con esclerosis múltiple adquiere, por lo tanto, una relevancia clínica y académica central. Identificar los distintos niveles de gravedad de la sintomatología depresiva permite dimensionar el impacto emocional de la enfermedad y contribuye a una comprensión más amplia del proceso salud–enfermedad. Asimismo, la detección temprana de los síntomas depresivos favorece el diseño de intervenciones terapéuticas integrales e interdisciplinarias, orientadas a mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas afectadas (Gasperini et al., 2025).

En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo describir los niveles de gravedad de la depresión en personas adultas diagnosticadas con esclerosis múltiple, mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton. A través de este abordaje, se busca aportar evidencia que refuerce la importancia de integrar la evaluación de la salud mental como un componente esencial del cuidado integral en la esclerosis múltiple.

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio del presente trabajo se delimita al análisis de la depresión en personas adultas diagnosticadas con esclerosis múltiple, abordada desde una perspectiva de salud integral. Este enfoque considera a la salud como un proceso dinámico que integra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, las cuales interactúan de manera permanente y se ven afectadas por el curso de enfermedades crónicas (Aragonesa et al., 2009). La esclerosis múltiple es comprendida como una patología neurológica crónica y desmielinizante que no solo impacta en el funcionamiento físico y cognitivo, sino que también genera repercusiones significativas en la salud mental y en la calidad de vida de quienes la padecen. En este marco, la depresión se constituye en una comorbilidad relevante, cuyo análisis resulta fundamental para comprender el modo en que la enfermedad incide en el bienestar integral de las personas,

El estudio se circunscribe específicamente a la presencia y el grado de manifestación de la depresión en el contexto de la esclerosis múltiple, considerando dicha afección emocional como parte del proceso de salud-enfermedad y no como un fenómeno aislado. De este modo, la depresión es abordada en relación con las transformaciones que la enfermedad produce en la vida cotidiana, la autonomía, los vínculos sociales y la vivencia subjetiva de la enfermedad.

Planteamiento del problema

La múltiple es una enfermedad neurológica crónica y desmielinizante que afecta el sistema nervioso central y produce alteraciones progresivas en el funcionamiento físico y cognitivo de quienes la padecen. Sin embargo, su impacto no se limita a estas

dimensiones, sino que se extiende de manera significativa a la salud mental y a la calidad de vida, configurando un proceso complejo que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Desde la perspectiva de la salud integral, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948), resulta necesario considerar las manifestaciones emocionales asociadas a las enfermedades crónicas. En este marco, la depresión se presenta como una de las problemáticas más frecuentes en personas con esclerosis múltiple, con una prevalencia significativamente superior a la observada en la población general.

La presencia de síntomas depresivos en personas con esclerosis múltiple puede influir negativamente en la vivencia subjetiva de la enfermedad, en la percepción de la propia salud, en la autonomía funcional y en la participación social. Asimismo, la depresión puede dificultar la adaptación a una enfermedad de curso impredecible, afectando el bienestar integral y profundizando el impacto psicosocial de la patología neurológica. No obstante, pese a su relevancia clínica y humana, los trastornos del estado de ánimo continúan siendo subvalorados o insuficientemente abordados en el seguimiento de esta población.

En este contexto, se vuelve necesario indagar y describir el grado de depresión presente en personas diagnosticadas con esclerosis múltiple, a fin de comprender de qué manera esta comorbilidad se articula con el proceso salud–enfermedad y contribuye a la afectación del bienestar integral. La identificación de los distintos niveles de depresión permite dimensionar la magnitud del problema y aportar conocimiento relevante para el abordaje integral de la enfermedad.

A partir de lo expuesto, el presente estudio se orienta a responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál son los niveles de depresión que presentan las personas adultas diagnosticadas con esclerosis múltiple?

Justificación

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica que genera un impacto significativo en la vida de las personas que la padecen, no solo a nivel físico y cognitivo, sino también en el plano psicológico y social. Desde una perspectiva de salud integral, resulta fundamental considerar cómo las enfermedades crónicas afectan el bienestar general, entendiendo que la salud implica la interacción dinámica entre dimensiones físicas, mentales y sociales.

En este marco, la depresión constituye una de las problemáticas emocionales más frecuentes en personas con esclerosis múltiple y representa un factor que puede profundizar el malestar subjetivo, deteriorar la calidad de vida y dificultar la adaptación a la enfermedad. Sin embargo, en muchos casos, las manifestaciones depresivas no son suficientemente visibilizadas o abordadas, ya sea por la superposición con síntomas propios de la enfermedad neurológica o por la priorización del tratamiento de los aspectos físicos.

La relevancia de este estudio radica en la necesidad de describir y comprender el grado de depresión presente en personas diagnosticadas con esclerosis múltiple, aportando evidencia que permita dimensionar el impacto emocional asociado a esta patología. Identificar los distintos niveles de depresión contribuye a una comprensión más amplia del proceso salud–enfermedad y favorece una mirada integral que contemple la subjetividad y la experiencia emocional de las personas afectadas.

Desde el punto de vista académico, la investigación aporta conocimiento al campo de la psicología y de la salud, fortaleciendo el abordaje interdisciplinario de las enfermedades neurológicas crónicas. Asimismo, desde una perspectiva social y sanitaria, los resultados pueden constituir un insumo relevante para sensibilizar sobre la importancia de incluir la evaluación de la salud mental en el seguimiento de personas con esclerosis múltiple, promoviendo prácticas de atención que integren el cuidado físico y emocional.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Describir los niveles de depresión en sus diferentes intensidades presente en personas adultas que hayan sido diagnosticadas con esclerosis múltiple

Objetivos específicos

Identificar la presencia de síntomas depresivos en personas con diagnóstico de esclerosis múltiple.

Describir los distintos niveles de depresión que se manifiestan en personas adultas con esclerosis múltiple, y definir concomitantemente, la depresión ligado a lo biológico o endógena, depresión reactiva como consecuencia de una situación, y síndrome depresivo por manifestaciones ocasionales.

Se debe tener en cuenta también que al llegar a un estadio discapacitante, el conflicto que se presenta ante la situación familiar, la laboral y social, se les agrega que para el deambular no todos los lugares tienen rampas o servicios adaptados para personas con movilidad reducida.

Por todo ello se debe tener en cuenta la aplicación de técnicas psicológicas preparando al paciente antes, durante y después del tratamiento médico para que, a través de esa preparación mental y emocional, tenga herramientas para enfrentar dicha situación.

HIPÓTESIS

Las personas adultas mayores diagnosticadas con esclerosis múltiple presentan sintomatología depresiva posterior al diagnóstico de la enfermedad, manifestándose en distintos niveles de gravedad.

ESTADO DEL ARTE

La depresión constituye una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en personas con esclerosis múltiple (EM), con un impacto significativo en la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos y la evolución clínica de la enfermedad.

Rocca et al. (2015) investigaron los mecanismos neurobiológicos de la depresión en la esclerosis múltiple (EM), partiendo de la hipótesis de que la desconexión frontolímbica, previamente descrita en el trastorno depresivo mayor, podría desempeñar un papel relevante en la depresión asociada a la EM.

El objetivo del estudio fue analizar los cambios estructurales y funcionales en los circuitos frontolímbicos en pacientes con EM con depresión y sin depresión, en comparación con controles sanos.

Para ello, los autores realizaron un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con EM y depresión moderada a grave, pacientes con EM no deprimidos y un grupo control, quienes fueron sometidos a evaluaciones neuropsicológicas y estudios de resonancia magnética estructural y funcional. Se analizaron parámetros como los volúmenes cerebrales, la carga lesional, la integridad de la sustancia blanca a través de la anisotropía fraccional y la conectividad funcional en estado de reposo entre regiones límbicas y frontales.

Los resultados mostraron que los pacientes con EM y depresión presentaban un daño estructural y funcional más pronunciado en las regiones temporo-frontales, evidenciado por una menor integridad del fascículo uncinado (sustancia blanca que conecta el lóbulo temporal con el frontal) y una disminución de la conectividad funcional

entre la amígdala y áreas frontales, en comparación con los pacientes sin depresión. Asimismo, estas alteraciones se asociaron de manera significativa con la gravedad de los síntomas depresivos, explicando una proporción relevante de su variabilidad, sin observarse diferencias significativas en el rendimiento cognitivo entre los grupos.

Young et al. (2024) aporta evidencia reciente y relevante sobre la prevalencia, el tratamiento y los factores asociados a la depresión en una amplia cohorte de personas con EM. Los autores estimaron una prevalencia general de depresión del 25,3%, a partir de un enfoque multiatributos que integró la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión en su subescala de depresión (HADS-D), el uso de medicación antidepresiva y la presencia de comorbilidades. Este abordaje permitió identificar tanto casos con sintomatología depresiva activa como aquellos en remisión posterior al tratamiento, ofreciendo una visión más integral del fenómeno. Asimismo, el estudio evidenció que cerca de la mitad de las personas con depresión presentaban síntomas persistentes o no recibían tratamiento adecuado, lo que pone de manifiesto una situación de subtratamiento clínicamente relevante.

En relación con los subtipos de EM, los resultados mostraron variaciones significativas en la prevalencia de depresión, siendo del 23,2% en la EM remitente-recurrente (RRMS), del 25,8% en la EM progresiva primaria (PPMS) y alcanzando el 31,5% en la EM progresiva secundaria (SPMS). Estos hallazgos sugieren un mayor riesgo de depresión en los subtipos progresivos de la enfermedad, lo cual podría vincularse a mayores niveles de discapacidad, progresión clínica y carga psicosocial. El estudio también destaca que, si bien la HADS-D es una de las medidas de resultado reportadas por los pacientes (PROM) más utilizadas en la evaluación de depresión en EM presente en ocho de doce estudios recientes revisados, el diagnóstico clínico estructurado continúa siendo el principal criterio para orientar el tratamiento farmacológico. No obstante, se

observó que solo aproximadamente el 65% de las personas con diagnóstico de depresión recibían tratamiento con antidepresivos, lo que refuerza la necesidad de estrategias de detección temprana y abordajes terapéuticos integrales.

Bruno et al. (2025) explican que la depresión constituye una de las comorbilidades psiquiátricas más relevantes en personas con esclerosis múltiple (EM), debido a su elevada frecuencia y a su impacto negativo sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica y la evolución clínica de la enfermedad. Sin embargo, su diagnóstico y tratamiento continúan siendo complejos, principalmente por la superposición entre los síntomas depresivos y las manifestaciones neurológicas propias de la EM, así como por la ausencia de lineamientos terapéuticos específicos.

Gasparini et al. (2025) llevaron a cabo un estudio mediante el método Delphi, una estrategia de consenso estructurado que permite anticipar tendencias y acuerdos expertos en contextos de incertidumbre clínica. El objetivo del trabajo fue alcanzar un consenso entre neurólogos especialistas respecto de las manifestaciones clínicas, los criterios diagnósticos y las estrategias terapéuticas para el abordaje de la depresión en personas con esclerosis múltiple (EM).

El estudio se desarrolló a través de una encuesta anónima en línea, organizada en dos rondas sucesivas, y aplicada a un panel de 51 neurólogos expertos. Los ítems evaluados abarcaron aspectos vinculados a la epidemiología, las características clínicas, los criterios diagnósticos y las opciones terapéuticas de la depresión asociada a la EM.

Los resultados evidenciaron un elevado nivel de acuerdo entre los participantes, alcanzándose consenso en la totalidad de las afirmaciones analizadas. Entre los hallazgos más relevantes, se destacó la estrecha relación entre la depresión y la EM, señalándose que, en algunos casos, los síntomas depresivos pueden preceder a la manifestación clínica

de la enfermedad neurológica. Asimismo, los expertos coincidieron en la necesidad de adaptar los criterios diagnósticos del DSM-5, con el fin de contemplar las particularidades de los trastornos del estado de ánimo en personas con EM, dado que ciertos síntomas pueden solaparse con manifestaciones propias de la enfermedad.

En relación con el tratamiento, si bien los antidepresivos continúan siendo ampliamente utilizados en la práctica clínica, el panel expresó incertidumbre respecto de su eficacia específica en la población con EM. En contraste, las intervenciones no farmacológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual, fueron consideradas componentes fundamentales de un abordaje terapéutico integral.

El estudio concluye subrayando la necesidad de desarrollar herramientas diagnósticas personalizadas y estrategias terapéuticas integradas, así como de profundizar la investigación sobre el rol de las terapias modificadoras de la enfermedad en el manejo de la depresión asociada a la esclerosis múltiple.

Peñalvera et al. (2025) analizaron la relación entre disfunción sexual, calidad de vida y salud mental en personas que conviven con esclerosis múltiple (EM), a partir de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en población argentina. La investigación tuvo como objetivo estimar la prevalencia de disfunción sexual, los niveles de depresión y la percepción del estado de salud, así como su asociación con el grado de discapacidad neurológica medido mediante la Expanded Disability Status Scale (EDSS). El estudio incluyó a 53 pacientes con EM evaluados mediante instrumentos estandarizados. Los resultados evidenciaron que más de la mitad de los participantes presentaban algún grado de disfunción sexual, mientras que más de un tercio manifestaban síntomas depresivos y una proporción significativa refería una percepción negativa de su estado de salud. Asimismo, los autores observaron una asociación estadísticamente significativa entre mayores niveles de discapacidad y la presencia de

disfunción sexual, depresión y peor autopercepción de salud. De manera relevante, estas alteraciones no se limitaron a estadios avanzados de la enfermedad, sino que se manifestaron desde niveles bajos a moderados de discapacidad ($EDSS \geq 2$), intensificándose a medida que la enfermedad progresaba. En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral y temprano de la EM que contemple, además de los aspectos neurológicos, las dimensiones emocionales y sexuales, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

La National Multiple Sclerosis Society (2022), identifica la depresión como uno de los síntomas emocionales más frecuentes en personas con esclerosis múltiple (EM), afectando a una proporción significativa de esta población a lo largo de su vida. La depresión en EM puede surgir no solo como una reacción emocional ante los desafíos crónicos de la enfermedad, como el estrés, la incertidumbre y la pérdida de funciones, sino también como resultado de procesos biológicos relacionados con el daño neurológico que caracteriza a la EM. Este cuadro clínico se manifiesta a través de síntomas persistentes como estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, falta de energía, problemas de concentración y sentimientos de desesperanza, entre otros, que pueden afectar de manera sustancial la funcionalidad y la calidad de vida de las personas afectadas.

Además, la depresión en EM está asociada con un mayor riesgo de conductas suicidas, lo que subraya la importancia de su detección y tratamiento oportunos. En consecuencia, la identificación temprana y el abordaje integral de los síntomas depresivos se consideran componentes esenciales del manejo clínico de la EM, con estrategias que incluyen apoyo psicológico, terapia farmacológica y evaluación continua de la salud mental del paciente

Según la Fundación Esclerosis Múltiple (FEM, 2024), la depresión es una de las manifestaciones emocionales más frecuentes en personas con esclerosis múltiple (EM) y puede surgir tanto como consecuencia de factores psicosociales asociados a la vida con una enfermedad crónica como por alteraciones neurológicas propias de la EM. La interacción de la EM con el estado de ánimo se explica por diversos mecanismos: el estrés mantenido debido a cambios en la rutina o limitaciones físicas, la afectación de neurotransmisores por la desmielinización que altera la neuro comunicación emocional, y posibles efectos secundarios de tratamientos farmacológicos como esteroides o interferones, pueden contribuir a desencadenar episodios depresivos.

La identificación de la depresión en personas con EM es compleja, ya que varios síntomas como la fatiga o el dolor coinciden con los propios de la enfermedad, lo que dificulta su detección sin una evaluación clínica adecuada. Asimismo, la FEM destaca la importancia de abordar la depresión mediante estrategias integrales que incluyen psicoterapia, tratamiento farmacológico según prescripción médica y prácticas de apoyo psicosocial para mejorar el bienestar emocional de las personas con EM

Baller, et. al., (2024), analizaron datos de 380 personas con EM para evaluar cómo las lesiones en la materia blanca se relacionan con redes cerebrales funcionales previamente vinculadas a la depresión. Mediante resonancia magnética estructural y análisis estadísticos ajustados, encontraron que las lesiones no solo afectaban de forma desproporcionada los fascículos conectados a una red funcional asociada con la depresión, sino que los pacientes con EM y depresión mostraron una mayor carga de lesiones dentro de esta red que aquellos sin depresión. Este patrón sugiere que la ubicación específica de las lesiones en circuitos cerebrales implicados en la regulación del estado de ánimo podría contribuir a la comorbilidad depresiva en EM, proporcionando una base neuroanatómica para la vulnerabilidad a la depresión en esta población clínica.

Yusuf et al. (2025), analizaron la relación entre la depresión y la ansiedad en el período prodrómico de la esclerosis múltiple (EM), partiendo de la evidencia previa que sugiere que estos trastornos del estado de ánimo pueden preceder al diagnóstico clínico de la enfermedad. No obstante, los autores advirtieron que dicha asociación podría haber sido subestimada en investigaciones anteriores debido a diversos sesgos metodológicos no abordados adecuadamente, entre ellos la clasificación errónea de personas que no buscan atención médica, la vigilancia diferencial de los trastornos de depresión y ansiedad en los sistemas de salud y la asignación incorrecta de la relación persona-tiempo al utilizar el primer evento desmielinizante como marcador del inicio de la EM.

Para reevaluar esta asociación, los autores desarrollaron un estudio de cohorte poblacional utilizando datos administrativos de salud de Columbia Británica, Canadá, correspondientes al período 1991–2020. Mediante la aplicación de algoritmos validados, se identificaron 9.929 personas con diagnóstico de esclerosis múltiple, las cuales fueron emparejadas con 49.574 controles de la población general. La presencia de depresión y ansiedad fue identificada en los cinco años previos al primer reclamo desmielinizante, y la prevalencia se comparó mediante modelos de regresión de Poisson modificada. Asimismo, se incorporaron análisis de sesgo probabilístico cuantitativo para corregir la clasificación errónea y la vigilancia diferencial, y se aplicó un emparejamiento temporal basado en la fecha de inicio de los síntomas de EM registrada por neurólogos.

Los resultados mostraron que, en los análisis convencionales, la razón de prevalencia de depresión y ansiedad en el período prodrómico de la EM fue de 1,74. Sin embargo, tras aplicar las correcciones por los distintos sesgos identificados, la magnitud de la asociación aumentó de manera sustancial, alcanzando razones de prevalencia superiores a 3. Estos hallazgos sugieren que los enfoques metodológicos tradicionales tienden a sesgar los resultados hacia la hipótesis nula, lo que conduce a una subestimación

del vínculo real entre los trastornos de depresión y ansiedad y la EM en sus fases tempranas.

Aparicio-Castro et al. (2024), evaluaron la utilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para el diagnóstico de los trastornos depresivos en personas con esclerosis múltiple (EM), comparando los resultados obtenidos mediante escalas auto informadas con la evaluación clínica psiquiátrica basada en criterios diagnósticos estandarizados. Los autores concluyen que el BDI constituye una herramienta válida como instrumento de cribado para la identificación de síntomas depresivos en esta población, especialmente cuando se emplean puntos de corte elevados, los cuales permiten una mejor detección de los casos con probable trastorno depresivo clínicamente significativo.

No obstante, el estudio evidenció la ausencia de una correlación directa entre la gravedad de los síntomas medida por el BDI y el diagnóstico psiquiátrico, lo que pone de manifiesto las limitaciones de las escalas auto informadas cuando se utilizan de manera aislada.

En esta línea, una revisión sistemática reciente analizó la efectividad de las intervenciones psicológicas, basadas en internet en personas con EM, considerando su impacto sobre los síntomas físicos, socioafectivos y cognitivos, así como sobre la calidad de vida. Los resultados indicaron que las intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual en línea mostraron efectos positivos en la reducción de la depresión, la ansiedad y la fatiga, además de mejoras en la calidad de vida, mientras que las intervenciones basadas en mindfulness evidenciaron beneficios principalmente en la disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés.

A pesar de estos hallazgos, los autores señalan que el número limitado de estudios y la heterogeneidad de los resultados dificultan la formulación de conclusiones

definitivas, aunque destacan el potencial de las intervenciones psicológicas en línea para superar las barreras de acceso asociadas a la discapacidad propia de la EM.

Van Geest et al. (2019), investigaron los cambios estructurales y funcionales en los circuitos frontolímbicos en personas con esclerosis múltiple (EM) con depresión, con el objetivo de explorar los mecanismos neurobiológicos subyacentes a esta comorbilidad. En su estudio retrospectivo compararon pacientes con EM deprimida y no deprimida, junto con un grupo control sano, mediante evaluaciones neuropsicológicas y resonancia magnética estructural y funcional.

Los resultados evidenciaron que los pacientes con EM y depresión presentaron un daño más pronunciado en las conexiones temporo-frontales, caracterizado por una menor integridad de la sustancia blanca del fascículo uncinado y una reducción de la conectividad funcional entre la amígdala y regiones frontales. Asimismo, estas alteraciones, junto con la duración de la enfermedad, explicaron una proporción significativa de la varianza en la gravedad de los síntomas depresivos.

No se observaron diferencias cognitivas relevantes entre los grupos. Los hallazgos apoyan la hipótesis de una desconexión frontolímbica como posible sustrato neurobiológico de la depresión en la EM, contribuyendo a una mejor comprensión de los mecanismos implicados en esta comorbilidad.

MARCO TEÓRICO

Historia de la Esclerosis Múltiple

Históricamente, la etiología de la esclerosis múltiple (EM) no se encontraba claramente definida; en sus primeras descripciones se postuló que la enfermedad podría tener un origen infeccioso o responder predominantemente a factores genéticos, reflejando las limitaciones del conocimiento biomédico de la época y la dificultad para explicar la variabilidad clínica y evolutiva que caracterizaba a esta patología neurológica. Con el avance progresivo de la investigación científica, dichas concepciones fueron reemplazadas por modelos explicativos más complejos centrados en la interacción entre predisposición genética, factores ambientales y disfunción inmunitaria. Estudios recientes destacan que la EM es una enfermedad multifactorial en la cual una susceptibilidad genética, incluyendo variantes en genes del HLA y otras regiones que modulan la respuesta inmunitaria, interactúa con exposiciones ambientales como infecciones virales (en particular el virus de Epstein-Barr) y deficiencia de vitamina D para desencadenar una activación autoinmune aberrante contra la mielina del sistema nervioso central (los mecanismos exactos aún no se comprenden completamente) (Landry & Embers, 2023). La evidencia contemporánea sobre el papel del virus de Epstein-Barr como gatillo de la desregulación inmunitaria ha reavivado el interés por mecanismos infecciosos en la etiología de la EM, mientras que los estudios genéticos modernos han identificado múltiples variantes que influyen en la modulación de la respuesta de células T y B y pueden aumentar la inflamación y la desmielinización características de la enfermedad (SoRelle et al., 2025)

Los primeros aportes sistemáticos al conocimiento de la EM se remontan al siglo XIX. En 1868, el neurólogo francés Jean-Martin Charcot describió por primera vez la enfermedad como una entidad clínica autónoma. A partir de la observación de una mujer joven que presentaba trastornos en la articulación del habla y temblores, Charcot realizó un seguimiento clínico detallado y, tras el fallecimiento de la paciente, llevó a cabo un examen anatomopatológico de su cerebro. En dicho análisis identificó la presencia de lesiones características, a las que denominó “placas escleróticas” o placas de desmielinización. Charcot vinculó estos hallazgos con observaciones clínicas previas y estableció que la esclerosis múltiple no era consecuencia de otra afección, sino una enfermedad en sí misma (Charcot, 1868).

A comienzos del siglo XX, la investigación continuó orientándose a dilucidar el origen de la enfermedad. Durante varios años persistió la creencia de que la EM podía tener una etiología viral. Sin embargo, Rivers (1933) demostró que la esclerosis múltiple no correspondía a una enfermedad infecciosa de origen viral, como se había supuesto previamente. Sus investigaciones mostraron que algunos de los primeros síntomas podían reproducirse en modelos animales, lo que permitía inducir una respuesta inmunitaria anómala. Estos hallazgos constituyeron un punto de inflexión, al sentar las bases para la conceptualización de la EM como una enfermedad mediada por mecanismos autoinmunes.

Posteriormente, se determinó que los linfocitos T desempeñan un papel central en la fisiopatología de la esclerosis múltiple. Más adelante, hacia la década de 1960, un grupo de científicos realizó un avance significativo al identificar la presencia de otro tipo de célula inmune, las células B, en el líquido cefalorraquídeo de personas con EM. Este descubrimiento reforzó la hipótesis inmunológica de la enfermedad y amplió la comprensión de los mecanismos implicados en el daño neurológico.

A lo largo de las siguientes dos décadas, la investigación científica profundizó en el estudio del sistema inmune humano y su relación con la esclerosis múltiple. En la década de 1960, los científicos confirmaron de manera más concluyente que la EM constituye una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso central. Esta conceptualización permitió orientar tanto el diagnóstico como el desarrollo de estrategias terapéuticas más específicas (SoRelle & Luftig, 2025).

En el ámbito de la evaluación clínica, un hito fundamental fue la introducción, por parte de Kurtzke (1983), de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (Expanded Disability Status Scale, EDSS). Esta escala continúa siendo ampliamente utilizada en la práctica clínica y en ensayos clínicos para evaluar el grado de discapacidad en personas con esclerosis múltiple.

La EDSS incluye la valoración de diversas funciones neurológicas, entre ellas la función visual, la coordinación motora y la capacidad de movimiento de las extremidades. Si bien existen otras escalas para la medición de la discapacidad clínica, el EDSS ha demostrado ser una de las más consistentes y estandarizadas en el seguimiento de la enfermedad.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple se basa fundamentalmente en la evaluación clínica, aunque previamente deben excluirse todas las causas alternativas que puedan explicar los síntomas. Para establecer el diagnóstico, es necesario demostrar la existencia de diseminación en el espacio, es decir, la presencia de lesiones en diferentes áreas del sistema nervioso central, y diseminación en el tiempo, lo que implica evidenciar lesiones que se hayan producido en distintos momentos evolutivos de la enfermedad.

Los avances en las técnicas de imagen han desempeñado un papel crucial en el perfeccionamiento del diagnóstico. En particular, la resonancia magnética (RM) se ha

convertido en una herramienta central para la detección de lesiones desmielinizantes. Asimismo, otras exploraciones complementarias, como los potenciales evocados (PE), han permitido reforzar la sospecha diagnóstica y apoyar la clínica, posibilitando un diagnóstico más precoz y seguro (SoRelle & Luftig, 2025).

En este contexto, McDonald et al. desarrollaron los denominados criterios diagnósticos clínicos para la esclerosis múltiple, cuya primera versión fue publicada en 2001 y que han sido objeto de sucesivas actualizaciones, siendo una de las más recientes la de 2017 (McDonald et al., 2017). Estos criterios integran datos clínicos, hallazgos por neuroimagen y otros estudios complementarios, y se actualizan de manera periódica con el fin de incorporar los avances científicos disponibles. En ellos se define un brote como un episodio de alteraciones neurológicas sugestivas de EM que tiene una duración superior a 24 horas y que puede ser objetivado mediante una exploración neurológica.

El uso de técnicas de imagen también ha demostrado ser eficaz para medir la atrofia cerebral y su correlación con la progresión de la discapacidad, aportando información relevante sobre la evolución de la enfermedad. En relación con el tratamiento, el panorama actual resulta significativamente más alentador. Según el *Journal of Neurology* (2019), diversos tratamientos farmacológicos han demostrado eficacia en la reducción de la progresión de la discapacidad asociada a la esclerosis múltiple. Además, algunos de estos fármacos han evidenciado una disminución significativa en la tasa de atrofia cerebral, lo que representa un avance sustancial en el abordaje clínico de la enfermedad.

Los primeros tratamientos dirigidos específicamente a modificar el curso de la esclerosis múltiple comenzaron a desarrollarse en la década de 1990. Con anterioridad a este período, el abordaje terapéutico se limitaba principalmente al tratamiento paliativo de las secuelas dejadas por los brotes, mediante fármacos para el control de espasmos,

dolor o síntomas depresivos, así como a través de intervenciones de rehabilitación y fisioterapia. En 1993 se introdujo el primer medicamento modificador de la enfermedad, el interferón beta, lo que marcó un punto de inflexión en el manejo de la EM.

En la actualidad, aunque la esclerosis múltiple no tiene cura, existen múltiples tratamientos modificadores de la enfermedad capaces de retrasar la progresión, disminuir las recaídas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas gracias a su acción sobre la actividad inflamatoria del sistema inmunitario (BMC Neurology, 2025; Fundación Esclerosis Múltiple, 2026).

Estos medicamentos se administran por vía oral (teriflunomida y fingolimod), inyectable (como interferón beta y ofatumumab) o intravenosa (como alemtuzumab y ocrelizumab), y han demostrado eficacia en la reducción de nuevas lesiones, la tasa de recaídas y la progresión de discapacidad confirmada (BMC Neurology, 2025; Fund. Esclerosis Múltiple, 2026). En conjunto, los tratamientos farmacológicos actuales ofrecen perspectivas más favorables para el manejo de la enfermedad al disminuir la progresión de la discapacidad y, en muchos casos, reducir la atrofia cerebral y la inflamación crónica, aunque con perfiles de riesgo/beneficio que requieren monitorización médica individualizada (BMC Neurology, 2025; Farmacéuticos Comunitarios, 2026).

La aparición de la esclerosis múltiple suele ocurrir principalmente en adultos jóvenes, con la mayoría de los casos diagnosticados entre los 20 y 40 años, aunque la distribución de edad puede variar según la región y la cohorte evaluada, y recientes estudios epidemiológicos han observado tendencias hacia una distribución bimodal que incluye también adultos de mediana edad (30–45 años) . Esta etapa vital coincide con períodos de alta productividad personal, profesional y social, por lo que el impacto funcional y psicosocial de la enfermedad, incluyendo incertidumbre, ansiedad y limitaciones en la autonomía es significativo y requiere un abordaje multidisciplinario

centrado no solo en el control clínico sino también en el bienestar psicológico y la calidad de vida del individuo (BMC Neurology, 2025).

Conceptualización de la enfermedad

Elementos del sistema inmunitario atacan a la vaina de mielina que recubre el axón, que es quien la protege, se lo define como desmielinización, consecuentemente altera el potencial de acción que es un fenómeno muy breve de milisegundos, permitiendo que el segmento conductor en la neurona, el axón, que está especializado en el transporte del mencionado potencial o impulso eléctrico, quien transmite la información, al ser atacado y provocado su deterioro , causa daños permanentes en el sistema nervioso.

Los profesionales que tratan estas patologías establecen la importancia en la actividad funcional y motora, mientras que los pacientes fijan sus prioridades además de la salud física, también en las alteraciones de la salud mental.

Según Sánchez López et al., (2004) los pacientes con esclerosis múltiple padecen en algún momento, con el diagnóstico y posterior a él, depresión.

Por los sondeos llevados a cabo entre personas afectadas por la enfermedad, la depresión es precisamente uno de los factores claves que afectan su calidad de vida, al ser una patología invalidante.

Generalmente la Esclerosis Múltiple, despierta emociones como el miedo hacia lo inesperado, la angustia o la rabia, las cuales son frecuentes, sin mencionar la interacción con internet, en que paginas desconocidas o mal informadas describen una posibilidad de vida de 10 años, dato que corresponde al comienzo de la clasificación de la enfermedad en la escala de Kurtzke, hace 50 años cuando se comenzó a investigar. Lo cual puede generar una crisis vital acompañada de sintomatología clínica (ansiedad, depresión,

disociación, hostilidad, etc.), cuando hoy en día, atento a la farmacología imperante, el paciente está llegando a una situación de paridad con el que no la padece.

Se debe tener en cuenta, que las enfermedades desmielinizantes, tienen la particularidad, en sus cuatro expresiones, de ser invalidantes y progresivas

Muchas de estas personas refieren sentirse indefensas y emocionalmente frágiles en este momento y en ocasiones manifiestan mecanismos de defensa que exteriorizan como apatía, o el uso de pensamientos evitativos (“no pasa nada”) todo esto con el objetivo de paliar la sensación de angustia que sufren.

Cabe mencionar que el uso recurrente de dichos mecanismos de defensa es desadaptativo para afrontar la enfermedad, ya que las emociones reales (tristeza, rabia), no se gestionan debidamente. En este punto es importante también, la psicoeducación y la correcta información respecto de la Esclerosis Múltiple. Los cambios de humor son recurrentes sobre todo en el momento del diagnóstico, o en momentos en que aparecen síntomas nuevos y brotes que causen mayor afectación.

En la revista científica *Journal of Neurology* (2019), se publicó un estudio arribando a la conclusión que los pacientes con esclerosis múltiple tienen un mayor riesgo de padecer depresión en comparación con la población general. Es decir 1/3 parte de los nuevos diagnosticados y hasta un 60% de los ya afectados padecen depresión en algún momento de su vida.

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial, ya que se puede conceptualizar la enfermedad de forma diferente, al tener síntomas similares, como ser la pérdida de la visión en uno o ambos ojos, también la movilidad de los brazos y piernas.

Bases Neurobiológicas

Para Brugger et al., (2020). La expresión sintomática de la mencionada enfermedad es única para cada paciente y los trastornos depresivos son como comorbilidades extremadamente comunes. Siguiendo este desarrollo, entre el 37% y 54% de los pacientes con EM serán diagnosticados con depresión en algún momento de su vida, y tendrá un aumento de este trastorno, significativo comparativamente a las tasas observadas en población general.

La alta prevalencia de enfermedades mentales puede atribuirse a la disminución de la calidad de vida a medida que avanza la EM, como consecuencia de la desmielinización y el aumento del número de lesiones cerebrales, dificultando la calidad de vida activa.

Según un nuevo estudio, realizado por investigadores miembros fundadores del sistema sanitario en el Hospital Mass General Brigham (Estados Unidos), Los pacientes con EM tienen casi tres veces más riesgo de sufrir depresión que la población general, y hasta ahora no se sabía exactamente por qué la EM y la depresión estaban relacionadas. Abordó esta laguna de conocimiento y a partir de un estudio realizado, en el que describe un circuito de depresión, comparando las lesiones cerebrales de los pacientes con EM diversos, con las de este circuito descrito anteriormente habiendo hallado nuevas conexiones y posibles dianas terapéuticas.

La enfermedad al alterar el ritmo habitual de vida del individuo genera trastornos tanto desde lo laboral, como social y familiar, provocando una gran ansiedad, y está dada por la imposibilidad de controlar esa situación desde lo psíquico.

Los estudios antes mencionados, han indicado que los pacientes con EM tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión tanto al comienzo cómo durante el desarrollo de esta enfermedad.

Para Stagnaro et al., (2018). Se debe tener en cuenta que en en él estudio llevado a cabo, para la encuesta mundial de salud mental en la población general, revelo que entre el 4% y el 26% de la población adulta padece algún trastorno mental en algún momento determinado y muy pocos pacientes reciben tratamiento durante ese mismo período.

Según Hanna y Strober (2020) en el estudio “ansiedad y depresión en la esclerosis múltiple: antecedentes, consecuencias del impacto diferencial en el bienestar y calidad de vida”, en su conclusión destacan que se debe prestar mucha atención, ya que este trastorno afecta la calidad de vida.

En referencia al estudio precedentemente mencionado, se ha encontrado que el 57% de las personas diagnosticadas con depresión, también experimentan ansiedad y a la inversa, las que padecen ansiedad, el 28% tienen depresión.

En un trabajo realizado en el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental, de Stagnaro et al., (2018) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, juntamente con World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard), y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), define que los resultados obtenidos, es que la prevalencia de vida en cualquier trastorno mental en la población general de la República Argentina en mayores de 18 años, fue de 29,10%, y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años fue del 37,1%. El trastorno con prevalencia de vida más elevado fue el depresivo mayor con 8,7%.

Mokhtari et al., (2019) define que el riesgo de depresión actúa como un mediador relevante, ya que explica más de la mitad de la relación total observada. Diversos estudios

realizados en contextos clínicos y en encuestas a comunidades de pacientes con esclerosis múltiple indican que la prevalencia de depresión a lo largo de la vida se sitúa aproximadamente entre el 40 % y el 50 %, y este porcentaje resulta aún más elevado en personas que presentan fatiga clínicamente significativa.

En esta misma línea de trabajo, se observó que en un estudio transversal de MS se encontró que las puntuaciones medias de riesgo de depresión evaluadas con el Inventario de Depresión de Beck-Fast Screen, auto informado, era un 56% más alta en aquellos con fatiga clínicamente significativa, y con un 19,1% de alto riesgo de depresión.

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5, 2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría, al igual que sus predecesores inmediatos, define la gravedad solo para algunos trastornos.

El trastorno depresivo mayor (TDM) es uno de los trastornos para los que se define la gravedad. En el DSM-5, la gravedad del TDM se clasifica como leve, moderada o grave según el número de síntomas, el nivel de angustia causado por la intensidad de los síntomas y el grado de deterioro en el funcionamiento social y laboral.

La depresión de gravedad leve se caracteriza por la presencia de un número reducido de síntomas, sin que estos excedan de manera significativa los criterios mínimos necesarios para establecer el diagnóstico. Asimismo, la intensidad de los síntomas, si bien resulta clínicamente relevante y genera malestar subjetivo, suele ser percibida como manejable por el individuo, y el impacto funcional asociado se manifiesta principalmente como un deterioro leve en el desempeño social, laboral u ocupacional (American Psychiatric Association, 2013).

El nivel moderado de depresión no se define de manera explícita en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición (DSM-5). En

cambio, la clasificación de la gravedad se establece a partir de un criterio dimensional que considera el número de síntomas presentes, la intensidad del malestar clínicamente significativo asociado y el grado de deterioro funcional que estos generan, ubicándose el nivel moderado en un punto intermedio entre las categorías leve y grave. En relación con el componente cuantitativo de esta clasificación, el DSM-5 sostiene que todos los síntomas tienen el mismo peso diagnóstico, sin establecer jerarquías diferenciales entre ellos, por lo que la gravedad no depende de la presencia de síntomas específicos, sino del conjunto global de manifestaciones y su impacto en la vida del individuo (American Psychiatric Association, 2013).

La depresión grave se especifica cuando «el número de síntomas excede considerablemente el requerido para establecer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es gravemente angustiante e inmanejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral».

Farmacología aplicada a la E.M.

A pesar de disponer de fármacos modificadores de la enfermedad, todavía no hay ninguno que la cure, si hay que frene su evolución, los cuales son los orientados a paliar la sintomatología de brotes.

La medicación aplicada a la esclerosis múltiple se centra en 2 objetivos principales: tratar los brotes agudos y modificar el curso de la enfermedad a largo plazo. A continuación, se describen las principales categorías de fármacos que se utilizaron principalmente en sus inicios: Entre ellos, metilprednisolona intravenosa; prednisona oral; terapias modificadoras de la enfermedad TME (estos fármacos tienen como objetivo reducir la frecuencia y gravedad de los brotes retrasar la progresión de la discapacidad y

disminuir la actividad de la enfermedad), entre ellos varias categorías: interferones beta, modulan la respuesta inmunitaria y reducen la inflamación ejemplos interferón beta uno A, interferón beta uno B, Acetato de Glatiramer, (actúa como un señuelo para el sistema inmunitario desviando su ataque del sistema nervioso central).

Se trabajo con la medicación antes mencionada desde sus inicios, durante casi 30 años, pero actualmente hay medicamentos que ofrecen la ventaja desde la administración oral, y esto mejora la comodidad del paciente por su esquema posológico.

Los fármacos orales como Fingolimod, Dimetilfumarato, Cladribina, Natalizumab, Alemtuzumab, Dimetil fumarato, Perginterferon B1a., estos fármacos se dirigen a células específicas del sistema inmunitario para reducir la inflamación y el daño neurológico.

Además, se debe tener en cuenta el tratamiento sintomático por el cual se administran fármacos para controlar síntomas concomitantes con los de la EM, como fatiga, espasticidad, dolor, trastornos del estado de ánimo, problemas de vejiga e intestino.

La depresión es una comorbilidad común en personas con esclerosis múltiple y hay tratamiento que son cruciales para mejorar la calidad de vida y el abordaje terapéutico, que suele ser multimodal, combinando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamiento farmacológico antidepresivos, neuropático, trastornos de ansiedad, TOC, TDAH, TAG.

También se debe aplicar tratamientos no farmacológicos, como psicoterapia, terapia cognitivo conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), cualquiera de ellas, entre otras, pueden ser muy efectivas para tratar la depresión en personas con EM.

Depresión Asociada a E.M.

La depresión constituye uno de los trastornos del estado de ánimo más prevalentes y clínicamente relevantes a nivel mundial, manifestándose a través de una amplia variedad de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que pueden diferir considerablemente en intensidad y repercusión funcional. En este marco, la clasificación de la gravedad de los episodios depresivos adquiere una importancia central, ya que orienta tanto el proceso diagnóstico como la planificación de las intervenciones terapéuticas. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición (DSM-5) propone un enfoque dimensional de la gravedad, distinguiendo entre episodios leves, moderados y graves, en función de la cantidad de síntomas, la intensidad del malestar asociado y el grado de deterioro en el funcionamiento del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

En particular, la depresión de gravedad leve se caracteriza por la presencia de un número reducido de síntomas, que no exceden de manera significativa los criterios mínimos necesarios para establecer el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. Si bien estos síntomas son clínicamente identificables y generan un malestar subjetivo, su intensidad suele ser considerada manejable por la persona, lo que permite, en muchos casos, el mantenimiento parcial de las actividades cotidianas. Desde esta perspectiva, el DSM-5 señala que el impacto funcional asociado a la depresión leve se manifiesta fundamentalmente como un deterioro leve en el desempeño social, laboral u ocupacional, sin que se produzca una incapacidad marcada o una disrupción severa de los roles habituales (APA, 2013, p. 188).

Asimismo, el manual enfatiza que la clasificación de la gravedad no se basa en la presencia de síntomas específicos considerados más relevantes que otros, sino en una

evaluación global del cuadro clínico. Todos los síntomas diagnósticos son considerados equivalentes en términos clasificatorios, por lo que la gravedad leve se determina por la combinación del número de síntomas presentes, su intensidad y el grado de interferencia funcional que generan en la vida del individuo (APA, 2013). Este enfoque dimensional reconoce que la experiencia depresiva no es homogénea y que incluso en los cuadros leves pueden presentarse variaciones significativas en la vivencia subjetiva del malestar.

Desde el punto de vista clínico, la depresión leve puede pasar inadvertida o ser subestimada, tanto por los propios pacientes como por su entorno, debido a que los síntomas no siempre generan una disfunción evidente o inmediata. Sin embargo, diversos autores advierten que estos cuadros no deben considerarse benignos, ya que pueden evolucionar hacia formas más graves si no se realiza una detección temprana y un abordaje adecuado. Además, aun cuando el deterioro funcional sea leve, la depresión puede afectar de manera significativa la calidad de vida, la motivación, la autoestima y la capacidad para experimentar placer, aspectos centrales del bienestar psicológico.

En este sentido, resulta fundamental comprender la depresión leve no solo desde una perspectiva categorial, sino también considerando su impacto subjetivo y contextual. La percepción de que los síntomas son “manejables” no implica la ausencia de sufrimiento, sino que refleja la capacidad momentánea del individuo para sostener sus actividades pese al malestar. No obstante, esta capacidad puede verse erosionada con el tiempo, especialmente en contextos de estrés psicosocial, demandas laborales elevadas o escaso apoyo social. Por ello, el reconocimiento clínico de la depresión leve permite implementar estrategias de intervención temprana orientadas a prevenir la cronificación o el agravamiento del cuadro.

Finalmente, la conceptualización de la depresión leve propuesta por el DSM-5 subraya la necesidad de una evaluación clínica integral que contemple tanto los criterios

diagnósticos formales como la experiencia subjetiva del paciente y su funcionamiento en los distintos ámbitos de la vida cotidiana. Este enfoque favorece una comprensión más amplia del trastorno y contribuye a diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades específicas de cada persona, promoviendo así una atención en salud mental más preventiva, personalizada y eficaz.

MÉTODO

Diseño de estudio

El diseño de este estudio, parte de un enfoque cuantitativo, al ser una estrategia de investigación que se centra en cuantificar la recopilación y los datos obtenidos, se analizan en este caso los datos numéricos, que se relacionan con la variable buscada.

En cuanto al nivel de investigación se define como descriptivo/exploratorio, descriptivo por describir los diferentes niveles de depresión que padecen los pacientes, y exploratorio porque permite determinar los resultados buscados. Sampieri et al., (2014),

Instrumentos de recolección de datos

La HAM-D evalúa una variedad de síntomas depresivos, incluyendo: estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, ansiedad, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, pérdida de peso

La escala consta de 17 o 21 ítems, dependiendo de la versión. Los primeros 17 ítems evalúan síntomas experimentados durante la última semana, y los cuatro adicionales pueden identificar subtipos de depresión. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 2 o de 0 a 4, según el ítem. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, y puede variar de 0 a 52.

Interpretación de la Puntuación: 0-7 puntos: No hay depresión o remisión, 7-17 puntos: Depresión leve, 18-24: Depresión moderada, y 25 puntos o más: Depresión grave.

Participantes del estudio

Para el presente estudio participaron 53 los pacientes, de ambos sexos, seleccionados en centros de salud, públicos y privados, atendidos por profesionales del mismo nosocomio o derivados de otro, para tratarse dicha patología de E.M., son neurólogos especializados en la enfermedad.

Los mencionados pacientes se prestaron voluntariamente a una encuesta, y esta es probabilística y multicéntrica, a través de un autoinforme realizado, con “La escala de Depresión de Hamilton”.

Antes de dicha evaluación, prestaron conformidad a través de consentimiento informado, mediante el cual se comunica el alcance del trabajo y su aplicación, en que se informa que dichos pacientes no tendrán devolución de los resultados de la encuesta mencionada.

Criterios de inclusión

Para la realización del presente estudio se seleccionaron pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) que se encontraban en seguimiento en distintos centros de atención especializados. Con el fin de garantizar la validez clínica de la muestra, se incluyeron únicamente aquellos casos con diagnóstico clínicamente definido, establecido por un profesional de la salud competente, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad.

Los criterios de inclusión comprendieron pacientes de ambos sexos, con un rango etario a partir de los 18 años, sin establecer un límite máximo de edad. Asimismo, se consideró como criterio de inclusión que los participantes residieran principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en la Provincia de Buenos Aires (PBA), con el

objetivo de asegurar la accesibilidad a los centros de atención y la homogeneidad contextual de la muestra. Otro requisito fundamental para la participación fue la aceptación voluntaria del estudio, manifestada mediante la firma del consentimiento informado, prestando conformidad para la aplicación de las técnicas de recolección de datos previstas.

En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron del estudio aquellas personas que no contaran con un diagnóstico clínico confirmado de Esclerosis Múltiple o que presentaran enfermedades neurológicas concomitantes que pudieran interferir en la evaluación de las variables estudiadas. Asimismo, se excluyeron los pacientes menores de 18 años, aquellos que no otorgaron su consentimiento informado o que presentaron dificultades cognitivas o comunicacionales severas que impidieran la adecuada comprensión de las consignas o la correcta administración de los instrumentos de evaluación.

Estos criterios permitieron conformar una muestra adecuada a los objetivos del estudio, garantizando la pertinencia clínica, la validez ética y la coherencia metodológica de la investigación.

Procedimientos

En el presente estudio se administró la Escala de Depresión de Hamilton a los participantes seleccionados, previa firma del consentimiento informado.

Todos los sujetos fueron informados de manera clara y suficiente acerca de los objetivos de la investigación, la naturaleza de la evaluación y el uso confidencial de los datos obtenidos, garantizándolos tras su participación voluntaria. La aplicación del instrumento se realizó respetando los principios éticos de autonomía, confidencialidad y resguardo de

la información, de acuerdo con las normativas vigentes para la investigación en seres humanos.

NORMAS DEONTOLOGICAS DEL CODIGO DE ETICA

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto. La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con:

- a) El propósito y naturaleza de la actividad profesional.
- b) Responsabilidades mutuas.
- c) Protección de la confidencialidad y limitaciones de esta consignadas en el presente código.
- d) Probables beneficios y riesgos.
- e) Alternativas posibles.
- f) Opción de rehusar o retractarse en cualquier momento.

En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el mismo de los responsables legales, de acuerdo con las normativas vigentes. Aún con el consentimiento de los

responsables legales, los psicólogos procurarán el acuerdo que las personas involucradas puedan dar, dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita, y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad. No obstante, los psicólogos podrán intervenir sin el consentimiento del o los consultantes en casos de catástrofes, urgencia y/o situaciones de riesgo.

Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, y resguarda los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño.

La obligación de guardar secreto subsiste aún después de concluida la relación profesional. La muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad.

Cuando los psicólogos comparten información confidencial como resultado del trabajo en equipo, supervisiones o bien por las características de la Institución en que se desempeñan, la obligación de guardar secreto se extiende a todos los profesionales participantes.

Los psicólogos garantizarán una apropiada confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control, con los recaudos apropiados si son impresos, digitalizados, videograbados, etc.

Los psicólogos mantendrán y eliminarán los registros de acuerdo con las reglamentaciones vigentes y en un modo que permita cumplir con los requisitos de este Código de Ética.

Resultados

Nómina de pacientes que colaboraron:

<i>CENTRO DE ATENCION</i>		<i>PACIENTE</i>	<i>FECHA DE ENTREVISTA</i>	<i>Nº PACIENTE</i>
<i>CENTRO DE ATENCION</i>		<i>PACIENTE</i>	<i>FECHA DE CONSULTA</i>	<i>Nº PACIENTE</i>
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	JUAN CARLOS	9 DE SEPTIEMBRE DE 2025	1
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	MARTIN	9 DE SEPTIEMBRE DE 2025	2
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	GUSTAVO	9 DE SEPTIEMBRE DE 2025	3
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	CRISTINA	12 DE AGOSTO DE 2025	4
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	MARIA	2 DE SEPTIEMBRE DE 2025	5
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	DIEGO	22 DE JULIO DE 2025	6
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	FEDERICO	17 DE JULIO DE 2025	7
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	GISELLA	15 DE JULIO DE 2025	8
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	FERNANDO	29 DE JULIO DE 2025	9
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	ADRIAN	29 DE JULIO DE 2025	10
HOSP. FERNANDEZ	c.a.b.a.	MARCELA		11
CEMIC		IRIS	7 DE OCTUBRE DE 2025	12
CEMIC		EMILIANO	29 DE JULIO DE 2025	13
CEMIC		PABLO	29 DE JULIO DE 2025	14
CEMIC		LORENA	29 DE JULIO DE 2025	15
CEMIC		FLORENCIA	29 DE JULIO DE 2025	16
CEMIC		GABRIELA	22 DE SEPTIEMBRE DE 2025	17
CEMIC		MARIANA	22 DE SEPTIEMBRE DE 2025	18
CEMIC		CARINA	7 DE OCTUBRE DE 2025	19
CEMIC		CLAUDIO	7 DE OCTUBRE DE 2025	20
CEMIC		SANTIAGO	7 DE OCTUBRE DE 2025	21
CEMIC		DIMA	7 DE OCTUBRE DE 2025	22
CEMIC		MARISA	1 DE OCTUBRE DE 2025	23
CENyR		SANTIAGO	2 DE DICIEMBRE DE 2025	24
CENyR		FLORENCIA	28 DE NOVIEMBRE DE 2025	25
CENyR		MARIA	28 DE NOVIEMBRE DE 2025	26
CENyR		ALEJANDRA	21 DE NOVIEMBRE DE 2025	27
CENyR		SILVIA	21 DE NOVIEMBRE DE 2025	28
CENyR		CARINA	30 DE OCTUBRE DE 2025	29
CENyR		LILIANA	31 DE OCTUBRE DE 2025	30
CENyR		ANTONIO	31 DE OCTUBRE DE 2025	31
CENyR		MARIANA	4 DE NOVIEMBRE DE 2025	32
CENyR		CARLOS	4 DE NOVIEMBRE DE 2025	33
CENyR		ADRIANA	4 DE NOVIEMBRE DE 2025	34
CENyR		VIVIANA	7 DE NOVIEMBRE DE 2025	35
CENyR		FABIO	20 DE NOVIEMBRE DE 2025	36
CENyR		MATIAS	18 DE NOVIEMBRE DE 2025	37
CENyR		NATALIA	18 DE NOVIEMBRE DE 2025	38
HOSP. ITALIANO		CARLOS	25 DE OCTUBRE DE 2025	39
HOSP. ITALIANO		MARIANA	28 DE OCTUBRE DE 2025	40
HOSP. ITALIANO		FEDERICO	21 DE OCTUBRE DE 2025	41
HOSP. ITALIANO		MICAELA	3 DE NOVIEMBRE DE 2025	42
HOSP. ITALIANO		MARIA FERNANDA	7 DE NOVIEMBRE DE 2025	43
HOSP. ITALIANO		MARCELO	19 DE NOVIEMBRE DE 2025	44
HOSP. PIÑERO		ALEJANDRO	18 DE NOVIEMBRE DE 2025	45
HOSP. PIÑERO		NATALIA	10 DE NOVIEMBRE DE 2025	46
HOSP. PIÑERO		SUSANA	21 DE NOVIEMBRE DE 2025	47
HOSP. PIÑERO		ANALIA	21 DE NOVIEMBRE DE 2025	48
HOSP. PIÑERO		MICAELA	18 DE NOVIEMBRE DE 2025	49
HOSP. PIÑERO		MIGUEL	24 DE NOVIEMBRE DE 2025	50
HOSP. PIÑERO		CRISTINA	2 DE DICIEMBRE DE 2025	51
HOSP. MILITAR		EDUARDO	26 DE NOVIEMBRE DE 2025	52
HOSP. MILITAR		ELIANA	10 DE DICIEMBRE DE 2025	53

A CONTINUACIÓN, SE ANALIZAN LOS DATOS RECOLECTADOS

<i>PACIENTE</i>	<i>SIN</i>	<i>DEPRESION</i>	<i>DEPRESION</i>	<i>DEPRESION</i>
<i>N.º</i>	<i>DEPRESION</i>	<i>LEVE</i>	<i>MODERADA</i>	<i>GRAVE</i>
1			21	
2	2			
3		14		
4		12		
5		13		
6	4			
7		10		
8	6			
9		8		
10	4			
11		9		
12	6			
13				28
14		12		
15				41
16			20	
17		10		
18		12		
19	5			
20	6			
21				32
22				36
23				37
24	7			
25		14		

26		11	
27			17
28			20
29	5		
30	5		
31		14	
32			32
33		17	
34	3		
35		8	
36	4		
37	5		
38		14	
39		10	
40		13	
41		14	
42			24
43		11	
44		9	
45			20
46		9	
47		12	
48		14	
49			19
50		13	
51		11	
52		14	
53			19

Fuente: Elaboración según datos recolectados

Los resultados indican que 13 personas se ubicaron en el nivel no deprimido, lo que representa el 24,5 % de la muestra total. Este grupo no presenta sintomatología depresiva clínicamente significativa según los criterios de la escala utilizada.

Por su parte, 26 participantes (34,0 %) se clasificaron dentro del nivel de depresión leve, constituyendo el grupo más numeroso de la muestra. Estos resultados sugieren la presencia de síntomas depresivos de baja intensidad, con un impacto funcional generalmente leve.

En el nivel de depresión moderada se identificaron 9 personas (17,0 %), lo que refleja una intensidad sintomática mayor y una interferencia más marcada en el funcionamiento cotidiano. Asimismo, 5 participantes (9,4 %) presentaron depresión severa, caracterizada por síntomas intensos y un deterioro significativo en las áreas personal, social y laboral.

Los resultados muestran que 40 de los 53 participantes (75,5 %) presentan algún grado de depresión, desde leve hasta severa, evidenciando una alta prevalencia de sintomatología depresiva en la población evaluada. Esta distribución pone de manifiesto la heterogeneidad de los niveles de gravedad y subraya la importancia de un abordaje clínico diferenciado según la intensidad de los síntomas.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión	13	24,5 %
Depresión leve	26	34,0 %
Depresión moderada	9	17,0 %
Depresión severa	5	9,4 %

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian una alta prevalencia de sintomatología depresiva en personas con esclerosis múltiple (EM), dado que el 75,5 % de la muestra presentó algún grado de depresión, desde leve hasta muy severa. Este hallazgo resulta clínicamente relevante y se encuentra en consonancia con la literatura internacional, que reconoce a la depresión como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y discapacitantes en esta población clínica.

Si bien un 24,5 % de los participantes se ubicó en el rango no deprimido, la mayoría presentó niveles variables de depresión, siendo la depresión leve o menor la categoría más frecuente (34,0 %). Este predominio de sintomatología leve coincide con estudios que señalan que una proporción significativa de personas con EM experimenta síntomas depresivos subclínicos o de baja intensidad, los cuales, aunque no siempre cumplen criterios de depresión mayor, impactan negativamente en la calidad de vida, el bienestar emocional y la funcionalidad cotidiana. En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de no subestimar los cuadros leves, ya que pueden constituir un factor de riesgo para la progresión hacia formas más severas si no son detectados y abordados oportunamente.

Asimismo, el 17,0 % de los participantes presentó depresión moderada, mientras que un 9,4 % se ubicó en el nivel severo. Estos porcentajes reflejan la existencia de cuadros depresivos de alta incidencia dentro de la muestra, lo cual resulta consistente con investigaciones previas que destacan la elevada carga emocional asociada a la EM, particularmente en estadios más avanzados o en el subtipo progresivos (PP) de la enfermedad. En este sentido, los hallazgos del estudio de Young et al. (2024) aportan evidencia relevante al señalar una mayor prevalencia de depresión en las formas

progresivas de la EM, lo que podría vincularse a mayores niveles de discapacidad, pérdida de autonomía y carga psicosocial acumulada.

Desde una perspectiva neurobiológica, los resultados obtenidos pueden interpretarse a la luz de los aportes de Rocca et al. (2015) y Van Geest et al. (2019), quienes demostraron que la depresión en personas con EM se asocia con alteraciones estructurales y funcionales en los circuitos frontolímbicos. La presencia de daño en la sustancia blanca, particularmente en el fascículo uncinado, y la disminución de la conectividad funcional entre la amígdala y regiones frontales, constituyen posibles mecanismos neuroanatómicos subyacentes que podrían explicar la elevada prevalencia y gravedad de los síntomas depresivos observados en esta población. Estas alteraciones no solo refuerzan la hipótesis de una base biológica de la depresión en la EM, sino que también permiten comprender por qué los síntomas depresivos no siempre se explican exclusivamente como una reacción psicológica al diagnóstico o a la discapacidad.

En línea con estos planteos, Baller et al. (2024) aportan evidencia adicional al señalar que la localización específica de las lesiones en redes cerebrales implicadas en la regulación del estado de ánimo incrementa la vulnerabilidad a la depresión en personas con EM. Este enfoque resulta particularmente relevante para interpretar los altos niveles de depresión severa y muy severa identificados en el presente estudio, ya que sugiere que la carga lesional y la desconexión funcional pueden desempeñar un rol determinante en la expresión clínica de los síntomas afectivos.

Por otra parte, los resultados también pueden analizarse desde una perspectiva temporal. Estudios recientes, como el de Yusuf et al. (2025), indican que los trastornos depresivos y de ansiedad pueden preceder incluso al diagnóstico clínico de la EM, lo que plantea la posibilidad de que la depresión no sea únicamente una consecuencia de la enfermedad, sino que forme parte de su fase prodrómica. Este enfoque amplía la

comprensión del fenómeno y refuerza la necesidad de una evaluación sistemática de la salud mental desde las etapas iniciales del curso de la enfermedad.

En el contexto argentino, los hallazgos del presente estudio muestran similitudes con los resultados reportados por Peñalvera et al. (2025), quienes observaron que más de un tercio de los pacientes con EM presentaban síntomas depresivos y que estos se asociaban de manera significativa con mayores niveles de discapacidad neurológica y una peor percepción del estado de salud. La coincidencia entre ambos estudios subraya la relevancia de considerar la depresión como un componente central del abordaje integral de la EM, incluso en estadios tempranos o con niveles bajos a moderados de discapacidad.

Desde el punto de vista clínico, los datos obtenidos respaldan las recomendaciones de organismos especializados, como la National Multiple Sclerosis Society (2022) y la Fundación Esclerosis Múltiple (2024), que destacan la importancia de la detección temprana y el abordaje multidimensional de la depresión en EM. La superposición entre los síntomas depresivos y las manifestaciones neurológicas propias de la enfermedad — como la fatiga, el enlentecimiento psicomotor o las alteraciones cognitivas— continúa representando un desafío diagnóstico, lo que puede contribuir al subdiagnóstico y subtratamiento, tal como señalan Young et al. (2024) y Bruno et al. (2025).

En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de implementar estrategias sistemáticas de evaluación de la depresión en personas con EM, utilizando instrumentos validados y complementándolos con una evaluación clínica integral. Asimismo, los aportes de Gasperini et al. (2025) resaltan la importancia de adaptar los criterios diagnósticos del DSM-5 a las particularidades de esta población y de promover intervenciones terapéuticas integradas, que incluyan tanto el tratamiento farmacológico como las intervenciones psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual.

En conclusión, los hallazgos de este estudio confirman la alta prevalencia y heterogeneidad de la depresión en personas con esclerosis múltiple, evidenciando la necesidad de un abordaje clínico temprano, continuo y multidisciplinario. La integración de los resultados con la evidencia empírica actual permite afirmar que la depresión en la EM constituye un fenómeno complejo, de origen multifactorial, que involucra procesos neurobiológicos, psicológicos y psicosociales, y que debe ser considerado un objetivo prioritario dentro del manejo integral de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió analizar la presencia y distribución de la sintomatología depresiva en personas con diagnóstico de esclerosis múltiple, evidenciando una elevada prevalencia de depresión en la muestra evaluada. Los resultados obtenidos muestran que más de tres cuartas partes de los participantes presentan algún grado de depresión, desde niveles leves hasta manifestaciones muy severas, lo que confirma que la depresión constituye una problemática frecuente y clínicamente relevante en esta población.

La distribución de los niveles de gravedad pone de manifiesto la heterogeneidad del fenómeno depresivo en personas con esclerosis múltiple. Si bien una proporción de los participantes no presentó sintomatología depresiva clínicamente significativa, una parte sustancial manifestó síntomas leves o moderados, y un grupo no menor se ubicó en niveles severos y muy severos. Esta diversidad en la intensidad de los síntomas resalta la necesidad de considerar la depresión no como una condición homogénea, sino como un continuo de gravedad que requiere evaluaciones y abordajes diferenciados.

La elevada proporción de participantes con depresión leve o moderada sugiere que, en muchos casos, los síntomas pueden no ser detectados oportunamente si no se realizan evaluaciones sistemáticas de la salud mental. A su vez, la presencia de cuadros severos y muy severos señala un compromiso significativo del funcionamiento personal, social y emocional, con potencial impacto negativo sobre la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos médicos y la evolución general de la enfermedad.

En este sentido, los hallazgos del estudio refuerzan la importancia de incorporar la evaluación psicológica y psiquiátrica de manera rutinaria en el abordaje integral de la esclerosis múltiple. La detección temprana de la sintomatología depresiva permitiría

implementar intervenciones oportunas, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, orientadas a reducir el malestar emocional y mejorar el bienestar global de las personas afectadas.

Finalmente, los resultados subrayan la necesidad de adoptar un enfoque interdisciplinario en el manejo de la esclerosis múltiple, que contemple no solo los aspectos neurológicos y físicos de la enfermedad, sino también las dimensiones emocionales y psicosociales. Abordar la depresión como una comorbilidad central resulta fundamental para promover una atención más integral, humanizada y orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con esta enfermedad crónica.

LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a la población total de personas con esclerosis múltiple. Asimismo, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales o analizar la evolución de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo.

Otra limitación se vincula con el uso de una escala psicométrica para la evaluación de la depresión, la cual, si bien es un instrumento validado, no sustituye una evaluación clínica diagnóstica integral. Además, no se incluyeron variables clínicas y psicosociales relevantes, como el grado de discapacidad, el tipo de esclerosis múltiple o los tratamientos en curso, lo que restringe un análisis más amplio de los factores asociados.

Asimismo, la procedencia geográfica de la muestra, concentrada principalmente en CABA y PBA, limita la extrapolación de los resultados a otras regiones. A pesar de ello, el estudio aporta información significativa sobre la presencia de depresión en personas con esclerosis múltiple.

APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación realiza aportes significativos al campo de la salud mental y la psicología clínica aplicada a la esclerosis múltiple, al visibilizar la elevada prevalencia de sintomatología depresiva en personas que conviven con esta enfermedad neurológica crónica. A partir de los resultados obtenidos, se contribuye a reforzar la comprensión de la depresión como una comorbilidad frecuente y clínicamente relevante, que requiere ser abordada de manera sistemática dentro del seguimiento integral de estos pacientes.

Uno de los principales aportes del estudio radica en la caracterización de los distintos niveles de gravedad de la depresión en la población evaluada, lo que permite evidenciar la heterogeneidad de la experiencia depresiva en la esclerosis múltiple. Esta diferenciación resulta relevante para la práctica clínica, ya que pone de manifiesto la necesidad de intervenciones ajustadas a la intensidad de los síntomas, evitando abordajes homogéneos que no contemplen las particularidades individuales.

Asimismo, la investigación aporta evidencia empírica que respalda la importancia de la detección temprana de la sintomatología depresiva, incluso en sus formas leves o moderadas, las cuales pueden pasar inadvertidas en el contexto del abordaje predominantemente neurológico de la enfermedad. En este sentido, los resultados destacan el valor de incorporar evaluaciones sistemáticas de la salud mental en los dispositivos de atención, con el objetivo de prevenir la cronificación de los síntomas y el deterioro del funcionamiento psicosocial.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, este trabajo contribuye a fortalecer la integración entre el campo de la neurología y la psicología, subrayando la necesidad de un enfoque biopsicosocial en el tratamiento de la esclerosis múltiple. La evidencia

presentada favorece el diseño de estrategias de intervención que contemplen tanto los aspectos médicos como los emocionales, promoviendo una atención más integral y centrada en la persona.

LÍNEAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS

A partir de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se identifican diversas líneas de investigación futura que permitirían ampliar y profundizar el conocimiento sobre la depresión en personas con esclerosis múltiple, así como optimizar los abordajes clínicos y preventivos.

En primer lugar, resultaría pertinente desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la sintomatología depresiva a lo largo del curso de la enfermedad. Este tipo de investigaciones facilitaría la identificación de momentos críticos de mayor vulnerabilidad emocional, así como la relación entre la progresión clínica de la esclerosis múltiple y los cambios en el estado de ánimo.

En segundo lugar, futuras investigaciones podrían explorar la relación entre los niveles de depresión y variables clínicas específicas, tales como el grado de discapacidad neurológica, la duración de la enfermedad, los subtipos clínicos de esclerosis múltiple y los tratamientos farmacológicos utilizados. Profundizar en estas asociaciones permitiría comprender mejor los factores de riesgo y de protección implicados en la aparición y mantenimiento de los síntomas depresivos.

Otra línea relevante de investigación se orienta al análisis de variables psicosociales, como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, la percepción de calidad de vida y el impacto del diagnóstico en la identidad personal. Examinar estos factores contribuiría a una comprensión más integral de la experiencia subjetiva de las personas con esclerosis múltiple y su relación con la salud mental.

Asimismo, se sugiere el desarrollo de estudios comparativos que evalúen la eficacia de distintas intervenciones psicológicas, tanto presenciales como mediadas por tecnologías digitales, en la reducción de los síntomas depresivos. Este enfoque podría

aportar evidencia sobre alternativas terapéuticas accesibles y adaptadas a las limitaciones físicas que en ocasiones acompañan a la enfermedad. Sería de interés ampliar el tamaño muestral y diversificar los contextos geográficos y socioculturales de las futuras investigaciones, con el objetivo de aumentar la validez externa de los resultados. La inclusión de muestras más heterogéneas permitiría generalizar los hallazgos y contribuir al diseño de políticas de salud y programas de intervención más sensibles a las necesidades de esta población.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A partir de los resultados obtenidos, que evidencian una alta prevalencia de sintomatología depresiva en personas con esclerosis múltiple, se propone el desarrollo de una intervención integral, interdisciplinaria y centrada en la persona, orientada a la detección temprana, el abordaje terapéutico y el seguimiento continuo de la depresión en esta población.

En primer lugar, se recomienda la implementación sistemática de evaluaciones periódicas de salud mental en los dispositivos de atención neurológica, mediante instrumentos de cribado validados, complementados con entrevistas clínicas cuando se detecten puntajes elevados. Esta estrategia permitiría identificar de manera precoz los síntomas depresivos y prevenir su cronificación.

En segundo lugar, la intervención debería incluir un abordaje psicoterapéutico individual, priorizando enfoques basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, orientada a la reestructuración de pensamientos disfuncionales, el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y la regulación emocional frente a las limitaciones impuestas por la enfermedad. Asimismo, podrían incorporarse intervenciones grupales que favorezcan el apoyo social, el intercambio de experiencias y la reducción del aislamiento.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, resulta fundamental la articulación entre profesionales de la neurología, la psicología y la psiquiatría, a fin de coordinar el tratamiento farmacológico cuando sea necesario y asegurar un seguimiento integral del paciente. Este trabajo conjunto permitiría adaptar las intervenciones a las características clínicas, emocionales y funcionales de cada persona.

Se sugiere incorporar estrategias de accesibilidad, como intervenciones psicológicas a distancia o modalidades híbridas, que faciliten la continuidad del tratamiento ante las posibles limitaciones físicas o de movilidad propias de la enfermedad.

Se busca una propuesta de intervención que apunte a mejorar la calidad de vida, el bienestar psicológico y la autonomía de las personas con esclerosis múltiple, abordando la depresión no solo como una comorbilidad, sino como un componente central del cuidado integral de la salud.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

VERSIÓN DE J. A. RAMOS-BRIEVA Y A. CORDERO VILLAFÁFILA

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO

0 ausente

1 ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.

2 moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación.

3 intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4 extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2- SENTIMIENTOS DE CULPA

0) ausente.

1) ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente.

2) Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención.

3) intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece.

4) Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.

3- SUICIDIO

0 ausente.

1 ligero: la vida no vale la pena vivirla.

2 moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse.

3 intenso: ideas o amenazas suicidas.

4 extremo: serio intento de suicidio.

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana).

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana)

7-TRABAJO/ACTIVIDADES

0 ausente.

1 ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8-INHIBICIÓN

0 ausente

1 ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9-AGITACIÓN

0 ausente

1 ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2 moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, de las manos.

3 intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 extrema: la entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y “desatado”.

10-ANSIEDAD PSÍQUICA

0 ausente

1 ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 ausente

1 ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3 intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 ausentes

1 ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 intensos: pérdida de apetito, no come, aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 ausentes

1 ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)

0 ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA

0 Ausente

1 ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 moderada: preocupado por su salud.

3 intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN

0 ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO

0 ausente

1 ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).

2 intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta)

. REFERENCIAS

- Aparicio-Castro, E., Candelieri-Merlicco, A., María Santa, C., & Villaverde-González, R. (2024). Utilidad de la escala de depresión de Beck para el diagnóstico de los trastornos depresivos en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 78(11), 317–322. <https://doi.org/10.33588/rn.7811.2024092>
- Andravizou, A., & Dardiotis, E. (2019). Brain atrophy in multiple sclerosis: Mechanisms, clinical relevance, and treatment options. *Immune Highlights*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13317-019-0118-6>
- Aragonesa, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbidity of major depression with other common mental disorders in primary care patients. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Institut Català de la Salut, Tarragona, España.
- Azevedo, C. J., Overton, E., Khadka, S., et al. (2015). Early CNS neurodegeneration in radiologically isolated syndrome. *Neurology: Neuroimmunology & Neuroinflammation*, 2(3), e102. <https://doi.org/10.1212/NXI.000000000000102>
- Baetge, S. J., Filser, M., et al. (2019). The validity of single tests, two-test combinations, and the full Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) in detecting patients with cognitive impairment. *Multiple Sclerosis Journal*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.1177/1352458519881994>
- Baller, E., et al. (2024). Investigación del estado de ánimo y la cognición en personas con esclerosis múltiple: Un protocolo de estudio prospectivo. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.10.02.24314787>
- Benedict, R. H. B., Amato, M. P., Boringa, J., Brochet, B., Foley, F., Fredrikson, S., ... Langdon, D. (2012). Brief International Cognitive Assessment for MS (BICAMS): International standards for validation. *BMC Neurology*, 12, 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-12-55>
- Brugger, A., Schramowski, P., Stammer, W., Teso, S., et al. (2020). Making deep neural networks right for the right scientific reasons by interacting with their explanations. *Nature Machine Intelligence*, 2, 476–486. <https://doi.org/10.1038/s42256-020-0212-3>
- Bruno, A., Dolcetti, E., Annovazzi, P., Clerico, M., Cocco, E., Conte, A., & Centonze, D. (2025). Investigating depression in multiple sclerosis: An Italian Delphi consensus on clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1557335>

- Calabrese, M., & Agosta, F. (2009). Cortical lesions and atrophy are associated with cognitive impairment in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 66(9), 1144–1150. <https://doi.org/10.1001/archneuro.2009.174>
- Dawson, J. (1916). The histology of disseminated sclerosis. *Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, 50, 517–740.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology*, 59(5), 674–678. <https://doi.org/10.1212/WNL.59.5.674>
- Fundación Esclerosis Múltiple. (2024, septiembre 19). ¿Qué vínculo existe entre esclerosis múltiple y depresión? <https://www.fem.es/es/existe-un-vinculo-entre-la-esclerosis-multiple-y-la-depresion/>
- Galetta, K. M., Calabresi, P. A., & Frohman, E. M. (2011). Optical coherence tomography (OCT): Imaging the visual pathway as a model for neurodegeneration. *Neurotherapeutics*, 8(1), 117–132. <https://doi.org/10.1007/s13311-010-0005->
- Gasparini, C., et al. (2025). Personalized therapy in multiple sclerosis: An Italian Delphi consensus. *Journal of Neurology*, 272, 428.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hanna, M., & Strober, L. (2020). Anxiety and depression in multiple sclerosis: Antecedents and consequences of differential impact on well-being and quality of life. McMaster University.
- Howell, O. W., Reeves, C. A., Nicholas, R., et al. (2011). Meningeal inflammation is widespread and linked to cortical pathology in multiple sclerosis. *Brain*, 134(4), 2755–2771. <https://doi.org/10.1093/brain/awr182>
- Kantarci, O. H. (2020). Phases and phenotypes of multiple sclerosis. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 44, Article 102261.
- Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 1444–1452. <https://doi.org/10.1212/WNL.33.11.1444>
- Landry, R. L., & Embers, M. E. (2023). The probable infectious origin of multiple sclerosis. *NeuroSci*. <https://doi.org/10.3390/neurosci4030019>
- Lublin, F. D., Reingold, S. C., Cohen, J. A., et al. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis. *Neurology*, 83(3), 278–286. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000560>
- Mokhtari, S., Neshatdoost, H., & Molavi, H. (2013). The effect of cognitive behavioural therapy on depression and somatic complaints of multiple sclerosis

patients. En C. M. See & M. L. Y. Ng (Eds.), *Counselling in the new frontier of helping* (pp. 100–105).

National Multiple Sclerosis Society. (2022). *Depression and multiple sclerosis*. <https://www.nationalmssociety.org>

Ontaneda, D. (2019). Multiple sclerosis and other CNS inflammatory diseases. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(3), 736–752. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000739>

Palace, J., Duddy, M., Dobson, C., et al. (2019). Multiple sclerosis: Treatments and long-term effects. *Journal of Neurology*, 266(3), 251–260. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-9156-3>

Peñalvera, F., Galiana, G., González Bellene, A. L., & Silva, B. (2025). Conviviendo con esclerosis múltiple: Relación entre disfunción sexual, calidad de vida y salud mental. *Neurología Argentina*, 17(2), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2025.04.007>

Popescu, B. F. G., & Lucchinetti, C. F. (2012). Pathology of demyelinating diseases. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 7, 185–217. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathol-011811-132443>

Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 41, 685–691. <https://doi.org/10.1212/WNL.41.5.685>

Rocca, M. A., Pravatà, E., Valsasina, P., et al. (2015). Structural and functional damage of fronto-limbic networks in multiple sclerosis and depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(7), 789–796. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-308516>

Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.

Serafini, B., Rosicarelli, B., Magliozzi, R., et al. (2004). Detection of ectopic B-cell follicles with germinal centers in the meninges of patients with secondary progressive multiple sclerosis. *Brain Pathology*, 14(2), 164–174. <https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2004.tb00050.x>

Stagnaro, J. C., et al. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX, 275–299.

Van Geest, Q., Boeschoten, R. E., Keijzer, M. J., et al. (2019). Fronto-limbic disconnection in patients with multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(5), 715–726. <https://doi.org/10.1177/1352458518767051>

Young, C. A., Langdon, D., Rog, D., et al. (2024). Prevalence, treatment and correlates of depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 87, 105648. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105648>

Yusuf, F. L. A., Karim, M. E., Gustafson, P., et al. (2025). Misclassification of depression and anxiety disorders in the prodromal period of multiple sclerosis. *Annals of Epidemiology*, 101, 67–73.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2024.12.006>

Ziemann, U., Wahl, M., Hattingen, E., & Tumani, H. (2011). Biomarkers for multiple sclerosis as a neurodegenerative disorder. *Progress in Neurobiology*, 95, 670–685.
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2011.09.005>

Zivadinov, R., & Bakshi, R. (2004). Central nervous system atrophy and clinical status in multiple sclerosis. *Journal of Neuroimaging*, 14(3 Suppl), 27S–35S.
<https://doi.org/10.1177/1051228404266263>

Anexo

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este consentimiento, acepto participar de manera voluntaria que se me administre el cuestionario “Escala de Hamilton para la Depresión” como parte del proceso de evaluación de la licenciatura en psicología, y en carácter de trabajo final integrador, perteneciente a la universidad de flores, facultad de psicología y ciencias sociales.

Dejo constancia de haber comprendido que la información obtenida, será utilizada en actividades prácticas para la formación de alumnos y que no se realizará una devolución de los elementos obtenidos en dicha práctica. fui informado que se garantiza la confidencialidad de los datos y mi anonimato. Mediante la firma del presente consentimiento presto plena conformidad para la realización de dicha actividad.

FIRMA:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA:

Anexo 2

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

VERSIÓN DE J. A. RAMOS-BRIEVA Y A. CORDERO VILLAFÁFILA

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO

0 ausente

1 ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.

2 moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación.

3 intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4 extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2- SENTIMIENTOS DE CULPA

0) ausente.

1) ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente.

2) Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención.

3) intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece.

4) Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.

3- SUICIDIO

0 ausente.

1 ligero: la vida no vale la pena vivirla.

2 moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse.

3 intenso: ideas o amenazas suicidas.

4 extremo: serio intento de suicidio.

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana).

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 ausente.

1 ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana)

7-TRABAJO/ACTIVIDADES

0 ausente.

1 ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8-INHIBICIÓN

0 ausente

1 ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9-AGITACIÓN

0 ausente

1 ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2 moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, de las manos.

3 intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 extrema: la entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y “desatado”.

10-ANSIEDAD PSÍQUICA

0 ausente

1 ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 ausente

1 ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3 intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 ausentes

1 ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 intensos: pérdida de apetito, no come, aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 ausentes

1 ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)

0 ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA

0 Ausente

1 ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 moderada: preocupado por su salud.

3 intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN

0 ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO

0 ausente

1 ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).

2 intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta).