

Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: El caso de la esclerosis múltiple.

Félix Arbinaga Ibarzábal*

Centro de Psicología Clínica (Huelva, España)

Resumen: El trabajo pretende conocer las características de un grupo de 17 enfermos con Esclerosis Múltiple en aspectos como depresión, ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud. Mediante la utilización del Inventario de Depresión de Beck (BDI) se observa que el 58,8% presenta algún nivel de depresión; mostrando puntuaciones superiores a las de la población normativa ($p < 0,05$). Por su parte, también se reflejan valores superiores en sensibilidad a la ansiedad, medida con el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI). La media obtenida en la Tarifa EVA del cuestionario sobre Calidad de Vida Euroqol (EQ5D) ha sido de 0,5859 ($\pm 0,2182$), muy inferior al valor obtenido en una población general; esto es, los sujetos con Esclerosis Múltiple ha indicado una peor calidad de vida relacionada con la salud. Mostrándose, asimismo, unas correlaciones significativas entre depresión y ansiedad estado (medida con el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo STAI) y los valores del Cuestionario Euroqol.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple; depresión; ansiedad; sensibilidad ansiedad; calidad de vida

Title: Emotional aspects and quality of life in patients with demyelinating illnesses: the case of multiple sclerosis.

Abstract: The paper is going to show the characteristics of a group of 17 patients with Multiple Sclerosis in aspects such as depression, anxiety, anxiety sensitivity and the quality of life as related to health. Through the use of the Beck Depression Inventory (BDI) we can see that 58.8% show some level of depression; with higher points than the normative population ($p < 0.05$). They also reflect higher values in anxiety sensitivity, measured with the Anxiety Sensitivity Index (ASI). The average obtained in the EVA Tariff on the questionnaire about the Euroqol Quality of Life (EQ5D) was 0.5859 (± 0.2182), very inferior to the value obtained in the general population; that is, the subjects with Multiple Sclerosis showed a worse quality of life as related to health. Some significative correlations between depression and anxiety state (measured with the State Trait Anxiety Inventory STAI) and the values of the Euroqol Questionnaire were also shown.

Key words: Multiple sclerosis; depression; anxiety; anxiety sensitivity; quality life.

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) que principalmente afecta a adultos jóvenes. En dicha enfermedad el proceso patogénico principal está dirigido contra la mielina normal. Los estudios epidemiológicos y de laboratorio sugieren que es una enfermedad disimmune, posiblemente iniciada cuando un agente infeccioso (v.g. un virus) induce una respuesta inmune mediada por células T en un individuo genéticamente susceptible (Beatty y Gange, 1977; Agustín y Herbert, 1980). Patológicamente, la EM se caracteriza por la presencia de placas en el SNC, que con-

sisten en áreas de desmielinización de localización perivascular, que se detectan especialmente en la región periventricular, cuerpo caloso, nervios ópticos, tronco del encéfalo, cerebelo y médula espinal. Los constituyentes principales de las lesiones activas son linfocitos T activados y macrófagos, un hallazgo que sugiere que está en marcha un proceso inmunológico activo (Fernández, 1994; Weinshenker, 1995; Thompson, 1996; Hohlfeld, 1997).

Epidemiológicamente, la EM es más frecuente en regiones frías y parece tener un gradiente de prevalencia de norte a sur. Las mujeres tienen de 1,9 a 3,1 más probabilidades que los hombres de desarrollar EM. En España se estiman unos 30.000 casos, siendo la enfermedad neurológica más frecuente entre adultos jóvenes en Europa y Norteamérica (Adams y Kubik, 1952; Baum y Rothschild, 1981). Las primeras manifestaciones de la enfermedad raramente suceden antes de la pubertad o tras la

* **Dirección para correspondencia:** Félix Arbinaga Ibarzábal. Centro de Psicología Clínica. C/ José Fariña 56 - 5ºc. 21006 Huelva (España).
E-mail: arbinaga@wanadoo.es

edad de 60 años. Después de la pubertad, la incidencia aumenta rápidamente, con un pico hacia los 30 años. La incidencia permanece alta durante la cuarta década, tras la que declina rápidamente (Swingler y Compston, 1986; Wynn, Rodríguez, O'Fallon y Kurland, 1989; Thompson, 1996).

Se distinguen fases de la enfermedad (progresión, estabilización, brote, remisión), formas de evolución (fulminante, aguda, subaguda, crónica, latente) y tipos de brotes (brotes, brotes-progresiva, progresiva desde el inicio) (Confavreux, Compston, Hommes, McDonald y Thompson, 1992). El curso clínico de la EM es marcadamente variable; su manifestación clínica es asimismo muy heterogénea en síntomas y signos. Los síntomas no sólo varían entre diferentes personas sino también en una misma persona y según el momento temporal de la evolución; pudiendo variar tanto en gravedad como en duración. Las manifestaciones más comunes incluyen debilidad, hormigueo, trastornos en la coordinación, fatiga, trastornos del equilibrio, alteraciones visuales, temblor, espasticidad, trastornos del habla, problemas intestinales o urinarios, ataxia, problemas en la función sexual y sensibilidad al calor entre otros (Ormeod y McDonald, 1984; Kelly, 1985; Scheimberg, 1988; Iriarte, Carreño y De Castro, 1996). Asimismo, se puede observar una variada afectación neuropsicológica en áreas tales como la memoria, el razonamiento, el procesamiento de la información más que en el lenguaje, etc. (Brassington y Marsch, 1998; Rao, Leo, Ellington, nauertz, Bernardin y Unverzagt, 1991; Higginson, Arnett y Voss, 2000; Arnett, 2001). Entre las alteraciones emocionales más importantes que se han reseñado observamos los niveles clínicos y subclínicos de depresión y ansiedad (Whitlock y Siskind, 1980; Barezts y Stephenson, 1981; Godoy, Muela y Pérez, 1993; Jáuregui, 2000; Mohr, Wende, Dwyery Dick, 2000; Voss, Arnett, Higginson, Randolph, Campos y Dyck 2002) y en menor medida otras alteraciones psiquiátricas (Munarriz, Donat y Azorin, 1988).

La calidad de vida es hoy en día una cuestión de máxima importancia sobre todo cuando

se habla de enfermos crónicos para los cuales sólo existen medidas terapéuticas paliativas. En la investigación y en la práctica clínica es cada vez más frecuente encontrar trabajos que buscan definir y evaluar la calidad de vida de los pacientes. Concepto éste que servirá tanto para valorar las condiciones derivadas de una enfermedad o tratamiento como para tener presente la consideración que el enfermo hace de su situación vital, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. La Calidad de Vida Asociada a la Salud (CVAS) ha sido definida como "el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada" (Patrick y Erickson, 1993). Así, la calidad de vida se ha conceptualizado como las condiciones objetivas de vida, como la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida, como la calidad de las condiciones de vida más las satisfacción personal o como la calidad de las condiciones de vida más la satisfacción personal más los valores personales (Borthwick-Duffy, 1992; Felce y Perry, 1995).

A pesar de la implicación e importancia que muestran las alteraciones del estado de ánimo en los procesos patológicos crónicos, se podría decir que en el caso de la EM la depresión ha sido históricamente infratratada. Todo ello aun sabiendo que la tasa de prevalencia de la depresión en la EM es a lo largo de la vida en torno al 47-54% (Fischer, Foley, Aikens, Ericson, Rao y Shindell, 1994), y que se ha mostrado susceptible de ser tratada incluso por medio de la terapia cognitiva conductual de manera telefónica (Mohr *et al.* 2000).

Si bien se reconoce la presencia de alteraciones depresivas en pacientes con EM, no resulta del todo claro la etiología del mismo proceso depresivo. Así, podemos encontrar trabajos que sugieren que los episodios depresivos dependerán sobre todo de la localización anatómica de las zonas desmielinizadas (Young, Saunders y Ponsford, 1976); mientras otros autores plantean la posibilidad de una doble reactiva, al considerar la depresión como reac-

ción psicológica normal ante el impacto de la enfermedad o bien como un síntoma intrínseco del mismo proceso patógeno (Schiffer, Caine, Bamford y Levy, 1983). Recientemente se ha señalado la asociación de la depresión a una mayor frecuencia y gravedad de la fatiga en pacientes con EM. Sin embargo, se señala que la depresión sólo puede justificar la fatiga en un porcentaje bajo de pacientes (de Castro, Carreño e Iriarte, 1994). Es más, se dice que la fatiga y las alteraciones físicas pudieran ser factores predictores indirectos del estado de ánimo depresivo, al reducir aquellos la capacidad y funcionamiento recreativo de los sujetos (Voss *et al.*, 2002).

A pesar de esta evidencia sobre la existencia de las alteraciones del estado de ánimo en pacientes con EM, también habría que señalar la falta de un consenso sobre la forma de medir la depresión en estos pacientes y esto es debido al hecho de que algunos investigadores han hallado muestras de que los síntomas neurovegetativos de la depresión no son indicadores válidos de la depresión, porque se solapan con los síntomas de la EM, mientras otros han indicado todo lo contrario (Arnett, 2001).

Como ya hemos referido, junto a la depresión es frecuente encontrar que los sujetos enfermos de EM presentan importantes niveles de ansiedad. Se ha puesto de manifiesto que los pacientes con EM muestran una mayor ansiedad en la mayoría de las situaciones cotidianas que los grupos control y que reflejan una menor ansiedad-estado (Godoy *et al.*, 1993), de forma genérica otros trabajos han mostrado un mayor impacto de la ansiedad en este tipo de enfermos (Garland y Zis, 1991; Murray, 1995).

Junto a la importancia que el impacto de la ansiedad pudiera manifestar en estos pacientes, nuestro interés también se va a centrar en analizar una nueva variable que se ha mostrado moduladora de las respuestas catastrofistas y/o ataques de pánico, nos referimos a la sensibilidad a la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad fue definida para referirse al miedo ante los síntomas de ansiedad, basado en la creencia de que dichos síntomas poseen propiedades peligrosas (Reiss y McNally, 1985). Actualmente la

sensibilidad a la ansiedad es conceptualizada más específicamente como el miedo a ciertas sensaciones corporales, las cuales no necesariamente se producen por ansiedad (McNally, 1990; McNally, 1994; Taylor, 1995; Taylor, 1996). La sensibilidad a la ansiedad es pues una variable disposicional, es una predisposición a interpretar las sensaciones corporales como peligrosas, que facilita el condicionamiento pavloviano de miedo a las sensaciones corporales (Reiss, 1991), la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales (McNally, 1990), y el condicionamiento de miedo y evitación a las situaciones agorafóbicas (Taylor, 1995).

Por otra parte, ya se han realizado estudios para determinar el papel que la sensibilidad a la ansiedad pueda tener en pacientes con dolores crónicos; ya que es razonable pensar que la ansiedad relacionada con aquellos síntomas físicos, que para el sujeto resultan ser inexplicables, pueda incrementar la discapacidad del mismo. Lo informado sugiere que los sujetos con alto nivel de sensibilidad a la ansiedad exhiben mayores cogniciones desadaptadas y mayores niveles de ansiedad ante las respuestas de dolor que la mostrada por otros grupos de sujetos, aunque no muestren diferencias en la intensidad del dolor (Asmundson y Norton, 1995). Asimismo, los sujetos con altos niveles de sensibilidad a la ansiedad mostraban un mayor uso de medicación analgésica que aquellos individuos con niveles medios o bajos (Asmundson y Norton, 1995).

En este contexto, el presente trabajo pretende realizar una primera aproximación a las posibles relaciones entre la calidad de vida asociada a la salud y las diversas variables emocionales que venimos mencionando como son la depresión y los estados de ansiedad, así como las establecidas con el constructo sensibilidad a la ansiedad en un grupo de pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple.

Método

Sujetos

El trabajo se ha realizado sobre 17 sujetos voluntarios, 9 mujeres (52,9%) y 8 varones (47,1%) diagnosticados con Esclerosis Múltiple y miembros de la Asociación de Esclerosis Múltiple Onubense (ADEMO-Huelva). Dos eran usuarios de algún tipo de ayuda para caminar (uno con silla de ruedas y el otro usaba muletas). La recogida de información se realizó en los locales de la misma asociación en una única sesión. Las principales características sociodemográficas pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra (n=17).

Sexo	
Hombres	47,1% (n= 8)
Mujeres	52,9% (n= 9)
Edad.	Media
Total	43,47 95% I.C.(40,1-46,9)
Hombres	44,50 D.S. 7,8
Mujeres	42,56 D.S. 5,75
Estado Civil	
Casado	70,6%
Soltero	11,8%
Separado-Divorciado	17,6%
Nivel Estudios	
Sin estudios	11,8%
Graduado Escolar	47,1%
Bachiller	29,4%
F.P.	5,9%
Universitario Med.	5,9%
Situación Laboral	
Activo Baja	5,9%
Parado sin cobrar	17,6%
Jubilado con pensión	47,1%
Otras situaciones	29,4%
Grado de Minusvalía	
< 33%	5,9%
del 33 al 64%	70,6%
del 65 al 74%	17,6%
> del 74%	5,9%
Cobro de Pensión por Minusvalía	
Si	76,5%
No	23,5%

Instrumentos

Para la recogida de la información se confeccionó una hoja de respuesta organizada en cinco bloques. El primero de los bloques recogía información sociodemográfica (sexo, edad, estado civil, nivel estudios, situación laboral) y de carácter médico-sanitario (fase y tipo de la enfermedad, grado de minusvalía, edad de las primeras molestias y edad de diagnóstico, número de visitas anuales al especialista).

El segundo de los bloques se organizaba sobre el “Índice de Sensibilidad a la Ansiedad” (*Anxiety Sensitivity Index - A.S.I.*) (Peterson y Reiss, 1987) en la versión española adaptada por Sandín y Chorot (Sandín y Chorot, 1990). La escala ASI está constituida por 16 ítems que expresan creencias acerca de las consecuencias negativas de la experiencia de los síntomas de ansiedad. El sujeto contesta a cada ítem según una escala tipo Likert de 5 puntos. Los datos de validez y fiabilidad para la versión original pueden consultarse en diversos trabajos (Peterson y Heilbronner, 1987; Peterson y Reiss, 1987); los referidos a la versión para la población española pueden consultarse en el trabajo Sandín, Chorot y McNally (1996).

El tercero de los bloques pretendía evaluar la Calidad de Vida Asociada a la Salud (CVAS) mediante el “Cuestionario EuroQol” (*EQ-5D*) (Brooks, 1996) en su adaptación a la población española (Badía, Gutiérrez, Wiklund y Alonso, 1996). El cuestionario se divide en cuatro partes, que nosotros dejamos en tres eliminando los datos sociales (edad, sexo etc..) que se recogían en otro apartado: la primera parte es un sistema descriptivo en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) con respuestas que van desde 1 (no tengo problemas) hasta 3 (máximo nivel de problemática); la segunda consiste en una escala visual analógica (EVA) que evalúa “para el día de hoy” desde el peor estado de salud (0) al mejor estado de salud posible (100); la tercera parte permite obtener unas puntuaciones individuales, según las respuestas en cada una de las cinco dimensiones de la primera parte, y varían desde un valor

de 11111 para el mejor estado de salud posible y el código 33333 para el peor; éstas puntuaciones son factibles de transformarse en unos valores tarifa (Tarifa EVA) que se mueven desde el valor 1, como mejor estado de salud posible, hasta el valor 0 como estado de muerte.

El cuarto de los bloques se organizaba sobre la base del "Inventario de Depresión de Beck" (B.D.I.) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El equipo de Aaron Beck encuentra una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos. Respecto a su validez concurrente informan de una correlación media con la Escala de Hamilton para la depresión de 0,73 para pacientes psiquiátricos y de 0,74 para sujetos no psiquiátricos. Con respecto a esta versión, en la adaptación a nuestra población (Vázquez y Sanz, 1997; Vázquez y Sanz, 1999) se obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y un alfa de Cronbach de 0,82.

El quinto de los bloques se formó con la "Escala de Ansiedad Estado-Rasgo" (State-Trait Anxiety Inventory -STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). El STAI es un inventario de evaluación que comprende dos escalas que miden dos conceptos de ansiedad: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Mientras la ansiedad-estado se considera una condición emocional transitoria, la ansiedad-rasgo se define como una propensión ansiosa relativamente estable (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). La versión para la población español ha sido publicada en el año 1982 (Seisdedos, 1982). La consistencia interna de esta escala es bastante buena (0,90 y 0,93 en la ansiedad-estado y entre 0,84 y 0,87 en ansiedad-rasgo) así como los de validez en diversos contextos (Seisdedos, 1982).

Resultados

Por lo que respecta a la información que se les solicita a los sujetos sobre la enfermedad, se observa que éstos reconocen en el 58,8% de los casos tener una E.M. en brotes, en el 35,3% sería en brotes progresiva y sólo el 5,9% indica tener una E.M. progresiva desde su inicio. La edad de los primeros síntomas se ha establecido con una media de $30,29 \pm 7,4$ años mientras que la edad del diagnóstico se situaba en torno a los $34,29 \pm 8,2$ años. Esto significa una demora en el tiempo, entre las primeras manifestaciones de la enfermedad y el diagnóstico, de $4 \pm 3,2$ años de media.

La enfermedad afecta a la vida del sujeto de tal forma que sólo el 11,8% reconoce no haber sufrido ningún cambio psicológico importante desde el momento de conocer el diagnóstico de la misma. Así, por ejemplo, el 70,6% dice que sus relaciones sexuales han disminuido, y el 58,8% de los sujetos reconoce un empeoramiento en la calidad de este tipo de contactos.

En la Tabla 2 observamos las respuestas que los sujetos han dado a cada una de las categorías del cuestionario Euroqol sobre Calidad de Vida Asociada a la Salud. Como vemos, salvo en el caso del cuidado personal y en la categoría de ansiedad/depresión la mayoría de los sujetos tiende a mostrar las puntuaciones más elevadas en los niveles intermedios; esto es, se reflejan unos moderados niveles de problemática en cada una de las dimensiones. Así, en la dimensión referida a la movilidad el 76,5% reconoce tener problemas para caminar, el 35,3% manifiesta algún tipo de problemática para realizar las tareas de cuidado personal, las actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, etc.) se ven dificultadas para el 64,7% de los sujetos, el 88,3% dice tener dolor o malestar y el 53% siente ansiedad o depresión.

Tabla 2: Porcentaje de sujetos en cada una de las respuestas al Cuestionario EuroQol.

	Muestra (n=17)		Crónicos (n=120)*		Críticos (n=103)**	
	n	%	n	%	n	%
Movilidad (S11)						
No Problemas	4	23,5	63,3	63,3	13,6	13,6
Algunos Problemas	13	76,5	36,7	36,7	37,9	37,9
Tengo que Estar en Cama	—	—	—	—	48,5	48,5
Cuidado Personal (S12)						
No Problemas Cuidado Personal	11	64,7	91,7	91,7	22,3	22,3
Algunos Problemas Cuidado Personal	5	29,4	8,3	8,3	35,0	35,0
Incapaz de Lavarme o Vestirme	1	5,9	—	—	42,7	42,7
Actividades Cotidianas (S21)						
No Problemas para Realizarlas	6	35,3	85,8	85,8	4,9	4,9
Algunos Problemas para Realizarlas	10	58,8	12,5	12,5	14,6	14,6
Incapaz de Realizarlas	1	5,9	1,7	1,7	70,6	70,6
Dolor/Malestar (S22)						
No Tengo Dolor ni Malestar	2	11,8	42,5	42,5	38,8	38,8
Moderado Dolor o Malestar	14	82,4	49,2	49,2	55,3	55,3
Mucho Dolor o Malestar	1	5,9	8,3	8,3	5,8	5,8
Ansiedad/Depresión (S23)						
No Ansiedad ni Depresión	8	47,1	62,5	62,5	62,1	62,1
Moderada Ansiedad o Depresión	8	47,1	30,8	30,8	29,1	29,1
Muy Ansioso o Deprimido	1	5,9	6,7	6,7	8,7	8,7
Estado de Salud en 12 Últimos Meses						
Mejor	2	11,8	—	—	—	—
Igual	8	47,1	—	—	—	—
Peor	7	41,2	—	—	—	—

* Badía, Herdman y Kind (1998) ** Badía, Díaz-Prieto, Rué y Patrick (1996)

Por su parte, en la Tabla 3 se indican los resultados obtenidos en cada una de las variables analizadas. Hay que decir que para calcular la variable EQ5D, que será la suma de todas las puntuaciones obtenidas por el sujeto en todas las dimensiones del cuestionario Euroqol, se ha invertido el valor de la Escala Analógica Visual, de tal forma que ahora cuanto mayor sea el valor reflejado peor es la valoración que hace el sujeto de su estado de salud (dado que esta transformación no se ha realizado con anterioridad en otros informes no ofrecemos datos de comparación en lo que hemos denominado grupo normativo).

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. Refiriéndonos al valor de la Tarifa EVA podemos observar que nuestra muestra presenta de manera significativa ($p < 0,05$) un peor estado de salud que el grupo normativo utilizado para la adaptación del instrumento a nuestra población.

Si analizamos los resultados en las diversas variables estudiadas y relacionadas con el sexo de los sujetos entrevistados comprobamos que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente mayores en depresión, ansiedad estado y sensibilidad a la ansiedad ($p < 0,05$), no mostrando diferencias en los valores de la Tarifa EVA ni en la puntuación total al cuestionario de calidad de vida, aunque sí parecen mostrar unas puntuaciones algo superiores en ésta última (Tabla 4).

Tabla 3: Estadística Descriptiva de las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas para el conjunto de la muestra (n=17) y los grupos normativos.

	Media	D.S.	I.C. 95%	G. Normativo (Med-DS)
B.D.I	14,59	8,26	10,34-18,84	5,93 ± 5,38
A.E	22,00	11,62	16,02-27,97	21,92 ± 11,25*
A.R	28,35	10,57	22,92-33,79	22,59 ± 9,47*
A.S.I	19,47	11,07	13,77-25,16	8,2 ± 5,1
TEVA	0,5859	0,2182	0,4737-0,6980	0,89 (0,003)**
EQ5D	52,88	23,47	40,82-64,95	

* valores medios de media y desviación estándar de los sexos en adultos. ** Tarifa EVA en población normativa de la Encuesta de Salud de Cataluña (Media e IC 95%) BDI.- Depresión. AE.- Ansiedad-Estado. AR.- Ansiedad-Rasgo. ASI.- Sensibilidad Ansiedad.

Tabla 4: Estadística Descriptiva (Media, DS, IC95%) de las puntuaciones obtenidas en función del sexo.

	Hombres (n=8)	Mujeres (n=9)
B.D.I	10,3 ± 5,9 (5,3-15,2)	18,4 ± 8,4 (12,0-24,9)*
A.E	14,9 ± 7,2 (8,8-20,9)	28,3 ± 11,3 (19,6-37,0)*
A.R	24,9 ± 7,8 (18,3-31,4)	31,4 ± 12,1 (22,1-40,8)
A.S.I	13,0 ± 6,7 (7,4-18,6)	25,2 ± 11,3 (16,5-33,9)*
TEVA	0,6652 ± 0,1121 (0,5715-0,759)	0,5153 ± 0,2689 (0,3087-0,7220)
EQ5D	46,13 ± 13,26 (35,04-57,21)	58,89 ± 29,35 (36,33-81,45)**

* p<0,05 ** La puntuación es la suma total pero con la valoración de la Escala Visual Analógica invertida (a mayor puntuación peor estado de salud). BDI.- Depresión. AE.- Ansiedad-Estado. AR.- Ansiedad-Rasgo. ASI.- Sensibilidad Ansiedad.

Las relaciones entre depresión y los valores obtenidos en la Tarifa EVA y el resultado total al instrumento de calidad de vida se ven indicadas en la Tabla 5, donde podemos observar

que los sujetos con depresión leve muestran una peor valoración de su calidad de vida, sólo superados por el sujeto que había puntuado con niveles de depresión grave o severa.

Tabla 5: Media, D.S e I.C.95% en Tarifa EVA y en el Total de la EQ5D según los resultados en Depresión (B.D.I.)

	n	Tarifa EVA	EQ5D (total)*
Grupo Total	17	0,5859 ± 0,2182 (0,47-0,69)	52,88 ± 23,47 (40,82-64,95)
Normal	7	0,7116 ± 0,0622 (0,65-0,77)	35,4286 ± 15,50 (21,09-49,76)
Depre. Leve	4	0,5277 ± 0,3595 (-0,04-1,09)	73,00 ± 16,45 (46,82-99,18)
Depre. Moderada	5	0,5276 ± 0,1438 (0,35-0,71)	54,00 ± 19,35 (29,97-78,03)
Depre. Grave	1	0,2299	89

* La puntuación es la suma total pero con la valoración de la Escala Visual Analógica invertida (a mayor puntuación peor estado de salud)

Estas relaciones se reafirman cuando realizamos correlaciones entre dichas variables, donde comprobamos la significación de las relaciones entre depresión y Tarifa EVA y entre depresión y los valores totales al cuestionario de calidad de vida y entre la ansiedad estado con ambos valores (Tabla 6). Así, analizando relaciones parciales con cada una de las dimensiones del EuroQol podemos comprobar como

la depresión correlaciona de forma significativa con las actividades cotidianas y con los valores de la escala visual analógica (donde su valores han sido invertidos) (p<0,05), y, como era de esperar, con una probabilidad mayor con la dimensión ansiedad/depresión (p<0,01). Algo similar ocurre con la ansiedad estado que correlaciona con las actividades cotidianas, la escala visual analógica (p<0,05) y de forma muy

significativa ($p < 0,001$) con la ansiedad/depresión.

Por último, habría que señalar las relaciones que se establecen entre los niveles de depresión y la valoración que hace el sujeto de su salud en

los últimos 12 meses, que si bien no resulta significativa a los niveles que suelen ser tradicionales, sí se obtiene una probabilidad que podría ser considerada como relevante en ($p = 0,072$).

Tabla 6: Coeficientes de Correlación Pearson y nivel de significación

CVAS	S11	S12	S21	S22	S23	S3	S4	TEVA	EQ5D
B.D.I.	0,13	0,39	0,50*	0,26	0,66**	0,39	0,57*	-0,53*	0,60**
A.E.	0,08	0,38	0,49*	0,26	0,776***	0,45	0,51*	-0,51*	0,54*
A.R.	0,24	0,24	0,29	0,31	0,71***	0,53*	0,35	-0,36	0,39
A.S.I.	-0,03	0,16	0,32	0,11	0,45	0,01	0,39	-0,24	0,39

S11.- Movilidad; S12.-Cuidado Personal; S21.- Actividades Cotidianas; S22.- Dolor/Malestar; S23.- Ansiedad/Depresión; S3.- Salud 12 Meses; S4.- Escala Visual Analógica Invertida; TEVA.- Tarifa EVA; EQ5D.- Suma total con valor EVA invertido.

B.D.I.- Depresión; A.E.- Ansiedad Estado; A.R.- Ansiedad Rasgo; A.S.I.- Sensibilidad Ansiedad

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Discusión

La Esclerosis Múltiple vemos que es una enfermedad que, si bien en sus manifestaciones clínicas es muy variada, puede llegar a resultar muy incapacitante para buena parte de los sujetos. En este sentido se observa la relevancia del impacto derivado tanto en el ámbito clínico como social, donde podemos comprobar que buena parte de los sujetos reconocen unas condiciones sociolaborales de no activos o pensionados. Pero junto a todo ello no deja de ser menos preocupante las repercusiones que pudieran manifestarse en la pareja, la familia, el impacto en la conducta sexual y las alteraciones emocionales que han venido siendo comprobadas en diversos informes.

Siendo conscientes de las limitaciones que se derivan del tamaño muestral al que hemos podido tener acceso, concluiríamos que el trabajo apoya las relaciones entre depresión y EM (Mohr *et al.*, 2000; Voss *et al.* 2002) entre ésta y la ansiedad (Garland y Zis, 1991; Murray, 1995); sin embargo, nuestros datos no van en la misma línea de aquellos que reflejan una menor ansiedad estado (Godoy, Muela y Pérez, 1993).

En este contexto destacamos que los sujetos han mostrado niveles muy superiores a los valores de las poblaciones tomadas como nor-

mativas, en las diversas adaptaciones de los instrumentos a la población española, tanto en depresión como sensibilidad a la ansiedad (Sandín, Chorot y McNally, 1996; Vázquez y Sanz, 1997). Así, podríamos decir que en el caso del Inventario de Depresión de Beck las puntuaciones obtenidas por la muestra estarían más próximas a las manifestadas por las poblaciones con trastornos mentales indefinidos, con trastornos de ansiedad o, como resultaría más lógico pensar, con las poblaciones en las cuales se manifiesta alguna enfermedad médica (Vázquez y Sanz, 1999) que a las puntuaciones obtenidas por la población general. En el caso de la sensibilidad a la ansiedad viene a ocurrir que los niveles se asociarían mas con los indicados por poblaciones con trastornos de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos obsesivo compulsivos (Sandín, Chorot y McNally, 1996).

Un aspecto que habría que seguir indagando en futuros trabajos y que nosotros hemos considerado relevante es el papel que el constructo sensibilidad a la ansiedad pudiera desempeñar en este tipo de pacientes, ya que como se ha venido mostrando en otros terrenos relacionados con el dolor crónico y la intensidad del mismo su influencia es importante (Asmundson y Norton, 1995).

Con respecto a las relaciones de la esclerosis múltiple con la calidad de vida hemos podido comprobar como aquella afecta de forma importante a la valoración que realizan los sujetos de sus condiciones de salud. Sin embargo, habría que seguir trabajando para determinar con mayor exactitud las relaciones entre ambas ya que la tendencia mostrada por los sujetos no se ajusta del todo a los valores obtenidos en otro lugar con las poblaciones de crónicos (Ba-

día, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999).

Para finalizar, vemos la importancia de trabajar en los enfermos de esclerosis múltiple en aspectos tan relevantes como el estado de ánimo, la ansiedad y otras variables psicológicas; máxime cuando se disponen de intervenciones breves y poco costosas que con cierto grado de seguridad podrían mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias

- Adams, R.D. y Kubik X.C.S. (1952). The morbid anatomy of demyelinating diseases. *American Journal of Medicine*, 12, 510.
- Agustín, P. y Herbert, L. (1980). Enfermedades desmielinizantes e inflamatorias: la esclerosis múltiple en placas. *Neurología, Cuadernos de Enfermería*, 168-173
- Arnett, P. (2001). Neuropsicología en Esclerosis Múltiple. *Cuadernos de Esclerosis Múltiple*, 9 junio 8-21.
- Asmundson, G.J.G y Norton, G.R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (7), 771-777.
- Badía X., Día-Prieto, A., Rué, M. y Patrick, DL (1996). Measuring health and health state preferences among critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 22, 1379-1384.
- Badía, X., Gutiérrez, F., Wiklund, I. y Alonso, J (1996). Validity and reliability for the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Quality of Life Res.* 5, 101-108.
- Badía, X., Herdman, M. y Kind, P.(1998). The influence of ill-health experience on the valuation of health. *Pharmacoeconomics*, 13 (6), 687-696.
- Barets, R.M. y Stephenson, G.R. (1981). Emotional responses to multiple sclerosis. *Psychosomatics*, 22,117-127.
- Baum, H.M. y Rothschild B.B. (1981). The incidence and prevalence of reported multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 10, 420-428.
- Beatty, P.A. y Gange, J.J. (1977). Neurological aspects of multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 42-50.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y.: Guilford Press.
- Brassington, J.C. y Marsch, N.V. (1998). Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychology Review*, 8, 43-77.
- Brooks, R. With the EuroQol Group (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37, 53-72.
- Confavreux, C., Compston, D.A.S., Hommes, O.R, McDonald W. y Thompson, A.J (1992). EDMUS, a European database for multiple sclerosis. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*.
- de Castro, P., Carreño, M. e Iriarte, J. (1994). Depresión y fatiga en esclerosis múltiple. *Neurología*, 9, 457.
- Fernández, O.(1994). *Esclerosis Múltiple: una aproximación multidisciplinar*. Madrid: Akixe.
- Fischer, J.S., Foley, F.W., Aikens, J.E., Ericson, D.G., Rao, S.M. y Shindell, S. (1994). What do we really know about cognitive dysfunction, affective disorders, and stress in multiple sclerosis?. A practitioner's guide. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 8, 151-164.
- Garland, E.J. y Zis, A.P. (1991). Multiple sclerosis and affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36 (2) 112-117.
- Godoy, J.F., Muela, J.A. y Pérez, M. (1993). Aspectos emocionales de la esclerosis múltiple. *Anales de Psicología*, 9 (2), 171-176.
- Higginson, C.I. Arnett, P. y Voss, W.D. (2000). The ecological validity of clinical tests of memory and attention in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 185-204.
- Hohlfeld R. (1997). Immunotherapy of multiple sclerosis. *Brain*, 120, 865-916.
- Iriarte, J., Carreño, M y de Castro, P. (1996). Fatiga y afectación por sistemas funcionales en esclerosis múltiple. *Neurología*, 11 (6), 22-27.
- Iriarte, J. Subirá, M.L. y de Castro, P. (2000). Modalities of multiple sclerosis: correlation with clinical and biological factors. *Multiple Sclerosis*, 6, 124-130.
- Jáuregui, A. (2000). La psicología aplicada al apoyo e intervención de las personas con esclerosis múltiple. *Mapfre Medicina*, 11 (3), 171-179.
- Kelly, R. (1985). *Clinical aspects of multiple sclerosis. Handbook of Neurology* 59. Amsterdam: Elsevier.
- McNally, R.J. (1990). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101, 283-303.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press.
- Mohr, D.C., Wende, V.D., Dwyer, P. y Dick, L.P. (2000). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 356-361.

- Munarriz, M., Donat, A.A. y Azorín, P. (1988). Aspectos psiquiátricos de la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, XVI, 80,95-100.
- Murray, T.J. (1995). The psychosocial aspects of multiple sclerosis. *Neurology Clinic*, 13 (1), 197-223.
- Ormeod, I.E.C. y McDonald, J. (1984). NMR in multiple sclerosis and cerebral vascular disease. *Lancet*, 2, 1334.
- Patrick D.L. y Erickson, P.(1993). Theoretical foundations for health-related quality of life, 58. En D.L. Patrick (Ed.), *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. N.Y.: Oxford Univ. Press.
- Peterson, R.A. y Heilbronner, R.L. (1987). The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 117-121.
- Peterson, R.A. y Reiss S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.
- Rao, S.M., Leo, G.J., Ellington, L., Nauertz, T., Bernardin L. y Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology*, 41, 692-696.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. En S.Reiss y R. Bootzin (Eds), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.107-122) Nex York. Academic Press.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1990). *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad de Peterson y Reiss*. Madrid: UNED (no publicado)
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. (1996). Validation of the spanish version of the anxiety sensitivity index a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (3), 283-290.
- Scheimberg, L. (1988). *Esclerosis Múltiple*. Barcelona: Ancora.
- Schiffer, R.B., Caine, E.D., Bamford, K.A. y Levy, S. (1983). Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1498-1500.
- Seisdedos, N (1982). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spielberger CD., Gorsuch, RL y Lushene, RE (1970). *The State-Trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Swingler, R.J. y Compston, D.A.S. (1986). The distribution of multiple sclerosis in the United Kingdom. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 1115-1124.
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspective and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S. (1996). Nature and measurement of anxiety sensitivity: Reply to Lilienfeld, Turner and Jacob (1996). *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 425-451.
- Thompson, A.J.(1996). Clinical review of multiple sclerosis. *Clinical Immunotherapy*, 2 supl. 1-11
- Vázquez, C. y Sanz, J (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Voss, W., Arnett, P., Higginson, C., Randolph, J., Campos, M. y Dyck, D. (2002). Contributing factors to depressed mood in multiple sclerosis. *Archive of Clinical Neuropsychology*, 17, 103-115.
- Weinshenker, B.G. (1995). Natural evolution of Multiple Sclerosis. *Neurology Clinical*, 1,119-146.
- Whitlock, F.A. y Siskind, M.M. (1980). Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 43, 861-865.
- Wynn, D., Rodriguez, M., O'Fallon M. y Kurland L. (1989). Update on the epidemiology of multiple sclerosis. *Mayo Clinical Procedimental*, 64, 808-817.
- Young, A.C., Saundres, J. y Ponsford, J.R. (1976). Mental change as an early feature of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 39, 1008-1013.

(Artículo recibido: 20-2-2002, aceptado: 26-3-2003)