

Laura Aguilar Gallego

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Jordi Miró Martínez

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2021

El presente trabajo contiene información confidencial y, por este motivo, no puede ser compartido en su totalidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. CASO 1. ERIC – ANOREXIA NERVIOSA	
1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA	
1.1.1 Anorexia Nerviosa	
1.1.1.1 Definición del problema	
1.1.1.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades.....	
1.1.1.3. Manifestaciones clínicas.....	
1.1.1.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo	
1.1.1.5. Evaluación y tratamiento	
1.1.2. Encopresis.....	
1.2. PRESENTACIÓN DEL CASO	
1.3. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO.....	
1.4. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS, DE MANTENIMIENTO Y DE ORIGEN DEL PROBLEMA.....	
1.5. OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....	
1.6. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS	
1.7. DATOS POST TRATAMIENTO	
1.8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
1.9. SEGUIMIENTO	
2. CASO 2. LEYRE – TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD	
2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1.1. Trastorno Límite de Personalidad.....	
2.1.1.1. Definición del problema	
2.1.1.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades.....	

- 2.1.1.3 Manifestaciones clínicas.....
- 2.1.1.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo
- 2.1.1.5. Evaluación y tratamiento
- 2.1.2. Trastorno ciclotímico.....
- 2.1.2.1. Definición del problema
- 2.1.2.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades.....
- 2.1.2.3. Manifestaciones clínicas.....
- 2.1.2.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo
- 2.1.2.5. Evaluación y tratamiento
- 2.2. PRESENTACIÓN DEL CASO
- 2.3. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO.....
- 2.4. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS, DE MANTENIMIENTO Y DE ORIGEN DEL PROBLEMA.....
- 2.5. OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....
- 2.6. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS
- 2.7. DATOS POST TRATAMIENTO
- 2.8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS
- 2.9. SEGUIMIENTO
- 3. CASO 3. CARLA – VIVIR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
- 3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA
- 3.1.1. Definición del problema.....
- 3.1.2. Manifestaciones clínicas
- 3.1.3. Variables psicosociales implicadas
- 3.1.4. Tratamiento.....
- 3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO
- 3.3. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRETRATAMIENTO.....

3.4. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS, DE MANTENIMIENTO Y DE ORIGEN DEL PROBLEMA.....

3.5. OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....

3.6. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS

3.7. DATOS POST TRATAMIENTO.....

3.8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.9. SEGUIMIENTO

4. LIMITACIONES DEL TRABAJO

5. CONCLUSIONES CRÍTICAS

6. BIBLIOGRAFÍA.....

ANEXOS

Anexo 1. Informe de urgencias del Caso 1. Eric – Anorexia Nerviosa

Anexo 2. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa.....

Anexo 3. Criterios diagnósticos de la Encopresis

Anexo 4. Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad.....

Anexo 5. Criterios diagnósticos del Trastorno Ciclotímico

Anexo 6. Gráfica del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) del Caso 2. Leyre – Trastorno Límite de Personalidad

Anexo 7. Correo electrónico del Caso 3. Carla - Vivir con Esclerosis Múltiple

INTRODUCCIÓN

El presente documento trata de integrar la formación teórica y práctica recibida en el máster. Para ello, incluye tres informes clínicos detallados sobre tres casos trabajados durante la estancia de Prácticas II. Cada caso se estructura en los siguientes apartados: fundamentación teórica, presentación/descripción del caso, técnicas de evaluación y datos pretratamiento, hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema, objetivos de actuación, técnicas de tratamiento utilizadas, resultados post tratamiento, discusión de dichos resultados y seguimiento del caso. Además, incluye dos puntos de carácter general: limitaciones del trabajo y conclusiones críticas. Los nombres que aparecerán a lo largo del trabajo son ficticios y se usarán como una forma de referirse a la persona en cuestión para facilitar la descripción del caso.

1. CASO 1. ERIC – ANOREXIA NERVIOSA

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA

En este apartado se presenta una visión global de cada caso. Para ello, y en la medida de lo posible, nos centraremos en los siguientes aspectos: definición del problema (los criterios diagnósticos de las diferentes patologías se encuentran en *Anexos*) diagnóstico diferencial, posibles comorbilidades, manifestaciones clínicas, epidemiología (prevalencia, etiología y factores de riesgo), evaluación y tratamiento.

El problema principal en este caso está relacionado con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA): la Anorexia Nerviosa (AN) y en las páginas siguientes se describirá dicho trastorno. Igualmente, también se

abordará, de manera menos detallada, la encopresis, en tanto que problema relacionado, secundario, a la AN.

1.1.1 Anorexia Nerviosa

1.1.1.1 Definición del problema

Siguiendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014), los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por la alteración persistente de la alimentación o de la conducta en relación a la alimentación. Como consecuencia, aparecen dificultades en el consumo o en la absorción de los alimentos, llevando a un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. La AN se ubica dentro de esta clasificación y sus criterios diagnósticos se encuentran en el *Anexo 2*.

1.1.1.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades

El DSM-5 (APA, 2014) indica que se debe descartar si la pérdida de peso puede explicarse mejor por problemas médicos (p.ej. hipertiroidismo) o por patologías mentales como el trastorno depresivo mayor o la esquizofrenia (entre otros) que cumplan el criterio A de la AN, pero no los criterios C y B. También es necesario descartar la Bulimia Nerviosa (BN) que podría confundirse con la AN de tipo con atracones/purgas, con la diferencia de que los individuos con BN tienen un peso igual o mayor al límite inferior normal. Asimismo, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede compartir el criterio A de la AN pero no el criterio B y C.

En cuanto a la comorbilidad, es frecuente que la AN curse con trastornos como la depresión, la distimia y la ansiedad (Herpertz-Dahlmann y Dahmen, 2019) y con trastornos de la personalidad, entre los cuales destacan el trastorno obsesivo compulsivo (Godt, 2008).

1.1.1.3. Manifestaciones clínicas

El perfil cognitivo de las personas con AN es complejo y se caracteriza por la presencia de distorsiones cognitivas (p.ej. tendencia a la sobregeneralización), un mayor uso de términos negativos para referirse a las propias vivencias y una fuerte distorsión de la imagen corporal (Reville et al., 2016). También son frecuentes los síntomas depresivos y ansiosos, así como las dificultades en el procesamiento emocional (Lulé et al., 2014).

A nivel comportamental, se realizan todo tipo de conductas relacionadas con la restricción alimentaria y la imagen corporal: elección de alimentos hipocalóricos, práctica excesiva de deporte y dedicar mucho tiempo a mirarse al espejo (Uniacke et al., 2018). Además, el riesgo de suicidio en personas con un TCA es mayor que el de la población general, aumentando si existe comorbilidad con otros trastornos mentales (Smith et al., 2018). La restricción de la ingesta puede conllevar a una severa malnutrición que, sostenida en el tiempo, produce problemas en todos los órganos y sistemas del cuerpo (osteoporosis, amenorrea, caída del pelo, estreñimiento y bradicardia, entre muchos otros) (Podfigurna-Stopa, 2015).

1.1.1.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo

En cuanto a la epidemiología de los TCA, en las mujeres es de un 5.7% (0.9-13.5%), frente a un 2.2% (0.2-7.3%) en los hombres; en la AN

un 18.9% de mujeres y un 7.6% de hombres sufren síntomas propios del trastorno a lo largo de la vida (Galmiche, et al., 2019).

El origen de este tipo de trastorno es multifactorial, viéndose involucrados factores biológicos, psicológicos y ambientales (Moreno, et al., 2019). A nivel neurobiológico, el desequilibrio entre los sistemas fronto-estriados afecta a estructuras implicadas en la representación corporal (córtex somatosensorial primario, córtex parietal secundario y córtex insular terciario), influyendo en rasgos como la atención excesiva a los detalles, el perfeccionismo y la inflexibilidad (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2014). La focalización en los detalles se relaciona con los síntomas restrictivos y obsesivos propios del trastorno (Reville et al., 2016).

A nivel psicológico, aparecen rasgos de personalidad comunes en las personas con TCA (Fernández y Jáuregui, 2016): en la AN de tipo restrictivo se dan altos niveles de neuroticismo y perfeccionismo (Kakhi y McCann, 2016). Por otro lado, la adolescencia es una etapa crítica para su inicio, ya que implica cambios vitales relevantes para el desarrollo del individuo (Fajardo et al., 2017). La insatisfacción corporal y la preocupación y búsqueda de la delgadez en esta población son procesos que pueden verse influenciados por el desarrollo psicosexual propio del momento vital y por un autoconcepto basado en la afirmación "soy lo que parezco" (Izydorczyk y Sitnik-Warchulska, 2018). En este sentido, la variable "auto-objetivación" (*self-objectification*) predice de manera robusta el inicio y mantenimiento de un TCA y se define como una perspectiva del yo corporal en la cual se realiza un seguimiento constante del cuerpo, valorándolo en función de cómo se ve (Dakanalis et al., 2016).

A nivel familiar, los estilos parentales basados en la sobreprotección (entendida como un control sin afecto y la inhibición de la autonomía), el rechazo, la frialdad y la falta de apego se relacionan con el inicio de este tipo de patologías (Borda et al., 2019).

1.1.1.5. Evaluación y tratamiento

Para la evaluación se aplican técnicas como la medida del IMC, autorregistros alimentarios y emocionales, entrevistas estructuradas/semi-estructuradas y cuestionarios sobre síntomas alimentarios (Losada y Marmo, 2013). Dos de las pruebas psicométricas más usadas son la entrevista semiestructurada *Eating Disorder Examination* (EDE; Cooper y Fairburn, 1987) y la escala autoinformada *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3* (EDI-3; Garner, 2004), las cuales evalúan síntomas y constructos psicológicos propios de los TCA (Robles et al., 2006).

En cuanto al tratamiento de la AN, un enfoque multimodal sería la mejor opción, interviniendo desde la psicología, la psiquiatría (siempre que sea necesario) y la nutrición (Herpertz-Dahlmann y Dahmen, 2019). Las terapias psicológicas de primera línea son la cognitivo-conductual, la interpersonal y la familiar (Schmidt et al., 2012). La población adolescente se beneficia más de la perspectiva sistémica, en contraposición a los adultos en los cuales son más eficaces las intervenciones individuales (Zeeck et al., 2018; Resmark et al., 2019).

1.1.2. Encopresis

Entre los factores psicosociales relacionados con la aparición de la encopresis destacan: bajo nivel educativo de los padres, apoyo familiar

insuficiente y existencia de circunstancias vitales estresantes (Olaru et al., 2016). Esta problemática puede generar problemas emocionales (baja autoestima y autoconfianza), conductuales (limitación de las interacciones con los iguales) y mayor riesgo de sufrir acoso escolar debido a la fuga de heces que puede producirse en estos entornos (Anderson, 2019). Sus criterios diagnósticos se encuentran en el *Anexo 3*.

2. CASO 2. LEYRE – TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La fundamentación teórica de este caso seguirá la misma estructura que la anterior y se centrará en dos patologías: el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y el Trastorno Ciclotímico.

2.1.1. Trastorno Límite de Personalidad

2.1.1.1. Definición del problema

Siguiendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2014), los trastornos de personalidad (TP) se definen como patrones estables de experiencia interna y de conducta que se alejan de los valores culturales del usuario, generando malestar o deterioro. Estos se originan en la adolescencia o en la edad adulta temprana y se dividen en tres grupos (A, B y C) en función de sus similitudes. El TLP se sitúa dentro del clúster B, junto con el TP antisocial, histriónico y narcisista, compartiendo características como el dramatismo y la emocionalidad excesiva. Los criterios diagnósticos del TLP se encuentran en el *Anexo 4*.

2.1.1.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades

El DSM-5 (APA, 2014) indica que deben descartarse trastornos depresivos y bipolares, los cuales no tendrían un inicio temprano ni un curso de larga evolución. Asimismo, los síntomas no pueden explicarse mejor por otros trastornos de personalidad que compartan características comunes con el TLP, por trastornos por consumo de sustancias, por problemas de la identidad ni por afecciones médicas.

En cuanto a la comorbilidad, el TLP puede coexistir con el trastorno bipolar (TB), volviéndose más frecuente y severo si se trata del TB tipo II (Saunders et al., 2020). También es frecuente que curse con trastornos de la conducta alimentaria, entre los cuales destacan la AN tipo con atracones/purgas y la BN (Molina et al., 2019) y con trastornos por consumo de sustancias (Calvo et al., 2016).

2.1.1.3 Manifestaciones clínicas

El TLP se caracteriza por patrones generalizados de inestabilidad emocional, alta impulsividad y relaciones interpersonales inestables e intensas (Lazarus et al., 2019). Esta inestabilidad se relaciona con dificultades en la regulación emocional que, sumadas a la existencia de abusos psicológicos, funcionan como factores predictores del establecimiento de relaciones de dependencia emocional (Momeñe et al., 2017). Esta se define como un tipo de adicción que genera una necesidad desmedida e irracional hacia el otro, llevando a la pérdida de la propia libertad (Congost, 2013). Además, aparecen alteraciones en la imagen propia y conductas de tipo suicida (tanto ideación como intentos de suicidio), que generan un severo deterioro y malestar en el individuo

(Kulacaoglu y Kose, 2018). El riesgo de suicidio aumenta si el trastorno cursa con otras alteraciones mentales como el TB (Eskander et al., 2020).

2.1.1.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo

La prevalencia es del 1.6-5.9%, aumentando hasta un 10% en los usuarios que solicitan asistencia en centros de salud mental y hasta un 20% en usuarios ingresados en instituciones mentales (APA, 2014).

En cuanto a la etiología, el factor de riesgo más robusto es una historia vital marcada por el abuso emocional y físico durante la infancia (Parker et al., 2018). Experiencias vitales como el abuso sexual y la negligencia por parte de los cuidadores (desinterés, falta de participación en los cuidados y separaciones prolongadas de las figuras parentales) influyen en el origen de este trastorno (Merza et al., 2015). A nivel neurobiológico, aparece una disfunción en el eje hipotalámico hipofisario suprarrenal y un aumento de hormonas relacionadas con el estrés como el cortisol (Stanley y Siever, 2010). Del mismo modo, la reducción de estructuras cerebrales implicadas en la regulación emocional como el hipocampo, la amígdala y el lóbulo temporal medial, son comunes en personas con TLP, en contraposición a los sujetos sin el trastorno (Salvador et al., 2014).

2.1.1.5. Evaluación y tratamiento

Pese a que la evaluación de los TP se basa, en mayor medida, en las conductas del sujeto, sus experiencias vitales y su historia clínica, existen dos pruebas psicométricas con alta fiabilidad y validez en formato entrevista estructurada (Esbec y Echeburúa, 2014). La primera es la *Structured clinical Interview for DSM-IV Axis II* (SCID-II; Spitzer et al., 1992) que evalúa los 10 trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (American Psychiatric

Association [APA], 1994). La segunda es la *International Personality Disorder Examination* (IPDE; Loranger, 1995), la cual intenta conseguir un equilibrio entre una entrevista espontánea y los requisitos de una entrevista estandarizada y objetiva.

En cuanto al tratamiento de elección, la terapia Dialéctico-Conductual es la que mejores resultados muestra (Venegas et al., 2017). Fue creada específicamente para intervenir en personas con TLP y se basa en un modelo cognitivo-conductual compuesto por la psicoterapia individual y la formación en habilidades (Lineham, 2003). En este sentido, rasgos como una alta impulsividad y búsqueda de sensaciones conllevarían mayores tasas de abandono del tratamiento (Carmona et al., 2018).

2.1.2. Trastorno ciclotímico

2.1.2.1. Definición del problema

Siguiendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2014), el trastorno ciclotímico se ubica dentro del capítulo *Trastorno bipolar y trastornos relacionados*. Se caracteriza por la presencia de episodios hipomaníacos y depresivos durante al menos 2 años, que no llegan a cumplir los criterios de episodio de manía, hipomanía o depresión mayor. Sus criterios diagnósticos se encuentran en el *Anexo 5*.

2.1.2.2. Diagnóstico diferencial y posibles comorbilidades

El DSM-5 (APA, 2014) indica que el diagnóstico diferencial debe descartar el TB y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, así como el trastorno depresivo debido a otra afección médica. Del mismo modo, debe diferenciarse del TB inducido por sustancias/medicamentos y

trastornos relacionados, y del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. También debe revisarse que los síntomas no se expliquen mejor por un TB tipo I o tipo II con ciclos rápidos. En cuanto a la comorbilidad, es frecuente que se acompañe del TLP, de trastornos relacionados con el uso de sustancias y de trastornos del sueño (APA, 2014; Patel et al., 2019).

2.1.2.3. Manifestaciones clínicas

Al tratarse de una forma subclínica del trastorno bipolar, sus manifestaciones clínicas se asemejarán mucho (episodios con síntomas maníacos caracterizados por desinhibición, irritabilidad, humor elevado y alta autoestima, seguidos de depresión), difiriendo en intensidad y duración (Carvalho et al., 2020).

2.1.2.4. Epidemiología: prevalencia, etiología y factores de riesgo

La prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar es de un 2.4%; concretamente, un 0.6% el TB I, un 0.6% el TB II y un 1.4% para el resto de sus formas subclínicas, dentro de las cuáles se encuentra el trastorno ciclotímico (Martínez et al., 2019).

Tener un familiar con la patología es el factor de riesgo más robusto, siendo la adolescencia el periodo más crítico para su desarrollo (Duffy et al., 2018). A nivel neurobiológico, alteraciones en mecanismos relacionados con el sistema endocanabinoide y la regulación de la insulina interaccionarían con factores ambientales como el abuso de sustancias, predisponiendo a la persona a desarrollar episodios afectivos (Carvalho et al., 2020). Por último,

la existencia de traumas durante la infancia también se ha relacionado con el origen de este tipo de trastorno (Watson et al., 2014).

2.1.2.5. Evaluación y tratamiento

Siguiendo a Yáñez y García (2013), la evaluación debe valorar los síntomas depresivos y maníacos/hipomaníacos. La entrevista semiestructurada *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS; Ambrosini et al., 1989)* evalúa síntomas depresivos y psicóticos en niños y adolescentes. La escala autoinformada *The Hypomania Symptom Checklist-32 (HCL-32; Angst et al., 2005)* evalúa episodios hipomaníacos presentes y pasados en población adulta y es útil para diferenciar entre el TB II y la depresión unipolar (Vieta et al., 2018).

En cuanto al tratamiento, por un lado, suele administrarse una pauta farmacológica basada en litio, antiepilépticos, antipsicóticos y/o antidepresivos, para controlar los síntomas maníacos y depresivos (Hibar et al., 2018). Por otro lado, a nivel psicológico, la terapia que mayores evidencias ha demostrado ha sido la cognitivo-conductual, combinada con terapias de grupo y psicoeducación (Baldessarini et al., 2011).

3. CASO 3. CARLA – VIVIR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA

La fundamentación teórica de este caso girará en torno a la Esclerosis Múltiple (EM). Se describirá en qué consiste la enfermedad, los aspectos psicosociales implicados en la misma y las técnicas de intervención a nivel psicológico. Con lo cual, no seguirá la misma estructura que los dos casos

anteriores, ya que no se trata de un trastorno mental en sí mismo, sino de las consecuencias psicosociales de una enfermedad neurodegenerativa.

3.1.1. Definición del problema

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad de tipo inflamatorio y degenerativo del Sistema Nervioso Central (SNC) que afecta, en mayor medida, a la población adulta joven (Correa et al., 2018). Se caracteriza por la existencia de lesiones desmielinizantes de la sustancia blanca y neurodegeneración, con una evolución clínica variable (Stampanoni, 2019). Las alteraciones genéticas, la etnia (la población caucásica muestra mayores casos), el sexo femenino, el consumo de tabaco y déficits de vitamina D son algunos de los factores de riesgo asociados a su inicio (Bertado et al., 2016).

3.1.2. Manifestaciones clínicas

A nivel físico, la fatiga es el síntoma más común, además de dolores de cabeza, disfunción sexual, incontinencia urinaria y/o fecal (Camargo et al., 2018). A nivel psicológico, aparecen síntomas depresivos, cambios de humor y alteraciones en el carácter y en la cognición (Avellanal y Ortiz, 2018). Todo ello repercute en la calidad de vida y el estado ocupacional de la persona (Brenner y Piehl, 2016).

3.1.3. Variables psicosociales implicadas

A raíz del diagnóstico de EM, la persona puede experimentar emociones y sentimientos como miedo y culpa (Pérez, 2012). Convivir con esta realidad afecta a todos los ámbitos vitales, siendo el laboral y el académico los que mayores interferencias sufren (J. Aguilar et al., 2019). En el ámbito social, la incompreensión sobre la enfermedad por parte del

entorno puede llevar a un deterioro en las relaciones y a un menor apoyo social, facilitando así el aislamiento y la soledad (Cano, 2015). Por lo tanto, la calidad de vida de las personas con EM es peor que la de la población general (Klevan, 2013).

A nivel psicológico, la resiliencia es una de las variables más estudiadas en las personas con EM y se define como el proceso mediante el cual una persona es capaz de volver al estado previo a un evento adverso, enfrentarlo, superarlo o adaptarse a él (S.L. Aguilar et al., 2019). Para ello, se ponen en juego recursos internos como la aceptación, la flexibilidad cognitiva o el afrontamiento activo y recursos externos como el apoyo social (Mara et al., 2020). En cuanto al impacto de este factor en la calidad de vida de las personas con EM, altos niveles de resiliencia se relacionan con factores que promueven un estilo de vida neuroprotector como la dieta saludable o el deporte (Ploughman et al., 2020).

3.1.4. Tratamiento

Los programas de tratamiento deben intervenir sobre los síntomas físicos, prevenir la depresión y promover la resiliencia (Rainone et al., 2017). Por este motivo, existen unidades de atención multidisciplinarias formadas por neuropsicólogos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, que trabajan de manera interdisciplinaria para lograr la mejora en la calidad de vida del usuario (Soelberg et al., 2019). A nivel psicológico, los tratamientos más eficaces son los de tipo cognitivo-conductual y aquellos relacionados con la atención plena (Claflin, et al., 2018). El mindfulness ayuda a disminuir los síntomas depresivos, aumenta la atención plena y los niveles de autocompasión y reduce la fatiga

(Blankespoor et al., 2017). Además, mejora el afecto positivo, la ansiedad y la memoria prospectiva (Simpson et al., 2017). Puede aplicarse tanto en formato individual como en formato grupal (Sundquist et al., 2018). Formar parte de un grupo facilita el reconocimiento, la comunicación y la expresión de las propias necesidades, así como la aceptación del diagnóstico y la evitación del aislamiento social (Grunblatt, 2020).

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J., Álvarez, I., Balmaseda, M.C., Blasco, V., y Juliá. B. (2019). Implicaciones psicológicas de la esclerosis múltiple. Un estudio preliminar. *Àgora de salut*, 6(1), 9-19. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2019.6.1>
- Aguilar, S.L., Gallegos, A., y Muñoz, S. (2019). Análisis de componentes y definición del concepto de resiliencia: una revisión narrativa. *Revista de Investigación Psicológica*, (22), 77-100.
- Ambrosini, P. J., Metz, C., Prabucki, K., y Lee, J.C. (1989). Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 723-728. <https://doi.org/10.1097/00004583-198909000-00013>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)*. (4ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

- Anderson, B. (2019). Physical Therapy for a Child With Encopresis: A Case Report. *Pediatric Physical Therapy, 31*(3), 1-7. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000631>
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., Skeppar, P., Vieta, E., y Scott, J. (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders, 88*(2), 217-33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>
- Avellanal, L., y Ortiz, A. (2018). Alteraciones psiquiátricas en esclerosis múltiple. *Norte de salud mental, 15*(58), 53-58.
- Baldessarini, R., Vázquez, G., y Tondo, L. (2011). Treatment of Cyclothymic Disorder: Commentary. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(3), 131-135. <https://doi.org/10.1159/000322234>
- Bertado, B., Villamil, L., Carrera, R., Martínez, C., y Guerrero, J. (2016). Características clínicas y demográficas de los pacientes con esclerosis múltiple. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 54*(2), 186-190.
- Blankespoor, R., Schellekens, M., Vos, S., Speckens, A., y Jong, B. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Distress and Cognitive Functioning in Patients with Multiple Sclerosis: a Pilot Study. *Mindfulness, 8*(5), 1251-1258. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0701-6>
- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M.L., Sánchez, M., Del Río, C., y Beato, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(1), 12-21. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1086>

- Brenner, P., y Piehl, F. (2016). Fatigue and depression in multiple sclerosis: pharmacological and non-pharmacological interventions. *Acta Neurológica Scandinavica*, 134(200), 47-54. <https://doi.org/10.1111/ane.12648>
- Calvo, N., Valero, S., Ferrer, M., Barrat, C., y Casas, M. (2016). Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias comórbido. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(4), 145-152.
- Camargo, A.P., Gómez, A.M., Fabio, L., y Palacios, S. (2018). Síntomas presentes en la esclerosis múltiple: serie de casos. *Acta Neurológica Colombiana*, 34(2), 108-114. <https://doi.org/10.22379/24224022198>
- Cano, M.I. (2015). Atención e intervención social en personas afectadas de Esclerosis Múltiple. Una aproximación a la realidad de la práctica profesional. *Trabajo Social Hoy*, (76), 97-110. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2015.0017>
- Carmona, C., Pascual, J., Elices, M., Navarro, H., Martín-Blanco, A., y Soler, J. (2018). Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(6), 226-233.
- Carvalho, A., Firth, J., y Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- Claflin, S., van der Mei, I., y Taylor, B. (2018). Complementary and alternative treatments of multiple sclerosis: a review of the evidence from 2001 to 2006. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 89(1), 34-41. <https://doi.org.10.1136/jnnp-2016-314490>

- Congost, S. (2013). *Cuando amar demasiado es depender*. (1a ed.). Planeta.
- Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Correa, E.P., Jácome, E., Torres, G., Masabanda, L., Baño, G., Altamirano, M.J., Santos, D., Caiza, F., Ortega, A., Paredes, V., García, M.A., y Guillén, F. (2018). Factores pronósticos de la Esclerosis Múltiple. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 62-71.
- Dakanalis, A., Pla-Sanjuanelo, J., Caslini, M., Volpato, C., Riva, G., Clerici, M., y Carrà, G. (2016). Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 247-255. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.05.002>
- Duffy, A., Horrocks, J., Doucette, S., Keown-Stoneman, C., McCloskey, S., y Grof, P. (2018). The developmental trajectory of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 122-128. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126706>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S., Khan, F., y Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid

- Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*, 12(8).
<https://dx.doi.org/10.7759%2Fcureus.9581>
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1993). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)*. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t05461-000>
- Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.
<https://doi.org/10.18359/rmed.2917>
- Fernández, A., y Jáuregui, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative & No Positive Results*, 1(2), 71-80.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Pierre, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, M. (2004). Eating disorder inventory-3 (EDI-3) Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 478-479.
- Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94-99.
<https://doi.org/10.1002/erv.844>
- Grunblatt, N. (2020). Esclerosis múltiple: la experiencia de implementación de un grupo de apoyo. *PSIUC*, (6).
- Herpertz-Dahlmann, B., y Dahmen, B. (2019). Children in Need – Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset

- Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 11(8), 1932. <https://doi.org/10.3390/nu11081932>
- Hibar, D., Westlye, L., Doan, N., Jahanshad, N., Cheung, J., Ching, C., Versace, A., Bilderbeck, A.C., Uhlmann, A., Mwangi, B., Krämer, B., Overs, B., Hartberg, C.B., Abé, C., Dima, D., Grotegerd, D., Sprooten, E., Bøen, E., Jimenez, E., Howells, F.M,... Andreassen, O. (2018). Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Molecular Psychiatry*, 23(4) 932-942. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.73>
- Izydorczyk, B., y Sitnik-Warchulska, W. (2018). Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. *Frontiers in Psychology*, 8(429). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00429>
- Kakhi, S., y McCann, J. (2016). Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-bases treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 20(6), 24-29. <https://doi.org/10.1002/pnp.452>
- Klevan, G., Jacobsen, C.O., Aarseth, J.H., Myhr, K., Nyland, H., Glad, S., Lode, K., Figved, N., Larsen, J.P., y Farbu, E. (2013). Health related quality of life in patients recently diagnosed with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129(1), 21-26. <https://doi.org/10.1111/ane.12142>
- Kulacaoglu, F., y Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos and Awe. *Brain Sciences*, 8(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>.

- Lazarus, S., Choukas-Bradley, S., Beeney, J., Byrd, A., Vine, V., y Stepp, S. (2019). Too Much Too Soon?: Borderline Personality Disorder Symptoms and Romantic Relationships in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(12), 1995-2005. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00570-1>
- Lineham, M. (2003). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Paidós.
- Loranger, A. W. (1995). *Personality Disorder Examination (IPDE) Manual*. DV Communications.
- Losada, V., y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Editorial Académica Española.
- Lulé, D., Schulze, U., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A.K., y Uttner, I. (2014). Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eating and Weight Disorders-Studies of Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 209-216. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0101-z>
- Mara, A., Quintas, R., Tramacere, I., Giordano, A., Confalonieri, P., Messmer, M., Solari, A., y Pakenham, K. (2020). A resilience group training program for people with multiple sclerosis: Results of a pilot single-blind randomized controlled trial and nested qualitative study. *PLOS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231380>
- Martínez, O., Montalván, O., y Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.
- Merza, K., Papp, G., y Kuritárné, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder

- in Hungary. *European Journal of Psychiatry*, 29(2), 105-118.
<https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000200002>
- Molina, R., Alberdi, I., de Castro, M., Gutiérrez, N., Carrasco, J.L., y Díaz, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de personalidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
- Momeñe, J., Jáuregui, P., y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology*, 25(1), 65-78.
- Moreno, F.J., Benítez, N., Pinto, B., Ramallo, Y., y Díaz, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130-131. <https://doi.org/10.14306/renhyd>
- Morey, L. (1991). *PAI. Personality Assesment Inventory*. Psychological Assesment Resources.
- Olaru, C., Diaconescu, S., Trandafir, L., Gimiga, N., Olaru, R.A., Stefanescu, G., Ciubotariu, G., Burlea, M., y Iorga, M. (2016). Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment. *Gastroenterology Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2016/7828576>
- Parker, G., Bayes, A., McClure, G., Ruiz, Y., y Stevenson, J. (2018). Clinical status of comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 209(3), 209-215. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177998>

- Patel, R., Manikkara, G., y Chopra, A. (2019). Bipolar Disorder and Comorbid Borderline Personality Disorder: Patient Characteristics and Outcomes in US Hospitals. *Medicina*, 55(1), 13. <https://doi.org/10.3390/medicina55010013>
- Pérez, C. (2012). Afrontando la Esclerosis Múltiple: Sentimientos y Temores. *Portularia*, 12(2), 117-125. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0049>
- Ploughman, M., Downer, M.B., Pretty, R.W., Wallack, E.M., Amirkhanian, S., y Kirkland, M.C. (2020). The impact of resilience on healthy aging with multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 29(10), 2769-2779. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02521-6>
- Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M., y Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*, 82(2), 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.036>
- Rainone, N., Chiodi, A., Lanzillo, R., Magri, V., Napolitano, A., Brescia, V., Valerio, P., y Freuda, M.F. (2017). Affective disorders and Health-Related Quality of Life (HRQoL) in adolescents and young adults with Multiple Sclerosis (MS): the moderating role of resilience. *Quality of Life Research*, 26(3), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1466-4>
- Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., y Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa – New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 153. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>

- Reville, M.C., O'Connor, L., y Frampton, I. (2016). Literature Review of Cognitive Neuroscience and Anorexia Nervosa. *Current Psychiatry Reports*, 18(18). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0651-4>
- Robles, M., Oberst, U., Sánchez-Planell, L., y Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735. <https://doi.org/10.1157/13095526>
- Salvador, R., Vega, D., Pascual, J.C., Marco, J., Canales, E.J., Aguilar, S., Anguera, M., Soto, A., Ribas, J., Soler, J., Maristany, M., Rodríguez-Fornells, A., y Pomarol-Clotet, E. (2014). Converging Medial Frontal Resting State and Diffusion-Based Abnormalities in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 79(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.08.026>
- Saunders, K., Jones, T., Perry, A., Di Florio, A., Craddock, N., Jones, I., Gordon-Smith, K., y Jones, L. (2020). The influence of borderline personality traits on clinical outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1111/bdi.12978>
- Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V., Jordan, J., Tchanturia, K., Wolff, G., Rooney, M., Landau, S., y Treasure, J. (2012). Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 392-399. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112078>
- Simpson, R., Mair, F., y Mercer, S. (2017). Mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis – a feasibility randomised

- controlled trial. *BMC Neurology*, 17(94), 2-12.
<https://doi.org/10.1186/s12883-017-0880-8>
- Smith, A., Ortiz, S., Forrest, L., Velkoff, E., y Dodd, D. (2018). Which Comes First? An Examination of Associations and Shared Risk Factors for Eating Disorders and Suicidality. *Current Psychiatry Reports*, 20(9), 77. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0931-x>
- Soelberg, P., Giovannoni, G., Montalban, X., Thalheim, C., Zaratin, P., y Comi, G. (2019). The Multiple Sclerosis Care Unit. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(5), 627-636. <https://doi.org/10.1177/1352458518807082>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1982). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., y First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives Of General psychiatry*, 49(8), 624-629. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Stampanoni, M., Iezzi, E., Pavone, L., Mandolesi, G., Musella, A., Gentile, A., Gilio, L., Centonze, D., y Buttari, F. (2019). Modeling Resilience to Damage in Multiple Sclerosis: Plasticity Meets Connectivity. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(1), 143. <https://doi.org/10.3390/ijms21010143>
- Stanley, B., y Siever, L. (2010). The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 24-39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>

- Sundquist, J., Lilja, A., Palmér, K., Memon, A.A., Wang, X., Johansson, L.M., y Sundquist, K. (2018). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *206*(2), 128-135. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150243>
- Uniacke, B., Walsh, B.T., Foerde, K., y Steinglass, J. (2018). The Role of Habits in Anorexia Nervosa: Where We Are and Where to Go From Here? *Current Psychiatry Reports*, *20*(8), 61. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0928-5>
- Venegas, G., Barbosa, A., y Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, *17*(2), 159-176. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>
- Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A., Fernandes, B., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M., y Suppes, T. (2018). Early Intervention in Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *175*(5), 411-426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>
- Von Hausswolff-Juhlin, Y., Brooks, S.J., y Larsson, M. (2014). The neurobiology of eating disorders – a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *131*(4), 244-255. <https://doi.org/10.1111/acps.12335>
- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier, N., y Young, A. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(6), 564-570. <https://doi.org/10.1177/0004867413516681>

Yáñez, C., y García, R. (2013). Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), 211-220.

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., y Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9(158). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>