

Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinaria

Mental Health, Quality of Life and Coping Strategies in a Patient with Relapsing Remitting Multiple Sclerosis (RRMS): Intervention from an Interdisciplinary Perspective

Por: Annie Valentina Velasco-Arturo¹ & Carolina Blair-Gómez²

1. Neuropsicóloga en Medicarte, Medellín – Colombia. Contacto: avelasco@medicarte.com.co Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0263-6968>
2. Docente investigadora de la Universidad de San Buenaventura, Medellín – Colombia. Contacto: Carolina.blair@tau.usbmed.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5021-5945>

OPEN ACCESS



Copyright: © 2025 Revista El Ágora USB.
La Revista El Ágora USB proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la [licencia creative commons](#) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo: Investigación
Recibido: julio de 2024
Revisado: agosto de 2024
Aceptado: noviembre de 2024
Doi: [10.21500/16578031.7188](https://doi.org/10.21500/16578031.7188)

Citación APA: Velasco-Arturo, A. V. y Blair-Gómez, C. (2025). Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinaria. *El Ágora USB*, 25(1), 297-320. Doi: [10.21500/16578031.7188](https://doi.org/10.21500/16578031.7188)

Resumen

Este artículo presenta un reporte de caso de una paciente con Esclerosis múltiple (EM), una enfermedad desmielinizante y neurodegenerativa, en algunos casos incapacitante, que se presenta con mayor prevalencia en mujeres jóvenes en edad productiva (20-50 años). La EM se presenta con una amplia variedad de síntomas tanto físicos como cognitivos, los cuales generan un impacto emocional y alteraciones en la calidad de vida de la persona que la padece. El objetivo del artículo es describir, desde una perspectiva interdisciplinaria las características clínicas, respecto a salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR), atendida en una institución de salud de la ciudad de Medellín, Antioquia. La información se recopiló a partir de las historias clínicas de los diferentes profesionales del programa correspondientes al periodo entre el 2018 y el 2021. Los hallazgos demuestran que la intervención interdisciplinaria ayudó a disminuir de manera significativa síntomas depresivos y ansiosos de la paciente, afianzar estrategias de afrontamiento más funcionales y adaptativas, lo que le permitió mejorar su calidad de vida.

Palabras Clave: Esclerosis Múltiple (EM); Depresión, Estrategias de Afrontamiento; Calidad de Vida; Intervención Interdisciplinaria; Estudio de Caso.

Abstract

This article presents a case report of a patient with multiple sclerosis (MS), a demyelinating and neurodegenerative disease, sometimes disabling, that occurs most frequently in young women of productive age, in the most productive age of young adults (20-50 years). MS presents with a wide variety of symptoms, both physical and cognitive, which generate an emotional impact and alterations in the quality of life of the person who suffers from it. The objective of the article is to describe, from an interdisciplinary perspective, the clinical characteristics regarding mental



health, quality of life and coping strategies in a patient with relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS), treated from an interdisciplinary perspective in a health institution in the city of Medellín, Antioquia. The information was collected from the clinical histories of the different professionals in the program corresponding to the period between 2018 and 2021. This case study allows us to observe that the interdisciplinary intervention helped to significantly reduce the patient's depressive and anxious symptoms, strengthen more functional and adaptive coping strategies, which allowed her to improve her quality of life.

Keywords: Multiple Sclerosis (MS); Depression; Coping Strategies; Quality of Life; Interdisciplinary Intervention; Case Study.

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante, crónica, autoinmune e inflamatoria que afecta al sistema nervioso central. Constituye la principal causa de discapacidad neurológica no traumática entre los adultos jóvenes (Ebers, 2008) presentándose con mayor frecuencia durante la edad más productiva del adulto joven (20-40 años) (Fernández García, 2021); tiene una mayor prevalencia en mujeres, sin embargo, el deterioro cognitivo es más significativo en los hombres. Afecta a más de 2 millones de personas en el mundo (Díaz, Zarco & Rivera, 2019); en Colombia se estima que son 7.2 por cada 100.000 habitantes, y en Antioquia un 6.82 por cada 100.000 habitantes (Toro et al., 2013).

El diagnóstico para esta enfermedad se basa fundamentalmente en la clínica, específicamente en los criterios clínicos de McDonald et al., (2001), exámenes e imágenes diagnósticas, tales como Resonancia Magnética Contrastada de cerebro, medula espinal cervical y dorsal, tórax, potenciales evocados, punción lumbar, y otras pruebas y exámenes que evalúan si el paciente cumple con los criterios establecidos, que permitan descartar otras posibles patologías desmielinizantes con sintomatología similar (Martínez-Altarriba et al., 2015). La EM tiene fases y fenotipos diferentes las cuales se establecieron desde 1996, pero se actualizaron en un consenso en el 2013 (Lublin et al., 2014), en el que se determina los siguientes fenotipos: Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva, se suprimió el fenotipo Esclerosis Múltiple Primaria Recurrente pasando a formar parte de Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, que se convierte en un espectro de formas progresivas con o sin actividad y se introdujo la descripción del síndrome clínico aislado (CIS), que se definió como el primer episodio clínico con características de desmielinización pero que no se puede diagnosticar como Esclerosis Múltiple por falta de diseminación en el tiempo y/o espacio. Jiménez-Pérez et al. (2015) confirman que la mayor prevalencia de los fenotipos de la Esclerosis Múltiple es la Remitente-Recurrente, la cual se caracteriza por la aparición esporádica de brotes de intensidad y frecuencia variable, tras los cuales existe recuperación, pero con síntomas residuales de diferente magnitud (Sánchez Martínez, 2020).

Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinar



Frente al tratamiento, no existe ningún tratamiento eficaz que frene completamente la evolución de la enfermedad o tenga efecto sobre las lesiones ya establecidas, pero es recomendable iniciarlo lo más rápido posible antes de que aparezcan discapacidades irreversibles (Martínez-Altarriba et al., 2015). Los tratamientos para la Esclerosis Múltiple se caracterizan por ser medicamentos biológicos, que tienen como fin retrasar el progreso neurodegenerativo de la enfermedad, controlar los brotes y regular ciertos síntomas como la fatiga, para mejorar la calidad de vida del paciente. Los tratamientos se pueden dividir en categorías según se requiera, tratamiento de los brotes, tratamiento modificador de la enfermedad y tratamiento sintomático (Martínez-Altarriba et al., 2015); cada medicamento tiene sus propias características, lo que hace que varíe el tiempo y método de aplicación o consumo, frecuencia del mismo, monitoreo, y eventos adversos, entre otros.

La EM presenta una etiología multifactorial que genera síntomas tanto físicos como cognitivos, los cuales impactan diferentes esferas de la persona que la padece (Sistiaga et al., 2014). Puede provocar disfunciones neuronales como defectos autonómicos y sensoriomotores, alteraciones visuales, ataxia, fatiga, dificultades para pensar y problemas emocionales (Compston & Coles, 2008) como ansiedad y depresión (Jiménez-Morales et al., 2017).

La depresión en pacientes con EM se ha determinado se debe a múltiples factores interactivos. Arnett, Barwick y Beeney (2008), aportan las variables influyentes en la aparición de la depresión en esta enfermedad, proponiendo un modelo predictor teniendo en cuenta la discapacidad física, disfunción cognitiva, dolor y fatiga. En otra investigación realizada por Olivares-Pérez et al. (2009b), los autores proponen que, la depresión está asociada a la incertidumbre que se genera ante el pronóstico y la evolución de la enfermedad, sumado a la poca disponibilidad de estrategias de afrontamiento y se resalta que la prevalencia de la depresión oscila entre el 37% al 54% presentándose con más recurrencia que la ansiedad.

Estas alteraciones emocionales tienen una alta prevalencia en estos pacientes, por ejemplo, el episodio depresivo mayor se encuentra en torno al 23,7% (Marrie et al., 2015). Al menos la mitad de los pacientes presentarán clínica depresiva a lo largo de su vida, siendo la fatiga el síntoma más frecuente (Novo et al., 2016). El riesgo de suicidio en esta población es significativamente mayor que en otras enfermedades neurológicas crónicas, alcanzando cifras de hasta un 3% (Marrie et al., 2015).

Debido a que las alteraciones emocionales trascienden a aspectos vitales significativos del paciente como el trabajo, estudio, las relaciones sociales, familiares e interpersonales, reduciendo la participación en eventos o espacios a los que normalmente han estado acostumbrados, afecta la toma de decisiones, cambia radicalmente proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo, ya que se está sujeto a posibles brotes, secuelas, atenciones y controles



frecuentes con diferentes especialistas, así como también, las implicaciones de los medicamentos, la exacerbación de los síntomas, alteraciones en el patrón de sueño, aumento de la fatiga, ya sea física o cognitiva, entre otros, lo que finalmente afecta la calidad de vida del paciente y su familia, aún más cuando por secuelas de la enfermedad, estas implican una dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La calidad de vida en pacientes con EM ha sido estudiada a partir de la dificultad del diagnóstico, el curso de la enfermedad, la severidad de los síntomas, el inicio y continuidad del tratamiento biológico, las condiciones sociodemográficas del paciente, entre otras. Si bien no existe una única definición del concepto de calidad de vida, en su mayoría la relacionan como una construcción multidimensional que consta de al menos tres amplios dominios: físico, mental y social (Méndez Barbosa et al., 2021). También se puede entender, según Ferrans (1990, citado por Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012), como un concepto constituido a través desde la percepción individual derivado de lo que el sujeto considera pueda ser satisfactorio o insatisfactorio en áreas que son representativas para este, como la física, psicológica, y social. Esto, a través de la construcción que este hace desde su contexto cultural, valores, relación con el otro, perspectivas, normas, moralidad, e inquietudes que le surgen de su propia percepción del mundo. Según Serón et al., 2003, citado por Salinas et al., 2008, (2003, citados por Salinas, Farias, González & Rodríguez, 2008) “se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del sentirse bien”. La aplicación de este concepto en el área de la salud acarrea entender el término calidad de vida como aquello que se centra específicamente en el impacto de una enfermedad y/o tratamiento, en la percepción de los pacientes sobre su estado de salud y en el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida (Jaracz & Kozubski, 2003).

Podría pensarse que la percepción de la calidad de vida del paciente está moderada por las estrategias de afrontamiento, que a su vez influyen en el proceso de aceptación del diagnóstico, el curso y progreso de la enfermedad, que afecta no sólo al paciente sino a su entorno familiar. Este factor ha sido investigado en España y en Latinoamérica, en países como Chile y Argentina, y se entiende que cuando un individuo se enfrenta a una situación problemática, como puede ser una enfermedad crónica, se activan mecanismos de afrontamiento de estrés (Gelosi, 2015). El afrontamiento es definido como un proceso que involucra aspectos cognitivos y comportamentales que el individuo desarrolla frente a demandas específicas (Lazarus & Folkman, 1986), lo que finalmente ha demostrado su eficacia en la reducción de síntomas depresivos de los pacientes con EM (Fernández García, 2021). Según la recopilación de artículos sobre estrategias de afrontamiento realizada por Fernández García, (2021) son predictores de mejor calidad de vida en la EM; asimismo, Dehghani et al., (2018), refieren que ciertos tipos de afrontamiento pueden conllevar a un mejor manejo de la enfermedad. Así que, las estrategias de afrontamiento hacen parte del proceso de aceptación del diagnóstico, el



curso y progreso de la enfermedad, que no afecta solo al paciente sino a su entorno familiar.

El diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la manera en que una persona se ve a sí misma, y a su vida, lo que hace que la adaptación dependa de múltiples factores, que pueden agravar o mantener una conducta individual funcional; aquellos factores a los que se hace alusión son la edad, género, cultura, educación, creencias, patrones de personalidad, estilos de afrontamiento, como se ve a sí mismo, entre otros (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, & Riveros, 2007).

La percepción propia del sujeto se encuentra inmersa en creencias y costumbres, que generan de forma particular expectativas y preocupaciones. Por tal motivo, se hace fundamental evaluar las estrategias de afrontamiento, no solo del paciente sino de su grupo familiar, para comprender las estrategias que ponen en acción frente a su calidad de vida y a una enfermedad como la EM. Debido a que solo así se posibilitará la implementación de nuevas estrategias o recursos que faciliten la intervención, y así mismo, se proporcione una mejor adaptación que mejore la percepción de la calidad de vida de estas personas, que se puede medir evaluando la evolución adaptativa del paciente y su grupo familiar.

La calidad de vida en pacientes con EM, muestra el impacto significativo que posee la enfermedad sobre la persona que lo padece, es por esta razón que la calidad de vida se debe fundamentar de acuerdo a los valores, y perspectivas de forma individual, así, esta se construye a través de la sensación de bienestar, que refleja la suma de sensaciones subjetivas del paciente, lo que permite vincular al paciente con lo que representa la enfermedad y lo que significa el tratamiento para el mismo (Salinas, Farias, González & Rodríguez, 2008).

Por lo anterior, se debe apuntar a generar intervenciones basadas en principios fundamentales que garanticen la calidad de vida en pacientes con EM, aquellos que se centran en garantizar independencia y empoderamiento a la persona sobre su proceso y tratamiento generando conciencia de la misma, asistencia médica adecuada según su requerimiento, asistencia continua (cuidados de larga duración), promoción de la salud y prevención de la enfermedad, apoyo a los miembros de la familia, transporte (ayudas que garanticen la movilidad), empleo digno, pensiones y ayudas económicas, educación, vivienda y accesibilidad a los espacios públicos (Salinas, Farias, González & Rodríguez, 2008).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la calidad de vida de manera general es aquello que está condicionado bajo las interpretaciones subjetivas de cada persona frente a tres dominios, físico, mental y social, y en pacientes con EM, esta se puede ver afectada por condiciones propias de la enfermedad que pueden llegar a desencadenar alteraciones emocionales



como la depresión, que según diferentes estudios es la alteración emocional con mayor prevalencia en estos pacientes; por lo que las estrategias de afrontamiento, funcionales para los pacientes, familiares y cuidadores frente al diagnóstico son primordiales en todo el proceso en pro de mejorar la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, se expondrá un reporte de caso, para dar a conocer las características clínicas, respecto a salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, desde una perspectiva interdisciplinar en una institución de salud de la ciudad de Medellín.

En este contexto, la atención centrada en el paciente y la humanización de la medicina se convierten en elementos fundamentales para abordar de manera integral los desafíos que enfrentan las personas con enfermedades crónicas como la Esclerosis Múltiple. La humanización implica reconocer al paciente como un sujeto con historia, emociones, valores y necesidades más allá de su patología o condición clínica, lo cual permite una relación terapéutica más empática y efectiva. La literatura científica ha evidenciado que una relación médico-paciente basada en la comunicación respetuosa, la escucha activa y la confianza mutua no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también impacta positivamente en la salud mental, el afrontamiento emocional y la percepción de calidad de vida (Kelley et al., 2014; Guamuse-Pilatasig, y Cambizaca-Mora, 2025).

Así, en el abordaje de enfermedades como la EM, donde los síntomas físicos se entrelazan con procesos emocionales complejos, es indispensable promover prácticas de atención humanizada que integren lo clínico con lo relacional. La participación activa de equipos interdisciplinarios en este tipo de atención permite no sólo un diagnóstico y tratamiento más completos, sino también un acompañamiento emocional y psicosocial que fortalece la resiliencia del paciente. Por lo tanto, este reporte de caso no sólo busca describir las características clínicas y psicosociales de una paciente con EM, sino también resaltar cómo la intervención interdisciplinaria puede generar transformaciones significativas en su experiencia de salud y bienestar.

En el artículo se describirán las características de la paciente, y se mostrará cómo tiene un gran impacto no sólo el diagnóstico sino la forma de recibirlo por parte de un médico que no demostró empatía, evidenciando que la comunicación brusca, agresiva o carente de empatía por parte del profesional de salud al momento de entregar un diagnóstico complejo como la Esclerosis Múltiple puede generar un impacto emocional profundo en el paciente, exacerbando sentimientos de miedo, confusión, indefensión y desconfianza, especialmente en personas jóvenes que enfrentan por primera vez una condición crónica e incierta. No obstante, la paciente superó satisfactoriamente esta situación, gracias a la intervención interdisciplinaria del equipo y al apoyo de la familia. La elección de este estudio de caso se fundamenta en el valor que representa para ilustrar cómo el acompañamiento



e intervención interdisciplinaria inciden positivamente en diversos aspectos de la vida de una paciente, en este caso, Laura. A pesar de las lesiones evidenciadas por resonancia magnética a nivel medular y cerebral —las cuales, desde un enfoque clínico, sugerirían limitaciones significativas para la deambulaci3n, la autonomía y la independencia—, la paciente ha logrado recuperar sensibilidad y movilidad, conservando hasta la actualidad una funcionalidad que desafía el pronóstico inicial. Adicionalmente, el proceso de intervenci3n ha favorecido la elaboraci3n del duelo y la aceptaci3n del diagnóstico, facilitando así una mayor adherencia al tratamiento y un manejo más efectivo de la enfermedad. Este caso también permite resaltar el impacto del abordaje familiar dentro del proceso terapéutico, así como la relevancia de comprender la influencia de factores emocionales en la exacerbaci3n de síntomas, la aparici3n de brotes, las alteraciones del sueño, el incremento de la fatiga y la percepci3n del dolor neuropático, entre otros elementos que inciden en la calidad de vida de la paciente.

Método

El enfoque del estudio fue de tipo cualitativo, observacional, de diseño descriptivo transversal. Su propósito fue analizar en profundidad las características clínicas, psicológicas y sociales de una paciente con diagnóstico de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, a través del método de estudio de caso. La estrategia metodológica consistió en una revisi3n documental sistemática, basada en el análisis de la historia clínica integral de la paciente, recolectada entre los años 2018 y 2021 en el contexto de atenci3n interdisciplinaria en el Programa de Enfermedades Desmielinizantes de una Instituci3n Prestadora de Salud de la ciudad de Medellín, Colombia. Esta aproximaci3n permitió identificar patrones, procesos de intervenci3n y cambios relevantes en la salud mental, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, a partir de la documentaci3n realizada por distintos profesionales de la salud involucrados en su atenci3n, durante esa franja específica de tiempo. La elecci3n de este diseño permitió una comprensi3n holística del caso, atendiendo tanto a aspectos clínicos como contextuales.

La paciente fue sometida a distintas fases de intervenci3n, determinadas por la evoluci3n de sus síntomas y las secuelas propias de las lesiones neurológicas derivadas de su enfermedad. A lo largo del proceso, la participaci3n continua del equipo interdisciplinario resultó indispensable. En el caso de las especialidades médicas específicas, los controles se realizaron con una periodicidad trimestral, mientras que las intervenciones de los profesionales de otras disciplinas se llevaron a cabo con frecuencias que variaron entre dos sesiones semanales y una cada quince días. Este acompañamiento se complementó con un trabajo autónomo en el hogar, el cual fue fundamental para promover avances sostenidos en términos de calidad de vida, salud mental, movilidad, manejo del dolor y rendimiento cognitivo en las actividades cotidianas de la paciente.



Cabe resaltar que, además del trabajo interdisciplinario, la actitud y el compromiso de Laura desempeñaron un papel fundamental en la evolución positiva del proceso terapéutico. La paciente se mostró constantemente sincera y colaborativa durante cada consulta, lo que facilitó realizar ajustes oportunos en la intervención, identificando aquellas estrategias que favorecían o dificultaban la recuperación, la compensación de habilidades y la introspección sobre su propio proceso. A pesar del dolor, la fatiga y las múltiples incomodidades derivadas de las secuelas neurológicas, los tratamientos, las terapias y los exámenes médicos, Laura mantuvo una disposición receptiva y resiliente. Este compromiso adquiere aún mayor relevancia al considerar la dificultad inicial en la relación médico-paciente, marcada por una experiencia de deshumanización durante el momento del diagnóstico en otra institución de salud de la ciudad de Medellín.

Según [Vicente-Colomina, Santamaria y Gonzalez-Ordi \(2020\)](#), los reportes de caso han aumentado sus publicaciones en varias disciplinas entre ellas, la psicología, puesto que estos reportes han mejorado la comunicación científica; son varios los autores que defienden esta postura, debido a que han permitido exponer basados en evidencia científica, diferentes métodos de evaluación e intervención psicológica, dando paso a la descripción de otras maneras de abordar y afrontar una problemática, al documentar de manera precisa su viabilidad y eficacia en la intervención psicológica realizada. También ha logrado ampliar la panorámica frente al uso y recurso de diferentes técnicas usadas en un caso específico con ciertas características que más adelante podría ser útil para otros profesionales.

Este reporte de caso cumple con los principios éticos, deontológicos y bioéticos que se rigen en el ejercicio profesional de la Psicología a través de la ley 1090 de 2006 ([Congreso de Colombia, 2006](#)), con el fin de garantizar los principios éticos de confidencialidad, para ello se usará un seudónimo, en este caso “Laura”, para proteger la identidad de la paciente y permitir una lectura ágil y comprensiva del caso.

Se cuenta con un consentimiento informado firmado por la paciente, después de que ella aceptara su voluntariedad en el estudio, al entender el objetivo y finalidad de este, se mencionó e informó cada detalle con el fin de garantizar su participación y bienestar

Identificación de la paciente

Laura es una paciente de 30 años, profesional, es hija única y actualmente vive con su madre de 48 años, ama de casa, debido a que su padre de 54 años, operario en una fábrica de embutidos, se encuentra internado por voluntad propia en proceso de rehabilitación por ludopatía y alcoholismo, situación que se desencadenó después del diagnóstico de EM, mientras que su madre, desde ese momento, recurrió a ir a misa todos los días, y en diferentes momentos ha expresado que Dios va a curar a su hija.



Llega a consulta a una Institución Prestadora de Salud de la ciudad de Medellín que se especializa en la atención a pacientes con enfermedades desmielinizantes, a la edad de 27 años, después de haber recibido el diagnóstico de EM, por parte de un especialista que le dijo “Usted es muy ‘demalas’ por tener esta enfermedad, si no inicia el tratamiento ya, lo más probable es que no vuelva a caminar nunca”, por lo que en el ingreso a esta institución prestadora de salud, se muestra angustiada y muy afectada.

Sostiene una relación con una persona que ella considera ha sido un gran apoyo en muchas situaciones difíciles, de su vida y su diagnóstico. Cuando la paciente regresó a casa después de la primera hospitalización y tener la confirmación del diagnóstico, sus padres le regalaron a Laura un perro de raza pequeña, quien la ha acompañado durante todo este proceso.

Historia del problema

La paciente fue diagnosticada con Esclerosis Múltiple en el año 2017 a sus 27 años, a pesar de que venía presentando sintomatología compatible con EM desde alrededor de los 15 años. Entre los 14 y 16 años presentó movimientos involuntarios en miembros inferiores y superiores, los cuales fueron estudiados y evaluados por diferentes especialistas, se descartaron diferentes diagnósticos y fueron tratados como tics; durante este periodo murió una tía de la paciente, a la cual Laura era muy unida, situación que desencadenó un episodio depresivo valorado y acompañado por psiquiatría. A los 19 años presentó hemiparesia derecha autolimitada y vértigo por 4 meses; después de la recuperación de estos síntomas, Laura tuvo ataques de pánico, los cuales fueron controlados con apoyo farmacológico ordenado por psiquiatría, y poco a poco, pudo dar inicio a sus estudios de pregrado.

Laura refiere que en el 2017 estaba realizando su práctica profesional, y es durante este proceso en el que la paciente refiere sufrió mucho estrés por alta carga laboral y académica, ya que tenía jornadas muy largas y pocas horas de sueño, por lo que, al cabo de algunos meses en su práctica profesional, empezó a presentar cefalea constante, tensión muscular, dolor cervical y dorsal, y dificultades para conciliar y mantener el sueño. Lo anterior, llevó a aumentar la queja cognitiva de Laura, frente a dificultades para concentrarse y pensar, mantener la atención en una actividad durante un tiempo prolongado, problemas de memoria, dificultades para seguir instrucciones complejas, también tenía fatiga crónica mixta, es decir, física y cognitiva, por lo que le costaba cumplir con todos los requerimientos del día, lo que hizo que recibiera quejas sobre su rendimiento y discusiones frecuentes con su jefe directo, llevando a Laura a presentar varios episodios de ansiedad.

Es entonces en el segundo semestre del 2017 en el que Laura un día, no logra levantarse para ir a su práctica profesional, debido a que empezó a presentar debilidad en la pierna derecha, que, con el paso del tiempo, empeoró. Laura presentó hipoestesia en 4 extremidades, y signo de Lhermitte,



fue llevada por sus padres a urgencias, y hospitalizada; por los síntomas que presentaba se realizaron Resonancias Magnéticas y se encontraron lesiones desmielinizantes compatibles con el diagnóstico de EM; se realizan diferentes exámenes entre ellos punción lumbar, examen que provoca en la paciente más días de hospitalización por cefalea.

Después de obtener los diferentes resultados tanto de las resonancias, potenciales evocados, la punción lumbar, entre otros, se confirma el diagnóstico de EM. Frente a esto, Laura refiere que tuvo sentimientos “encontrados” en este momento, por una parte sintió tranquilidad puesto que este diagnóstico explicaba muchos de los síntomas que experimentaba desde sus 15 años, pero lo más significativo fue haber comprendido que “la fatiga que sentía era debido a esta enfermedad, y no a que ella no fuera capaz”, como muchas veces se lo hicieron creer en su práctica profesional, y por otra parte, sentía miedo y angustia frente a su futuro con este diagnóstico; al igual que sus padres, entró en un proceso de duelo al no poder realizar muchas cosas por sí misma y depender de otros para actividades básicas. Laura refiere que después de recibir el diagnóstico pasó a un periodo de realizarse muchos cuestionamientos, sobre su vida, el diagnóstico, qué iba a pasar con ella y sus padres, se preguntó a sí misma muchas veces por qué esto le sucedía a ella, ante lo que los diferentes especialistas no tenían una respuesta clara.

Comenta que su madre, en un principio se negó a que Laura tuviera este diagnóstico, por lo que empezó a ir a misa todos los días, y a realizar diferentes ofrendas pidiendo un milagro, mientras que su padre no permitía que ella se quejara de dolor o se quedara en la cama; en ocasiones se mostraba preocupado y en otras, se veía enojado, en las noches lloraba sentado en la sala o en la cama de Laura; con el paso de los días tanto Laura como su madre empiezan a notar que hace falta dinero para cubrir todas sus necesidades, debido a que el padre de Laura empieza a tomar alcohol todos los fines de semana y a apostar dinero; con el paso del tiempo, el consumo de alcohol se presenta durante la semana y los fines de semana empieza a dejar de llegar a la casa, generando discusiones y preocupación en Laura y su madre, empieza a tener llamados de atención en el trabajo y a hacer préstamos con amigos cercanos para pagar deudas debido a que había perdido el dinero en apuestas y alcohol; situación que se torna inmanejable y finalmente, el padre de Laura es internado por alcoholismo y ludopatía.

Después de algunos meses en proceso terapéutico, Laura se presenta angustiada y manifiesta sentirse muy preocupada sobre cómo sus padres afrontaron el diagnóstico, al ver cómo esta noticia los ha afectado de manera individual y como familia, mientras que ella refiere que “Dios le ha dado la fuerza necesaria para recuperarse y salir adelante”, de volver a hacer cosas que se creía no podría volver a hacer. Laura manifiesta que, si a alguien de la familia tuviera que darle este diagnóstico sería a ella, porque no soportaría ni siquiera la idea de que sus padres pasen o sientan algo de lo que ella ha



sentido con esta enfermedad, está totalmente convencida que es ella quien cuenta con la fuerza y mentalidad para poder seguir adelante y no dejarse postrar en una cama por la EM.

Laura presenta pseudorecaídas y en una de ellas pierde el sentido del gusto, lo que le genera otro episodio de depresión, debido a que Laura refiere que otra de las cosas que más disfruta en la vida es la comida y no poder degustar lo que come y sin saber si esto sería reversible le genera mucha insatisfacción, después pierde la sensibilidad en el abdomen, la ingle y la vagina, con medicamentos y el paso de los días, Laura recupera parte de la sensibilidad y el gusto, se continúa con el proceso terapéutico y Laura refiere que es consciente que sus emociones y todo lo que estaba viviendo y enfrentando posiblemente desencadenaron las recaídas, por lo que se empieza a trabajar en el reconocimiento de los nuevos límites de su cuerpo y estrategias de afrontamiento frente a todo lo que implica el diagnóstico y la situación de sus padres; se inicia proceso en conjunto con su madre y se realiza seguimiento al proceso de su padre, lo que genera estabilidad emocional en Laura.

Evaluación

Se realizó una evaluación integral e interdisciplinar al ingresar al programa, fue valorada por neurología, médico general, químico farmacéutico, fisioterapia, nutrición, psicología, trabajo social, psiquiatría y neuropsicología.

De acuerdo con el proceso de evaluación integral realizado, se crearon planes de intervención que le permitieron a la paciente no solo detener un poco el progreso neurodegenerativo acelerado de la enfermedad por el tiempo prolongado de estar sin medicamento, sino también un mejoramiento en la calidad de vida percibida a nivel personal, familiar y social.

En el proceso de evaluación, se aplicó el protocolo de evaluación neuropsicológica para pacientes con EM, con el fin de determinar si había algún grado de alteración o deterioro cognitivo a causa de la enfermedad, y con base en esta evaluación se hizo rehabilitación neuropsicológica, y se derivó a terapia ocupacional y fonoaudiología por la Entidad Prestadora de Salud (EPS). Posterior a esto, dos años después se volvió a aplicar el test de depresión y ansiedad de Beck y la Escala de estrategias de afrontamiento EEM-C.

A continuación, en la primera tabla se nombran las pruebas que hacen parte del protocolo neuropsicológico aplicado y en la segunda tabla los resultados relevantes para este reporte de caso, que se aplicaron en dos momentos diferentes, al inicio de la intervención y 4 años después.

**Tabla 1.** Protocolo Neuropsicológico para Enfermedades Desmielinizantes

Protocolo neuropsicológico (función cognitiva superior)	Pruebas
Tamizaje cognitivo	MOCA
	Información (Wechsler Memory Scale – WMS-IV)
	Orientation (Wechsler Memory Scale – WMS-IV)
Memoria	Anamnesis
	Memoria lógica (Wechsler Memory Scale – WMS-IV)
	Free and Cued Selective Reminding Test – FCSR
	California Verbal Learning Test – CVLT
	Test de memoria espacial
	Evocación de la figura de rey
Atención	Control mental (Wechsler Memory Scale – WMS-IV)
	Búsqueda de símbolos (WAIS-IV)
	Claves de números (WAIS-IV)
	Índice de Velocidad de Procesamiento – IVP (WAIS-IV)
	TMT-B
	TMT tiempo
	Test Stroop (Palabra)
	WCST – Errores atencionales
	PASAT 3 segundos
	PASAT 2 segundos
Función Ejecutiva	Retención de dígitos (WAIS-IV)
	Aritmética (WAIS-IV)
	Letras y números (WAIS-IV)
	Índice de memoria de trabajo – IMT (WAIS-IV)
	Fluidez verbal fonológica (P) – (FVF)
	Fluidez verbal fonológica (M) – (FVF)
	WCST – Categorías correctas
	WCST – Errores
	WCST – Errores perseverativos
	Test Stroop (Palabra/Color)
Lenguaje	Fluidez verbal semántica – Animales (FVS)
	Fluidez verbal semántica – Frutas (FVS)
	Test de Denominación de Boston (BNT)
	Token Test

Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinar



Gnosias y Praxias	Figura compleja Rey (FCRO) – Copia
	Figura compleja Rey (FCRO) – Tiempo
	Test de percepción visual no motriz (TPVNM)
	Praxias ideacionales
	Praxias ideomotoras
	Test Stroop (Color)
Escala de funcionalidad, comportamiento y emociones	Escala trastornos de memoria (QSM)
	Escala de Lawton y Brody (AIVD)
	Índice Barthel (ABC)
	Inventario ansiedad (Beck)
	Inventario depresión (Beck)
	Cuestionario detección neuropsicológica EM (MSNQ)
	Cuestionario calidad de vida EM (MSQOL-54) cualitativo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. BDI-II, BAI, EEC-M antes y después de la intervención interdisciplinaria

Aplicación	BDI-II	BAI-II	EEC-M
Antes de la intervención	21	14	Religión
Posterior a la intervención	16	8	Religión / Apoyo Profesional

Fuente: Elaboración propia

Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinaria

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, [Beck et al., 1961](#)) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles ([Muñiz & Fernández-Hermida, 2010](#)). El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas depresivos tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13: “mínima depresión”; 14-19: “depresión leve”; 20-28: “depresión moderada”; y 29-63: “depresión grave”.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un autoinforme que consta de 21 ítems de tipo Likert. Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en el que se ha visto afectado por el mismo en la *última* semana utilizando una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (nada en absoluto), 1 (levemente, no me



molesto mucho), 2 (moderado, fue muy desagradable, pero podía soportarlo), 3 (severo, casi no podía soportarlo). De la puntuación de cada ítem se realiza una sumatoria, en la que se puede obtener una calificación en un rango de 0 a 63. En la segunda edición del manual original del BAI, Beck y Steer (1963) proponen puntos de corte algo más bajos para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad, 0-7: “normal”; 8-15: “leve”; 16-25: “moderada”; y 26-63: “grave”. El BAI sirve para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad.

La Escala de estrategias de afrontamiento modificada (EEC-M) evalúa las estrategias de afrontamiento al estrés. La escala es una adaptación de la elaborada por Chorot y Sandín en España (1993, citado en Londoño et al., 2006), y está validada en una muestra colombiana por Londoño y colaboradores. El coeficiente α de Cronbach de la prueba es de ,847 y un 60,4% de la varianza total explicada. Para su validación se utilizó una muestra de 893 personas, y los ítems fueron reagrupados en las siguientes doce estrategias: a. Solución de problemas (analizar las causas del problema y generar alternativas de solución); b. Búsqueda de apoyo social (se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas); c. Espera (esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo); d. Religión (rezo y oración, dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones generadas); e. Evitación emocional (evitar expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social); f. Búsqueda de apoyo profesional (buscar el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias de este); g. Reacción agresiva (expresar la ira y la hostilidad como consecuencias de la frustración y la desesperación, reaccionar agresivamente); h. Evitación cognitiva (eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción); i. Reevaluación positiva (aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema); j. Expresión de la dificultad de afrontamiento (expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas para resolver el problema).

Las estrategias de afrontamiento de los padres de Laura, se analizaron de manera cualitativa, debido a no se les aplicaron tests o pruebas. Sin embargo, los reportes de las historias clínicas permiten evidenciar que las estrategias de afrontamiento de los padres inicialmente fueron poco funcionales, tendientes a ser evitativas, de tipo religiosas y ansiosas. Éstas, se describen y mencionan en diferentes reportes, debido al gran impacto e importancia que estas tuvieron sobre todo en el proceso inicial de la paciente, ya que generaron alteraciones emocionales, afectación en la salud mental y en la calidad de vida de Laura.

Diagnóstico clínico

En la Evaluación neuropsicológica realizada en el 2018, la paciente es diagnosticada con trastorno neurocognitivo leve de predominio inatento



y mnésico, secundario a otra enfermedad médica (Esclerosis Múltiple) con alteraciones del estado de ánimo.

A partir de la sintomatología emocional y conductual evidenciada en la paciente, las subespecialidades de Psiquiatría y Psicología le asignan los diagnósticos de: Trastorno de adaptación, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno del inicio y mantenimiento del sueño (insomnio).

Resultados

Hipótesis Explicativa

De acuerdo con la historia de la paciente, antecedentes médicos, comorbilidades y dificultades familiares e interpersonales, se considera que posiblemente la exacerbación de los síntomas de la EM se relacione con episodios de ansiedad y depresión. Estos episodios de ansiedad y depresión iniciaron a los 15 años, cuando empezó a presentar diferentes síntomas a los que no se les encontraba una explicación médica, lo que naturalmente generó angustia tanto en la paciente como en sus padres; posterior a ello, la muerte de una de sus tías genera un cuadro de depresión y agudiza algunos síntomas que son tratados como alteraciones emocionales relacionadas al duelo, lo que hace imposible determinar que se deben a una enfermedad neurológica.

Tiempo después, durante su práctica profesional, las quejas constantes de algunos compañeros de trabajo, discusiones y llamados de atención por parte de su jefe directo debidos a su bajo rendimiento producto de sus alteraciones cognitivas y fatiga, desencadenan varios episodios de ansiedad, ataques de pánico, insomnio, pensamientos rumiantes y sentimientos de desvaloración. Durante las sesiones, Laura describe lentificación en la velocidad de procesamiento de la información, fallas en atención, memoria y función ejecutiva, como por ejemplo, dificultades para enfocarse en una sola actividad durante un periodo de tiempo prolongado; tiene dificultades para jerarquizar y organizar las actividades del día a día, presenta fallas en la toma de decisiones y resolución de conflictos, entre otras, lo que a percepción de la paciente termina por generar la recaída que la lleva al diagnóstico.

Se considera importante además mencionar que posiblemente la manera como los padres de la paciente asumieron el diagnóstico, está relacionado con la manera como lo recibieron, ya que la persona encargada de hacerlo, lo realizó de una manera deshumanizada, generando sensación de angustia, incertidumbre, desesperanza, impotencia y frustración. Esto también afectó la salud mental de la paciente porque la llevó a creer que no podría volver a caminar.

Laura presenta episodio mixto de ansiedad y depresión, durante el proceso de aceptación de la enfermedad, todo ello debido a los diferentes duelos que ha tenido que resolver por los cambios significativos en su vida a raíz



de las secuelas de la EM, más su nueva rutina de acuerdo al manejo de la enfermedad, todas las complicaciones reportadas en la dinámica familiar, la ludopatía y alcoholismo en el padre y la negación del diagnóstico por parte de la madre, situaciones que han terminado por afectar su calidad de vida. Ahora bien, Laura manifestó en diferentes sesiones cómo las alteraciones emocionales exacerbaban los síntomas, tanto físicos como cognitivos. Por lo que atender de manera integral sus alteraciones emocionales ha permitido tener mejores resultados en su proceso particular.

Se considera importante mencionar que la paciente siente que ha logrado superar muchas situaciones de su vida de las que ahora se siente orgullosa, por ello tomó la decisión de compartir su historia con otros pacientes en una fundación de EM en la ciudad de Medellín y en sus redes sociales, sobre todo por la plataforma de Instagram, en la cual ha creado un perfil con el objetivo de llegar a más personas al contar su historia, Laura en algunas sesiones comenta que ha servido como motivación para otros, ha encontrado mensajes de apoyo de personas con EM de otros países, ha logrado establecer vínculos y redes de apoyo para sí misma y para otros.

Por último, referente a las estrategias de afrontamiento de los padres de Laura, como se mencionó anteriormente, estas tendían a ser evitativas, religiosas, ansiosas, no eran adaptativas ni funcionales, lo que trajo muchos enfrentamientos entre el grupo familiar, distanciamiento, asilamiento, dificultades de comunicación, episodios de angustia, ansiedad, depresión, dificultades en tomar decisiones, entre otras.

Laura menciona en diferentes citas con psicología, neuropsicología y psiquiatría, que para ella era muy difícil entablar una conversación con sus padres, debido a que su madre todos los días oraba e iba a misa, pidiendo que los médicos se hubieran equivocado con el diagnóstico, le costaba mucho trabajo entender lo que pasaba y se negaba a aceptarlo, por lo general, se mostraba ansiosa, angustiada y poco flexible con su pensamiento. Mientras su padre se mostraba molesto, frustrado, irritable y poco paciente, en ocasiones presentaba llanto, pero no permitía el diálogo, y presentó alcoholismo y ludopatía.

Intervención Interdisciplinaria

De acuerdo con la evaluación de cada subespecialidad, se trazaron pasos a seguir con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente. Así, Neurología se encargó de explicar nuevamente el diagnóstico, solucionar dudas, atender síntomas, solicitar todos los exámenes de control para poder realizar el staff de neurología y determinar el medicamento ideal para retrasar el progreso de la enfermedad, estabilizar la enfermedad y mejorar los síntomas; también hizo remisiones para atender secuelas cognitivas, físicas, motoras y médicas de la enfermedad.



El médico general y el químico farmacéutico se encargaron de educar a la paciente y sus padres acerca de los efectos adversos de los medicamentos, interacciones de los medicamentos, entre otros, e indicaron la importancia de reportar signos y síntomas, realizarse los exámenes de control antes de cada aplicación del medicamento y los exámenes para las citas con neurología.

Fisioterapia realizó terapia física enfocada en ayudarle a la paciente a recuperar estabilidad, movilidad, equilibrio, fuerza y a recuperar la coordinación en la marcha; también generó un plan en casa para el fortalecimiento de los músculos.

Psiquiatría apoyó el proceso con medicación por las alteraciones emocionales e insomnio reportadas por la paciente durante la cita de ingreso en neuropsicología. Neuropsicología evaluó el desempeño cognitivo y realizó proceso de rehabilitación neuropsicológica, además generó seguimiento y acompañamiento con estrategias curriculares y consecución de la práctica profesional para que la paciente retomara y finalizara su carrera profesional.

Psicología y Trabajo Social realizaron intervención con psicoeducación del diagnóstico, se generaron intervenciones en la dinámica familiar, se hicieron enlaces para la atención de la madre en la institución, se afianzaron estrategias de afrontamiento funcionales, y se realizó trabajo terapéutico.

Psicología y neuropsicología, realizaron un taller de psicoeducación para la paciente y su familia, en el que por medio de ejemplos cotidianos se explicó el proceso de desmielinización de la EM y cómo esto puede afectar el desempeño cognitivo y/o provocar alteraciones motoras en la persona que la padece, se habló sobre la etiología y epidemiología del diagnóstico, se explicaron síntomas cognitivos y emocionales, se crearon espacios de reflexión en los que se solucionaron las dudas respecto al diagnóstico. Se les enseñó a identificar una recaída, y los pasos a seguir si esto sucede. También, se invitó a todos a identificar qué sienten frente al diagnóstico, a hablar sobre cómo lo asumieron y qué pensamientos hay sobre ello, se habló sobre la importancia de permitirse sentir y lo que esto genera, con el fin de fortalecer la comunicación entre ellos; se hizo la invitación a no excluirse, no suponer sobre los pensamientos, sentimientos, acciones o comportamientos del otro. Por último, se habló de lo primordial que es promover autonomía e independencia en la paciente, la creación de hábitos de vida saludable, se dieron estrategias y pautas sobre ejercicios de estimulación cognitiva para que estos permitan generar nuevas conexiones neuronales.

Psicología realizó un proceso terapéutico en sesiones cada 15 días por 2 años de manera presencial, y teleconsulta cada 20 días durante la pandemia, se aplicaron técnicas como reestructuración cognitiva, higiene de sueño, meditación guiada, ejercicios de relajación y respiración para manejo de



ataques de pánico y ansiedad, visualización, duelo y aceptación del diagnóstico y la nueva rutina, así como comunicación asertiva.

Nutrición hizo intervención y acompañamiento frente al estreñimiento reportado por la paciente por efectos secundarios de algunos medicamentos y las lesiones reportadas en la médula.

Para motivarla en su proceso, sus padres le regalaron un perro de raza pequeño, quien hasta ahora la acompaña y hace parte del proceso de recuperación de Laura, pues es debido a su mascota que ella empieza a salir de casa a caminar y posterior a ello lograr volver a correr, después de que esto se veía muy lejano en su proceso de recuperación.

En el proceso terapéutico, Laura demuestra resiliencia frente a su diagnóstico y empieza a dar lugar y respuesta a todas las preguntas que en algún momento generaban frustración e impotencia. Laura comenta que trata de vivir cada día con mucha intensidad y hacer las cosas por ella misma sin depender de otra persona para hacerlo; ella refiere que esta situación tan difícil en su vida le generó muchos aprendizajes y entre ellos, no dejar de hacer algo que la apasiona por otra persona. También refiere que tiene una conexión única con su mascota, debido a que cuando presenta parestesias o signo de Lhermitte y no logra conciliar el sueño, su mascota se acuesta en su espalda y esto le ayuda a que el dolor o sensación de corriente disminuya, logrando así, conciliar el sueño.

Después de las diferentes intervenciones que se hicieron al grupo familiar, las estrategias de afrontamiento iniciales poco a poco empezaron a ser más adaptativas y funcionales, se afianzó la comunicación asertiva en el grupo familiar, al igual que la búsqueda de apoyo profesional, se logró instaurar la adherencia al tratamiento psiquiátrico, y a partir del reconocimiento de sus problemas, el padre de Laura se interna por voluntad propia para iniciar un proceso de rehabilitación.

Tras de un largo tiempo de estar retirada de su estudio, decide que está lista para terminar su carrera, por lo que en proceso terapéutico y en acompañamiento con otros profesionales, se realizan estrategias curriculares para informar a la universidad, se ayuda también a conseguirle una práctica profesional a Laura, la cual culmina y cumple con todos los requisitos para finalmente graduarse como profesional; logro que enorgullece mucho a sus padres y a sí misma después de haber superado tantas incapacidades y secuelas de la enfermedad.

Actualmente refiere que de alguna manera se ha acostumbrado a vivir con parestesias y dolor, tiene días buenos y otros no tanto, en los que trata de buscar fuerza en Dios para seguir adelante. En ese orden de ideas, la calidad de vida de la paciente ha mejorado, de acuerdo con lo encontrado en los últimos



seguimientos, ya que su padre por voluntad propia se encuentra internado en proceso de rehabilitación, mientras su madre continúa con acompañamiento farmacológico y psicológico, trabajando en la aceptación del diagnóstico y en estar allí para Laura desde una postura más segura, tranquila y confiada, lo que posiblemente contribuyó a la disminución de los episodios de ansiedad. Finalmente, es importante mencionar que Laura logró conseguir un trabajo que le permite aportar económicamente a su hogar y sentirse mejor consigo misma.

Discusión

Uno de los puntos principales de discusión hace referencia a la humanización de la atención en salud, con base en la manera como Laura y sus padres recibieron inicialmente el diagnóstico, que se percibió deshumanizado y falto de empatía, y que generó un importante impacto en la paciente. La humanización en la atención implica el conocimiento y uso de los procedimientos médicos y la tecnología, sin perder de vista “el cuidado humano mediante una atención cálida y efectiva demostrando empatía y solidaridad” (p.10785).

En una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos controlados realizado por Kelley et al., en el 2014, se refiere que, a partir de estudios observacionales, la relación médico-paciente puede tener un importante impacto no sólo en las emociones del paciente, sino también en los resultados de salud. Una relación médico-paciente basada en la confianza y la comprensión mutua favorece la adherencia al tratamiento, reduce la ansiedad y mejora la satisfacción del paciente; por ejemplo, influyendo de maneras directas e indirectas en los estilos atribucionales de los pacientes (Wang, et al., 2023), y siendo percibida como un factor clave para la mejora incluso de pacientes críticos en unidades de cuidado intensivo, según la revisión sistemática de Guamuse-Pilatasig y Cambizaca-Mora (2025).

En el caso de Laura los resultados obtenidos en el BDI-II antes y después de la intervención, reflejan una disminución en el puntaje, aunque éste siga marcando un episodio depresivo. Este resultado es consistente con los datos de que la prevalencia del episodio depresivo mayor en los pacientes con esclerosis múltiple se encuentra alrededor del 23,7% (Marrie et al., 2015), y puede tener múltiples explicaciones de acuerdo con los factores sociodemográficos, psicosociales y familiares que Laura enfrenta. Por otra parte, el BAI demuestra que se logró después de la intervención estabilizar los síntomas ansiosos, como pensamientos rumiantes, ataques de pánico, angustia, inestabilidad, sensación de bloqueo, sensación de ahogo, miedo, e incertidumbre. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, en revisión de la historia clínica se encuentran reportes en varios seguimientos, del uso de la religión como una de sus estrategias fundamentales, ya que reiteradamente Laura manifiesta “Es Dios quien me da la fuerza para levantarme y seguir luchando contra todo lo que me pasa, yo sé que él no me va a abandonar y quiere lo mejor para mí”. En el cuestionario de EEC-M aplicado después de la



intervención, se encuentra nuevamente que la religión y el apoyo profesional son las estrategias de afrontamiento con mayor puntaje, y, por tanto, que se pueden hipotetizar como las estrategias utilizadas como recursos que permitieron a Laura avanzar en su proceso.

Lazarus y Folkman (1986) explican que las respuestas de afrontamiento centradas en las emociones regulan la respuesta ante una situación estresante, mientras que las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema tratan de resolver, reconceptualizar o minimizar algunos estresores, como los procesos realizados por Laura en la aceptación del diagnóstico, búsqueda de apoyo profesional para el manejo de conducta y comportamiento de sus padres, el afianzamiento de estrategias funcionales y adaptativas, mediante el proceso terapéutico y la atención integral, permitieron un mejor enfrentamiento de la enfermedad (Dehghani et al., 2018).

Conclusiones

Este estudio de caso evidencia la relevancia de un enfoque interdisciplinario en el abordaje integral de pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, al demostrar mejoras sustanciales en la salud mental, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de la paciente. La intervención conjunta de diferentes disciplinas de la salud permitió no solo una comprensión más completa de las dimensiones clínicas, psicológicas y sociales de la enfermedad, sino también la implementación de estrategias terapéuticas personalizadas y centradas en la persona.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover una formación profesional en los programas de Talento Humano en Salud, que incluya un enfoque biopsicosocial, con énfasis en el acompañamiento humanizado, la comunicación empática y el reconocimiento del sufrimiento subjetivo del paciente. Además, en el contexto de enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple, caracterizadas por su complejidad y curso variable, resulta fundamental fortalecer competencias en atención integral, que articulen la experticia clínica con la sensibilidad frente a los factores psicosociales que afectan el bienestar del paciente.

Asimismo, a partir de los resultados descritos, se plantea la importancia de consolidar programas de atención continua e interdisciplinaria en las instituciones de salud, que reconozcan el impacto emocional de la enfermedad y favorezcan procesos de adaptación y afrontamiento saludables. Este enfoque no sólo mejora los resultados clínicos, sino que también promueve una medicina más humana, ética y eficaz, alineada con las necesidades reales de los pacientes.

Se sugiere que futuras investigaciones aborden la experiencia de diagnóstico desde la voz de los propios pacientes, especialmente en población joven, con el fin de comprender cómo las formas de comunicación médica influyen en



el afrontamiento inicial de la enfermedad. También sería pertinente explorar el rol de la familia como red de apoyo, así como la evaluación longitudinal de intervenciones interdisciplinarias que integren componentes humanizados en distintos contextos clínicos. La incorporación de metodologías mixtas podría enriquecer la comprensión de estos procesos y aportar al diseño de modelos de atención más integrales, sostenibles y centrados en la persona.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, se evidenció dificultad para acceder a registros completos y sistemáticos sobre la calidad de vida de la paciente antes y después de la intervención interdisciplinaria, lo que limitó la posibilidad de establecer comparaciones cuantitativas más precisas. Asimismo, la ausencia de una aplicación periódica y estandarizada de instrumentos validados para evaluar síntomas de ansiedad y depresión durante el proceso clínico dificultó un seguimiento más riguroso de la evolución psicológica de la paciente. Otra limitación importante fue la falta de evaluación sistemática del entorno familiar, en particular de los padres de la paciente, cuyo acompañamiento emocional y percepción de la enfermedad podrían haber ofrecido información relevante sobre factores contextuales e interaccionales. Finalmente, se reconoce que la inclusión de una batería más amplia de instrumentos psicométricos y clínicos habría permitido una caracterización más exhaustiva del caso y una mayor robustez metodológica. No obstante, a pesar de estas limitaciones, el caso de Laura presenta claras y contundentes mejorías que pueden servir de base para profesionales, estudiantes y proveedores de servicios de salud en general.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2001). *Psychiatric self-assessment & review: Trastornos del estado de ánimo del DSM-IV-TR* (Ed. en español del Desk Reference to the Diagnostic Criteria). American Psychiatric Publishing.
- Arnett, P. A., Barwick, F. H., & Beeney, J. E. (2008). Depression in multiple sclerosis: Review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(5), 691–724. <https://doi.org/10.1017/S1355617708081174>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. M., Mock, J. J., & Erbaugh, J. J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. The Psychological Corporation.
- Compston, A., & Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 372(9648), 1502–1517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61620-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61620-7)
- Congreso de Colombia. (2006, 6 de septiembre). *Ley 1090: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código*



- Deontológico y Bioético y otras disposiciones.* COLPSIC.
- Dehghani, A., Keshavarzi, A., Jahromi, M. F., Shahsavari Isfahani, S., & Keshavarzi, S. (2018). Concept analysis of coping with multiple sclerosis. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.009>
- Díaz, C., Zarco, L. A., & Rivera, D. M. (2019). Highly active multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 30, 215–224. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.01.039>
- Ebers, G. (2008). Environmental factors and multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 7(3), 268–277. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70042-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70042-5)
- Fernández García, L. T. (2021). *Estrategias de afrontamiento que mejoran la depresión en pacientes con esclerosis múltiple, un instrumento para enfermería: Revisión sistemática* [Tesis de grado, Universidad de León, Facultad de Ciencias de la Salud].
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., & Riveros, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20(1), 50–75. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2441>
- Gelosi, N. (2015). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas con diagnóstico de esclerosis múltiple* [Tesis de maestría, Universidad de Mar del Plata]
- Guamuse Pilatasig, M. C., & Cambizaca Mora, G. del P. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10785–10811. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324–329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2003.02078.x>
- Jiménez-Pérez, C.E., Zarco-Montero L.A., Castañeda-Cardona C., Otálora, M., Martínez A., Rosselli D. (2015). Estado actual de la esclerosis múltiple en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 385–390. <https://doi.org/10.22379/2422402256%20>
- Jiménez-Morales, R.M., Herrera-Jiménez, L.F., Macías-Delgado, Y., Pérez-Medinilla, Y.T., Díaz-Díaz, S.M., & Forn, C. (2017). Entrenamiento cognitivo combinado con ejercicios aeróbicos en pacientes con esclerosis múltiple: estudio piloto. *Revista de Neurología*, 64(11), 489–495. <https://doi.org/10.33588/rn.6411.2016312>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 9(6), e101191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101191>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). *Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrate-*



- gias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. <https://psycnet.apa.org/record/2007-06713-009>
- Lublin, F. D., Reingold, S. C., Cohen, J. A., Cutter, G. R., Sørensen, P. S., Thompson, A. J., Wolinsky, J. S., Balcer, L. J., Banwell, B., Barkhof, F., Bebo, B., Jr., Calabresi, P. A., Clanet, M., Comi, G., Fox, R. J., Freedman, M. S., Goodman, A. D., Inglese, M., Kappos, L., & Polman, C. H. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis. *Neurology*, 83(3), 278-286. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000560>
- Marrie, R. A., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sørensen, P. S., Reingold, S., Cutter, G., & Reider, N. (2015). A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: overview. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 21(3), 263-281. <https://doi.org/10.1177/1352458514564491>
- Martínez-Altarriba M.C., Ramos-Campoy, O., Luna-Calcaño I.M., & Arrieta-Antón, E. (2015). Revisión de la esclerosis múltiple (2). Diagnóstico y tratamiento. *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 41(6), 324-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.011>
- McDonald, W. I., Compston, A., Edan, G., Goodkin, D., Hartung, H. P., Lublin, F. D., McFarland, H. F., Paty, D. W., Polman, C. H., Reingold, S. C., Sandberg-Wollheim, M., Sibley, W., Thompson, A., van den Noort, S., Weinshenker, B. Y., & Wolinsky, J. S. (2001). Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of MS. *Annals of Neurology*, 50(1), 121-127. <https://doi.org/10.1002/ana.1032>
- Méndez Barbosa, E. A., Guancha Aza, L. J., Ávila Gelvez, J. A., & Gómez Alfonso, A. E. (2021). Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple. *Revista científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 5(2), 4-12. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5\(2\).abril.2021.4-12](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5(2).abril.2021.4-12)
- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121. <https://psycnet.apa.org/record/2010-04075-010>
- Novo, A. M., Batista, S., Tenente, J., Nunes, C., Macário, C., Sousa, L., & Gonçalves, F.. (2016). Apathy in Multiple Sclerosis: Gender Matters. *Journal of Clinical Neuroscience*, 33, 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.02.038>
- Olivares-Pérez, T., Nieto-Barco, A., Betancort-Montesinos, M., Pérez-Martín, Y., Hernández-Pérez, M. A., & 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.
- Olivares-Pérez, T., Hernández, M. A., Nieto, A., Betancort, M., Pérez, Y., & Barroso, J. (2009b). Depresión y ansiedad en la esclerosis múltiple. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*(11), 5-10.
- Salinas, P., Farias, A., González, X., Rodríguez, C. (2008). Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. *Neumología pediátrica*, 3(1), 34-39.



- Sánchez Martínez, I. (2020). *Influencia de la vía de administración del tratamiento farmacológico en la adherencia del paciente con esclerosis múltiple* [Tesis doctoral, Universidad Católica de Murcia].
- Sistiaga, A., Castillo-Triviño, T., Aliri, J., Gaztañaga, M., Acha, J., Arruti, M., Otaegui, D., & Olascoaga, J. (2014). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de la esclerosis múltiple en Gipuzkoa. *Revista de Neurología*, 58(8), 337–344. <https://doi.org/10.33588/rn.5808.2013346>
- Toro, J., Cárdenas, S., Martínez, C. F., Urrutia, J., & Díaz, C. (2013). Multiple sclerosis in Colombia and other Latin American countries. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 2(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2012.08.003>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71.
- Vicente-Colomina, A., Santamaría, P., & Gonzáles-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHO-CARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69–76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Wang, J., Tan, F., Wang, Z., Yu, Y., Yang, J., Wang, Y., Shao, R., & Yin, X. (2024). Associations between patient comfort with a primary care provider and three measures of behavioral health services utilization. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e51802. <https://doi.org/10.2196/51802>

Salud mental, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en una paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR): Intervención desde una perspectiva interdisciplinar
