

Perfil Neurocognitivo, Cognitivo, Emocional, de Personalidad y Comportamiento en una Persona con Esclerosis Múltiple de Tipo Remitente-Recurrente¹

Santiago Agudelo Sánchez

Isabel Díaz Medina

Tatiana Montoya Ossa

María Alejandra Patiño Rojas

Programa de Psicología

Tecnológico de Antioquia -Institución Universitaria

Resumen

La esclerosis múltiple, es una enfermedad del Sistema Nervioso Central que afecta a la población, en su mayoría joven. El objetivo de esta investigación, de caso único, consiste en la elaboración del perfil neurocognitivo, cognitivo, emocional, de personalidad y de comportamiento en una persona con Esclerosis Múltiple tipo Remitente-Recurrente. A la muestra se le aplican diferentes instrumentos, los cuales arrojan resultados con cambios relativamente leves. Por tanto, aunque se presentan diferencias en algunas funciones en comparación con la población sin enfermedad, la muestra no presenta agravamientos a nivel neurocognitivo; desde lo cognitivo, la evaluada no presenta ideas irracionales o esquemas mal adaptativos tempranos; teniendo en cuenta el perfil emocional, la evaluada difiere de los índices de ansiedad y depresión tomados de la revisión de investigaciones previas; del mismo modo, referente a la personalidad, la persona en este estudio de caso, muestra pocas alteraciones. Finalmente, teniendo en cuenta el perfil comportamental, este varía en cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por personas diagnosticadas con EM.

Palabras Clave: Esclerosis Múltiple, Neurocognitivo, Cognitivo, Emocional, Personalidad, Comportamiento.

¹ Producto derivado del proceso de investigación desarrollado en los cursos de Trabajo de Grado I, II y III del pregrado en Psicología asesorados por Jorge Emiro Restrepo, PhD., Profesor Asociado de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales del Tecnológico de Antioquia, Medellín, Colombia.

Abstract

Multiple sclerosis is a disease of the Central Nervous System which affects mostly young population. The objective of this single-case investigation is to develop a neurocognitive, cognitive, emotional, personality and behavioral profile in a person diagnosed with Multiple Sclerosis, type Relapsing-Remitting. Different instruments have been applied to the evaluated person, which it found results slightly different. Therefore, although there are differences in some functions in comparison with the population without disease, the sample does not present aggravations at the neurocognitive level; talking about the cognitive side, the sample does not present irrational ideas or early maladaptive schemes; taking into account the emotional profile, the evaluated one differs from the anxiety and depression indexes taken from the review of previous research; in the same way, regarding to personality, the person in this single-case, shows just a few disturbances. Finally, considering the behavior profile, it varies in the coping strategies most used by people diagnosed with MS.

Key Words: Multiple Sclerosis, Neurocognitive, Cognitive, Emotional, Personality, Behavior

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM), según El NINDS (s.f), se refiere a la condición en la cual se presenta un endurecimiento de las áreas en las que se ha eliminado la mielina (desmielinización) en el sistema nervioso central, afectando la comunicación de este y el resto del cuerpo, por lo cual, se hace más complejo para la persona tener una percepción de un estímulo de manera rápida. Domínguez et al. (2012), mencionan que existen diferentes tipos de EM entre los cuales se encuentran: Remitente-Recurrente (RR): que presenta momentos de recaídas en cuadros agudos de síntomas neurológicos; Secundariamente Progresiva (SP), en la que hay un empeoramiento paulatino de los síntomas neurológicos a lo largo del tiempo; Primariamente Progresiva (PP), en la cual desde el principio se padecen síntomas neurológicos progresivos, generalmente, los síntomas son mielopáticos; Progresiva-Recurrente (PR): es un subtipo de PP, en la cual se pueden presentar recaídas sobreimpuestas a una progresión lenta. Partiendo de lo mencionado anteriormente, para efectos de la presente investigación se abordará el tipo Remitente-Recurrente (RR).

Al revisar diversos estudios (Arango-Lasprilla et al. (2007); Martin-Ramos et al. (2015); y Ben Ali et al. (2015)) enfocados en identificar las posibles maneras en las que se pueden ver afectados los pacientes con EM, se destacan entre los cambios más frecuentes alteraciones a nivel neurocognitivo, afectando directamente procesos como: la atención, la memoria, velocidad en el procesamiento de la información, etc. Por tanto, se elabora un perfil

neurocognitivo, el cual según Bausela (2006), es el resultado de una evaluación neuropsicológica realizada a partir de la observación y la aplicación de pruebas que permiten cuantificar el estado de diversas funciones cognitivas.

En este caso, atención, considerada por Smith y Kosslyn (2007/2008), como una función encargada de generar un filtro que selecciona la información que será procesada por el cerebro; la memoria de trabajo, definida por Unsworth y Engle (2005, citado en Feldman, 2009/2010), como un conjunto de almacenes temporales de la memoria que mantienen de forma activa la información, además, se considera que participa en el razonamiento y la toma de decisiones; y la velocidad de procesamiento de la información.

No obstante, algunos estudios correlacionan la EM con otro tipo de afecciones, entre las cuales identifican las relacionadas al perfil cognitivo, el cual se entiende a partir de Toro y Ochoa (2010) como contenidos cognitivos, en donde se abordan ideas irracionales que según Ellis (1982, citado en Dryden y Ellis 1987/1989) hacen referencia a ideas absolutistas, representadas en imposiciones a través de expresiones como “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”, etc.; y esquemas maladaptativos Tempranos (EMT) a los que, Young et al. (2003/2015), concibe como patrones emocionales y cognitivos, generalizados y contraproducentes, los cuales, son originados a partir de experiencias, recuerdos y sensaciones negativas que suelen repetirse de manera cíclica a lo largo de la vida, causando el desarrollo de conductas disfuncionales que responden al esquema.

Estos contenidos, según algunos estudios (Ferreí et al. (2009); Calderón (2015)), presentan evidencias de que al padecer algunas enfermedades como la EM, se puede estar propenso a desarrollar EMT o ideas irracionales que eventualmente resultan en una distorsión negativa de la realidad, por lo que la vida de los pacientes y su salud mental se pueden ver afectadas.

Así mismo, la EM también se ha relacionado con afecciones relacionadas a un perfil emocional (Restrepo, Yara, Betancur y Tavera, 2014), el cual es entendido por Davidson y Begley (2012/2012), como una respuesta a las experiencias que vivencia una persona en condiciones cotidianas como producto de procesos cerebrales. Por tanto, algunos estudios (Camargo et al. (2018); Olivares-Pérez et al. (2009a); Olivares et al. (2009b); Martín-Ramos et al. (2015)), plantean que es frecuente desarrollar depresión y ansiedad a partir del padecimiento de la enfermedad, principalmente en etapas tempranas de la misma. Debido a factores como la incertidumbre generada ante el pronóstico y los cambios experimentados en la evolución de la enfermedad.

Por lo que, en este estudio se tomará en cuenta la depresión, definida por Retamal (1998), como un estado de ánimo alterado donde se evidencia disminución y pérdida en el interés en actividades que la persona solía disfrutar, generando cambios negativos en aspectos psíquicos, físicos y conductuales; y ansiedad, la cual según Caseras (2009), es una reacción automática que genera la persona cuando se enfrenta ante una posible amenaza.

Adicionalmente, se tendrá en cuenta la personalidad, entendida por Bermúdez et al. (2011), como un constructo que incluye elementos estables y consistentes que permiten explicar el modo de respuesta que tendrá una persona frente a determinada situación, permitiendo predecir una conducta. Puede relacionarse a la EM, debido a lo mencionado por Gatchel y Weisberg (2000, citados en García, 2015), los cuales, asumen que la manera en la que la persona afronta la situación está altamente influida por las distintas características que constituyen su personalidad. Debido a que, estas marcan un patrón de afrontamiento el cual es empleado a la hora de experimentar situaciones estresoras como el tratamiento o las recaídas durante la EM. Además, algunos estudios, (García (2015); Khodarahimi y Rasti (2015)) sugieren que la personas con EM comúnmente presentan neuroticismo, el cual es definido por Cloninger (2000/2003), como una característica presente en las personas que se ven comúnmente afectadas por emociones negativas.

Finalmente, se consideran las estrategias de afrontamiento, debido a que Lazarus y Folkman (1991, citado en Nava et al. 2009), mencionan que son esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente con el fin de manejar las situaciones externas e internas que exceden los recursos de una persona. Por tanto, algunos estudios como el de García (2015), sugieren que estas estrategias juegan un papel importante al padecer una enfermedad como la EM, ya que el impacto del tratamiento al que se someten los pacientes depende de estas.

Así pues, al considerar las diversas formas en las que se puede ver afectada una persona con EM es que la presente investigación se enmarca en lo que se conoce como psicología de la salud, que según Libertad (2003), está relacionada con variables biopsicosociales, teniendo en cuenta como biológicas: la salud, la enfermedad y secuelas de estas; como psicológicas, todas aquellas que le pertenecen al ser de manera individual, como lo son sus emociones y comportamientos; y en cuanto a las sociales se incluye el trabajo con la familia y la comunidad.

Ante lo mencionado, se remite a la siguiente cuestión: ¿cuáles son los elementos neurocognitivos, cognitivos, emocionales, de personalidad y comportamiento; en una persona diagnosticada con Esclerosis Múltiple de tipo Remitente-Recurrente (EM-RR) hace cuatro años?

Metodología

Investigación cuantitativa de caso único, a lo cual Midgley (2006, citado en Stoppiello, 2009, p. 230) señala que, “busca estudiar aspectos particulares en individuos, grupos, comunidades o en la sociedad en general, con el objetivo de obtener una comprensión completa sobre el estado actual de las cosas”, siendo en este caso con un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y corte transversal. La población a abordar son personas con diagnóstico de EM-RR; muestreo, no probabilístico por conveniencia; muestra, una persona con el diagnóstico mencionado. El objetivo general fue elaborar el perfil neurocognitivo, cognitivo, emocional, de personalidad y de comportamiento en una persona con Esclerosis Múltiple de tipo Reminente-Recurrente.

Instrumentos de medición

1. Atención: Test “D2”: Es un test de cancelación, según Brickenkamp (1962/2012), aplicable para niños, adolescentes y adultos; evalúa atención selectiva y de concentración; se puede aplicar de forma individual o grupal; y tiene un tiempo limitado de 8 a 10 minutos. Los productos defectuosos que deben ser rechazados corresponden a elementos destacados (d con 2 rayitas) que hay que marcar, y su valoración se hace teniendo en cuenta los caracteres que fueron marcados de forma correcta e incorrecta.
2. Velocidad de procesamiento de la información: Test Fluidez Verbal (FV): Es un test de evocación verbal, está compuesto por 2 subpruebas una semántica (FVS) y otra fonológica (FVF), la persona cuenta con un tiempo limitado para realizar la prueba. Esta prueba involucra procesos de memoria y de conocimiento semántico. (García et al. 2012). El FV, muestra altos puntajes de consistencia manifestando altos niveles de confiabilidad y validez. Esto a su vez, asegura el control y calidad de la prueba, y permite su uso en diferentes investigaciones que tengan como interés el implemento de este. (de Azeredo et al. (2011).
3. Memoria de trabajo: Cubos de Corsi o Test De Span Visual: Hace parte de la prueba de memoria de Wechsler, es un test de cubos el cual según Badeley, (2003, citado en Hernández et al., 2012) se realiza en dos secciones: Tapping Directo, en la que el evaluado debe evocar la secuencia de los cubos en el mismo orden que fueron puestos por el evaluador; y Tapping Inverso, donde el evaluado debe evocar la secuencia de los cubos pero de forma inversa. Además, es adecuado para evaluar la Agenda Visoespacial de la memoria de trabajo. Puede ser aplicada en niños, adolescentes y adultos.

Finalmente, cuenta con “una fiabilidad (0.79) y una validez (0.65)” (Weschler, 1997. Citado en Hernández et al., 2012, p.70), que indica coherencia interna.

4. Esquemas maladaptativos tempranos: Inventario de Esquemas de Young-Forma Corta (YSQ-SF): Es auto-aplicado, contiene 75 ítems y 15 componentes donde las posibilidades de respuesta son de tipo Likert (1=totalmente falso con 6=me describe perfectamente). En el estudio realizado por Londoño et al. (2012), se aplica el YSQ-SF en estudiantes universitarios colombianos, la prueba logró un nivel de 0.957 Alfa de Cronbach y para cada factor analizado los valores fueron entre 0.74 y 0.89, donde 11 tuvieron un promedio aproximado o superior a 0.8, lo que muestra su adecuada coherencia interna.
5. Creencias irracionales: Test de Creencias Irracionales (TCI): Evalúa ocho ideas irracionales, consta de 46 ítems, es tipo likert (1=no estar de acuerdo con 4=estar totalmente de acuerdo). El Alpha de Cronbach, según Calvete y Cardeñoso (1999, Citado en Chávez y Quiceno, 2010), presenta mediciones altas y estables en las 8 ideas irracionales que evalúa la prueba: Necesidad de Aprobación (0,78), Altas Auto-Expectativas (0,79), Culpabilización (0,63), Influencia Del Pasado (0,84), Evitación De Problemas (0,66), Dependencia (0,73), Indefensión Ante El Cambio (0,79), Perfeccionismo (0,70); en cuanto a KMO se obtiene un resultado de 0,70 que indica buena adecuación.
6. Depresión: Beck Depression Inventory (BDI): Consta de 21 preguntas, para su administración oral se necesitan aproximadamente de 5 a 10 minutos y la autoevaluación es de 15 minutos; sin embargo, los pacientes con rasgos obsesivos pueden tardar una hora en la realización. En cuanto su validez, según Carranza (2013), en Alpha de Cronbach puntúa 0,88, lo que indica que tiene una consistencia interna óptima.
7. Ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI): Mide de forma auto-informada el nivel de ansiedad, consta de 21 ítems, la versión española es aplicable para jóvenes de más de 17 años. Su diseño de respuesta, según Consejo General De Colegios Oficiales De Psicólogos, (s.f.) es tipo Likert (0=mínima con 3=grave). Los coeficientes Alpha de Cronbach de fiabilidad y consistencia interna, según Beck y Steer, (2011, citados en Sanz, 2014) para los pacientes con trastornos psicológicos (0,91), los adultos de la población general (0,92) y los estudiantes universitarios (0.88), todos ellos excelentes.
8. Personalidad: NEO-FFI: Test con 60 ítems, 12 dimensiones por cada categoría, aplicable para jóvenes y adultos, de manera individual o grupal. Escala tipo likert

(1=totalmente desacuerdo con 5=totalmente de acuerdo). Estos reactivos fueron previamente traducidos en el país en una investigación con el NEO-Pi-r de Martínez y Cassaretto (2011), quienes además, mencionan los Alpha de Cronbach para cada dimensión de la prueba: Neuroticismo (0.83); Conciencia (0.84); Extroversión (0.78); Apertura (0.67); y Agradabilidad (0.67). Dando como resultado, adecuados índices de consistencia interna.

9. Estrategias de afrontamiento: Escala De Estrategias De Coping-Modificada: (EEC-M): Cuenta con 69 preguntas con respuestas tipo Likert (1=nunca con 6=siempre), divididas en 12 escalas. La prueba original contaba con 98 ítems, de la que 29 fueron excluidos por no cumplir con los criterios considerados para la elección. El valor Alpha de Cronbach alcanzado, según Londoño, et al., (2006) fue de 0,847 y la varianza total explicada fue de 58%.

Técnicas de análisis de datos: Análisis estadístico descriptivo.

Consideraciones éticas

Finalmente, se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas: Ley 1090 de 2006 -Código deontológico y bioético de la psicología. Y la Resolución 8430 de 1993- normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Resultados

Tabla 1. Perfil neurocognitivo

	PD	BAREMO ¹
Fluidez Verbal *		
Semántico	11,33	18,38 (4,09)
Fonológico	16	17,04 (4,09)
Localización Espacial **		
LoEsD	5	10,05 (3,03)
LoEsI	5	9,99 (2,96)
D2 ***		
TR	393	472,45 (91,49)
TA	142	185,4 (43,16)
O	21	17,16 (16,4)
C	2	1,95 (8,41)
TOT	370	435,33 (90,38)
CON	140	183,44 (44,91)
TR+	33	40,09 (6,52)

TR-	24	26,04 (7,35)
VAR	9	14,04 (5,55)

Nota: LoEsD: Localización espacial Directa; LoEsI: Localización Espacial Inversa; TR: Total de Respuestas; TA: Total de Aciertos; O: Omisiones; C: Comisiones; TOT: Efectividad total de la prueba; CON: Índice de Concentración; TR+: Cantidad mayor de elementos intentados; TR-: Cantidad menor de elementos intentados; VAR: Índice de Variación. PD en amarillo, puntuación baja. ¹Arango-Lasprilla y Rivas (2015). ^{**}Wechsler (2004). ^{***}Brickenkamp (1962/2012).

Tabla 2. Perfil cognitivo

FACTOR	PD	Baremo ²	Ítems que lo componen
Necesidad de aprobación	20	20 (3)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Altas autoexpectativas	11	11 (3)	8, 9, 10, 11
Culpabilización	18	18 (4)	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Indefensión acerca del cambio	20	23 (4)	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
Evitación de problemas	6	5 (2)	26, 27
Dependencia	18	29 (3)	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34
Influencia del pasado	17	15 (3)	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41
Perfeccionismo	11	14 (3)	42, 43, 44, 45

Nota: Test de Creencias Irracionales (TCI). PD en amarillo, puntuaciones baja. ²Chávez y Quiceno (2010).

Tabla 3 Perfil cognitivo

FACTOR	PD	Baremo³	Ítems que lo componen
Abandono	6	16,09 (7,47)	5, 6, 7, 9, 10, 11
Insuficiente autocontrol /Autodisciplina	6	13 (6)	40, 41, 42, 43, 44, 45
Desconfianza/Abuso	5	13,3 (6,16)	12, 13, 14, 15, 16
Deprivación Emocional	5	11,03 (5,01)	1, 2, 3, 4, 8
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	4	10,34 (5,53)	17, 18, 19, 20
Auto-Sacrificio	11	11,85 (4,98)	23, 24, 25, 26
Estándares inflexibles (1/Autoexigencia)	8	9,29 (4,76)	33, 34, 35, 36
Estándares inflexibles (2/Perfeccionismo)	11	9,17 (4)	30, 31, 32
Inhibición Emocional	8	6,17 (3,49)	27, 28, 29
Derecho / Grandiosidad	3	6,55 (3,11)	37, 38, 39
Entrampamiento	2	4,42 (2,58)	21, 22

Nota: Cuestionario de Esquemas de Young - Forma Larga 2 (YSQ-L2). ³Londoño (2012). PD en rojo: puntuación alta; en amarillo: puntuación baja.

Tabla 4 Perfil emocional

PD	Clasificación⁴
BDI*	
6	Mínima
BAI**	
8	Leve

Nota: Inventario de Depresión de Beck (BDI); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). ⁴*Sanz et al. (s.f.), ** Sanz (2014)

Tabla 5 Perfil de personalidad

Factor	Pd	Percentil⁵	Nivel
Neuroticismo	15	20	Medio
Extraversión	33	65	Medio
Apertura	30	65	Medio
Agradabilidad	29	20	Bajo
Consciencia	39	75	Alto

Nota: NEO-FFI. ⁵Aluja et al. (2009). PD en rojo: puntuación alta; en amarillo: puntuación baja.

Tabla 6 Perfil de comportamiento

FACTOR	PD	Baremo⁷	Ítems que lo componen
Solución problemas	38	33,5 (8,4)	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68
Búsqueda apoyo social	16	23,2 (8,2)	6, 14, 23, 24, 34, 47, 57
Espera	22	22,5 (7,5)	9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69
Religión	38	20,7 (9,0)	8, 16, 25, 36, 49, 59, 67
Evitación Emocional	20	25 (7,6)	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62
Búsqueda de Apoyo	17	10,9 (5,6)	7, 15, 35, 48, 58
Reacción Agresiva	6	12,7 (5,1)	4, 12, 22, 33, 44
Evitación Cognitiva	12	15,9 (4,9)	31, 32, 42, 54, 63
Reevaluación Positiva	23	18,4 (5,4)	5, 13, 46, 56, 64
Expresión de la Dificultad de Afrontamiento	8	14,8 (4,7)	45, 52, 55, 61
Negación	5	8,8 (3,3)	1, 2, 3
Autonomía	5	6,8 (2,8)	65, 66

Nota: Escala de Estrategias de Copying – Modificada (EEC-M). ⁷Londoño, et al. (2006).

PD en rojo: puntuación alta; en amarillo: puntuación baja.

Discusión

Perfil neurocognitivo:

Los resultados obtenidos para la muestra como se observa en la **Tabla 1** fueron: para el caso de velocidad del procesamiento respuestas dentro del rango de normalidad para FVF

(fluidez verbal fonológica); mientras que FVS (Fluidez Verbal Semántica) presentó niveles por debajo del rango de normalidad con un resultado de 11,33.

A lo que Martín-Ramos et al. (2015), ya habían concluido que sucedería en el estudio para determinar la influencia de la ansiedad y la depresión en personas con esclerosis múltiple en sus funciones ejecutivas, los autores comentan que un aumento de ansiedad se vincula con la disminución de funciones ejecutivas como el control inhibitorio o fluidez fonológica y semántica.

Para el caso de memoria de trabajo, se obtienen puntajes que se encuentran por debajo del rango de normalidad tanto para Localización Espacial Directa, como Inversa con valores de 5 para ambas pruebas. Lo cual, denota cierta dificultad a la hora de que la muestra pueda desarrollar estrategias de aprendizaje que le permitan la evocación de la información que le fue suministrada. Lo cual, Arango-Lasprilla et al. (2007), ya habían mencionado en su investigación sobre una afectación observada en la memoria de trabajo y otras funciones ejecutivas. Además, también lo menciona Fernández (2012), en su estudio sobre la esclerosis múltiple.

En cuanto a la atención, se encuentran bajos resultados para el número total de aciertos (TA) y la mayor cantidad de elementos intentados (TR⁺), con puntajes de 142 y 33, respectivamente. Los cuales se encuentran por debajo de los rangos.

Como lo mencionan Olivares et al (2005) no hay niveles significativos de dificultades atencionales, sino un procesamiento más lento a la hora de llevar a cabo la tarea. Es quizás por esto, que los elementos intentados no son los esperados, por tanto, difieren los aciertos.

De manera general, se puede deducir que los procesos neurocognitivos evaluados en la muestra no difieren de manera significativa de una persona sin enfermedad, excepto, en la memoria de trabajo, y en velocidad de procesamiento. En cuanto a la atención no se observan cambios muy alejados del rango de normalidad que presenta la prueba, por lo cual, pueden ser producto de las dificultades en las dos variables mencionadas.

En cuanto a las teorías, se puede observar teniendo en cuenta la revisión de Pedraz y Sammer (2018), que en la EM se produce desmielinización debido a una alta liberación de glutamato dada desde las células inflamatorias, lo cual hace que se presenten falencias a nivel cognitivo en aprendizaje, memoria, atención y en aspectos emocionales como depresión y fatiga en las personas que presentan la EM. Adicionalmente, se mencionan dificultades ascendentes dependiendo del tipo de la EM. Cabe resaltar que en esta investigación el diagnóstico es EMRR por lo cual la afectación cerebral no es en rangos altos, pero, es importante mencionar que en este tipo de EM se presentan recaídas en cuanto a dolores físicos,

además, en los resultados del presente estudio, se observan cambios en las funciones de velocidad de procesamiento y memoria de trabajo.

Seguidamente, como lo mencionan en la revisión bibliográfica, Jiménez-Morales et al. (2016), las respuestas que presentan los pacientes frente a la enfermedad, dependen de las actividades cognitivas de ocio que realicen, debido a que pueden aumentar la reserva cognitiva y ésta actuar como un factor protector ante las consecuencias de la enfermedad, entre esas actividades se encuentra leer, pintar, escribir, etc., por lo que se puede inferir que, en la evaluada no se evidencian cambios muy grandes debido a su nivel académico y el trabajo que realiza, lo cual le exige tanto lectura, como escritura de manera habitual.

Perfil cognitivo:

Para el componente cognitivo, se pretendía conocer las características asociadas con las ideas irracionales y los esquemas mal adaptativos (EMT), donde en los resultados del TCI, como lo muestra la **Tabla 2**, se observan bajos niveles en cuanto al factor dependencia. Lo cual podría sugerir ausencia de ideas típicas asociadas a la dependencia como considerar que “se debe disponer siempre de alguien más fuerte en quien apoyarse y sentirse incapaz de adoptar decisiones propias” (Chávez y Quiceno, 2010, p.54). Lo cual contrasta con los resultados de la investigación realizada por Gulick (1995), donde se pretendía evaluar aspectos cognitivos en pacientes diagnosticados con EM, los cuales sugerían que las personas con dicha enfermedad tienden a desarrollar altos niveles de dependencia.

En cuanto a las otras Ideas Irracionales evaluadas por el test, los resultados arrojan puntajes enmarcados dentro del rango de normalidad. Lo cual difiere también con investigaciones realizadas en el área de la salud como la de Calderón (2015), la cual indicaba que pacientes con enfermedades como la diabetes presentaban ideas absolutistas de comodidad y exigencia, constituyendo pensamientos rígidos e inflexibles característicos de las creencias irracionales. Tal como lo plantea Ellis (1987 citado en Dryden y Ellis 1987/1989) donde resalta a las ideas extremistas, presunciones de obligatoriedad y deber, como características principales de las ideas irracionales, las cuales suelen conducir a interpretaciones imprecisas o erróneas de situaciones cotidianas

Debido a lo mencionado por Ellis, queda claro que las ideas irracionales conllevan a valoraciones erróneas de la realidad, en donde se lleva a extremos comúnmente negativos las experiencias a las que se enfrenta un individuo. Para este caso, en el cual la muestra de la investigación se enfrentó a un diagnóstico de una enfermedad poco común como lo es la EM, podría decirse que se ha asimilado de una manera racional debido a que según el instrumento aplicado la persona no presenta creencias irracionales. Lo cual, indicaría que el diagnóstico de

este tipo de enfermedades no necesariamente se relaciona con el desarrollo de ideas catastróficas o extremistas que conduzcan a ideas irracionales. Por lo que, se podría pensar que para que esto se dé tendrían que interferir diversos factores que se sumen a la experiencia vital negativa a la cual se enfrenta la persona, como inadecuadas estrategias de afrontamiento sumados al catastrofismo y posibles falencias en redes de apoyo, además, de las características personales de la persona. Podría decirse que, tales factores no representan a la muestra de la presente investigación.

Adicionalmente, la actual ausencia de ideas irracionales o la falta de evidencia de la existencia de las mismas, podría explicar también, que los resultados del test enfocado a caracterizar el perfil comportamental de la evaluada no demostrara empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas a parte de la religiosidad. Teniendo en cuenta que Ellis (1958; 2003, citado en Chávez y Quiceno, 2010, p.42) “Considera a las representaciones mentales y a las creencias como agentes causales del comportamiento. Planteando así mismo, que las cogniciones son centrales en el origen y desarrollo de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales”. Lo cual da vía para pensar que, si una persona presenta creencias irracionales, su comportamiento será congruente a este tipo de cogniciones, y al mantener cierta racionalidad, su comportamiento ante situaciones difíciles será más adaptativo.

Por otro lado, frente a los EMT, como se observa en la **Tabla 3** está por debajo del rango en los siguientes factores: Abandono, Insuficiente Autocontrol, Desconfianza, Deprivación Emocional, Vulnerabilidad al Daño Y Grandiosidad. Mientras que los otros factores evaluados por el test se encuentran dentro del rango de normalidad. Según estos resultados, se podría decir que la paciente no ha desarrollado EMT como consecuencia de su enfermedad, que la lleven a interpretar o procesar la información proveniente del medio de una manera disfuncional. Lo cual, indica poca o nula relación con resultados de investigaciones en pacientes con cáncer como la de Ferrei et al. (2009), donde se sugería que al padecer la enfermedad desarrollaban EMT como el Autosacrificio, dejando de lado necesidades personales para ponerse al servicio de los demás.

Según Young (2003, citado en Young et al. (2003/2015)), los EMT tienen su origen en una serie de necesidades vitales insatisfechas o las cuales se ven afectadas por sucesos importantes que resultan nocivos para una persona, estas necesidades se resumen en: mantener vínculos seguros con los demás, manteniendo cierto estándar en cuanto a estabilidad, seguridad, cuidados y aceptación; autonomía, competencia y sentido de identidad positiva; posibilidad de expresar opiniones y sentimientos, entre otros. Por tal motivo, para el caso de

nuestra muestra, que al presentarse cambios significativos en su vida que comprometen directamente aspectos como autonomía, competencia y estabilidad, podría llegar a desarrollarse un esquema maladaptativo que la conduzca a desarrollar una visión disfuncional de la realidad. En contraposición de esto, se encontró que la evaluada no muestra indicios de haber desarrollado un esquema de este tipo.

En relación a lo anterior, el perfil cognitivo de la muestra de la presente investigación, sugiere que no presenta actualmente EMT ni ideas irracionales, que se hayan relacionado anteriormente a la EM u otras enfermedades. En dónde algunas investigaciones concluyen que, a partir de la presencia de dichos esquemas e ideas, la persona ante la enfermedad se sitúa en una condición de vulnerabilidad, en donde su vida y su salud mental se ven afectadas durante el transcurso de la misma.

Perfil emocional:

Luego de analizar los resultados obtenidos para este perfil, mostrados en la

Tabla 4, se encontró que la evaluada presenta una ansiedad leve. Con relación a la prueba del BDI se encontró una depresión mínima. Luego de tener los resultados, se puede decir que la investigación sobre los síntomas presentes en la EM por Camargo et al. (2018), no abarca en su porcentaje de 39 % de personas con depresión, a nuestra evaluada, ya que como se menciona anteriormente, ella obtuvo una depresión mínima. Además, el estudio de Olivares et al. (2009b), en el cual habla sobre depresión y ansiedad relacionados a la EM y se resalta que la prevalencia de la depresión oscila entre el 37 al 54% presentándose con más frecuencia que la ansiedad, la cual suele presentarse entre un 12 y 40% de los casos, también difiere de la muestra de la presente investigación.

Olivares-Pérez et al. (2009a) dicen que, la depresión está asociada a un menor tiempo de evolución de la EM, a causa de la incertidumbre que se genera ante el pronóstico y la evolución de la enfermedad, sumado a la poca disponibilidad de estrategias de afrontamiento, los cuales, también, podrían implicar una mayor presencia de síntomas de ansiedad. Lo cual difiere del estudio, debido a que la evaluada fue diagnosticada hace 5 años y durante ese tiempo ha tenido acompañamiento psicológico para afrontar los síntomas de su enfermedad.

Seguidamente, es importante mencionar que los resultados podrían verse alterados debido a la interpretación errónea de los instrumentos BDI y BAI, ya que la evaluada no tuvo en cuenta el tiempo con los síntomas que requerían los inventarios: “la última semana incluyendo hoy”.

Adicional a lo anterior, no se pretende desconocer el cuadro de depresión que presentó la evaluada debido a su última recaída con la enfermedad que fue hace año y ocho meses. Pero, es de resaltar lo referido por la muestra y es que todo se debió a problemas de movilidad como consecuencia de la baja efectividad de un medicamento, lo cual la afectó en las áreas personal y laboral llevándola a este diagnóstico, el cual ha ido elaborando con acompañamiento psicológico.

Clarck y Beck (2010/2012) aseguran, desde el modelo cognitivo, la idea de que la forma en que se piensa afecta directamente la forma en que se siente, por lo que se podría decir, que esto es comprobable en los resultados de ansiedad de la evaluada. Ya que esta manifiesta que, “entre más me sienta lastima, piense o me permita estar enferma, mayormente los síntomas de la enfermedad me deteriorarían”. Es por esto que, ella intenta estar ocupada para disminuir la ansiedad con su trabajo o en otras áreas de su vida como por ejemplo las terapias, los exámenes de rutina, estar a la vanguardia sobre la EM.

Teniendo en cuenta la guía presentada por el NICE (2005, citado en Bocanegra y Díaz, 2017), cuando se hace referencia al término depresión, se debe tener en cuenta que todos los síntomas pueden variar en función de la edad, el desarrollo del individuo, el estilo de crianza, la autoeficacia, factores culturales, familiares y sociales o estilos de afrontamiento. Frente a lo cual, la evaluada presenta EMRR, además, Jiménez-Pérez et al (2015), en su artículo “Estado Actual De La EM En Colombia”, arroja como resultados que, para el año 2013 era una enfermedad poco presente en el país, también, que el 70,4% de los pacientes eran mujeres y se contaba con 419 casos reportados en Antioquia, lo cual concuerda con nuestra muestra que es mujer y reside en Antioquia.

Con relación a las teorías biológicas sobre la depresión, Fañanás (2002, citado en Bocanegra y Díaz, 2017), dice que esta aparece con mayor prevalencia y a lo largo de generaciones en algunas familias, debido a la existencia de una base genética para el trastorno depresivo o la vulnerabilidad al mismo. Después de la aplicación de una encuesta sociodemográfica a la evaluada, se observa que en su familia no se ha encontrado casos o indicios de depresión durante las últimas cuatro generaciones.

Seguidamente, según Beck et al. (1979/2005), el depresivo tiene una visión negativa de sí mismo, lo que hace que se considere lleno de defectos y sin valor, ve sus experiencias de forma negativa, al igual que piensa que el mundo le pone obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos y adicional a esto piensa en su futuro de forma pesimista. Ante lo cual, la evaluada no manifiesta pensamientos de inutilidad durante el estudio, por el contrario, ella toma cada limitación como una posible oportunidad de cambiar frente a la vida, es por esto

que actualmente está estudiando una especialización, en clases de pintura, entre otras actividades.

Adicionalmente, según la historia clínica de la evaluada, asiste a chequeos médicos cada 3 meses para conocer la evolución de su enfermedad, y cada 6 u 8 meses a citas con especialistas de psiquiatría y psicología para tener un control de su estado emocional, ante lo cual, no se observan indicios de depresión o ansiedad, durante los últimos dos meses.

Perfil de personalidad:

Los resultados presentados en la

Tabla 5, muestran un rango medio en los componentes de neuroticismo, extraversión y apertura; esto difiere con los resultados obtenidos en estudios realizados por Khodarahimi y Rasti (2015) y por Benedict et al. (2001), los cuales afirman que el principal rasgo de personalidad que se encuentra alterado en las personas diagnosticadas con EM es el neuroticismo, estando por encima de los demás rasgos.

Otra diferencia encontrada en este estudio con los estudios realizados por los autores anteriormente mencionados, es el nivel de conciencia, pues la persona en esta investigación evidencia un alto grado en este rasgo, mientras que los estudios encontrados evidencian que este rasgo de personalidad se encuentra disminuido en las personas que presentan este diagnóstico.

Continuando con los mismos autores, en el resultado obtenido para el rasgo de afabilidad, se evidencia concordancia debido al nivel bajo que en se encuentra este aspecto de la personalidad en personas con EM en comparación con personas que no padecen esta enfermedad.

Como teoría, Maceda et al. (2013), definen la personalidad como formas de pensamiento y sentimientos que se encuentran reflejados en el comportamiento del individuo. Además, afirman que en la comunidad científica existe la creencia de que las personas que presentan un diagnóstico de esclerosis múltiple muestran tener características de personalidad similares, lo cual también muestra semejanza en la forma en que enfrentan esta enfermedad.; sin embargo, manifiestan que los rasgos de personalidad que presentan las personas con esta enfermedad, poco o nada tiene que ver con su proceso de adaptación.

Chanchay (2018), afirma que las afectaciones que genera la esclerosis múltiple en el cerebro del individuo, altera también algunos patrones de personalidad y de comportamiento; esto se debe al daño orgánico e incluso a efectos secundarios que tienen algunos fármacos usados como tratamiento para esta enfermedad. Sin embargo, esto no significa que todos los pacientes presentan los mismos cambios en su personalidad o incluso es posible, que no presenten cambio alguno.

Como conclusión, es posible afirmar que los resultados arrojados en esta investigación también muestran diferencias con las teorías mostradas anteriormente; pues en este caso, los rasgos de personalidad de la persona no son similares a los expuestos en los estudios realizados por Khodarahimi y Rasti (2015) y por Benedict et al. (2001).

Perfil de comportamiento:

Salinas et al. (2012), manifiestan que la complejidad y la incertidumbre de una enfermedad como la EM, afecta a la persona en el desarrollo de relaciones sociales, familiares, personales y laborales; que a su vez, generan una dificultad en la capacidad de adaptación a su enfermedad desde su diagnóstico.

Los resultados obtenidos en la

Tabla 6 muestran cinco de los 12 componentes fuera del rango de normalidad, algunos por encima y otros por debajo, específicamente los componentes de religión y de búsqueda de apoyo por encima; y los componentes de reacción agresiva, expresión de la dificultad de afrontamiento y negación por debajo de la media de normalidad.

Un estudio realizado por García (2016), revela que la estrategia de afrontamiento que más suelen utilizar las personas diagnosticadas con EM es distracción y la negación, donde los participantes de este estudio expresaron que preferían hacer o pensar en algo diferente, en vez de enfrentar directamente el padecimiento de esta. También, encontraron que la estrategia menos utilizada es el apoyo instrumental, pues los evaluados se rehusaban a compartir sentimientos con las demás personas.

Los resultados del presente estudio difieren con la investigación del autor en mención, debido a que se obtienen niveles bajos en la estrategia “negación”, que indica su poco uso de esta. Pero que, a diferencia de lo planteado en el 2016 por García, la búsqueda de apoyo si es una estrategia usada por la participante en este estudio de caso; pues en esta obtuvo altos niveles.

Un estudio realizado por Pérez-Belda (2012), muestra que la principal estrategia de afrontamiento que expresa una persona al ser diagnosticada con EM, es la negación, lo cual

concuera con el estudio realizado por García, pero difiere con los resultados obtenidos en el estudio actual.

Sin embargo, estos resultados coinciden con el estudio realizado por Lara y Kirchner (2012), que arrojó resultados similares a los de este estudio, donde sus evaluados manifestaron que la estrategia más utilizada es la aproximación en vez de la negación, siendo especialmente en esta la solución de problemas y reevaluación positiva.

Al hacer un comparativo del presente estudio con las anteriores investigaciones mencionadas, es posible inferir que la principal causa de las diferencias encontradas en estos es el tiempo de diagnóstico de los participantes en el momento de aplicar los instrumentos, pues en este estudio el EEC-M se aplicó a los cuatro años de diagnóstico, y en los estudios encontrados su aplicación fue en el momento en que se encontró esta enfermedad.

Conclusión

Se puede concluir, en cuanto al perfil neurocognitivo que, aunque se presentan diferencias en algunas funciones en comparación con población sin enfermedad, la reserva cognitiva de la muestra ha impedido la generación de otros agravamientos. Respecto al perfil cognitivo, no se identificó ningún punto crítico que sugiera la presencia de errores en el procesamiento de la información que conduzcan al desarrollo de ideas irracionales o esquemas maladaptativos. Desde el perfil emocional, de personalidad y comportamiento, la evaluada difiere de los índices de tomados de la revisión de investigaciones previas.

Limitaciones

Se pueden encontrar que algunos de los instrumentos utilizados cuentan con baremo español, como es el caso de las siguientes pruebas: D2, BAI, BDI, NEO-FFI lo cual puede generar resultados diferentes, teniendo en cuenta que no se encuentran adaptados para la población colombiana. Seguidamente, la interpretación de los instrumentos BDI y BAI que como se mencionó anteriormente, la muestra no tuvo en cuenta el tiempo que estos requerían. Finalmente, la disponibilidad para la aplicación de instrumentos, debido a la agenda concurrida de la muestra.

Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones en EM, que se utilicen instrumentos con baremo nacional, o que por lo menos, se validen los instrumentos en población colombiana, con el fin de que permitan ampliar los estudios en otras áreas poco investigadas en población

con EM. Adicionalmente, que se cuente con una muestra de tipo probabilístico (mayor a 31) para continuar evaluando el perfil cognitivo, que es el menos estudiado.

Referencias

- Aluja, A., Blanch, A., Sole, D., Dolcet, J. M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: el NEO-FFI frente al NEO-FFI-R. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17 (2), 335-350. <https://n9.cl/xopr>
- Arango-Lasprilla, J. C., DeLuca, J. y Chiaravalloti, N. (2007). El perfil neuropsicológico en la esclerosis múltiple. *Psicothema*. 19 (1), 1-6. <https://n9.cl/nesi9>
- Arango-Lasprilla, J. C. y Rivera, D. (2015). *Neuropsicología en Colombia: datos normativos, estado actual y retos a futuro*. Universidad Autónoma de Manizales.
- Bausela, E. (2006). La Evaluación Neuropsicológica: Procedimientos, Instrumentos y Variables. *Boletín de Estudios e Investigación*, 7, 19-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2199400>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2005), *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). (S. del Viso Pabón, Trad.). Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1979)
- Ben Ali, N., Oudia, N., Mrabet, S., Kchaou, M., Echebbi, S., Saloua Fray S. y Belal, S., (2015). Neurobehavioral Aspects of Different Forms of Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology y Neurophysiology*, 6 (3), 1-6. <http://doi.org/10.4172/2155-9562.1000293>
- Benedict, R., Priore, R., Miller, C., Munschauer, F. y Jacobs, L. (2001) Personality Disorder in Multiple Sclerosis Correlates With Cognitive Impairment. *The American Journal of Psychotherapy*, 13 (1), 70-76. <https://doi.org/10.1176/jnp.13.1.70>
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruiz, J. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://n9.cl/5aqse>
- Bocanegra, S. G., y Díaz, M. M. (2017). *La depresión en la adolescencia: Conceptualización, teorías explicativas y tratamientos*. Libros Universidad Nacional Abierta y a Distancia, 89-108. <http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/view/2525/2619>
- Brickenkamp, R. (2012), *Manual test de atención d2*, (4ª ed.). (N. Seisdedos, Trad.). Tea Ediciones. (Trabajo original publicado en 1962)
- Calderón, J. M. (2015). *Creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años*. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción, Guatemala. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Calderon-Jose.pdf>

- Camargo, A. P., Gómez, A. M., Hernández, L. F., y Palacios, E. (2018). Síntomas presentes en la esclerosis múltiple: serie de casos. *Acta Neurológica Colombiana*, 34 (2), 108-114. <https://doi.org/10.22379/24224022198>
- Carranza, R. F. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck, Universitarios de Lima. *Revista psicologica trujillo*, 15 (2), 170-182. http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128
- Caseras, X. (2009). Comprender el trastorno de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia. Amat
- Chanchay, D. J. (2018). Programa de Psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad cognitiva, relacional y comportamental con esclerosis múltiple; en la Fundación de Esclerosis de Quito. (Tesis de postgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. <https://n9.cl/29jy>
- Chavez, L. y Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de psicología universidad de antioquia*, 2 (2), 41-56. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a4.pdf>
- Clarck, D. A. y Beck, A. T. (2012) *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (J. Aldekoa, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 2010).
- Cloninger, S. C. (2003) *Teorías de la personalidad* (3ª ed.). (A. S. Fernández y M. E. Oríz Trads.). Pearson educación. (Trabajo original publicado en 2000)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s.f.). Evaluación del inventario BAI. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Davidson, R. y Begley, S. (2012) *El perfil emocional de tu cerebro*. (F. Meler, Trad.). Destino (Trabajo original publicado el 2012).
- De Azeredo, V. M., Giatti, L., Barreto, S. M., Carvalho, R., Caramelli, P., Benseñor, I., Mendes, M. de J., Valadao, N., Carvalho, A., Nunes, M. A., Guimaraes, M. G. y Martins, A. A. (2011). Verbal fluency tests reliability in a Brazilian multicentric study, ELSA-Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69 (5), 814-816. <https://core.ac.uk/download/pdf/37444336.pdf>
- Domínguez, R., Morales, M., Rossiere, N. L., Olan, R. y Gutiérrez, J. L. (2012). ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REVISIÓN DE LA LITERATURA MÉDICA. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55 (5), 26-35. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf>
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989) *Practica de la Terapia Racional Emotiva* (E. Cartón, Trad.). Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1987).

- Feldman, R. S. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (8ª ed.). (J.L. Nuñez y E. Palos, Trads.), McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 2009).
- Fernández, J. M. (2012). Características de la función ejecutiva en pacientes con esclerosis múltiple progresiva primaria y remitente recurrente entre los 20 y 50 años pertenecientes a la fundación PSIQUE de la ciudad de Medellín, Antioquía. (Tesis de maestría). Universidad San Buenaventura, Medellín. <https://n9.cl/g8quj>
- Ferreí, R., Peña, A., Gómez, N. y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (24), 180-204. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n24/n24a09.pdf>
- García, A. C. (2016). *La Esclerosis Múltiple y las estrategias de afrontamiento del dolor*. (tesis de pregrado). Universidad La Laguna, España. <https://n9.cl/d4fn>
- García, E., Rodríguez, C., Martín, R., Jiménez, J. E., Hernández, S. y Díaz, A. (2012). Test de Fluidez Verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 53-64. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3971453.pdf>
- García, M., (2015). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia* (tesis maestría). Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1087>
- Gulick, E. E. (1995). Coping among spouses or significant others of persons with Multiple Sclerosis. *Nursing research*, 44 (4). 220-225. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199507000-00006>
- Hernández, S., Díaz, A., Jiménez, J.E, Martín, R., Rodríguez, C. y García, E. (2012) Datos normativos para el test de Span Visual: estudio evolutivo de la memoria de trabajo visual y la memoria de trabajo verbal. *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 65-77. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3971464.pdf>
- Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Accidentes Vasculares (NINDS). (s.f.), *Esclerosis múltiple. Esperanza en la investigación*. 1-70. https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/span_esclerosis.pdf
- Jiménez-Morales, R. M., Herrera-Jiménez, L. F., Macías-Delgado, Y. y Broche-Pérez, Y., (2016) Reserva cognitiva en la esclerosis múltiple. Su rol en la evaluación e intervención neuropsicológica. *Gaceta Médica Espirituana Univ. Ciencias Médicas. Sancti Spíritus*, 18 (3), <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v18n3/GME12316.pdf>

- Jiménez-Pérez, C. E, Zarco-Moreno, L. A., Castañeda-Cardona, C., Otálora, M., Martínez, A., y Rosselli, D. (2015). Estado actual de la esclerosis múltiple en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 31 (4), 385-390. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a05.pdf>
- Khodarahimi, S. y Rasti, A. (2015). The roles of fatigue, depression, and Big Five Personality traits in males with and without multiple sclerosis disease. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 26 (2), 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.03.002>
- Lara, S y Kirchner, T. (2012). Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria. *Anales de psicología*, 28 (2), 358-365. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148811>
- Libertad, M. A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-81. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>
- Londoño, L. F. (2012). Esquemas mal adaptativos tempranos presentes en estudiantes del grado décimo y once que han tenido contrato pedagógico disciplinar en la institución José maría Bernal de Caldas, Antioquia. (tesis de pregrado). Corporación Universitaria Lasallista, Caldas-Antioquia. <https://n9.cl/99ys>
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>
- Londoño, N., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves, L. y Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 147-164. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a12.pdf>
- Maceda, S., Louzao, M. J., Midaglia, L., Míguez, M. A., Guerra, M. J. y Muñoz, D. (2013). Personalidad, psicopatología y esclerosis múltiple. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 80-86. <https://n9.cl/kc3o>
- Martin-Ramos, R., Jiménez-Morales, R.M., Herrera-Jiménez, L.F., Guerra-Pérez, L.R., Martin-Ramos, R. y Pérez-Medinilla, Y.T. (2015). Influencia de la ansiedad y depresión sobre las funciones ejecutivas en pacientes con esclerosis múltiple. *Archivos de Neurociencias*, 20 (4), 233-239. <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane154a.pdf>

- Martínez, P. y Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (1), 63-74. <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243029630006.pdf>
- Nava, C., Vega, C. Z., y Soria, R. S. (2009). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 139-147. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-1.emac>
- Olivares, T., Nieto, A., Sánchez, M. del P., Wollmann, T., Hernández, M. A., y Barroso, J. (2005). Pattern of neuropsychological impairment in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 11 (2), 191-197. <https://doi.org/10.1191/1352458505ms1139oa>
- Olivares-Pérez, T., Nieto-Barco, A., Betancort-Montesinos, M., Pérez-Martín, Y., Hernández-Pérez, M. A. y Barroso-Ribal, J. (2009a). Ansiedad y depresión en la esclerosis múltiple remitente-recidivante: relación con las alteraciones neuropsicológicas y la percepción subjetiva de deterioro cognitivo en pacientes con discapacidad mínima/leve. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4 (1), 44-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745289>
- Olivares, T., Hernández, M. A., Nieto, A., Betancort, M., Pérez, Y. y Barroso, J. (2009b). Depresión y ansiedad en la esclerosis múltiple, *Revista Española de Esclerosis Múltiple*, (11), 5-10. <https://n9.cl/kt2r>
- Pedraz, B. y Sammer, G. (2018) Importancia del glutamato en las funciones neuroendocrinológicas en la esclerosis múltiple relacionadas con la fatiga. *Revista de Neurología*, 67, 387-393. <https://doi.org/10.33588/rn.6710.2018110>
- Pérez-Belda, M. (2012) Afrontando la Esclerosis Múltiple: Sentimientos y Temores. *Portularia*, 12 (2), 117-125. 10.5218/prts.2012.0049
- Restrepo, J. E., Yara, E. A., Betancur, J. C., y Tavera, L. N. (2014). Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 87-95.
- Retamal, P. (1998) *Depresión*, (2ª ed.). Universitaria
- Salinas, V., Rogero, P., Oña, A. M. y Vergara, M. L. (2012). Descubriendo el significado de los fenómenos cronicidad, progresión y singularidad en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. *Index de Enfermería*, 21 (3), 126-130. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200004>

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (s.f.) Criterios Y Baremos Para Interpretar Las Puntuaciones En La Adaptación Española Del “Inventario De Depresión De Beck-II” (BDI II). <https://n9.cl/aqr5>
- Smith, E. M. y Kosslyn, S. M. (2008) *Procesos cognitivos: Modelos y Bases Neuronales*. (M. J. Ramos, Trad.). Pearson (Trabajo original publicado en 2007)
- Stoppiello, L. A. (2009) Estudio de caso único: vicisitudes en la selección de la muestra de una investigación doctoral. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13 (2), 224-246. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630254007.pdf>
- Toro, R. y Ochoa, D. (2010) Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista colombiana de psicología*, 19 (1), 97-110. <https://n9.cl/al2j>
- Wechsler, D. (2004). *WMS-III. Escala de memoria de Wechsler-III: manual de aplicación y puntuación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Young, J. E., Klosko J. S. y Weishaar, M. E. (2015) *Schema therapy: A practitioner’s guide*. (J. Aldekoa, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 2003).