

Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente¹

Relationship between profile neurocognitive and depression and anxiety in patients with a diagnosis of primary progressive subtypes and remitting multiple sclerosis

Antonio José Villa Londoño²

Resumen

El artículo presenta resultados de la investigación dirigida a correlacionar el perfil neuropsicológico de 22 pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple, de los cuales 13 pacientes con subtipo primaria progresiva y 9 pacientes con subtipo remitente recurrente (Arana, M. 2011), con ansiedad y depresión. A los 22 pacientes a quienes se les aplicó la batería neuropsicológica, la cual permitió determinar dicho perfil, se les aplicó los test de depresión y ansiedad de Beck. Por tanto, se cruzaron las variables diagnósticas (Esclerosis Múltiple, y Sujetos Sanos) con las variables psicológicas (Ansiedad y depresión) para establecer la comparación y la descripción de las mismas (N, media, desviación estándar), de acuerdo a los grupos establecidos (Personas con diagnóstico de esclerosis: progresiva primaria y remitente recurrente). Esto se llevó a cabo por medio del software estadístico SPSS 19.0. Hallando que, en cuanto a las variables sociodemográficas, se observan correlaciones entre los

¹ Artículo presenta resultados de la investigación realizada para otra al título del Doctor en Neurociencias en la Universidad de Maimonides, Argentina, durante los años 2011-2013.

² Psicólogo, Universidad de San Buenaventura; Magister en Psicología de la Salud, Universidad de San Buenaventura, Medellín; Doctor en Neurociencias, Universidad de Maimonides, Argentina; Docente de tiempo completo de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, anjovi59@gmail.com

años de educación y la variable de ansiedad, siendo esta relación moderada e inversamente proporcional. Para la variable de depresión se observa relación con la variable años de educación, aunque es una relación débil también tiene una direccionalidad inversamente proporcional. En cuanto a las variables tenidas para la medición del perfil neurocognitivo, se encuentra que la población se presenta con una distribución normal, se utiliza la diferencia entre medias, donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad, siendo mayor esta diferencia en el grupo de esclerosis progresiva primaria; mientras que la depresión no indica diferencias estadísticamente significativas, rechazando la hipótesis planteada. Se encuentra específicamente alteración en el perfil neurocognitivo en la función atencional pues se evidencia que la variable de atención Test de Símbolos y Dígitos Oral presenta diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad. La variable Test de Símbolos y Dígitos Escrita, presenta de igual modo diferencias estadísticamente significativas. De otra parte se encuentran alteraciones en las funciones ejecutivas, pues una de las variables donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad asumiéndose la no igualdad de varianzas es la variable de función ejecutiva PASAT P2, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad, y la variable función ejecutiva PASAT P3.

Palabras clave: perfil neurocognitivo, depresión, ansiedad, esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente.

Abstract

The article presents results of research to correlate the neuropsychological profile of 22 patients diagnosed with multiple sclerosis, of which 13 patients have primary progressive subtype and 9 patients with relapsing remitting subtype (Arana, M. 2011), with anxiety and depression . To 22 patients were administered the neuropsychological battery to determine the

220

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

profile, and they apply the test of depression and anxiety Beck. Therefore, diagnostic variables (Multiple Sclerosis and Healthy Subjects) with psychological variables (anxiety and depression) were crossed for comparison and description thereof (N, mean, standard deviation) according to established groups (People with a diagnosis of MS: relapsing-remitting and primary progressive). This was done using SPSS 19.0 statistical software. Finding that, in terms of sociodemographic variables, correlations were observed between education and anxiety variable, this being moderate and inversely proportional correlation. The depression variable correlated with the variable years of education, while a weak relationship also has an inverse directionality. As for the variables taken for measurement of neurocognitive profile, is that the population has a normal distribution, the difference between, where there are statistically significant differences for anxiety, is used being greater this difference in group primary progressive MS; while depression does not indicate statistically significant differences, rejecting the hypothesis. Specifically is impaired neurocognitive profile in attentional function as evidenced that the variable Care Test Symbols and Oral Digits presents statistically significant differences regarding anxiety being greater this difference in the group of people with a high degree of anxiety. The Test and Digit Symbol Written variable has the same statistically significant differences mode. Furthermore alterations in the executive functions, as one of the variables which are statistically significant differences regarding anxiety assuming non-equal variances is variable PASAT P2 executive function, this difference was higher in the group of people with a high degree of anxiety, and the variable P3 PASAT executive function.

Keywords: neurocognitive profile, anxiety, depression, sclerosis multiple with progressive primary subtypes and remitting

1. Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica progresiva del sistema nervioso central, caracterizada por múltiples placas de desmielinización axonal, por lo tanto se provoca un retraso en la transmisión de la información neuronal (Brassington y Marsh, 1998) y sus manifestaciones clínicas varían de acuerdo a la localización de las lesiones y a su extensión. Esta enfermedad neurológica se presenta con mayor prevalencia en adultos jóvenes, que padecen síntomas tales como: espasticidad, ataxia, fatiga, trastornos sensitivos y visuales, parestesias y déficits cognitivos y sumado a esto, presenta por un lado, ansiedad por el miedo, la incertidumbre, el componente obsesivo de los pensamientos, la presión socio-familiar-laboral, la no acomodación a una forma de vida, es decir la reactividad a la asimilación y asunción de la enfermedad; y, por otro, depresión como trastorno del estado de ánimo con diferentes criterios de severidad.

El presente estudio pretende profundizar en el estado de ánimo (ansiedad y depresión) de la esclerosis múltiple comparado con el perfil neuropsicológico realizado en una investigación anterior (Arana, 2011) dado que es una de las enfermedades desmielinizantes que se presenta en adultos jóvenes, pues se manifiesta con mayor prevalencia en edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, y con su evolución afecta significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen. Si bien una de las áreas que se ha encontrado afectada con la evolución de esta patología es el área neurocognitiva; y a este respecto la neuropsicología aún se encuentra en exploración investigativa, es evidente que la esclerosis múltiple presenta cambios significativos en el estado de ánimo (ansiedad y depresión), en alteraciones neuropsicológicas que se observan significativamente cuando las placas de esclerosis se forman en los hemisferios cerebrales y las investigaciones en neurología sugieren alteraciones en la memoria, deterioro cognitivo y demencia subcortical, trastornos de conducta, depresión y psicosis.

Las enfermedades degenerativas (Desmielinizantes) entre ellas la esclerosis múltiple (EM) se viene estudiando ampliamente en la actualidad, se sabe que son enfermedades que

van limitando de manera significativa con el tiempo a los pacientes que las padecen. Entre las limitaciones que padecen estas personas, están las neuropsicológicas las cuales constituyen unas de las más evidentes pero que en la mayoría de estos se ven acompañadas de manifestaciones emocionales (ansiedad y depresión) Sin embargo a este nivel la investigación apenas comienza; y en particular muestra de ello son los pocos antecedentes de investigación que se encontraron en el rastreo inicial del presente estudio que se enfoca particularmente en la esclerosis múltiple; en sus subtipos primarios progresivos y remitente recurrente, y los estados emocionales (ansiedad y depresión).

Por lo anterior se debe tener en cuenta que en el estudio de la relación cerebro-conducta propio de la neuropsicología diversos procesos han sido explorados. Procesos cognoscitivos tales como la atención, la memoria, el aprendizaje y el lenguaje han sido clásicamente estudiados (Junqué y Barroso, 1994; Walsh y Darby, 1999).

Igualmente la evaluación del estado emocional del paciente caracterizado por ansiedad, depresión, apatía, temor, suspicacia e irritabilidad ha sido por mucho tiempo una de las variables que también se considera indispensable en cualquier examen neurológico y neuropsicológico (Snyder y Nussbaum, 2003; Waxman, 1997). Si bien el estudio de estos estados no es nuevo, ha tenido un incremento en su estudio en los últimos años (Haviland, 1993; Mora, 2000; Dixon et al., 2004).

En el estudio interdisciplinario que se ha llevado a cabo sobre estos temas, la neuropsicología, preocupada desde sus inicios en la diferenciación hemisférica, encontró que tanto los procesos cognitivos como los estados emocionales tales como la depresión y la ansiedad eran fenómenos que también podían ser explorados a la luz de la asimetría cerebral, a tal punto que hasta hace no muy poco se consideraba que el hemisferio izquierdo se encargaba exclusivamente de los procesos de juicio y razonamiento propios de las funciones ejecutivas y el hemisferio derecho a las emociones (Junqué y Barroso, 1994; Walsh y Darby, 1999).

En la literatura científica la relación que existe entre los procesos cognoscitivos y los estados emocionales no ha sido del todo esclarecida (Alcaraz & Gumá, 2001; Andersson, 2000; Klieger y Cordner, 1990; Moore, 2002; Siegle et al., 2004; Snyder y Nussbaum, 2003; Richards, 2000; Vilalta-Franch et al., 1998; Montoya, 2005; Becerra, et al., 2006). Es muy

común la atribución de los estados emocionales como dirigentes de la conducta. Muchos autores en la literatura científica atribuyen los estados emocionales como responsables del desempeño cognoscitivo (Parker y Rosenblum, 1996; Snyder y Nussbaum, 2003). Más específicamente, están aquellos que afirman que la ansiedad y la depresión, pueden influir en la ejecución de funciones como atención y memoria (Anderson et al., 1990; Andersson, 2000; Berthier et al., 2001; McCauley et al., 2001; Campo-Arias et al., 2005).

De otra parte, existen otros autores que encuentran los estados emocionales y los procesos cognoscitivos, como dos funciones independientes entre sí (Vilalta-Franch et al., 1998; Andersson, 2000; Mikels y Reuter-Lorenz, 2004; Sánchez & Rodríguez, 2004; Alansari, 2004).

Los estudios de los procesos cognoscitivos y los estados emocionales como la depresión y la ansiedad continúan, e incluso hacen parte de los temas a los cuales se le está prestando mayor atención y de los cuales existe un incremento, por tanto la presente investigación, intenta ser una respuesta a esa necesidad y un llamado a explorar más a fondo el campo de la cognición y los estados emocionales con el fin de establecer el tipo de relaciones que éstos pueden o no tener entre sí, en pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple.

Al hablar de estados emocionales, es importante en este estudio darle un mayor énfasis a aquellas alteraciones significativas en nuestro contexto, en este caso, a la ansiedad y la depresión. Según los datos estadísticos, en Colombia la depresión unipolar se caracteriza por ser una condición mental discapacitante. En los países en desarrollo esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante. Por otro lado, el trastorno de ansiedad es considerado en Colombia por Gómez et al., (2004) y Posada et al., (2006), como el de mayor prevalencia frente a trastornos del estado de ánimo y con mayor frecuencia en población femenina.

La presente investigación se realizó en Fundación Psique, que se encuentra ubicada en la Ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, Colombia, se tomaron pacientes con esclerosis múltiple (progresiva primaria y remitente con recaídas) y quienes fueron evaluados en su perfil neurocognitivo por Arana, M. (2011) ya que, además de tener un interés investigativo que aporte conocimiento a la neurociencia, el proyecto también tiene el interés

de contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. De tal manera que se conozca su perfil neurocognitivo para el apoyo en su rehabilitación, pero también la relación de dicho perfil con ansiedad y depresión para generar estrategias de apoyo en dichos pacientes con esclerosis múltiple.

2. Fundamentos teóricos

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta al cerebro y a la médula espinal. Las fibras nerviosas están envueltas y protegidas con mielina, una sustancia compuesta por proteínas y grasas, que facilita la conducción de los impulsos eléctricos entre ellas. Si la mielina es destruida o dañada, la habilidad de los nervios para conducir los impulsos eléctricos, desde y al cerebro, se interrumpe y este hecho produce la aparición de los síntomas de la esclerosis múltiple.

Perfil Neurocognitivo

Perfil neurocognitivo el conjunto de funciones psíquicas superiores, que le permiten la adecuada adaptación al entorno al sujeto.

Las funciones neurocognitivas que conforman el perfil cognitivo para esta investigación son: la sensación, la percepción, la atención, la memoria, las praxias, el lenguaje, la memoria, las funciones ejecutivas e inteligencia.

Depresión

Básicamente, un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Puede tener graves consecuencias personales, sociales, laborales y desencadenar en el suicidio.

Ansiedad

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Tobal, 1990).

3. Metodología

Estudio realizado se enmarca en el enfoque cuantitativo, no experimental, de carácter descriptivo correlacional.

Población y muestra.

Inicialmente se estableció una muestra poblacional de 50 participantes con diagnóstico de esclerosis múltiple que pertenecen a la *Fundación psique* de la ciudad de Medellín, Colombia, al tener en cuenta los criterios de exclusión como haber sido diagnosticados con otra enfermedad neurológica diferentes a esclerosis múltiple, tiempo de diagnóstico menor a un año, tener menos de 20 años y más de 50 años de edad y un coeficiente intelectual menor de 70. Se redujo la muestra objeto de estudio a 22 participantes con esclerosis múltiple de los cuales 13 son de subtipo progresiva primaria y 9 de subtipo recurrente con recaídas (Arana, 2011).

Finalmente, la muestra estuvo conformada por 22 participantes con diagnóstico de esclerosis múltiple, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión.

Tener entre 20 y 50 años de edad, tener diagnóstico de esclerosis múltiple comprobado por medio de la historia clínica, el diagnóstico debe ser mayor a un año y el paciente debe pertenecer a la *Fundación Psique* de la ciudad de Medellín, haber participado en el levantamiento de perfil neurocognitivo de la investigación de Arana (2011).

Criterios de exclusión.

Tener diagnóstico de otra enfermedad neurológica diferente a la esclerosis múltiple, tener un coeficiente intelectual inferior a 70, no ser autónomo para presentar las pruebas neuropsicológicas y los test de ansiedad y depresión, tener historial de abuso de sustancias psicoactivas y no haber participado en el levantamiento de perfil neurocognitivo de la investigación de Arana (2011).

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES

Las variables independientes corresponden a la medición de la presencia o ausencia del cuadro clínico de la esclerosis múltiple, según los criterios establecidos por la CIE 10. Identificando los subtipos de la misma; es decir si el diagnóstico es de tipo remitente con recaídas, progresiva primaria. Al final se conformaron 2 grupos de estudio a saber: el grupo EM tipo recaídas, el Grupo EM Progresivo primaria, a los cuales se les ha aplicado el perfil neurocognitivo el cual representan otras de las variables independientes. También dentro de estas variables independientes se integran las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico).

VARIABLES DEPENDIENTES

Son las resultantes de la medición de las variables psicológicas, estas incluyen la ansiedad y la depresión.

VARIABLES DE CONTROL

Pertencen a esta categoría todas aquellas variables sobre las cuales se hace necesario ejercer un control o manipulación con el fin de que éstas no confundan los resultados obtenidos en los diferentes grupos con respecto a las variables a observar. Criterio de edad; mayores de 20 y menores de 50 años, escolaridad; mínimamente haber cursado y aprobado todos los niveles de educación básica secundaria en Colombia.

Tabla N 1: Operacionalización de las Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	CÓDIGOS	OBJETIVOS QUE CRUCE DE	CRUCE DE VARIABLES
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad	Rango de edad entre 20 a 50 años	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
Sexo	1.Hombres 2. Mujeres	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
Escolaridad	Educación secundaria	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
VARIABLES INDEPENDIENTES			
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	1.Progresiva Primaria 2. Resilente Recurrente	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
PERFIL NEUROCOGNITIVO			
Lenguaje y Comprensión Verbal	1. Bajo 2. Normal 3. Superior	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
Memoria Verbal y Visual	1. Bajo 2. Normal	Analizar el peso de los factores en la aparición de	Cruce con las variables

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

		3. Superior	cuadros depresivos y dependientes ansiosos	
Función Visuoconstruktiva	y	1. Bajo	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
		2. Normal		
		3. Superior		
Funcionamiento Ejecutivo		1. Bajo	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
		2. Normal		
		3. Superior		
Atención		1. Bajo	Analizar el peso de los factores en la aparición de cuadros depresivos y ansiosos	Cruce con las variables dependientes
		2. Normal		
		3. Superior		

VARIABLES DEPENDIENTES

Depresión	1. Leve	Evaluar el nivel de presencia asociado a las variables independientes	Cruce con las variables independientes y de control
	2. Moderada		
	3. Grave		
Ansiedad	1. Leve	Evaluar el nivel de presencia asociado a las variables independientes	Cruce con las variables independientes y de control
	2. Moderada		
	3. Grave		

Fuente: Autor

Hipótesis

La presente investigación pretendió determinar la relación entre el perfil neurocognitivo de personas con diagnóstico de esclerosis múltiple en los subtipos remitente recurrente y progresiva primaria. Para ello se seleccionó un grupo de 22 personas con el mencionado diagnóstico, 13 personas con subtipo remitente recurrente y 9 con primaria progresiva. Posteriormente a esta muestra se le aplicó los test de ansiedad y depresión de Beck que permitió correlacionarlos con el perfil neuropsicológico realizado por Arana, M (2011) para desarrollar el objetivo del presente estudio. Las Hipótesis formuladas son las siguientes:

229

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

Hipótesis 1

“Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad en sujetos que tienen esclerosis múltiple de tipo primaria progresiva y los niveles de depresión o ansiedad en sujetos con esclerosis múltiple de tipo remitente recurrente”

H01 (Hipótesis Nula 1).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad en sujetos que tienen esclerosis múltiple de tipo primaria progresiva y los niveles de depresión o ansiedad en sujetos con esclerosis múltiple de tipo remitente recurrente.

Hipótesis 2

“Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad y el perfil neurocognitivo de sujetos con esclerosis múltiple”

H02 (Hipótesis Nula 2).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad y el perfil neurocognitivo de sujetos con esclerosis múltiple

Instrumentos de medición

Para evaluar depresión y ansiedad se utilizarán los siguientes test:

Inventario de Ansiedad de Beck

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Inventario de Depresión de Beck.

Beck depression Inventory (BDI) y col, 1961, fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la

depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Beck y cols. (1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

El perfil neurocognitivo se realizó con la siguiente batería neurocognitiva:

K-Bit test de inteligencia, *Trail Making Test - TMT*, Parte A. Para evaluar atención selectiva y sostenida, flexibilidad mental y velocidad de procesamiento de información; la parte b: mide velocidad de procesamiento, flexibilidad mental, búsqueda visual, función motora, atención dividida y función ejecutiva. *Test de Símbolos y Dígitos Oral y Escrito - SDMT*, para la medición de procesos cerebrales ante la ejecución verbal y escrita, permitiendo la valoración de la memoria. Para evaluar la memoria, *Test de la Figura Compleja de Rey*, copia y memoria diferida *Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey* que permite evaluar la memoria auditiva; *Test de Retención Visual de Benton - TRVB*, evalúa la percepción visual, la memoria visual y habilidades viso-constructivas. *Test de Vocabulario de Boston - TVB*, para identificar el nivel de la función nominativa del lenguaje. *Test de Asociación Controlada de Palabras - FAS*, para determinar dificultades en lenguaje fonológico, función ejecutiva, defectos en la sintaxis de palabras, además de evaluar la fluidez verbal por medio del número de conceptos dados por el examinado.

Para evaluar la función ejecutiva se utilizaron el test *Wisconsin - WCST*, para evaluar trastornos de los procesos de abstracción y flexibilidad cognitiva, El *Stroop*, el cual pretende detectar problemas en la función ejecutiva, atención dividida y medida de la interferencia y el *Paced Auditory Serial Addition Test - PASAT*, el cual evalúa la velocidad en el procesamiento y la flexibilidad cognitiva.

Para las praxias, se retoman los resultados obtenidos en el *Test de la Figura Compleja de Rey* y en el *Test de Retención Visual de Benton*.

Igualmente para alcanzar los objetivos propuestos se aplicó a los mismos pacientes el *Inventario de Ansiedad de Beck*. El BAI (Beck Anxiety Inventory) específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad centrandose en los aspectos físicos

relacionados con la ansiedad y el *Inventario de Depresión de Beck* (Beck depression Inventory (BDI), el cual en su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión.

Tabla N 2: Rangos de puntaje tenidos en cuenta para la discusión de resultados

Test	Rango PT	Rango PN	Rango PS	
Test de Símbolos y Dígitos Oral	28 - 82	40 - 60	Bajo	28 – 39
			Superior	61 - 82
Test de Símbolos y Dígitos Escrita	25 - 76	40 - 60	Bajo	25 – 39
			Superior	61 - 76
Test de Asociación Controlada de Palabras				
• F	35 – 76	41 – 59	Bajo	35 – 40
			Superior	60 – 76
• A	28 - 72	40 – 60	Bajo	28 – 39
			Superior	61 – 72
• S	32 - 76	40 - 60	Bajo	32 – 39
			Superior	61 – 76
• Total	22 - 69	40 - 60	Bajo	22 – 39
			Superior	61 - 69
Evocación Figura Compleja de Ray	24 - 71	38 - 53	Bajo	24 - 37

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

			Superior	54 - 71
Test Auditivo Verbal de Rey				
• A1	28 - 92	38 - 62	Bajo	28 - 37
			Superior	63 - 92
• A5	9 - 61	39 - 61	Bajo	9 - 38
• A7	22 - 64	38 - 60	Bajo	22 - 37
			Superior	61 - 64
Copia de Figura Compleja de Rey	-25 - 58	35 - 54	Bajo	-25 - 34
			Superior	55 - 58
Test de Benton (TRVB)	32 - 40	40	Bajo	32 - 39
Seriado de Dígitos	31 - 63	40 - 60	Bajo	31 - 39
			Superior	61 - 63
Test de Boston	26 - 63	38 - 60	Bajo	26 - 37
			Superior	61 - 63
PASAT P3	28 - 66	40 - 60	Bajo	28 - 39
			Superior	61 - 66
PASAT P2	30 - 74	40 - 59	Bajo	30 - 39
			Superior	60 - 74
PASAT TOTAL	27 - 70	40 - 60	Bajo	27 - 39

			Superior	61 - 70
WCST = Wisconsin				
<input type="checkbox"/>	Categorías	0 - 6	6	Bajo 0 - 5
<input type="checkbox"/>	Perseveraciones	0 - 16	0 - 13	Bajo => 13
STROOP				
<input type="checkbox"/>	Palabra	15 - 64	31 - 57	Bajo 15 - 30
			Superior	58 - 64
<input type="checkbox"/>	Color	16 - 71	31 - 56	Bajo 16 - 30
			Superior	57 - 71
<input type="checkbox"/>	Palabra Color	24 - 78	33 - 55	Bajo 24 - 32
			Superior	54 - 78
Cuestionario de Beck de Depresión		0 - 63	0 - 9	D. Leve 10 - 18
				D. Moderada 19 - 29
				D. Grave > 30
Cuestionario de Beck de Ansiedad		0 - 63	0 - 22	A. Moderada 23 - 43
				A. Grave 44 - 63

PN=Puntaje Normal; PS=Puntaje Significativo neurocognitiva o clínicamente

Fuente: Autor

Procesamiento de los datos

Todos los análisis fueron realizados con el software estadístico *SPSS versión 19.0*. Teniendo en cuenta que al evaluar la normalidad en las pruebas se evidencio que estas tenían una distribución normal, por lo que se utiliza la T de Student o diferencia de medias.

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Igualmente se aplica la prueba de Spearman para relacionar variables ordinales o nominales con las variables cuantitativas.

4. Resultados

Distribución de las características sociodemográficas del grupo con diagnóstico de esclerosis múltiple identificados con esclerosis progresiva primaria y remitente con recaídas, pertenecientes a la *Fundación Psique* de la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, Colombia.

Tabla 3: Medidas de tendencia central de las variables demográficas de los 22 pacientes de la muestra.

	Media	D.E.	N	%
<i>Edad</i>	38	9		
<i>Años Educación</i>	11	4		
<i>Sexo</i>	Masculino		14	63,64
	Femenino		8	36,36
	Total		22	100,0
<i>Tipo de Esclerosis</i>	Progresiva Primaria		9	40,91
	Remitente Recurrente		13	59,09
	Total		22	100,0

D.E. = Desviación Estándar; N = Frecuencia; % = Porcentaje

Fuente: Autor

Tabla 4: Medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes en cada uno de los grupos de la muestra.

	Tipo de Esclerosis Progresiva Primaria						Remitente Recurrente					
	Med	R	X	D. E.	Max.	Min.	Med	R	X	D. E.	Max.	Min.
Ansiedad	13	15	12	5	19	4	5	15	6	5	15	0
Depresión	13	18	10	7	18	0	10	24	9	7	24	0

Med. = Mediana; R = Rango X= Media; D.E. Desviación estándar; Max.= máximo; Min=Mínimo

Fuente: Autor

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Tomando como base la descripción de las medidas de tendencia central en las pruebas aplicadas, se observan, para el grupo de la esclerosis remitente recurrente, valores muy alejados del promedio, con una alta variabilidad; tanto para la ansiedad como para la depresión, sin embargo, no se puede determinar si las diferencias son significativas o no.

Tabla 5: Correlación de Spearman entre ansiedad y depresión en los 44 pacientes en cada uno de los grupos tipo de esclerosis en la muestra.

Rho de Spearman		Edad	Años de Educación	Tipo de Esclerosis	Ansiedad	Depresión
Edad	Coefficiente de correlación	1,000	-,032	,139	,094	-,037
	Sig. (bilateral)	.	,889	,538	,677	,870
	N	22	22	22	22	22
Años de Educación	Coefficiente de correlación	-,032	1,000	,235	-,515*	-,210
	Sig. (bilateral)	,889	.	,293	,014	,348
	N	22	22	22	22	22
Tipo de Esclerosis	Coefficiente de correlación			1,000	-,556**	-,059
	Sig. (bilateral)			.	,007	,796
	N			22	22	22
Ansiedad	Coefficiente de correlación				1,000	,103
	Sig. (bilateral)				.	,648
	N				22	22
Depresión	Coefficiente de correlación					1,000
	Sig. (bilateral)					.
	N					22

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Autor

Se observan correlaciones entre los años de educación y la variable de ansiedad (-0,515), siendo esta relación moderada e inversamente. Para la variable de depresión se observa relación con la variable años de educación, aunque es una relación débil (-0,210), también tiene una direccionalidad inversa proporcional.

Se observa una relación moderada entre tipo de esclerosis y ansiedad (-0,556), aunque esta asociación es inversa.

Tabla 6: Prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes en cada uno de los grupos de la muestra.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error de diferencia	típ. Inferior	Superior
Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	,040	,844	3,157	20	,005**	6,333	2,006	2,149	10,518
	No se han asumido varianzas iguales			3,179	17,766	,005	6,333	1,993	2,143	10,523
Depresión	Se han asumido varianzas iguales	,017	,899	,262	20	,796	,786	3,005	-5,482	7,055
	No se han asumido varianzas iguales			,262	17,513	,796	,786	2,998	-5,524	7,097

**nivel de significancia de $p < 0,05$

Fuente: Autor

Teniendo en cuenta que la población se presenta con una distribución normal, se utiliza la diferencia entre medias, donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad con un valor de $p = 0,005$ y un I.C. (2,149; 10,518) asumiéndose varianzas iguales, siendo mayor esta diferencia en el grupo de esclerosis progresiva primaria; mientras que la depresión no indica diferencias estadísticamente significativas, rechazando la hipótesis planteada.

Tabla 7: Prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes evaluando el perfil neurocognitivo y ansiedad en cada uno de los grupos de la muestra.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias		Inferior	Superior
<i>A_Test Símbolos y Dígitos Oral</i>	de Se han asumido varianzas iguales	,101	,754	-2,694	20	,014**	-6,545	2,430	-11,614	-1,477
	No se han asumido varianzas iguales			-	19,953	,014	-6,545	2,430	-11,615	-1,476
<i>A_Test Símbolos y Dígitos Escrita</i>	de Se han asumido varianzas iguales	1,727	,204	-2,892	20	,009**	-8,000	2,766	-13,771	-2,229
	No se han asumido varianzas iguales			-	18,849	,009	-8,000	2,766	-13,793	-2,207
A_Test Asociación Controlada Palabras F	de Se han asumido varianzas iguales	3,087	,094	-2,277	20	,784	-,455	1,640	-3,875	2,966
	No se han asumido varianzas iguales			-2,277	17,669	,785	-,455	1,640	-3,904	2,995
A_Test Asociación Controlada Palabras A	de Se han asumido varianzas iguales	,004	,953	-1,542	20	,139	-2,545	1,650	-5,988	,897
	No se han asumido varianzas iguales			-	19,799	,139	-2,545	1,650	-5,990	,900
A_Test Asociación Controlada Palabras S	de Se han asumido varianzas iguales	,027	,872	-1,789	20	,089	-2,545	1,423	-5,514	,423
	No se han asumido varianzas iguales			-	19,982	,089	-2,545	1,423	-5,514	,423
A_Test Asociación Controlada Palabras TOTAL	de Se han asumido varianzas iguales	,101	,754	-1,355	20	,191	-5,545	4,093	-14,082	2,991
	No se han asumido varianzas iguales			-	19,108	,191	-5,545	4,093	-14,108	3,017
M_Test Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A1	de Se han asumido varianzas iguales	2,272	,147	-1,232	20	,232	-1,273	1,033	-3,428	,883
	No se han asumido varianzas iguales			-	15,821	,236	-1,273	1,033	-3,465	,920
M_Test Aprendizaje	de Se han asumido varianzas iguales	,039	,844	-1,393	20	,179	-1,818	1,305	-4,540	,904

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013
Arbitrado 15. 03. 2014
Aprobado 02.06. 2014

Auditivo Verbal de Rey A5	No se han asumido varianzas iguales			-	19,505	,179	-1,818	1,305	-4,544	,908
M_Test de Aprendizaje	Se han asumido varianzas iguales	1,340	,261	-9,96	20	,331	-1,455	1,461	-4,502	1,593
Auditivo Verbal de Rey A7	No se han asumido varianzas iguales			-9,96	19,744	,331	-1,455	1,461	-4,504	1,595
M_Test de Retención	Se han asumido varianzas iguales	,505	,486	-	20	,292	-1,000	,924	-2,926	,926
Visual de Benton	No se han asumido varianzas iguales			-	19,856	,292	-1,000	,924	-2,927	,927
M_Seriado de Dígitos	Se han asumido varianzas iguales	,528	,476	-	20	,311	-,818	,787	-2,460	,824
	No se han asumido varianzas iguales			-	19,066	,312	-,818	,787	-2,466	,829
LENG_Test de Denominación de Boston	Se han asumido varianzas iguales	3,948	,061	-	20	,120	-7,364	4,533	-16,820	2,093
	No se han asumido varianzas iguales			-	14,110	,126	-7,364	4,533	-17,079	2,352
INT_K-BIT	Se han asumido varianzas iguales	,085	,773	,107	20	,916	,636	5,954	-11,784	13,056
	No se han asumido varianzas iguales			,107	19,286	,916	,636	5,954	-11,813	13,086

**nivel de significancia de $p < 0,05$

Fuente: Autor

Tabla 7 (continuación): Prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes evaluando el perfil neurocognitivo y ansiedad en cada uno de los grupos de la muestra.

Test Wisconsin CATEGORIAS COMPLETAS	Se han asumido varianzas iguales	1,575	,224	-,084	20	,934	-,182	2,158	-4,683	4,319
	No se han asumido varianzas iguales			-,084	16,422	,934	-,182	2,158	-4,747	4,383
FUNEJEC_Test Wisconsin ERRORES DE PERSEVERACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	8,509	,009	1,796	20	,088	8,909	4,961	-1,439	19,257
	No se han asumido varianzas iguales			1,796	15,134	,092	8,909	4,961	-1,656	19,474
FUNEJEC_PA SAT P3	Se han asumido varianzas iguales	19,603	,000	-	20	,001	-9,364	2,520	-14,620	-4,108
	No se han asumido varianzas iguales			-	11,456	,003**	-9,364	2,520	-14,883	-3,845

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

<i>FUNEJEC_PA SAT P2</i>	Se han asumido varianzas iguales	54,631	,000	-	20	,002	-5,091	1,404	-8,020	-2,162
	No se han asumido varianzas iguales									
<i>FUNEJEC_ST ROOP PALABRAS</i>	Se han asumido varianzas iguales	1,858	,188	-	20	,016**	-20,727	7,857	-37,117	-4,338
	No se han asumido varianzas iguales									
<i>FUNEJEC_ST ROOP COLOR</i>	Se han asumido varianzas iguales	5,669	,027	-	20	,455	-5,091	6,686	-19,037	8,855
	No se han asumido varianzas iguales									
<i>FUNEJEC_ST ROOP COLOR/PALA BRA</i>	Se han asumido varianzas iguales	,167	,687	-	20	,180	-8,364	6,026	-20,934	4,207
	No se han asumido varianzas iguales									
<i>PRAX_Figura Compleja de Rey Copia</i>	Se han asumido varianzas iguales	1,135	,299	-	20	,310	-3,58636	3,44430	-	3,59832
	No se han asumido varianzas iguales									
<i>M_Figura Compleja de Rey Evocación</i>	Se han asumido varianzas iguales	,248	,624	-	20	,214	-4,40909	3,43421	-	2,75455
	No se han asumido varianzas iguales									

**nivel de significancia de $p < 0,05$

Fuente: Autor

La variable de atención Test de Símbolos y Dígitos Oral presenta diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad con un valor de $p = 0,014$ y un I.C. (-1,477 ; -11,614) asumiéndose igualdad de varianzas, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad. La variable Test de Símbolos y Dígitos Escrita, presenta de igual modo diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p = 0,009$ y un I.C. (-2,229 ; -13,771) asumiéndose igualdad de varianzas.

Una de las variables donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad con un valor de $p = 0,005$ y un I.C. (-1,962 ; -8,220) asumiéndose la no igualdad de varianzas es la variable de función ejecutiva PASAT P2, siendo mayor esta

240

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad, y la variable función ejecutiva PASAT P3 con un valor de $p = 0,003$ y un I.C. (-3,845 ; -14,883), asumiendo la desigualdad de varianzas.

La variable de Función ejecutiva STROOP PALABRAS presenta diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p = 0,016$ y un I.C. (-4,338 ; -37,117) asumiéndose varianzas iguales.

Tabla 8: Prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes evaluando el perfil neurocognitivo y depresión en cada uno de los grupos de la muestra.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl				Inferior	Superior
A_Test de Se han asumido	,352	,559	,813	20	,426	2,308	2,838	-3,613	8,228
Símbolos y varianzas iguales									
Digitos Oral No se han asumido			,831	18,617	,416	2,308	2,776	-3,510	8,126
varianzas iguales									
A_Test de Se han asumido	,252	,621	,555	20	,585	1,846	3,325	-5,089	8,781
Símbolos y varianzas iguales									
Dígitos No se han asumido			,574	19,127	,573	1,846	3,217	-4,884	8,576
Escrita varianzas iguales									
A_Test de Se han asumido	1,278	,272	-1,494	20	,151	-2,368	1,585	-5,673	,938
Asociación varianzas iguales									
Controlada de No se han asumido			-1,532	18,779	,142	-2,368	1,545	-5,604	,869
Palabras F varianzas iguales									
A_Test de Se han asumido	,333	,570	-,465	20	,647	-,821	1,766	-4,504	2,863
Asociación varianzas iguales									
Controlada de No se han asumido			-,480	19,132	,636	-,821	1,708	-4,395	2,754
Palabras A varianzas iguales									
A_Test de Se han asumido	4,273	,052	-1,060	20	,302	-1,607	1,517	-4,770	1,557
Asociación varianzas iguales									
Controlada de No se han asumido			-1,201	17,838	,245	-1,607	1,338	-4,419	1,205
Palabras S varianzas iguales									

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

A_Test de Asociación Controlada de Palabras TOTAL	de Se han asumido varianzas iguales	1,376	,255	-1,138	20	,269	-4,795	4,214	-13,586	3,996
	No se han asumido varianzas iguales			-1,245	19,713	,228	-4,795	3,851	-12,836	3,246
M_Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A1	de Se han asumido varianzas iguales	3,227	,088	-6,01	20	,554	-6,50	1,080	-2,903	1,604
	No se han asumido varianzas iguales			-5,52	12,224	,591	-6,50	1,177	-3,209	1,910
M_Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A5	de Se han asumido varianzas iguales	,906	,352	-2,295	20	,033**	-2,838	1,237	-5,417	-,258
	No se han asumido varianzas iguales			-2,495	19,870	,022	-2,838	1,137	-5,211	-,464
M_Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A7	de Se han asumido varianzas iguales	,122	,731	-1,210	20	,240	-1,778	1,469	-4,842	1,287
	No se han asumido varianzas iguales			-1,190	16,331	,251	-1,778	1,494	-4,939	1,383
M_Test de Retención Visual Benton M_Seriado de Dígitos	de Se han asumido varianzas iguales	,107	,747	,257	20	,800	,248	,965	-1,765	2,260
	No se han asumido varianzas iguales			,256	17,210	,801	,248	,967	-1,791	2,286
	Se han asumido varianzas iguales	3,029	,097	-1,430	20	,168	-1,120	,783	-2,753	,513
	No se han asumido varianzas iguales			-1,359	14,181	,195	-1,120	,824	-2,885	,645
LENG_Test de Denominación de Boston INT_K-BIT	de Se han asumido varianzas iguales	,126	,726	-1,070	20	,298	-5,103	4,770	-15,053	4,848
	No se han asumido varianzas iguales			-1,113	19,384	,280	-5,103	4,586	-14,689	4,484
	Se han asumido varianzas iguales	21,668	,000	-1,695	20	,106	-9,598	5,664	-21,413	2,216
	No se han asumido varianzas iguales			-1,397	8,060	,200	-9,598	6,869	-25,417	6,221

**nivel de significancia de $p < 0,05$

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

Fuente: Autor

Tabla 8 (continuación): Prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes evaluando el perfil neurocognitivo y depresión en cada uno de los grupos de la muestra.

Test Wisconsin CATEGORIAS COMPLETAS	Se han asumido varianzas iguales	1,488	,237	,470	20	,644	1,026	2,183	-3,528	5,579
	No se han asumido varianzas iguales			,506	19,984	,618	1,026	2,025	-3,199	5,250
FUNEJEC_Test Wisconsin	Se han asumido varianzas iguales	,933	,346	,490	20	,629	2,650	5,404	-8,623	13,922
ERRORES DE PERSEVERACIÓN	No se han asumido varianzas iguales			,508	19,268	,617	2,650	5,211	-8,247	13,547
FUNEJEC_PA SAT P3	Se han asumido varianzas iguales	1,424	,247	-,296	20	,771	-,983	3,324	-7,917	5,952
	No se han asumido varianzas iguales			-,312	19,794	,759	-,983	3,154	-7,565	5,600
FUNEJEC_PA SAT P2	Se han asumido varianzas iguales	,445	,513	,195	20	,847	,359	1,837	-3,472	4,190
	No se han asumido varianzas iguales			,200	18,731	,843	,359	1,792	-3,396	4,114
FUNEJEC_ST ROOP PALABRAS	Se han asumido varianzas iguales	3,253	,086	-,124	20	,903	-1,145	9,273	-20,489	18,198
	No se han asumido varianzas iguales			-,137	19,306	,893	-1,145	8,382	-18,669	16,379
FUNEJEC_ST ROOP COLOR	Se han asumido varianzas iguales	,202	,658	-,373	20	,713	-2,564	6,873	-16,901	11,773
	No se han asumido varianzas iguales			-,358	14,747	,726	-2,564	7,166	-17,861	12,733
FUNEJEC_ST ROOP COLOR/PALABRA	Se han asumido varianzas iguales	1,163	,294	,157	20	,877	1,009	6,413	-12,368	14,385
	No se han asumido varianzas iguales			,167	19,897	,869	1,009	6,051	-11,619	13,636
PRAX_Figura Compleja de Rey Copia	Se han asumido varianzas iguales	1,104	,306	,240	20	,813	,86197	3,59120	-6,62915	8,35308
	No se han asumido varianzas iguales			,259	19,987	,799	,86197	3,33320	-6,09127	7,81520
M_Figura Compleja de Rey Evocación	Se han asumido varianzas iguales	1,061	,315	,831	20	,416	2,97009	3,57228	-4,48156	10,42173
	No se han asumido varianzas iguales			,862	19,265	,399	2,97009	3,44506	-4,23378	10,17395

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

**nivel de significancia de $p < 0,05$

Fuente: Autor

La variable de memoria Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A5 presenta diferencias estadísticamente significativas con relación a la depresión con un valor de $p = 0,033$ y un I.C. (-0,258; -5,417) asumiéndose igualdad de varianzas, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de depresión.

Tabla 9: Puntajes de la población y rangos clínicos de depresión

	Progresiva Primaria		Remitente Recurrente		Beck Depresión			
	X	D. E.	X	D. E.	P.N.	D.L.	D.M.	D.G.
Depresión	10	7	9	7	0 - 9	10 - 18	19 - 29	+ 30

PN=Puntaje normal; DL=Depresión leve; DM=Depresión moderada; DG=Depresión grave

Fuente: Autor

Tabla 10: Puntajes de la población y rangos clínicos de ansiedad

	Progresiva Primaria		Remitente Recurrente		Beck Ansiedad		
	X	D. E.	X	D. E.	P.N.	A.M.	A.G.
Ansiedad	12	5	6	5	0 - 22	23 - 43	44 - 63

PN=Puntaje normal; AM=Ansiedad moderada; AG=Ansiedad grave

Fuente: Autor

5. Discusión de Resultados

El objetivo de la presente investigación era explorar la relación existente entre "Ansiedad" y "Depresión", esto a través de la aplicación de los test *BAI* (*Beck Anxiety*

Inventory) y *BDI (Beck depression Inventory)* y del perfil neurocognitivo levantado por Arana, M. (2011).

Para alcanzar el objetivo mencionado se plantearon 2 hipótesis. La primera afirma que "Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad en sujetos que tienen esclerosis múltiple de tipo primaria progresiva y los niveles de depresión o ansiedad en sujetos con esclerosis múltiple de tipo remitente recurrente". La segunda que "Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión o ansiedad y el perfil neurocognitivo de sujetos con esclerosis múltiple"

Con este fin se cruzaron las variables Esclerosis múltiple y el perfil neuropsicológico con las variables psicológicas ansiedad y depresión. Para establecer la comparación y la descripción de las mismas se utilizaron la frecuencia, media y desviación estándar de acuerdo a los grupos establecidos (Personas con diagnóstico de esclerosis progresiva primaria y remitente recurrente). Esto se llevó a cabo por medio del software estadístico SPSS 19.0

Antes de presentar la discusión se hace necesario describir los resultados de las medidas de tendencia central en las variables demográficas, donde la edad que se estableció fue de 20 a 50 años. Esta presenta una media de 38 años con una desviación estándar de 9; los años de escolaridad los cuales se habían establecido para nivel de secundaria, presentaron una media de 11 con una desviación estándar de 4. Lo anterior ratifica el cumplimiento del control de dicha variable. En cuanto a la variable sexo, esta arrojó como resultado que de los 22 pacientes el 63.64 % son de sexo masculino y el 36.36 % sexo femenino. Por último, se estableció que 9 de los participantes tenían diagnóstico de EM subtipo progresiva primaria correspondiendo esto al 40,91 % de la muestra y 13 de los participantes con diagnóstico de EM subtipo remitente recurrente estableciéndose que este número es el 59.09 % de la muestra (tabla 3).

Arana, M (2011) citada en su tesis doctoral:

Es importante mencionar también que los trastornos cognitivos son heterogéneos en dichos participantes, y por ello debe tenerse en cuenta que la EM se presenta en cuatro subtipos distintos y esto puede relacionarse con dicha heterogeneidad. Sin

245

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

embargo, las investigaciones que se han realizado a este nivel han hallado que existe compromiso en las funciones de atención, memoria, velocidad de procesamiento de la información, habilidades visoperceptivas y con poca evidencia, el lenguaje (Kurlat et al, 2005, citado por Arana, 2011, p. 67).

En los resultados que arrojó la tabla 4, que corresponde a las medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes en cada uno de los subgrupos de la muestra, se observa para el grupo de la esclerosis remitente recurrente valores muy alejados del promedio, con una alta variabilidad tanto para la ansiedad como para la depresión, sin embargo no se puede determinar si las diferencias son significativas o no. Por lo anterior se concluye que los pacientes con EM de subtipo remitente recurrente no presentan ansiedad y depresión representativa en las pruebas aplicadas, teniendo en cuenta que el número de población de este subtipo es más alta.

En cuanto a la ansiedad, se observa que en la EM subtipo Progresiva Primaria ($X=12$) los datos se presentan con una desviación mínima, de lo que se infiere que en este grupo se presenta más ansiedad que en el subtipo remitente recurrente ($X=6$), en la que no se podría establecer la presencia de la ansiedad al mostrar una alta desviación.

Teniendo en cuenta el puntaje establecidos por la prueba BAI (Beck Anxiety Inventory) para diagnosticar la presencia de ansiedad, los puntajes obtenidos por los pacientes en los dos subtipos de EM no se podría hablar de ansiedad como trastorno clínico, sino como síntomas reactivos que podrían presentarse frente a situaciones específicas.

Las diferencias en los puntajes en las pruebas de depresión no presentan una diferencia estadísticamente significativas entre los subtipos de EM, ya que los datos son imprecisos y los valores muy dispersos. Es necesario señalar que estando un punto por encima el grupo con EM progresiva primaria (con un valor de $X=10$) del grupo con EM remitente recurrente (con un valor $X=9$) en los resultados de dicha prueba, el aspecto psicológico puede marcar clínicamente una diferencia significativa, aunque se debe tener en cuenta que ninguno de los dos puntajes indica una depresión elevada.

Con respecto a la correlación de Spearman entre ansiedad y depresión en los 22 pacientes y en cada uno de los subtipo de esclerosis en la muestra se observa que el coeficiente de correlaciones entre los años de educación y la variable de ansiedad arroja (-0,515). Esta cifra corresponde a una relación moderada e inversamente proporcional. Lo que significa que los pacientes que poseen más años de educación presentan más bajos niveles de ansiedad. Igualmente los pacientes con menos grado de educación presentan mayores niveles de ansiedad.

Se propone la hipótesis de que dicha relación se puede explicar por la información que tienen o no los pacientes sobre la sintomatología de la EM de la cual adolecen al momento de la aplicación de la prueba psicológica.

Lo anterior puede relacionarse con la investigación de Olivares et all, (2009), que sirve como antecedente a esta, en donde se afirma que las variables de ansiedad y depresión se correlacionan significativamente con los años de evolución de la enfermedad de EM, indicando que un menor número de años transcurridos desde el inicio de la enfermedad estaría asociado con una mayor gravedad de sintomatología ansiosa ($r=-0,65$, $p<0,001$) y depresiva ($r=-0,52$, $p<0,01$). Asimismo, se observó una significativa asociación inversamente proporcional entre ansiedad y nivel de estudios ($r=-0,34$, $p<0,05$) (Olivares et all, 2009), lo que confirma los hallazgos de la presente investigación.

Con respecto a la variable depresión, también se observa relación con la variable años de educación, aunque es una relación débil (-0,210). Esta se presenta también con una direccionalidad inversa. De lo anterior se infiere que aunque con una relación más débil se presenta la tendencia a que los pacientes con EM con menos educación generen estados depresivos, y que por el contrario si su educación es más avanzada podría convertirse la misma en un factor protector para el desarrollo de dichos síntomas, Un mayor nivel de educación puede aportar con respecto a la adquisición de recursos cognitivos, informacionales y estrategias de afrontamiento.

También se halla en la misma investigación información que afirma que tanto la ansiedad como la depresión están asociadas a un menor tiempo de evolución de la enfermedad. Los resultados son consistentes con algunos estudios previos que indican una

mayor presencia de sintomatología depresiva en fases iniciales de la EM (Chwastiak et al, 2002). Se ha propuesto que esto podría deberse a un menor desarrollo de estrategias de afrontamiento en las etapas iniciales de la enfermedad (Olivares et al, 2009). En esa misma investigación ha encontrado que en las etapas iniciales se da más la ansiedad que la misma depresión, aunque los datos arrojados muestran que si se confirma que a menor tiempo de evolución de la enfermedad se da más probabilidad de aparición tanto de la ansiedad como de la depresión.

Con respecto a los resultados descritos en la Tabla 5, se observa un coeficiente de correlación moderada entre tipo de esclerosis y ansiedad de (-0,556), aunque esta asociación es inversa. Observándose que el nivel de precisión es alto (99%) y el nivel de confianza (1%) permitiendo deducir de manera válida que a medida que avance la enfermedad se presenta menos ansiedad. Esto puede explicarse igualmente por la calidad y cantidad de información que el paciente tenga sobre su enfermedad y el decremento de las expectativas que se producen en las primeras fases y la aparición más constantes de los síntomas de la misma. Caso claro en la EM subtipo remitente recurrente, la cual se caracteriza por la presencia de brotes que generan unos síntomas de más de 24 horas de duración, con una remisión parcial o total de los déficits; si la remisión de los síntomas se da de forma parcial se reconoce secuelas de los mencionados déficits. Esta forma de esclerosis es presentada por un 80% de los pacientes (Lublin, 1996, p. 46), contrario a la EM progresiva primaria donde no se evidencian tempranamente los brotes clínicos lo que puede generar en el paciente más grado de ansiedad en los momentos del diagnóstico y el impacto emocional que este genera en las personas.

En cuanto a la prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes y teniendo en cuenta que la población se presenta con una distribución normal, se utiliza la diferencia entre medias, donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad con un valor de $p = 0,005$ y un I.C. (2,149; 10,518) asumiéndose varianzas iguales, siendo mayor esta diferencia en los pacientes con EM en el subtipo progresiva primaria con respecto a los pacientes de EM con subtipo remitente recurrente, lo que indica que teniendo en cuenta su correlación inversa a mayores niveles en la presencia de la sintomatología de la enfermedad, menor presencia de la ansiedad. Con

248

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

respecto a la depresión no se indican diferencias estadísticamente significativas, rechazando la hipótesis planteada (ver Tabla 8).

Como se menciona en el párrafo anterior, se obtiene evidencia a favor de lo que se ha encontrado en los anteriores antecedentes que sustentan la presente investigación, los cuales plantean en sus conclusiones es que a pesar del solapamiento entre ansiedad y depresión observado en la muestra utilizada por estos, también se pudo objetivar una mayor gravedad de la sintomatología ansiosa relacionada con un menor tiempo de evolución de la enfermedad. También afirman que este hecho unido a la existencia de datos que apuntan a que la ansiedad puede ser precursora de la depresión, resalta la importancia de la detección y tratamiento de este trastorno en las fases iniciales de la EM (Olivares et al, 2009).

Observando la prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes y evaluando el perfil neurocognitivo y ansiedad en cada uno de los subtipos de la muestra, la variable atención (Test de Símbolos y Dígitos Oral), presenta diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad con un valor de $p = 0,014$ y un I.C. (-1,477; -11,614) asumiendo igualdad de varianzas, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad, presentando en los pacientes con EM subtipo progresiva primaria mayor dificultad en la ejecución del test. Al igual ocurre con la variable del Test de Símbolos y Dígitos Escrita, presentando de igual modo diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p = 0,009$ y un I.C. (-2,229; -13,771) asumiéndose igualdad de varianzas, mostrando mayor dificultad en los pacientes con EM de subtipo progresiva primaria en la ejecución de la prueba y evidenciándose en los resultados de las mismas, confirmando que, finalmente, las manifestaciones clínicas a nivel cognitivo que presentan los pacientes con EM son afectaciones evidentes en la atención y en la memoria. Se plantea que entre el 40% y 60% de los pacientes con EM, presenta trastornos cognitivos (Rao, 1995, p. 216). También es importante tener en cuenta que los resultados en el perfil de los pacientes en la tesis de Arana, M. 2011, en donde en contra que los participantes con EM presentan dificultades en la flexibilidad mental, velocidad de procesamiento, búsqueda visual, función motora y atención selectiva como sostenida; "Una de las funciones pertenecientes al perfil neurocognitivo es la atención esta permite la selección de la información específica entre

múltiples fuentes disponibles. Ello incluye estimulación interna y externa, memoria, pensamiento, e incluso acciones motoras. En este sentido la atención debe considerarse como un complejo sistema de subprocesos especializados que proporcionan precisión, velocidad y continuidad de la conducta (Muñoz & Tirapu, 2001, p. 35). Además una de las características de la ansiedad es la aparición gradual frente a situaciones nuevas o enfermedades mientras los sujetos generan las estrategias de afrontamiento suficientes para asimilar la enfermedad y así poder controlar sus estados emocionales. Con la aparición de la EM de subtipo progresiva primaria la cual produce progresión de los síntomas sin brotes evidentes se le dificulta a los pacientes asumir un nuevo estilo de vida, dando como resultado que se genere más conductas ansiógenas en diferentes actividades incluyendo por supuesto la ejecución de los test nombrados anteriormente y dando como resultado un bajo rendimiento en los mismos mostrando sus deficiencias a nivel de la atención.

La relación de ansiedad y depresión con la EM se confirma en la investigación realizada por (Arbinaga, 2003, p. 36), en la cual se afirma "Podemos observar que tanto los valores obtenidos por nuestra muestra en depresión como los obtenidos en la escala de sensibilidad a la ansiedad son muy superiores a los de los grupos normativos, mientras en los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo se reflejan mayores paralelismos con la población general".

Una de las variables donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas con relación a la ansiedad con un valor de $p = 0,005$ y un I.C. (-1,962 ; -8,220) asumiéndose la no igualdad de varianzas es la variable de función ejecutiva en evaluada habilidades cognitivas como memoria de trabajo, planificación, flexibilidad, monitorización e inhibición con el *Paced Auditory Serial Addition Test* – PASAT P2, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de ansiedad, asumiendo la desigualdad de varianzas, concluyendo que se presenta mayor ansiedad en los pacientes con EM subtipo primaria progresiva con una diferencia de (-5,091) y un nivel de significancia de (.005) resultando en una mayor dificultad en la ejecución de la prueba. La función ejecutiva también se evalúa mediante el *Paced Auditory Serial Addition Test* – PASAT P3 con un valor de $p = 0,003$ y un I.C. (-3,845; -14,883), tomando la desigualdad de varianzas, asumiéndose que en los pacientes con EM de

subtipo progresiva primaria se presenta mayor ansiedad siendo este un factor determinante para la una ejecución deficiente de la prueba.

Igualmente la función ejecutiva se evaluó con el *Test STROOP (Palabra, Color y Color / Palabra)*. El propósito de la prueba se encuentra orientado a detectar problemas en la función ejecutiva, atención dividida y medida de la interferencia; presentando diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p = 0,016$ y un I.C. $(-4,338 ; -37,117)$ (-20.727) y una significancia de $(,016)$ asumiéndose varianzas iguales, lo que muestra que en los pacientes con EM subtipo primaria progresiva presentan mayor grado de ansiedad determinando que estos presenten más bajos resultados en la ejecución del test.

Se debe tener como eje de referencia en este punto que las funciones ejecutivas se han definido como los procesos mediante los cuales se asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan hacia la resolución de situaciones complejas (Muñoz & Tirapu, 2001, p. 235). Las funciones ejecutivas son las capacidades para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Lezak, 1983, p. 111). Al igual recordar que la ansiedad presenta tres dimensiones de respuesta que determinan su sintomatología: la fisiológica, la cognitiva y conductual las cuales presentan dependencia unas de otras, producidas entre muchas causas por la no acomodación en el estilo de vida que va exigiendo la aparición y evolución de la enfermedad EM. La no aceptación de la misma puede afectar sensiblemente las relaciones interpersonales y por ende el comportamiento social, sustentado de nuevo el bajo rendimiento en las pruebas utilizadas para medir la función ejecutiva en los pacientes con EM subtipo primaria progresiva.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente y sobre todo en el este grupo de pacientes donde se observa que es de peor pronóstico, ya que se evidencia tardíamente en los participantes que la padecen, dificultando su tratamiento (Thompson et al, 2000, p. 47), esto produce en los sujetos incertidumbre la cual es una de las causas que genera ansiedad. El ambiente y los estímulos situacionales han permitido ver a esta ultima de dos maneras: como ansiedad adaptativa y ansiedad excesiva (Kolb & Whishaw, 2006). La primera, indica un peligro potencial y puede contribuir a dominar una situación difícil. La segunda, es desadaptativa ya sea demasiado intensa o bien por ser provocada de manera inadecuada por

251

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

acontecimientos que no presentan un peligro real. Siendo la forma adaptativa la que se podría presentar en pacientes con EM entretanto asimilan y se adaptan al diagnóstico y enfermedad, asumiendo nuevos estilos de vida.

En la prueba t para la igualdad de medias para las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los 22 pacientes evaluando el perfil neurocognitivo y depresión en cada uno de los grupos de la muestra, la variable de memoria Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey A5, la cual permite valorar dificultades perceptivas, motrices y de memoria tanto inmediata como tras interferencia, presenta diferencias estadísticamente significativas con relación a la depresión con un valor de $p = 0,033$ y un I.C. $(-0,258 ; -5,417)$ asumiéndose igualdad de varianzas, siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas con un alto grado de depresión, observándose que se presenta en los pacientes con EM en subtipo progresiva primaria y no en los pacientes de subtipo remitente recurrente, resultando en una menor ejecución en el test, aunque en esta dos poblaciones no se presentaron diferencias significativas (puntaje t $-2,295$) con un valor $p=0,33$ presentándose la diferencia de 1 punto la que puede ser significativo desde el análisis clínico.

Se debe tener en cuenta que la sintomatología de la depresión se caracteriza por la aparición de un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución importante del interés o de la capacidad para el placer, insomnio o hipersomnia, agitación o entecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo, disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse, visión pesimista, poco promisorio o del futuro, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse, síntomas persisten por lo menos dos semanas, suele haber por lo menos un intervalo libre síntomas, de dos meses, entre uno y otro. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias pueden

contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2000). En uno de los primeros brotes de la enfermedad, luego del diagnóstico o en recaídas de la EM en el subtipo primario puede presentarse la depresión teniendo en cuenta que puede darse desesperanza, fatiga y demás síntomas ya mencionados, interfiriendo en la ejecución de la prueba.

6. Conclusiones

En conclusión, en el perfil neurocognitivo que se realizó a pacientes con EM, solo cinco pruebas de las aplicadas arrojaron puntajes que son estadísticamente significativas para la ansiedad y del mismo perfil neurocognitivo solo una prueba es estadísticamente significativa para depresión, esto revela evidencia para rechazar la **Hipótesis Nula 2** propuesta en este trabajo, confirmando entonces la **Hipótesis 2**.

Es de aclarar que según los puntajes obtenidos en dichas pruebas, aunque presentan diferencias estadísticamente importantes, estos no son clínicamente significativos, lo que representa que la ansiedad y la depresión son producto del proceso adaptativo del diagnóstico e inicio de la enfermedad y de cierta manera inherentes a dicho proceso.

Finalmente, se confirma entonces la **Hipótesis 1** y se desconfirma la **Hipótesis Nula 1**, pues la variable ansiedad puntúa en un nivel mayor en los pacientes que presentan EM subtipo progresiva primaria.

Vale la pena recomendar que se continúe con la realización de estudios investigativos que relacionen a la EM en sus diferentes subtipos con variables emocionales, ya que este trabajo solo se retomaron los subtipos progresiva primaria y remitente recurrente.

Igualmente es de importancia la implementación de programas de prevención para los pacientes con EM, buscando disminuir las probabilidades de que desarrollen tanto trastornos de ansiedad como afectivos.

Referencias

- Alansari, B. (2004). The relationship between anxiety and cognitive style measured on the Stroop Test. *Social Behavior and Personality*, 32 (3), 283-294, Disponible en <http://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/1327>
- Alcaraz, V.M. & Gumá, E. (2001). *Texto de neurociencias cognitivas*. México: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 (DSM-IV TR) ed.). American Psychiatric Press.
- Andersson, G. (2000). Tinnitus and cognitive interference: a Stroop paradigm study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43 (5), 1168-1173, Disponible en <http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=1780496>
- Arana, M. (2011). *Perfil neurocognitivo en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente*. Tesis Doctoral. Buenos Aires: Universidad Maimónides.
- Arbinaga, F. (2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes. El caso de la esclerosis Múltiple. *Anales de la Psicología*, 19(1): 120-125. Disponible en http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/06-19_1.pdf
- Beck, A. (1988). *Beck Hopelessness Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, & M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry* 4: 561-571.
- Beck, T., Waedc, Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4: 561-71. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Berthier, M. L., Kulisevsky, J. J., Gironell, A. & López, O. L. (2001). Obsessive compulsive disorder and traumatic brain injury: behavioral, cognitive and neuroimaging findings.

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

- Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, Vol. 14, No. 1, pp. 23–31, Disponible en <http://atarazanas.sci.uma.es/docs/tesisuma/16667748.pdf>
- Brassington, C., & Marsh, V. (1998). Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychological Review*, 8 (2): 43-77, Disponible en <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1025621700003#page-1>
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz-Martínez, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos Pediátricos Uruguayos*, 76 (1), 21-26. Recuperado el 3 de octubre de 2007. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842005000100005&lng=es&nrm=iso
- Chwastiak L, Ehde D, Gibbons L, Sullivan M, Bowen JD, Kraft Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiological study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*. 158:1862–1868,
- Dixon, T., Kravariti, E., Frith, C., Murray, M & McGuire, K. (2004). Effect of symptoms on executive function in bipolar illness. *Psychological Medicine*. 34, 811-821, Disponible en <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=232265>
- Haviland, J.M. (1993). *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Junqué, C. & Barroso, J. (1994). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Klieger, D. & Cordner, M. D. (1990). The Stroop task as measure of construct accessibility in depression. *Personality and Individual Differences*, 11(1), 19-27, Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019188699090164M>
- Kolb, B. & Whihaw, I.Q. (1990). *Fundamentals of human neuropsychology (3rd Ed.)*. Nueva York: Freeman.
- Lezak, D. (1983). *Neuropsychological assesment*. New York: Oxford university press.
- McCauley, S. R., Boake, C., Levin, H. S., Contant, C. F. & Song, J. X. (2001). Postconcussional disorder following mild to moderate traumatic brain injury: anxiety, depression and social support as risk factors and comorbidities. *Journal of Clinical*

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

- Experimental Neuropsychology*, 23(6), 792-808, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11910545>
- Mikels, J. A., & Reuter-Lorenz, P. A. (2004). *Mechanisms for emotion maintenance: A prefrontal dissociation of 'affective' from 'cognitive' working memory*. Poster para el 'Meeting of the Cognitive Neuroscience Society'. San Francisco, CA, 2004.
- Moore, S. C (2002). Some long-term effects of emotion on cognition. *The British Journal of Psychology*, 93(3), 383-395, Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000712602760146341/abstract>
- Muñoz, C., & Tirapu, M. (2001). *Rehabilitacion neuropsicologica*. Madrid: Sintesis.
- Olivares, T., Nieto, A., Betancort, M., Pérez, Hernández, M., & Barroso, J. (2009). 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. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756007.pdf>
- Parker & Rosenblum (1996). IQ loss and emotional dysfunctions after mild head injury in a motor vehicle accident. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), pp. 32-43, Diponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8682910>
- Richards, A. (2000). Anxiety-related Stroop interference in adolescents. *The Journal of General Psychology*, 127(3), 327-333, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10975428>
- Sánchez, J. & Rodríguez, M. (2004). Rendimiento neuropsicológico y sintomatología depresiva en la demencia de tipo Alzheimer de inicio tardío esporádica. *Rev. Neurol.*, 38, 625-630, Disponible en <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2003540>
- Siegle, G. J., Steinhauer, S. R. & Thase M. E. (2004). Pupillary assessment and computational modeling of the Stroop task in depression. *International Journal of Psychophysiology*, 52, 63-76, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003373>
- Snyder, P.J. & Nussbaum, P.D. (2003). *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment*. Washington: American Psychological Association

Citación del artículo: Villa Londoño, A. (2014). Relación entre perfil neurocognitivo y depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple de subtipos primaria progresiva y remitente recurrente. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 12, junio 2014, pp. 219-257, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 10. 12. 2013

Arbitrado 15. 03. 2014

Aprobado 02.06. 2014

- Thompson, J., Montalban, X., Barkhof, F., Brochet, B., Filippi, M., & Miller, H. (2000). Diagnostic criteria for primary progressive multiple sclerosis: a position paper. *Annals of Neurology*, 47 (6): 831-5, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852554>
- Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En j. Mayor y I. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (vol. 3), pp. 309-344. Madrid: Alhambra
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (pp. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Vilalta-Franch, J., Llinàs-Regla, J. & López-Pousa, S. (1998). Cognición y depresión. *Revista de Neurología*, 27(158), 581-584.
- Walsh, K. W. & Darby, D. (1999). *Neuropsychology: A clinical approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Waxman, S.G. (1997). *Neuroanatomía correlativa*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.