

CENTRO UNIVERSITARIO
"JOSE MARTI"
SANCTI SPIRITUS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



TRABAJO DE DIPLOMA

*Título: Depresión y Estilos de Afrontamiento en la
Esclerosis Múltiple*

Autora: DIANELIS SAN MIGUEL DIAZ

Tutor: Msc. RODNEYS MAURICIO JIMÉNEZ MORALES

Sancti – Spíritus, 2011 – 2012

“En la vida triunfan aquellos que no se dejan abrumar por el fracaso, aquellos que se levantan cada vez que se caen, aquellos que no se cansan nunca de perseguir sus sueños”.

Lens Cejudo

Dedico todo el esfuerzo realizado en este trabajo a:

Mi madre que con su amor, ternura, perseverancia, comprensión y experiencia caminó junto a mí todos estos años y me hizo ver la importancia de este sueño.

Mi hijo, por ser el motor de todos mis esfuerzos.

A todas aquellas personas que de una forma u otra, hicieron posible la realización de este sueño.

A todos Gracias.

Agradezco la realización de este estudio, especialmente:

A mi tutor por ofrecer sin condición sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias para el logro de este trabajo.

A mi familia por su paciencia y comprensión.

A mis compañeros y profesores por todo su apoyo en el transcurso de mi carrera.

A todas aquellas personas que padecen la enfermedad de Esclerosis Múltiple, y que estuvieron de acuerdo en colaborar en el desarrollo de este estudio.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	1
Capítulo I: Fundamentación Teórica	
1.1. <i>Definición y características clínicas generales de la Esclerosis</i>	
<i>Múltiple</i>	6
1.2. <i>Depresión en la Esclerosis Múltiple: Una aproximación general</i>	13
1.3. <i>Estilos de Afrontamiento. Una perspectiva para el estudio de la Esclerosis</i>	
<i>Múltiple</i>	26
Capítulo II: Diseño Metodológico de la investigación	
2.1. <i>Diseño Metodológico</i>	33
2.2. <i>Descripción de las técnicas empleadas</i>	35
2.3. <i>Procedimiento de la investigación</i>	41
2.4. <i>Métodos de procesamiento de la información</i>	42
2.5. <i>Consideraciones éticas</i>	43
Capítulo III: Análisis y Discusión de los resultados	
3.1. <i>Análisis y discusión de los resultados</i>	44
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Bibliografía	
Anexos	

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo correlacional transversal, que incluyó una muestra de 30 pacientes que asistieron al Hospital Provincial de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”, en el período comprendido de septiembre del 2011 a marzo del 2012. La Investigación tuvo como objetivo determinar la asociación de la Depresión con los Estilos de Afrontamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple. Se aplicó una entrevista semiestructurada a dichos pacientes, el Inventario de Depresión de Beck, Autoescala de Depresión de Zung y Conde, y Escala de Afrontamiento de Lazarus. Los principales resultados revelaron que los modos de afrontamiento que prevalecieron en los pacientes con EM fueron la reevaluación positiva, autocontrol y planificación. Sin embargo, el modo de afrontamiento aceptación de la responsabilidad se mostró más debilitado. Se evidenció además, que la depresión se relacionó con el modo de afrontamiento reevaluación positiva.

Palabras Claves: Esclerosis Múltiple, Depresión, Estilos de Afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los grandes valores del ser humano y su repercusión en el bienestar individual y social exige en los tiempos actuales nuevas formas de pensar y actuar (Hernández y Grau, 2005).

Con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles la psicología de la salud tiene una gran importancia, la misma educa, previene y rehabilita, influyendo en el comportamiento humano, asegurando la recuperación de los enfermos para proporcionar una mejor calidad de vida (Knapp, 2005).

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante, inflamatoria y neurodegenerativa del Sistema Nervioso Central. Constituye la afección neurológica que más afecta a los adultos jóvenes en el mundo. Su etiología es desconocida y la patogenia autoinmune, no contagiosa, ni mortal, y su característica clínica más llamativa es la variabilidad (Feinstein, 1999; Cabrera-Gómez, 2008).

Esta enfermedad se caracteriza por el deterioro físico y psicológico. La calidad de vida del paciente dependerá de la forma de evolución y otros factores como la edad, severidad, estados de salud actual, equilibrio emocional, estilo de vida y red de apoyo familiar.

A nivel internacional se ha notado un incremento de la EM en los últimos años. La detección y atención de esos pacientes ha ido ocupando progresivamente a un círculo mayor de profesionales, en particular en los países con más alto desarrollo tecnológico (Weischenker, 1995).

Estimaciones recientes indican que en Latinoamérica la EM tiene una prevalencia que fluctúa entre 12-15 casos por cada 100.000 habitantes. En países del hemisferio norte de la región, se reporta una prevalencia de hasta 66 casos por cada 100,000 habitantes y una incidencia de 9.3 nuevos casos por cada 100,000 personas. (Weischenker, 1995).

A nivel nacional se estima que existan de 3000 a 3500 casos. Es 2.4 veces más frecuente en mujeres que en hombres y a pesar de que puede aparecer en cualquier edad, el inicio entre los 20 y 40 es el más común (Cabrera-Gómez, 2008).

Las alteraciones psiquiátricas que pueden padecer esos pacientes son diversas, con mayor prevalencia para las de sintomatología depresiva. Por ende, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la EM (Sánchez et al., 1999).

La depresión es un trastorno que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente bajo, que se presenta durante la mayor parte del tiempo y que dura algunas semanas o más. Resulta suficiente para causar aflicción o afectar la vida social y laboral. El estado anímico bajo suele venir acompañado de sentimientos de tristeza y vacío (Burns, Siddique, Konadu-Fokuo, 2010).

La depresión, lógicamente, estará estrechamente relacionada con los estilos de afrontamiento. Este último es un proceso variable en el que constantemente se llevan a cabo reevaluaciones de la situación que conducen a modificaciones de conductas.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

En la actualidad, la relación entre la depresión y los estilos de afrontamiento, reviste una gran importancia entorno a la búsqueda de modelos comprensibles para un adecuado tratamiento de estas dos variables, así como la búsqueda de estrategias y alternativas dirigidas a conservar y recuperar al máximo el bienestar psicológico y físico de esos pacientes.

En Cuba se *carece* de estudios que aborden la relación entre la depresión y los estilos de afrontamientos en pacientes con EM. Los resultados obtenidos en investigaciones extranjeras puede que no estén en consonancia con datos normativos de la población cubana. De igual forma, no existe un modelo teórico-metodológico que sirva de referencia a los profesionales en el estudio de esos conceptos. Por otra parte, resulta *insuficiente* la atención a los problemas psicológicos del paciente con EM en los escenarios clínicos y de rehabilitación, la que se inserta en los programas de rehabilitación integral. En este sentido, se buscan óptimas acciones terapéuticas que favorezcan la calidad de vida de los pacientes con EM, así como nuevas formas de comprensión de dicha problemática.

Surge la *necesidad* de estudiar de forma simultánea estas dos variables, como una de las partes fundamentales en la búsqueda de nuevas directrices en la rehabilitación de las personas afectadas por la EM. El incremento de la patología en el país demanda estrategias para manejar las dificultades psicológicas por parte de los especialistas, a lo que subyace innegablemente una profunda evaluación de los procesos psicológicos específicos que abran las puertas a nuevas proposiciones teóricas.

El Centro de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández” forma parte del Programa de Neurorehabilitación Integral en Adultos con EM, proyecto investigativo-asistencial que tiene como misión esencial mejorar la calidad de vida de dichos pacientes a partir de un enfoque interdisciplinario, constituido por variadas actividades terapéuticas que se relacionan con las diferentes disciplinas que lo conforman. La presente investigación se inserta dentro de las líneas priorizadas de este proyecto. La misma tiene como reto fundamental ofrecer información acerca de la posible correlación entre depresión y estilos de afrontamiento en la proyección de nuevas estrategias de rehabilitación.

Teniendo en cuenta el valor científico-metodológico de los postulados anteriormente señalados, es esencial abordar el siguiente **problema científico**: *¿Se asocia la depresión con los estilos de afrontamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple que asisten al Centro de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”?*

Para dar respuesta a la interrogante científica establecida se proponen los siguientes objetivos.

Objetivo general:

- ➡ Determinar la asociación de la depresión con los estilos de afrontamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple hospitalizados en el Centro de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”.

Objetivos específicos:

- ➡ Ofrecer un marco teórico conceptual a partir del estado actual de la investigación científica en el campo de la depresión y estilos de afrontamiento en la Esclerosis Múltiple.
- ➡ Describir los diferentes componentes de los Estilos de Afrontamiento en la Esclerosis Múltiple.
- ➡ Determinar la relación de la depresión con los componentes de los estilos de afrontamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple.

La **novedad científica** de la investigación radica en abordar esa relación desde una perspectiva objetiva e integrar los resultados más recientes derivados del estudio de las variables. Además, los datos obtenidos favorecerán la construcción de nuevas proposiciones teóricas con respecto a la correlación existente entre la depresión y los estilos de afrontamiento en el contexto de la población cubana.

El **aporte teórico** del estudio radica en su contribución a comprender la relación existente entre la depresión y los estilos de afrontamiento en los pacientes con

EM, de manera particular, en el esclarecimiento de esta relación con los reportes subjetivos de la depresión, contribuyendo de esta forma a la construcción de nuevos modelos teóricos relacionados con el funcionamiento psicológico de los pacientes con EM.

El Informe de la investigación consta de Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos. En el primer capítulo se esbozan los supuestos teóricos que sirven de fundamento a la investigación, con énfasis en las características clínicas y psicológicas de la EM. De igual forma se abordan los supuestos teóricos de la depresión y estilos de afrontamiento. En el segundo capítulo se exponen los elementos referidos al diseño metodológico. En el tercer capítulo, se presentan los resultados alcanzados a partir de cada test psicológico y escala utilizada, y la discusión de los mismos. A partir de los resultados obtenidos se derivan las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación. En los anexos del informe se encuentran los test utilizados y el consentimiento informado por escrito, que certifica el valor ético de la investigación.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Definición y características clínicas generales de la Esclerosis Múltiple.

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante inflamatoria adquirida, en la que la mielina del sistema nervioso central (SNC) es el órgano diana de un proceso autoinmune. Recientemente se está resaltando la implicación del daño axonal ya en las fases iniciales de la enfermedad. Las características clínicas y patológicas fueron descritas por primera vez por Charcot en 1868, aunque sin conocerse su etiología.

Los primeros síntomas suelen aparecer en personas entre los 20 y los 40 años. Rara vez por debajo de los 15 o por encima de los 60, aunque en las personas mayores no suele detectarse. Como es el caso de muchas enfermedades autoinmunes, es dos veces más común entre mujeres que entre hombres. Entre los niños, que rara vez desarrollan la enfermedad, la proporción puede llegar a tres hembras por cada varón. En los casos de personas de más de 50 años suele tratarse de hombres (Kavcic y Scheid, 2011).

Existen dos características principales de la enfermedad. La primera es la existencia en los pacientes de un perfil temporal de síntomas que consisten en la aparición de uno o varios déficit neurológicos que acontecen en episodios, definidos como brotes, seguidos de períodos de desaparición de los síntomas, conocidos como fase de remisión.

Los síntomas de este primer brote son muy variados, pero entre los más fácilmente reconocibles, destacan hormigueo, debilidad, falta de coordinación (ataxia), alteraciones visuales, rigidez muscular, trastornos del habla (disartria), andar inestable, entre otros. No en todos los pacientes se manifiestan todos los síntomas ni durante el mismo tiempo (Kavcic y Scheid, 2011).

La segunda gran característica de la enfermedad es la diseminación de las lesiones anatómicas en todo el SNC, predominantemente en la sustancia blanca

perinventricular, cuerpo calloso, la sustancia blanca yuxtacortical, el parénquima infratentorial y las áreas subpiales de la médula espinal; es decir, la presencia de diseminación en el espacio. La disponibilidad de la resonancia magnética permite identificar estos problemas con más frecuencia que en el pasado.

La EM típicamente se caracteriza por los episodios de empeoramiento (llamados brotes, que indican la ocurrencia de la inflamación y desmielinización) separados por períodos de remisión.

Por el momento se considera que no tiene cura aunque existe medicación eficaz y la investigación sobre sus causas es un campo activo de investigación. Las causas exactas son desconocidas. Puede presentar una serie de síntomas que aparecen en brotes o que progresan lentamente a lo largo del tiempo. Se cree que en su génesis actúan mecanismos [autoinmunes](#) (Wang, Williams, Lavorato, Smitzh, Dewa y Paten, 2010).

Existe una marcada heterogeneidad clínica entre los individuos. Si embargo, la caracterización de los casos de EM dentro de los diferentes fenotipos clínicos tiene implicaciones terapéuticas, pronósticos y quizás patogénicas. En un esfuerzo para estandarizar la terminología utilizada se acordó en un comité internacional la siguiente **clasificación** (Lindqvist y Sjödén, 1998).

- **EM remitente recurrente (RR).** Se caracteriza por la presencia de brotes de la enfermedad claramente definidos con la recuperación completa o con secuelas. No existe progresión de la enfermedad entre los brotes. El 85% de los pacientes presentan esta forma clínica.
- **EM primaria progresiva (PP).** Progresión de la enfermedad desde el inicio, con estabilizaciones ocasionales y mejorías menores temporales. No presentan brotes de la enfermedad.
- **EM secundaria progresiva (SP).** El curso inicial es RR, seguido de incremento de la discapacidad de forma progresiva con o sin brotes sobreañadidos.

- **EM progresiva recurrente (PR).** Enfermedad progresiva desde el inicio con brotes evidentes, con o sin recuperación completa y con períodos entre brotes caracterizados por la progresión continua.

En relación con la **etiología** se sospecha que las placas en la EM son consecuencia de un ataque inmunomediado dirigido contra uno o más antígenos del SNC. A pesar de que las incidencias sugieren que la etiología de la enfermedad incluye factores genéticos y ambientales, los intentos de aislar un gen único o un microorganismo infeccioso han fracasado (Lublin y Reingold, 1996).

Estudios epidemiológicos han establecido que la susceptibilidad a la EM se debe, en parte, a factores genéticos. Al compararse con la población general, los parientes más cercanos de pacientes con EM muestran un aumento de 20-40 veces del riesgo de desarrollar una EM. Se ha postulado que la EM puede estar causada por un microorganismo infeccioso, dado que algunos virus pueden producir desmielinización en el SNC y a que ha documentado como mínimo una epidemia geográficamente aislada de EM. Sibley y Cols comunicaron que determinadas infecciones víricas de las vías respiratorias superiores se siguen de brotes de EM (Montalbán, 2004).

La patogenia de la EM se desconoce; aunque parece ser de índole inmunológica. Se ha lanzado la hipótesis de que puede ser producida por una combinación de varios factores genéticos y medioambientales. Esto incluye posibles infecciones virales u otros factores en la niñez o durante el embarazo que puedan preparar el sistema inmunitario para una reacción anormal más tarde. Desde luego la EM no es contagiosa (Bermejo, Blasco, Sánchez y García, 2011).

En las lesiones agudas se produce remielinización. Sin embargo, sólo se llegan a producir unas capas delgadas de mielina, lo que da lugar a las llamadas “shadow plaques”. Este término se acuñó para definir un área, en general perivascular, formada por láminas de mielina que se tiñen de manera pálida y está situada en la sustancia blanca intacta o rodeando el borde externo de una placa de

desmielinización. Lassman comunicó que estas “placas en sombra” están compuestas por axones con mielina muy fina (Lublin y Reingold, 1996).

El **diagnóstico** de la EM es esencialmente clínico y se fundamenta en la demostración de episodios inflamatorio-desmielinizantes diseminados en el tiempo y espacio, siempre y cuando se excluyan de forma razonable otros procesos que pudieran simular episodios neurológicos recurrentes. La confirmación de la EM se basaría en la demostración de múltiples áreas de lesiones inflamatorias con desmielinización (“placa”) en el SNC. No existe ningún hallazgo clínico o prueba diagnóstica que por sí misma sea suficiente para establecer el diagnóstico definitivo de la EM (Lublin y Reingold, 1996).

En la actualidad, aunque no existe ninguna prueba de laboratorio que de manera aislada permita confirmar o eliminar por completo la posibilidad de padecer EM, la tecnología disponible, particularmente la resonancia magnética, el análisis del líquido cefalorraquídeo y los potenciales evocados, sí permiten un alto grado de seguridad en el diagnóstico, incluso antes de que haya una confirmación clínica de la enfermedad (Bermejo et al., 2011).

Si se detecta que los síntomas son provocados por la Esclerosis Múltiple, el neurólogo podrá iniciar un tratamiento adecuado para que los brotes tarden más en aparecer y sus efectos sean menores (Bermejo et al., 2011).

Los criterios diagnósticos más utilizados en los últimos 20 años son los establecidos por Poser, que combinan los hallazgos clínicos con pruebas paraclínicas, como el análisis del LCR y estudios neurofisiológicos. Recientemente McDonald y Cols han propuesto nuevos criterios diagnósticos para la EM en los que por primera vez se integra de forma directa la Resonancia Magnética (RM) en el esquema diagnóstico. Esos nuevos criterios se fundamentan en los conceptos esenciales de los criterios diagnósticos de Poser, en los que el diagnóstico de la enfermedad se puede establecer cuando existe evidencia objetiva de la diseminación en tiempo y espacio de las lesiones desmielinizantes en el SNC. En

los nuevos criterios de McDonald, la RM adquiere un papel principal y permite utilizarla para establecer diseminación de la enfermedad en tiempo y espacio. Por lo tanto los nuevos criterios permiten realizar el diagnóstico de EM tras un primer brote de la enfermedad (Lublin y Reingold, 1996).

En el año 2000, Thompson y Cols publicaron los criterios diagnósticos para las formas clínicas EMPP. Hasta entonces, los criterios de Poser no contemplaban directamente el diagnóstico de la EMPP y se hacía imperioso que se formularan unos criterios con las miras puestas principalmente en la elaboración de ensayos clínicos. Los nuevos criterios de McDonald incorporan los criterios de Thompson y Cols en su esquema diagnóstico (Lublin y Reingold, 1996).

En el ***pronóstico***, el curso clínico de la enfermedad es altamente variable e impredecible, aunque existen diversos factores clínicos y demográficos predictores del curso clínico de la EM. Los factores predictores de una mala evolución son: género masculino, edad de inicio tardía, elevada frecuencia de brotes en los primeros años de la enfermedad y un intervalo corto de tiempo en alcanzar una discapacidad moderada (Lublin y Reingold, 1996).

Las lesiones del sistema nervioso central que causan la EM no siempre se manifiestan directamente como síntomas clínicos detectables y claramente atribuibles a la enfermedad, por lo que en ocasiones se tiende a restar importancia a los primeros signos. Sin embargo, el origen de la EM ya está presente y comienza a progresar. (Minieskkapadia y Boris, 2011)

Aunque en algunas ocasiones al principio de la EM se acumula poca discapacidad y la calidad de vida no se ve demasiado afectada, la realidad es que el sustrato de la enfermedad ya se está desarrollando. Existen abundantes evidencias clínicas y científicas que indican que, de lo que ocurra en las fases iniciales de la EM, depende en gran medida su evolución posterior. En otras palabras, las lesiones de hoy en el sistema nervioso central, son la causa de la discapacidad de mañana; de modo que si no se previenen hoy, mañana será demasiado tarde para conseguir la

recuperación. Resulta clave detectar la EM cuanto antes, para poder actuar a tiempo. (Minieskkapadia y Boris, 2011)

Cuanto más joven se es cuando aparece la enfermedad, más lentamente avanza la discapacidad. Esto es debido a que en personas mayores es más frecuente la forma crónica progresiva, con una acumulación mayor de discapacidad (Kavcic y Scheid, 2011).

Los siguientes en particular tienen el mejor pronóstico:

- Las mujeres
- Personas que eran jóvenes (menos de 30 años) cuando la enfermedad empezó
- Personas con ataques infrecuentes
- Personas con un patrón remitente-recurrente
- Personas con enfermedad limitada en estudios imagenológicos (Wang et al., 2010).

El grado de discapacidad e incomodidad dependen de:

- Con qué frecuencia tiene episodios
- Qué tan severos son
- La parte del sistema nervioso central afectada por cada ataque (Wang et al., 2010).

La EM no solamente se concentra en las afectaciones de las capacidades físicas y motrices, sino que existe gran deterioro en las funciones cognitivas y afectivas. O sea, que el surgimiento y evolución de la enfermedad puede cambiar la manera en que la gente se siente y piensa.

Desde la aparición de la enfermedad comienzan a desencadenarse una serie de respuestas emocionales y parecen ser comunes a medida que la gente aprende a tratar con la enfermedad. Una persona con EM quizás vea muchas facetas de su imagen personal deteriorada por la enfermedad. Investigaciones han demostrado

que a menudo, hay un período de pena por las pérdidas ocurridas antes de conseguir una imagen propia, un proceso que pueda repetirse muchas veces durante el transcurso de la enfermedad. La pena es un proceso curativo y reconstituyente, pero viene acompañado del dolor y la tristeza.

El patrón que siguen los déficits cognitivos es un patrón fronto-subcortical; afectando por tanto a las funciones localizadas en el lóbulo frontal y en las zonas subcorticales. (Bermejo et al., 2011)

Respecto a los déficits frontales puede haber cambios conductuales (apatía, falta de motivación, pseudodepresión; o por el contrario desinhibición, impulsividad, agresividad, infantilismo...) y en las funciones ejecutivas (Capacidad para planificar, flexibilidad mental, razonamiento...) además de las anteriormente mencionadas. (Bermejo et al., 2011)

Los déficits cognitivos que muestran los pacientes son evaluados neuropsicológicamente, y la terapia de rehabilitación suele ayudar a ralentizar el curso de la enfermedad. (Bermejo et al., 2011)

Dado que la esclerosis múltiple afecta el cerebro y la espina dorsal, es de naturaleza degenerativa y a menudo lleva a una discapacidad progresiva, no es extraño que las personas afectadas sufran dificultades emocionales. Depresión, ansiedad, ira, miedo, junto con otras emociones se diagnostican a menudo entre las personas que sufren EM o los allegados. (Minieskkapadia y Boris, 2011)

A pesar de que estos sentimientos son comprensibles, tienen implicaciones sociales, especialmente cuando interfieren en el trabajo, la escuela y la vida familiar. En particular, la depresión lleva asociada el peligro de suicidio. (Minieskkapadia y Boris, 2011)

Todos estos problemas pueden ser solucionados con tratamientos psicológicos y medicación adecuada. (Minieskkapadia y Boris, 2011).

1.2 – Depresión en la Esclerosis Múltiple: Una aproximación general.

Se ha observado una alta prevalencia de alteraciones psiquiátricas en los pacientes de EM, especialmente de sintomatología depresiva. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la EM; se han descrito porcentajes de prevalencia incluso superiores al 50%.

La depresión es un reto emocional que puede ser bastante molesto para la persona que lo experimenta directamente, al igual que para aquellos más próximos; y es uno de los factores emocionales que causan mayor daño a los pacientes con esta enfermedad (Suckling, J., 2012).

La depresión en estos casos puede originarse tanto en las implicaciones del diagnóstico como en los efectos que produce la enfermedad en el cerebro. El cerebro es un órgano altamente especializado y es el origen de todas las emociones. Cuando un brote afecta la parte del cerebro en que se procesan las emociones, el resultado puede incluir depresiones (Wang et al., 2010).

Si en un principio se consideraba que la depresión (que afecta a un gran número de pacientes con EM) podría deberse a la repercusión que la enfermedad provoca en las actividades de la vida diaria, diversos estudios han demostrado que este trastorno es más frecuente en la EM que en otras enfermedades neurológicas con similar incapacidad física o cognitiva (Sánchez et al., 1999; Sibley et al., 1991).

Los individuos con EM son más propensos a la depresión; aproximadamente la mitad de los afectados pasa un período de depresión considerable al menos una vez en la vida. Este porcentaje es bastante alto si lo comparamos con las cifras de la población en general, que son del 15 por ciento. Se cree que entre el 15-30 por ciento de las personas con EM padece depresión alguna vez (Suckling, J., 2012).

Hay que subrayar que el riesgo total de suicidio es muy bajo para la población general, incluidas las personas con EM. Sin embargo, unos estudios recientes han mostrado, por primera vez, que la tasa de suicidio entre los individuos con EM es considerablemente mayor que entre el resto de personas. Una cantidad importante de personas con EM ha admitido que ha considerado suicidarse alguna vez (Suckling, J., 2012).

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un [estrés](#) leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006).

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos) Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología (Patten, Metz y Reimer, 2000; Hernández, Lastra, Urbina, Carreira y Lima, 2002).

Sin embargo, aún no se ha encontrado ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, no se ha descubierto ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. Se habla por tanto de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico (nosología) (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006; Lima, 1992).

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, por lo cual se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión (Faraj, Olkowski y Jackson, 2007; Karkowski y Kendler, 2007).

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Los individuos con baja autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestos a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad (Faraj et al., 2007; Karkowski y Kendler, 2007).

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema (Faraj et al., 2007; Karkowski y Kendler, 2007).

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva (Faraj et al., 2007; Karkowski y Kendler, 2007).

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el período de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo (Faraj et al., 2007; Karkowski y Kendler, 2007).

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo a desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006).

Acerca de cómo definir la depresión existen muchos intentos de conceptos. Hipócrates fue quien primero aportó al descubrimiento en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica, mencionando a los cuatro humores corporales (Lara et al., 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Está descrita y abarca síntomas del pensamiento comparándola como una psicosis afectiva.

Otra definición es la propuesta por el DSM IV (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), que la describe como humor disfórico: "Pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado (Lara et al., 2010).

La Asociación de Psiquiatría Americana considera que una persona deprimida presenta ininterrumpidamente durante más de 14 días al menos 5 de los

siguientes síntomas: Pesar, tristeza o ánimo deprimido la mayor parte del día (a veces irritabilidad en niños o adolescentes), disminución importante del interés en la mayoría de las actividades diarias, aumento o disminución importante del apetito, insomnio o sueño excesivo, cansancio inexplicable o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, indecisión o capacidad disminuida para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, abandono o suicidio (Scott, J., 2012).

El síntoma más característico es **la tristeza**. A lo largo de la vida podemos experimentar tristeza, especialmente cuando sufrimos una pérdida importante. Sin embargo, la tristeza en la depresión es inapropiada o excesivamente intensa y prolongada. El llanto no suele aliviar la tristeza en una persona deprimida, y en ocasiones le es imposible llorar, por estar el paciente vacío de emociones.

Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.
- Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria. En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia.
- Ansiedad con irritabilidad o agitación.
- Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.
- Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.
- Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales. Es muy frecuente la inapetencia sexual, que puede dificultar las relaciones de pareja (Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, 2005).

Clasificación de la depresión

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por estado de ánimo de tristeza de una intensidad que sobrepasa sentimientos comunes de desilusión de la vida diaria. Se presenta como un abatimiento extremo o como una pérdida dramática de interés en aspectos de la vida que antes eran placenteros. En algunos casos tiene sus raíces en una experiencia de duelo debido a eventos traumáticos como la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, etc. Sin embargo muchos episodios depresivos mayores no son precipitados por un evento particular, es decir, puede surgir de forma repentina, aspecto que provoca que las personas se sientan abrumadas, con la sensación de que su vida es un caos debido a lo incapacitante que resulta en todas las áreas de su vida (personal, familiar, laboral, social). (Scott, J., 2012).

Código CIE-10: F32, F33

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

- **Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
 - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
 - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
 - Disminución o aumento del peso o del apetito
 - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz

- Astenia (sensación de debilidad física)
 - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
 - Disminución de la capacidad intelectual
 - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- **Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
 - **Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
 - **Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
 - **Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006).

Una vez que se inicia el episodio depresivo mayor pueden experimentar síntomas durante dos semanas o meses, curiosamente sin tratamiento la mayoría de los episodios depresivos mayores parecen detenerse en algún momento después de 6 meses y la mayoría de las personas regresan a su vida normal. Sin embargo, aproximadamente una cuarta parte de estos individuos continúa experimentando los síntomas durante meses o años (Scott, J., 2012).

El trastorno depresivo mayor se presenta bajo dos modalidades (Scott, J., 2012):

a) Episodios melancólicos. Pérdida de interés en la mayoría de las actividades; dificultad para reaccionar ante situaciones que les causaban placer; la mañana es difícil pues experimentan melancolía, culpa; lentitud en movimientos y tiempos de reacción.

b) Episodios con un patrón estacional. La depresión se presenta en la misma época del año aproximadamente de dos meses de duración, durante el otoño o invierno, pero después regresan a su funcionamiento habitual. Estudios realizados con personas que padecen depresión estacional afirman que puede estar asociada a alteración en los ritmos biológicos debido a variaciones de la cantidad de luz.

Trastorno distímico

Artículo principal: Distimia

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- **Criterio A:** Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- **Criterio B:** Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
 - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
 - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
 - Astenia
 - Baja autoestima
 - Pérdida de la capacidad de concentración
 - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- **Criterio C:** Si hay períodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- **Criterio D:** No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición

de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un período posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

- **Criterio E:** No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- **Criterio F:** No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).
- **Criterio G:** No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- **Criterio H:** Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales u otras áreas del funcionamiento del paciente. (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006).

Presentan al menos durante dos años algunos de los síntomas similares a los experimentados por personas con un trastorno depresivo mayor. Son síntomas mantenidos y la persona nunca está libre de esos síntomas por un período mayor de dos meses, presentando sentimientos de desesperanza, pero la característica principal es que los síntomas no son tan severos (Scott, J., 2012).

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)

Código CIE-10: F43.20, F43.22

Por **trastorno adaptativo** o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico. (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006)

Trastorno depresivo no especificado

F32.9

Se denomina **trastorno depresivo no especificado** a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia. (Barondes, 2008; Weissman y Myers, 2006)

La depresión es una enfermedad física-psicológica con consecuencias en la persona que la padece y en todo el ecosistema inmediato a ese sujeto enfermo, (familia, amigos, trabajo, hijos...). Puede presentarse de forma inmediata por una causa atribuible, o no, pero en ambos casos es diagnosticable, y tiene distintas causas de aparición: (Lloyd-Williams y Fiedman, 2010; Yaryeira-Tobías, Negiroglu, Rivera y Borda, 2009; Whooley y Browner, 2009).

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.
- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión

puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- **Situaciones estresantes:** Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, mal proceso de divorcio, pobre red de apoyo social. Todos ellos pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.
- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

El diagnóstico de depresión clínica se hace si la persona presenta por lo menos durante 2 semanas, cinco o más de los síntomas, casi o todos los días.

La depresión es el concomitante neuropsiquiátrico más frecuente en la EM. Entre las posibles causas explicativas sobre la etiología de la depresión en la EM, se citan, las de origen exógeno, como pueden ser la reacción ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y los efectos que las limitaciones físicas o cognitivas pueden tener en las actividades habituales del paciente y, por tanto, en su calidad de vida.

Algunos modelos conductuales sugieren que una enfermedad únicamente desencadena depresión si interfiere en el normal funcionamiento físico y psicosocial del paciente. Varios estudios han puesto a prueba la hipótesis de que el grado de discapacidad física, la fatiga y los desajustes psicosociales actúen como variables predictivas de la depresión en la EM (Mann, Waternaux y Hass, 2006; Lewinson, Hoberman, Teri y Hautzinger, 2009).

Por otra parte, existen importantes evidencias de que la depresión en la EM puede tener un componente endógeno: los niveles de prevalencia son superiores a los observados en otros trastornos neurológicos incapacitantes; estudios recientes han relacionado la depresión con alteraciones en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y con alteraciones en la regulación del sistema inmune. Otros, han encontrado una asociación entre las lesiones desmielinizantes observadas en determinadas regiones y la presencia de síntomas depresivos (Mann et al, 2006; Lewinson et al., 2009).

La depresión en la EM puede aparecer a partir de los aspectos siguientes: recién diagnosticado el paciente, pues siempre es difícil asumir un nuevo estilo de vida, y aun más cuando este no es deseado; cuando hay aparición de brotes y recaídas, pues tras un período de estabilidad, aparece un brote, que se presenta de forma inesperada y sorprendente en la vida familiar de la persona enferma. También en cualquiera de las fases de la asimilación de la enfermedad, y además tras estadíos donde la enfermedad impone su curso a la voluntad del paciente enfermo, (bajas permanentes por incapacidad) (Voss, Arnett, Higginson, Randolph, Campos y Dick, 2002).

1.3 - Estilos de Afrontamiento. Una perspectiva para el estudio de la Esclerosis Múltiple.

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas.

Los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico: dolor, cambios metabólicos, dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

El afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto significativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente, constituye el centro de una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos. Realmente, la palabra afrontamiento es tanto un término coloquial como científico (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, conciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Lazarus y Folkman, 1986).

En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas. Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el

evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Guevara, 2007).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. Los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Entre las estrategias dirigidas a la emoción se encuentran los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Hacen parte de este grupo la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos.

Como estrategias dirigidas a la emoción también se encuentran las dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, ya que muchos individuos requieren que ello suceda para encaminarse a la acción; las reevaluaciones cognitivas

modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, permitiendo atenuar la amenaza al cambiar el significado de la situación.

Por último existen en ese grupo estrategias que no cambian el significado del acontecimiento como las ya mencionadas anteriormente, evitación y atención selectiva, en las cuales el cambio de significado dependerá de lo que se tome en cuenta o de aquello que se desee evitar (Guic, Puga y Robles, 2002).

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos. Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Contreras et al., 2007).

El estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorecen la calidad de vida. Otros autores sostienen que los estilos más eficaces para afrontar la enfermedad crónica son el optimista, paliativo y el confrontativo (Muñoz y Castillo, 2004).

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o haría en determinadas condiciones. Segundo, lo que él realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares (Muñoz y Castillo, 2004).

Para entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo afronta. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil

resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos o actos a medida que la interacción va desarrollándose (Contreras et al., 2007).

Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otras que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Por ejemplo el significado de afrontamiento como proceso puede observarse en la duración del duelo y los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida. (Lazarus y Folkman, 1986)

Son muchos los autores que hablan de las etapas del afrontamiento uno de ellos es Lazarus, el cual define tres tipos: anticipatorio o de aviso, de impacto o de confrontación y de postimpacto o de postconfrontación. Cuando es de anticipación el acontecimiento no ha ocurrido todavía. Durante el impacto, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. (Lazarus y Folkman, 1986).

Los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo: Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas y perjudiciales, dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños y amenazas incontrolables, y expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial.

Segundo, el afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, el tabaco y las drogas, o cuando introducen al individuo en actividades que significan un riesgo importante para su vida. Tercero,

las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud- enfermedad. (Lazarus y Folkman, 1986)

Las investigaciones han tratado de encontrar tipologías de afrontamiento generales y específicas, ante el debut de las enfermedades. Las estrategias pueden agruparse en dos categorías generales, de acuerdo a Lazarus: a) dirigidas a hacer frente a la situación y resolverla (centradas en el problema), o b) enfocadas a controlar las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés (centradas en la regulación emocional) (González y Martín, 2007).

Se han estudiado los tipos de afrontamiento ante el debut de las enfermedades, que corrientemente se clasifican como: a) de negación, b) búsqueda de información, c) búsqueda de apoyo, d) resolución de problemas concretos, e) preparación de alternativas futuras, y f) búsqueda de significado para la enfermedad. Estos afrontamientos han sido descritos sobre el supuesto de que la aparición de una enfermedad, más o menos seria, constituye una situación vital estresora para el sujeto, que le obliga a procesos adaptativos (González y Martín, 2007).

Entre los factores psicosociales y la psicopatología en la EM se encuentran:

- Mal afrontamiento
 - Distrés psicológico
 - Peor evolución

- Afrontamiento centrado en el problema
 - Mejor adaptación
 - Menos discapacidad
 - Menos síntomas depresivos

- Afrontamiento pasivo (predomina en los brotes)
 - Peor adaptación

– Aumento de síntomas depresivos

Otras valoraciones como las de estrategias de afrontamiento, entendidas como los esfuerzos realizados para dominar, reducir o tolerar las posibles amenazas o superar las limitaciones personales, han mostrado su influencia en el dominio mental y la valoración global de la EM (Kern y Siemssen, 2008).

Recientes estudios han proporcionado información adicional acerca de los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con EM, con una menor confianza en estrategias dirigidas al problema o en las estrategias de actitud positiva, y una mayor utilización de estrategias de afrontamiento por evitación (Kern y Siemssen, 2008).

Además, otro estudio puso de manifiesto que los pacientes tendieron a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la situación emocional que estrategias dirigidas a la resolución de la causa del problema. Por otro lado otros pacientes con EM presentaron mejores condiciones y utilizaron preferentemente estrategias de afrontamiento de tipo instrumental dirigidas a la búsqueda de apoyo material para sobrellevar su enfermedad. (Goretti, Portaccio, Zipoli, Hakiki, Siracusa y Sorbi, 2009; Montel y Burngener, 2007).

Como vemos hasta el momento hay pocos estudios relacionados con la correlación que existe entre depresión y estilos de afrontamiento en pacientes con EM. Por esta razón surge el presente estudio. A nuestro entender, el descubrimiento de nuevos elementos de este proceso puede abrir las puertas de nuevas estrategias de intervención psicológicas y programas de rehabilitación con el fin de mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes de EM.

Se evidencia la importancia de evaluar la depresión y su relación con los estilos de afrontamiento. Diversas investigaciones han mostrado poca o ninguna relación entre esas dos variables. Por ende, la comunidad científica debe asumir el estudio de tan significativa correlación desde una perspectiva objetiva, puesto que nos

permite mayor fiabilidad. Todo ello abre el abanico de soluciones en el campo de la rehabilitación de los pacientes con EM, lo que provoca un impacto positivo en la calidad de vida y mejor bienestar emocional.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Diseño Metodológico

Se realizó un estudio de tipo correlacional transversal en un grupo de pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple que asistieron al Hospital Provincial de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández” de la provincia de Sancti Spíritus, durante las fechas comprendidas de septiembre del 2011 – marzo del 2012. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Población

La población comprende un total de 68 pacientes con Esclerosis Múltiple de Sancti Spiritus, que asistieron al Hospital Provincial de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”, en las fechas anteriormente señaladas.

Diseño muestral

Se asignó un número consecutivo a cada uno de los pacientes, y mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple (utilizando la tabla de números aleatorios) se tomó la muestra. Se seleccionaron 30 pacientes con EM que asistieron al Hospital Provincial de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”.

Los criterios para la selección muestral fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad para participar en el estudio.
- Diagnóstico confirmado de Esclerosis Múltiples según los criterios de Poser y posterior al 2002, con los de McDonald.
- Escolaridad mínima de 6to grado para garantizar una adecuada comprensión de los test empleados.
- Pacientes que no excedan de los 70 años de edad.
- Pacientes con Kurtzke (menor de 7,5)

Criterios de exclusión

- Alteraciones del lenguaje y/o auditivas que puedan alterar los resultados de los test.
- Presencia de tratamiento farmacológico que pudiera interferir en la exploración a realizar.
- Afección neurológica, psiquiátrica o trastorno del aprendizaje previo concomitante con la EM.
- Pacientes que presenten brote de la enfermedad.

Criterios de salida

- Pacientes que expresen el deseo o la necesidad de salir del estudio.

En las tablas siguientes ofrecemos datos sobre las particularidades de las variables del grupo muestral.

Tabla I. Distribución de la muestra por edad y forma clínica.

Edad	20 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 – 70	TOTAL						
	Años	Años	Años	Años	Años	%						
Forma Clínica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Remitente Recurrente	5	16.7	4	13.3	15	50	0	0	—	0	24	80
Primaria Progresiva	-	0	2	6.7	-	0	0	0	1	3.3	2	6.7
Secundaria Progresiva	-	0	-	0	1	3.3	2	6.7		3.3	4	13.3
Progresiva Recurrente	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
TOTAL	5	16.7	6	20	16	53.3	2	6.7	1	3.3	30	100

Tabla II. Distribución de la muestra por género y nivel escolar .

Sexo	Masculino		Femenino		TOTAL	
Nivel Escolar	N	%	n	%	n	%
Analfabeto	-	0	-	0	-	0
Primario	1	3.3	-	0	1	3.3
Secundario	-	0	3	10	3	10
Preuniversitario	2	6.7	8	26.7	10	33.3
Universitario	7	23.3	9	30	16	53.3
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100

Hipótesis del Estudio:

Hipótesis de investigación (H1): La Depresión está asociada estadísticamente con los Estilos de Afrontamientos de los pacientes con Esclerosis Múltiple.

Hipótesis Nula (H0): La Depresión no está asociada estadísticamente con los Estilos de Afrontamiento de los pacientes con Esclerosis Múltiple.

Prueba de Hipótesis

Se rechazará la hipótesis nula (Ho) cuando el nivel de significación sea inferior al 95 % ($p < 0,05$).

2.2. Descripción de las técnicas empleadas

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron las siguientes:

- Entrevista semiestructurada.
- Inventario de Depresión de Beck (IDB)
- Autoescala de Depresión de Zung y Conde (ADZC)
- Escala de Afrontamiento de Lazarus (EAL)

1. Entrevista Semiestructurada

Objetivo: Describir cómo se manifiestan los componentes de los estilos de afrontamiento y la depresión en pacientes con EM. (Anexo 1)

Descripción:

La entrevista es una conversación entre dos o más personas con un propósito determinado. Por tanto, es un medio de comunicación en el que se manifiestan diferentes elementos: la palabra hablada, los ademanes, las expresiones, las inflexiones, etc. (González y Martín, 2007)

Esta técnica es una de las más utilizadas en todas las ramas y especialidades de la sociedad por ser uno de los medios más directos de llegar a los objetivos que se desean y además porque está basada en uno de los aspectos más importantes del desarrollo de la sociedad que son las relaciones humanas. Esta herramienta permite la recogida de información a través de un proceso de comunicación, donde el entrevistado responde a cuestiones previamente diseñadas por el investigador en función de las dimensiones que se pretenden estudiar. (González y Martín, 2007)

La entrevista semiestructurada es más flexible y abierta, y aunque los objetivos de la investigación rigen las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. (González y Martín, 2007)

La forma de hacerla varía en función de la edad, desarrollo intelectual y posibilidades de cooperar por parte del entrevistado. El investigador elabora previamente las preguntas sobre la base del problema, los objetivos y las variables; y tiene además la posibilidad de modificar el orden, la forma de encauzarlas o su formulación para adaptarlas coyunturalmente a las diversas

situaciones y características particulares de los sujetos de estudio. (González y Martín, 2007).

2. Inventario de Depresión de Beck

Este cuestionario fue creado por Beck, Medelson y Erbaught, a partir de un estudio realizado con 300 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria entre 1964 -1966. El mismo ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión (Anexo 2). (Jiménez, M., y Jiménez, F., 2006).

Objetivo: Identificar los niveles de depresión que se presentan en los pacientes con EM.

Descripción:

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 ó 5 afirmaciones, reflejando cada una un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual (González y Martín, 2007)

No existe un consenso sobre cómo medir la depresión en la EM, aunque la escala más utilizada en la población española es el IDB. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta escala valora distintos síntomas neurovegetativos, característicos de la depresión mayor, que en este grupo de pacientes no serían indicadores válidos de la existencia de un trastorno del estado de ánimo. En este sentido, según las recomendaciones del Goldman Consensus Statement on Depression in Multiple Sclerosis, el IDB puede ser un buen instrumento para valorar la sintomatología depresiva en estos pacientes.

En la evaluación de la depresión mediante este inventario se tuvo en cuenta el punto de corte específico para pacientes de EM. Los indicadores: fatiga,

hipocondría e incapacidad para trabajar son tomados como consecuencias de la severidad de la enfermedad y no como indicativo de depresión. (González y Martín, 2007)

Calificación:

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Estas categorías comprenden el estado de ánimo, sentimientos de culpa, pérdida de la libido, etc. Se suma la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- _ Depresión ausente o mínima: puntuación de 0-9 puntos.
- _ Depresión leve: puntuación de 10-18 puntos.
- _ Depresión moderada: puntuación de 19-29 puntos.
- _ Depresión severa: puntuación de 30-46 puntos.

3. Autoescala de Depresión Zung y Conde

La Autoescala de Depresión de Zung data de 1965; pero esta versión corresponde a la adopción realizada por Zung y Conde, 1969. (Anexo 3). (González y Martín, 2007)

Objetivo: Identificar la frecuencia de aparición de la depresión en sujetos con EM.

Descripción

Es un cuestionario de 20 ítems, los cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.

Calificación:

Esta técnica se califica sumando la puntuación que se obtiene en función de la alternativa seleccionada por el sujeto en cada categoría, donde se le otorga una puntuación que fluctúa entre 1- 4. Dicha puntuación se lleva a la siguiente escala:

- _ Depresión ausente o mínima: puntuación de 20-33 puntos.
- _ Depresión leve: puntuación de 34-40 puntos.
- _ Depresión moderada: puntuación de 41-54 puntos.
- _ Depresión severa: puntuación de 55-80 puntos.

4. Escala de Afrontamiento de Lazarus

Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, ya que ha sido desarrollada por los autores clásicos del tema: R.S. Lazarus y S. Folkman. (Anexo 4) (González y Martín, 2007).

Objetivo: Identificar y analizar las formas o estilos principales en que las personas enfrentan las situaciones problemáticas o conflictivas.

Descripción

El instrumento consta de 67 índices; cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes; en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos.

Se otorgan las siguientes puntuaciones:

En absoluto 0

En alguna medida 1

Bastante 2

En gran medida 3

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en 8 subescalas.

Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

- **Confrontación:** Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye una acción directa.
- **Distanciamiento:** Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo.
- **Auto-control:** Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- **Búsqueda de apoyo social:** Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión.
- **Aceptación de la responsabilidad:** Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema.
- **Huida – Evitación:** Describe el pensamiento desiderativo.
- **Planificación:** Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.
- **Reevaluación positiva:** Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal.

Calificación:

Cada ítem corresponde a un tipo de afrontamiento, por tanto se suman las puntuaciones y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; el valor de la puntuación obtenida pondrá de relieve hasta qué punto es utilizado un tipo de afrontamiento u otro para las situaciones de estrés.

- Confrontación. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.
- Distanciamiento. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.
- Auto-control. La subescala esta conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.
- Búsqueda de apoyo social. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.
- Aceptación de la responsabilidad. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.
- Huida – evitación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.
- Planificación. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.
- Reevaluación positiva. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

2.3. Procedimiento de la investigación.

Para comenzar el desarrollo de la investigación se realizó una revisión bibliográfica del tema, haciendo un minucioso análisis de los aspectos más relevantes tanto a nivel internacional como en nuestro país. La información consultada conformó la importancia teórica y práctica del desarrollo del presente trabajo. Para la ejecución del proyecto se solicitó la autorización de la dirección de la institución, y el consentimiento informado de los participantes, llevándose a cabo en el período comprendido de septiembre del 2011 – marzo del 2012.

La investigación comprendió tres etapas. En la primera etapa se realizó una entrevista semiestructurada a los pacientes con EM, con el fin de identificar determinados indicadores que permitieran la selección del grupo de estudio, y además para describir cómo se manifiestan los componentes de los estilos de afrontamientos y la depresión en dichos pacientes (Anexo 1). En la segunda etapa o sesión se llevó a cabo la aplicación del Inventario de Depresión de Beck para identificar los niveles de depresión en dichos pacientes (Anexo 2), y la Autoescala

de Depresión de Zung y Conde, con el fin de identificar la frecuencia de aparición de la depresión (Anexo 3). Ya en una tercera sesión se utilizó la Escala de Afrontamiento de Lazarus para identificar las principales formas de enfrentamiento de las personas a situaciones conflictivas (Anexo 4):

Sesión 1

Entrevista semiestructurada

Sesión 2

Inventario de Depresión de Beck

Autoescala de Depresión de Zung y Conde

Sesión 3

Escala de Afrontamiento de Lazarus

2.4 Métodos de procesamiento de la información.

Una vez recogido el dato primario, fue creada una base de datos con las variables del estudio, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.5, para facilitar el procesamiento estadístico de la información.

Las variables cuantitativas fueron caracterizadas mediante la media aritmética, la desviación estándar, y la distribución de frecuencia. Las variables cualitativas fueron caracterizadas mediante la distribución de frecuencia.

Para correlacionar variables cuantitativas entre sí se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson cuando se correlacionó la depresión con los estilos de afrontamiento. En todos los casos cuando la significación del test era menor de 0.05, se consideró correlaciones significativas.

2.4 Consideraciones éticas:

Las personas para la aplicación de las sesiones fueron vistas en consulta, de forma individual, y en un ambiente de adecuada privacidad se les explicó los objetivos de la investigación solicitándole su consentimiento, aceptación y voluntariedad, además de garantizarles la confidencialidad de la información, y agradeciéndoles su colaboración. Este consentimiento quedó registrado en un documento plasmado en los anexos, así como el Aval del Consejo Científico y Comité de Ética de la Investigación (CEI). (*Anexo 5, 6*).

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En los datos obtenidos se adquirió información relacionada con el género y el nivel escolar. De acuerdo con el género predominó el sexo femenino para un 66.7% y un 33.3% para el sexo masculino. Del total de pacientes estudiados, un 53.3% es Universitario con una formación profesional superior, seguido por el 33.3% correspondiente al nivel escolar preuniversitario terminado o un técnico medio alcanzado, es decir predomina una escolaridad alta. Estos datos coinciden con estudios realizados en la población cubana en el año 2009 (Jiménez-Morales, Macías, Jiménez, Fundora, Gómez y Dorta-Contreras, 2009)

En el análisis de la encuesta se encontró que el 80% de los pacientes con EM presentaron una forma clínica Remitente Recurrente (EMRR), un 6.7% Primaria Progresiva (EMPP), y un 13.3% Secundaria Progresiva (EMSP).

En el grupo objeto de estudio se observó cómo el 16.7% se hallaba en edades comprendidas entre 20 y 30 años, un 20% en edades de 31 a 40 años, y un 6.7% en edades de 51 a 60 años; de 61 a 70 años solo un paciente equivalente al 3.3%, y no se trabajó con ningún paciente con más de 70 años de edad. Se apreció una mayor cifra, expresada en un 53.3%, en edades concebidas entre 41 y 50 años.

En su totalidad se confirmó que hay una tendencia en el grupo de estudio al diagnóstico de la enfermedad en edades comprendidas entre 41 y 50 años, lo cual coincide con otras investigaciones realizadas en nuestra provincia sobre la Esclerosis Múltiple (Jiménez-Morales et al, 2009).

En la información obtenida mediante la **entrevista semiestructurada** se constató el comportamiento de los diferentes componentes de los estilos de afrontamiento evaluados en los pacientes con EM. Se entiende como *estilos de afrontamiento* los esfuerzos cognitivos conductuales y constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son

evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1986).

Es preciso destacar que el estilo de afrontamiento más empleado por el grupo de pacientes estudiados es la reevaluación positiva con una representación del 26.7%. Este estilo de afrontamiento comprende un comportamiento donde se describen los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal, es decir, existe un esfuerzo de la persona por cambiar el sentido de las cosas y de esta forma elevar su propio desarrollo personal. En el desarrollo de la entrevista los pacientes refirieron frases como: “... *después de todo lo que he pasado siento que me ha servido para crecer como persona...*”; “... *los problemas casi siempre me han llevado a darme cuenta de lo que es verdaderamente importante en la vida...*”; “... *tuve deseos de cambiar lo que estaba sucediendo y de sentirme mejor como persona...*”, etc., las cuales evidencian los resultados obtenidos.

Por otra parte se obtuvo además como estilos de afrontamiento más frecuentes en este estudio, *el autocontrol*, con un resultado equivalente al 23.3%, cifra que se deriva de respuestas como: “... *evité dejarme llevar por mi primer impulso y pensar con calma en el problema...*”; “... *no quise actuar demasiado rápido y hacer algo de lo que pudiera arrepentirme toda la vida...*”; “... *medité previamente lo que haría cuando llegara el momento preciso...*”. Estos resultados coincidieron con la definición del autocontrol, expresada en el componente donde se describen los esfuerzos personales para regular los propios sentimientos y acciones ante situaciones determinadas.

Otro componente que tuvo una cifra significativa fue *la planificación*, donde existen esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. En el desarrollo del estudio obtuvimos planteamientos como: “... *cuando eso pasó tomé como referencia una situación que había ocurrido anteriormente muy similar a esta para poder*

solucionar el problema...”; “... me concentré solamente en lo que era preciso hacer para que las cosas marcharan bien...”; “... cambié lo que era necesario para solucionar el problema...”. Al finalizar la entrevista se obtuvo como resultado que la planificación fue el tercer estilo de afrontamiento más utilizado, arrojando un valor del 16.7% del total.

Los resultados obtenidos en los pacientes pueden justificarse debido a que la totalidad ha participado en el programa de intervención psicológica, insertado dentro de las actividades interdisciplinarias del programa de neurorehabilitación integral. Por tanto, se han sometido al entrenamiento de solución de problemas y autocontrol emocional.

Por otra parte es significativo destacar que la *aceptación de la responsabilidad* fue el componente de estilos de afrontamiento menos utilizado pues se acompaña de un resultado equivalente al 3.3%. Con respecto al reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema, los pacientes manifestaron las siguientes frases: *“...después de todo, yo sé que la culpa no fue totalmente mía...”; “...yo no quise remediar nada porque esa parte no me correspondía a mí...”; “...me hubiera disculpado pero sé que siempre las cosas serán iguales...”*

En cuanto a la depresión se puede utilizar como definición: la pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado (Lara et al., 2010).

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren en la vida diaria durante un período de tiempo prolongado (Lara et al., 2010).

Durante la entrevista se evidenciaron, de manera general, manifestaciones asociadas a la depresión, relacionadas con síntomas como la pérdida de placer en actividades habituales, sentimientos de desesperanza y abandono, estado de

ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces, cansancio y falta de energía, entre otros.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual. Durante la entrevista se tomaron como referencia manifestaciones de depresión que se identifican cuando los pacientes refieren: “... me siento desanimado con respecto a mi futuro”; “... frecuentemente me siento triste y lloro”; “siento que cada vez estoy peor”; “... mis molestias físicas me agobian”.

Estos resultados se integran con los obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck y la Autoescala de Depresión Zung y Conde, los cuales se muestran en el siguiente gráfico a pesar de no formar parte de los objetivos de la investigación (Gráfico I).

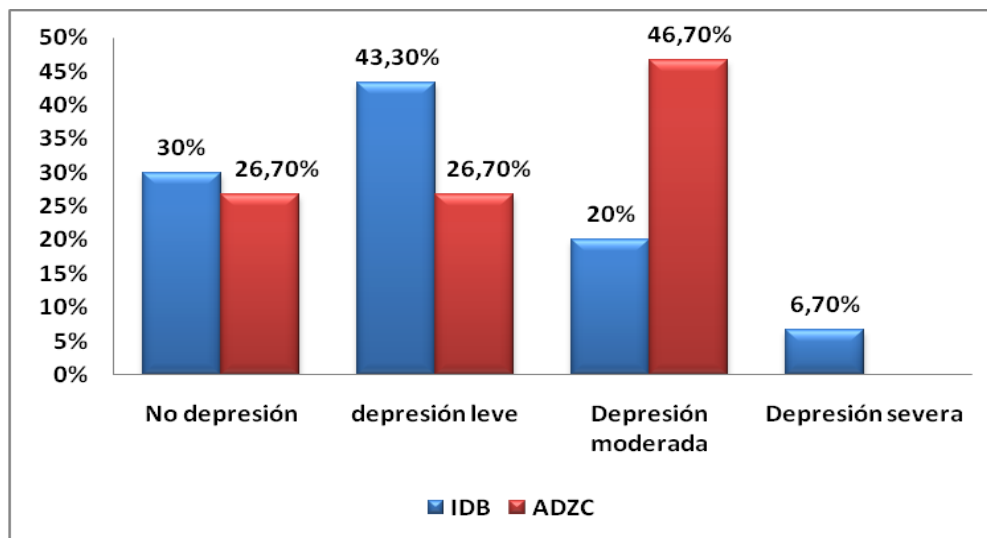


Gráfico I: Descripción de los niveles de depresión a partir de las pruebas administradas. IDB: Inventario de Depresión de Beck. ADZC: Autoescala de Depresión de Zung y Conde.

Estos datos coincidieron con otras investigaciones que hacen referencia sobre la depresión afirmando que la persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas; y podría deberse a la repercusión que la enfermedad provoca en las actividades de la vida diaria (Faraj et al, 2007; Sánchez et al, 1999).

La depresión es uno de los factores emocionales, que causa mayor daño a los pacientes con EM. Varios estudios han informado proporciones altas de depresión en la esclerosis Múltiple (EM) con un predominio significativo de aproximadamente al 50% en los pacientes (Macías, 2009).

Investigaciones han demostrado que a menudo hay un período de pena en personas que padecen EM, por el deterioro de muchas facetas en su imagen personal a causa de la enfermedad. La pena es un proceso curativo y reconstituyente, pero viene acompañado del dolor y la tristeza (Macías, 2009).

Las causas de la depresión en esta enfermedad son inciertas y sombrías ya que se puede activar tanto por lesiones externas como por la enfermedad cerebral subyacente (Macías, 2009).

En la **tabla III** se mostró el comportamiento de los diferentes componentes de los estilos de afrontamientos evaluados en los pacientes con EM a partir **de la Escala de Afrontamiento de Lazarus**. Los estilos de afrontamientos pueden ser variables, incluso en la misma situación pueden utilizarse diferentes formas de afrontamientos.

En la descripción de los diferentes modos de afrontamientos se apreció al igual que la entrevista que la mayoría de los pacientes objeto de estudio, asumen la Reevaluación Positiva, el Autocontrol y la Planificación. Sucedió lo contrario con la Aceptación de la Responsabilidad, que obtuvo la puntuación más baja respecto al resto de los componentes.

Lo anterior puede explicarse a través del concepto de afrontamiento definido por Lazarus y Folkman cuando exponen que se trata de los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de individuo (Patti, Cacopardo y LLópez, 2009; Contreras et al., 2007).

Diferentes estudios describen que los modos de afrontamientos pueden ser variados. En una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes formas de afrontamiento y existir muchas estrategias adecuadas. Por eso, que las personas utilicen estrategias distintas no quiere decir que actúen mejor o peor; intentan controlar la situación de manera distinta y probablemente sus recursos y habilidades también son diferentes (Montel y Bungener, 2007; Nyenhuis, Rao, Zajecka, Luchetta, Bernardin y Garron, 1995).

Por otra parte, las exigencias, amenazas y limitaciones que imponen las enfermedades, así como las creencias que tiene la población con respecto a las mismas, tiene influencia en la eficacia del afrontamiento. Un factor de gran importancia es el apoyo que las personas reciben de su familia, amistades y del personal de salud. Las investigaciones son consistentes en reportar que las personas con altos niveles de apoyo tienen mejor pronóstico, menos síntomas y mejor afrontamiento (Montel y Bungener, 2007; González y Martín, 2007).

El comportamiento de los demás componentes se puede observa en la tabla siguiente.

Tabla III. Descripción de los diferentes Componentes de los Estilos de Afrontamiento a partir de la escala de afrontamiento de Lazarus. Hospital de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”, 2012.

<u>TEST</u> <u>Escala de Afrontamiento de Lazarus.</u> <u>Componentes</u>	<u>EM(n=30)</u>	
	<u>Media</u>	<u>Desv. Típ.</u>
Confrontación	8.33	3.35
Distanciamiento	10.37	3.810
Auto-Control	12.73**	5.607
Búsqueda de Apoyo Social	10.33	15.078
Aceptación de la Responsabilidad	5.97*	3.316
Huida-Evitación	8.20	4.723
Planificación	11.83**	4.956
Reevaluación Positiva	12.97**	4.468

** Modos de afrontamientos representativos, * Modos de afrontamientos menos representativos.

En la **tabla IV** se mostraron los resultados obtenidos en cuanto a la relación de los componentes de los estilos de afrontamiento (**Escala de Afrontamiento de Lazarus**) y su similitud con la depresión a partir de **IDB**, donde se evidenció una correlación significativa con el componente Reevaluación Positiva.

Tabla IV: Relación entre la Depresión (IDB) y los componentes de los Estilos de Afrontamiento (EAL) en pacientes con EM que asistieron al Hospital de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández”, 2012.

<u>TEST</u> <u>Escala de Afrontamiento de Lazarus.</u> <u>Componentes.</u>	<u>EM(n=30)</u>	
	<u>r</u>	<u>P</u>
Confrontación	-0.65	7.32
Distanciamiento	-1.07	5.65
Auto-Control	-2.58	1.69
Búsqueda de Apoyo Social	-1.75	3.54
Aceptación de la Responsabilidad	0.03	9.89
Huida-Evitación	1.24	5.13
Planificación	-2.91	1.19
Reevaluación Positiva	-5.32	0.02*

r: coeficiente de correlación de Pearson. P: Nivel de significación, * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los hallazgos evidenciaron que los niveles de depresión en la muestra estudiada tienden a variar cuando emplean el estilo de afrontamiento reevaluación positiva. Este estilo favorece la salud mental de los pacientes, según diferentes autores (Montel y Bungener, 2007; Magallanes y Sanjuán, 2007).

Los estudios realizados, parecen apoyar esa idea, pues han encontrado que ese modo de afrontamiento mantiene una relación directa con el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y una relación indirecta con el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de los problemas (Magallanes y Sanjuán, 2007; Torres y Troncoso, 2006).

Por otro lado, algunos hallazgos proponen que la tendencia a explicar las situaciones positivas mediante causas externas, inestables y específicas, podría aumentar la vulnerabilidad para desarrollar depresión o a manifestar síntomas depresivos.

La tendencia a explicarlas mediante causas internas, estables y globales, disposición a la que ha empezado a calificar como estilo, podría representar un factor protector relacionado con los aspectos positivos del funcionamiento psicológico.

En ese sentido, investigaciones han encontrado una relación directa entre la tendencia a realizar atribuciones internas, estables y globales para los sucesos positivos y el éxito en el trabajo, el bienestar psicológico y una mayor autoestima. Además, otros hallazgos han mostrado que explicar los sucesos positivos mediante causas internas, estables y globales produce una disminución de los síntomas depresivos en los pacientes (Magallanes y Sanjuán, 2007; Torres y Troncoso, 2006).

CONCLUSIONES

- Partiendo del estado actual de las investigaciones de la Esclerosis Múltiple, los postulados de Lazarus y Folkman, y Beck, se consideran como un marco teórico conceptual comprensible para abordar el estudio de los modos de afrontamiento y la depresión en dicha enfermedad.
- Los modos de afrontamiento que prevalecieron en los pacientes con EM fueron la reevaluación positiva, autocontrol y planificación. Sin embargo, el modo de afrontamiento aceptación de la responsabilidad se mostró más debilitado.
- La depresión se asoció con los modos de afrontamientos reevaluación positiva, que se describe como los esfuerzos que debe tener el paciente para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal ante los problemas, pues este tiende a variar los niveles de depresión.

RECOMENDACIONES

- ➡ Se debe continuar con la presente línea de investigación, incorporando nuevos métodos de estudio sobre la depresión y los estilos de afrontamientos.
- ➡ Desarrollar y ejecutar nuevas estrategias de intervención psicológica, encaminadas esencialmente a proveer al paciente de recursos en su enfrentamiento al entorno y situaciones de la vida cotidiana, y de esta forma mejorar su bienestar emocional y físico, así como su calidad de vida en general.
- ➡ Desarrollar estrategias de intervención que consideren las características de la depresión y su relación con los estilos de afrontamientos para optimizar las potencialidades de los pacientes con EM.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnett, P.A., & Randolph, J.J. (2008). Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 10(2), 606-610. Recuperado de blowthetrumpet.org/search/zoom_dictionary.zdat
- Baraza, R.P. (2010). Vivir con Esclerosis Múltiple. *Mult Scler*, 8(2), 213. Recuperado de <http://www.portusalud.net/noticias/News/show/quotvivir-con-esclerosis-multiplequot-una-guia-practica-para-pacientes>
- Barondes, S.H. (2008). *Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression*. New York: W. H. Freedman & Co.
- Bermejo, P.E., Blasco, M.R., Sánchez, A.j., & García, A. (2011). Manifestaciones clínicas, historia natural, pronóstico y complicaciones de la sclerosis multiple. *Medicine-Prog. de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(75), 5079-5086. Recuperado de <http://www.fasebj.org/content/19/10/1209.full>
- Burns, M.N., Siddique, J., & Konadu-Fokuo, J. (2010). Comorbid Anxiety Disorders and Treatment of Depression in People With Multiple Sclerosis. *Rehabil Psychol*, 55(3), 259. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20804269>
- Cabrera-Gómez A. (2008, junio). *Rehabilitation in Multiple Esclerosis*. Póster presentado al Congreso Internacional de Medicina física y Rehabilitación, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Calzada, D.J., & Gómez, F.L. (2001). Rehabilitación multifactorial e intensiva en pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 32(11),

1022-1026. Recuperado de <http://www.revneurolog.com/Web/3211/k111022.pdf>

Contreras, Y., Esguerra, A.G., Espinosa, J.C., & Gómez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179. Recuperado de <http://redalyc.vamex.mx/pdf/798/79810216.pdf>

Faraj, B.A., Olkowski, L., & Jackson, R.T. (2007). Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes. *Int. J. Immunopharmac*, 16(1), 561-567. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>

Feinstein, A. (1999). The Clinical Neuropsychiatry of multiple sclerosis. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 204. doi: 10.1192/bjp.177.5.474-a

González, F.M, & Martín, M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica Adulto* (1a ed.). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., & Sorbi, S. (2009). Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol Sci*, 30(1), 15-20. Recuperado de <http://www.hglo.com/404.htm>

Guevara, L. (2007). Evaluación del afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana Anets*, 28(1), 18-40. Recuperado de http://www.suc.org.uy/revista/v21n3/pdf/rcv21n3_13.pdf

Guic, E., Puga, I., & Robles, I. (2002). Estrategias de afrontamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple. *Psicothema*, 20(3), 159-166. Recuperado de

[http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/%5Bin=psyke2.in%5D/
?format=breve&boolean=\[NR:02149915](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/%5Bin=psyke2.in%5D/?format=breve&boolean=[NR:02149915)

Hernández, M.E., & Grau, A.J. (2005). *Psicología de la Salud*. (1a ed.). México: Ediciones de la Noche.

Jiménez, R.M, Jiménez, F.L. (2006). *Características Neuropsicológicas del proceso del pensamiento en paciente de EM*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Jiménez, R.M. (2004). *Caracterización del proceso del pensamiento en pacientes con Esclerosis Múltiples*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Jiménez-Morales, R., Macías, Y., Jiménez, L., Fundora, R., Gómez, A., & Dorta-Contreras, A.J. (2009). Características neuropsiológicas del proceso del pensamiento en los subtipos de Esclerosis Múltiple. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 18(3), 21-26.

Karkowski, L.M. & [Kendler, K.S.](#) (2007). An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. *Psychiatr Genet.*, 7(4), 159-163. Recuperado de <http://dictionary.sensagent.com/depression/es-es/>

Kavcic, V., & Scheid, E. (2011). Attentional blinkin patients with multiple sclerosis. *Neuropsychologia*, 49(3), 454-460. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>

Kern, S., & Siemssen, T. (2008). Review: Brain immune communication psychoneuroimmunology of multiple sclerosis. *Mult Scler*, 14(9), 1157-1174. Recuperado de msj.sagepub.com/content/14/9/1157.abstract

Knapp, R.E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Lara, M.M.C., Robles, R.G., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina, M.A.M. (2010). Estudio de costo–efectividad del tratamiento de la depresión. *Salud Mental*, 33(4), 301-308. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000400001&script=sci_arttext

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Lewinson, P.M., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (2009). *An integrative theory of depression. Theoretical issues in behavior therapy*. San Diego, CA: Academic Press.

Lima, L. (1992). Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia*, 17(2), 86-91. Recuperado de <http://www.disfas.es/files/wiki-depression.pdf>

Lima, L., Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., & Carreira, I. (2002). Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. *J. Int. Immunopharmacol*, 2(7), 893-900. Recuperado de <http://www.freewebs.com/alternativefutureop/depreciastress.htm>

Lindqvist, R. & Sjöden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 312-319. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00523.x

Lloyd-Williams, M., & Friedman, T. (2010). Depression in palliative care patients-a prospective study. *Eur J Cancer Care*, 10(4), 270-274. Recuperado de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/HealthProfessional/page1>

Lublin, F.D., & Reingold, S.C. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. *Neurology*, 46(4), 907-911. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8780061>

Macías, Y. (2009). *Caracterización del funcionamiento emocional en pacientes con EM*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández, Sancti Spiritus, Cuba.

Magallanes, A., & Sanjuán, P. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamientos. *Clínica y Salud*, 18(1), 130-136.

Mann, J.J., Waternaux, C., & Haas, G.L. (2006). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156(2), 181-189. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808471/>

Minden, S.L., Orav, J., & Reich, P. (2007). Depression in multiple sclerosis. *Gen Hosp Psych*, 9(6), 426-434. Recuperado de <http://www.ihpm.org/jhp/reference11.php>

Montalbán, X. (2004). *Estudio de la osteopontina en la Esclerosis Múltiple y su relación con la progresión de la enfermedad*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Montel, S.R., & Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler*, 13(3) 393-401. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=link&db=pubmed&dbfrom=pubmed&from_vid=10086428

Muñoz, M., & Castillo, O.E. (2004). Evaluación del afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana* 27(1), 16-23. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf

Nyenhuis, D.L., Rao, S.M., Zajacka, J.M., Luchetta, T., Bernardin, L., & Garron, D.C. (1995). Mood disturbance versus others symptoms of depression in multiplesclerosis. *J Int Neuropsychol Soc*, 1(3) 291-296. Recuperado de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=pubmed&term=Nyenhuis%20DL\[au\]&dispmax=50](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=pubmed&term=Nyenhuis%20DL[au]&dispmax=50)

Patten, S.B., Metz, L.M., & Reimer, M.A. (2000). Biopsychosocial correlates of lifetime major depression in a multiple sclerosis population. *Mult Scler*, 6(2), 115-120. doi: 10.1016/S1877-3419(09)70037-6

Patti, F., Cacopardo, M., & LLópez, R. (2009). Health – related quality of life and depression in an Italia sample of multiple sclerosis patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 4(1-2), 55-62. Recuperado de <http://www.hglo.com/404.htm>

Minieskkapadia & Sakic, B. (2011). Autoimmune and inflammatory Mechanism of CNS damage. *Progress in Neurobiology*, 95(3), 301-303. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_2_06/mgi12206.htm

Sánchez, P.M., Wollmann, T., Olivares, T., Nieto, A., Hernández M.A., González, M.A., & Barroso, J. (1999, noviembre). *La depresión en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recidivante: su relación con el estado de discapacidad física y el tratamiento con interferón beta 1-b*. Póster presentado al First International Congreso of Neuropsychology en Internet, Tenerife, Islas Canarias.

Scott, J. (2012). Más allá de la psicosis: el reto de la intervención precoz en los trastornos bipolares. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 1-4. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111001455>

Sibley, W.A., Bamford, C.R., & Clark, K. (1991). Clinical viral infections and multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 54(7), 584–589. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1014426/>

Suckling, J. (2012). Evidencia sobre la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 5-7. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111001455>

Torres, L., & Troncoso, E. (2006). Dolor, ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes reumáticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285-298.

- Voss, W.D., Arnett, P.A., Higginson, C.I., Randolph, J.J., Campos, M.D., & Dick, D.G. (2002). Contributing factors to depressed mood in multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol*, 17(3-1), 103-115. Recuperado de <http://www.medicosecuador.com/revecuatneuro/revistas-antteriores.htm>
- Wang, J.L., Williams, J., Lavorato, D., Smitzh, N., Dewa, C., & Paten, B.S., (2010). The incidence de major depression in Canada: The National Population Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 158-163. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple>
- Weischenker, BG. (1995). The natural History of Multiple Sclerosis. *Neurol Clin*, 13(1), 119-146. Recuperado de <http://www.thjuland.net/natural-history-ms.html#1>
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (2006). Affective disorders in an US urban community. *Arch. Gen. Psychiat*, 35(4), 1304-1311. Recuperado de <http://www.neurologia.com/sec/clasificados.php?clas=7>
- Whooley, M.A., & Browner, W.S. (2009). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*, 15(8), 2129-2135. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495584/>
- Yaryeira-Tobías, J.A., Negiroglu, F., R.L., Rivera, P., & Borda, T. (2009). Manejo psiquiátrico de la depresión. *Revista de Psiquiatría Uruguay*, 66(1), 47. Recuperado de http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf.

ANEXO 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

INDICADORES:

1. Satisfacción Personal.
2. Autoestima.
3. Capacidad para tomar decisiones.
4. Nivel de dependencia.
5. Relaciones interpersonales.
6. Responsabilidad.
7. Dominio personal.
8. Búsqueda de apoyo social frente a algún conflicto.
9. Capacidad de adquirir nuevas experiencias.

ANEXO 2

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

Inventario de Beck.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Nivel de Escolaridad: _____

A continuación aparecen un grupo de alternativas que están agrupadas por letras. Usted debe escoger una de ellas y marcar la alternativa más adecuada a su situación actual. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es indispensable su sinceridad.

A

- No Estoy triste.
- Siento desgananzas de vivir, o bien estoy triste.
- Siento siempre desgananzas de vivir, o bien estoy siempre triste o bien no lo puedo remediar.
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- Estoy tan siempre triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

B

- No estoy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro.
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.
- Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

C

- No tengo la sensación de haber fracasado.
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- Creo que he fracasado por completo.
- Cuando pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- Creo que he fracasado por completo.

D

- No estoy particularmente descontento.
- Casi siempre me siento aburrido.
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.
- Estoy descontento del todo.

E

- No me siento particularmente culpable.
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- Me siento culpable.
- Ahora tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

F

- No tengo la impresión de merecer un castigo.
- Creo que me podría pasar algo muy malo.
- Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- Creo que merezco ser castigado.
- Quiero ser castigado.

G

No estoy descontento de mí mismo.

Estoy descontento de mí mismo.

Me gusta a mí mismo.

No puedo soportarme a mí mismo.

Me odio.

H

No tengo la impresión de ser peor que los demás.

Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.

Me hago reproches por todo lo que no sale bien.

Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

I

No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.

A veces se me ocurre quitarme la vida pero no lo haré.

Pienso que sería preferible que muriera.

He planeado como podría suicidarme.

Creo que sería mejor para mi familia que yo muriera.

Si pudiera me suicidara.

J

No lloro más de lo corriente.

Lloro con mucha frecuencia, mucho más de lo corriente.

Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.

Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

K

No me siento más irritado que de costumbre.

Me enfado y me irrito con más facilidad que antes.

Estoy constantemente irritado.

Ahora no me irritan ya las cosas con las que antes me enfadaba.

L

- No he perdido el interés por los demás.
- Me intereso por los demás menos que antes.
- Los demás no me interesan nada, todo el mundo me es totalmente indiferente.
- He perdido casi por completo el interés por los demás y siento poca simpatía por las demás personas.

M

- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- Me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión por pequeña que sea.

N

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O

- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- Ya no trabajo tan bien como antes.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

P

- Duermo tan bien como de costumbre.
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.

Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

Q

No me canso más que de costumbre.

Me canso más pronto que antes.

Cualquier cosa que hago me cansa.

Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer cualquier cosa por poco esfuerzo que me cueste.

R

Mi apetito no es peor que de costumbre.

No tengo tanto apetito como antes.

Tengo mucho menos apetito que antes.

No tengo en absoluto ningún apetito.

S

No he perdido peso, si lo he perdido lo he perdido poco.

He perdido más de 2 Kg. de peso

He perdido más de 4 Kg. de peso

He perdido más de 7 Kg. de peso

T

Mi salud me preocupa más que de costumbre

Me molesto constantemente por mis molestias físicas

No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

Mis molestias físicas me afectan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en otras cosas.

U

No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

He perdido todo interés por las cosas del sexo.

ANEXO 3

Departamento de Psicología.

Test de Zung y Conde

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Nivel de Escolaridad: _____

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es indispensable su sinceridad.

Preguntas	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1- Me siento triste y deprimido.				
2- Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3- Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4- Me cuesta trabajo dormir o duermo mal por las noches.				
5- Ahora tengo apetito como antes.				
6- Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7- Creo que estoy adelgazando.				
8- Estoy estreñado.				

9- Tengo palpitaciones.				
10- Me canso por cualquier cosa .				
11- Mi cabeza está tan despejada como siempre.				
12-Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13- Me siento agitado e intranquilo.				
14-Tengo confianza, esperanza en el futuro.				
15-Me siento más agitable que habitualmente.				
16- Encuentro fácil tomar decisiones.				
17-Me creo útil y necesario a la gente.				
18-Encuentro agradable vivir.				
19-Sería mejor para los demás que yo muriera.				
20- Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan.				

ANEXO 4

Departamento de Psicología

Cuestionarios de Modos de Afrontamiento de Lazarus

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y marque con una X en que medida esto le sucede a usted. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es indispensable su sinceridad.

Ítems	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1- Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo paso).				
2- Intenté analizar el problema para resolverlo mejor.				
3- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.				
4- Creí que el tiempo cambiaría a las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				

5- Me comprometí o propuse sacar algo positivo de la situación.				
6- Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.				
7- Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				
8- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.				
9- Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.				
10- No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.				
11- Confíe en que ocurriera algún milagro.				
12- Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).				
13- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
14- Intenté guardar para mí mis sentimientos.				
15- Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.				

16- Dormí m á s de lo habitual en mí.				
17- Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) que lo había provocado.				
18- Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.				
19- Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.				
20- Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
21- Intenté olvidarme de todo.				
22- Busqué la ayuda de un profesional.				
23- Cambié, maduré como persona.				
24- Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
25- Me disculpé o hice algo para compensar.				
26- Desarrollé un plan de acción y o seguí.				
27- Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquella en la que no confiaba.				
28- De algún modo expresé mis sentimientos.				

29- Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
30- Salí de la experiencia mejor de cómo entré				
31- Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
32- Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomar unas vacaciones.				
33- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.				
34- Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.				
35- Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.				
36- Tuve fe en algo nuevo.				
37- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
38- Redescubrí lo que es importante en la vida.				
39- Cambié algo para que las cosas fueran bien.				
40- Evité estar con la gente en general.				
41- No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				

42- Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.				
43- Oculté a los demás las cosas que me iban mal.				
44- No me tomé en serio la situación, me negué a considerarla en serio.				
45- Le conté a alguien como me sentía.				
46- Me mantuve firme y peleé por lo que quería.				
47- Me desquité con los demás.				
48- Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar.				
49- Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien				
50- Me negué a creer lo que había ocurrido.				
51- Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.				
52- Propuse un par de soluciones distintas al problema.				
53- Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.				

54- Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.				
55- Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo, o la forma en que me sentía.				
56- Cambié algo de mí mismo.				
57- Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
58- Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo.				
59- Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.				
60- Recé.				
61- Me preparé para lo peor.				
62- Repasé mentalmente lo que haría o diría.				
63- Pensé como dominar í a la situación alguna persona a la que admiro y decid í tomarla como modelo.				
64- Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.				

65-Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.				
66- Hice yoga u otro ejercicio.				
67- Intenté algo distinto a todo lo anterior (... Por favor describalo.....)				

ANEXO 5

Documento de consentimiento informado.

El departamento de psicología del Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. "Faustino Pérez Hernández", están llevando a cabo un estudio sobre Depresión y Estilos de Afrontamientos en pacientes con Esclerosis Múltiples.

Por este motivo, es necesario recoger datos en los pacientes en relación a este tema.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si decide participar, sus datos entrarán a formar parte de la base de datos del estudio y contribuirá a mejorar nuestro conocimiento sobre las características de la depresión y los estilos de afrontamiento producido por la enfermedad. Si decide no participar, sus datos no serán introducidos en la base de datos del estudio y tenga por seguro que este hecho no afectará al trato ni a la asistencia médica y/o psicológica a recibir por usted en el Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. "Faustino Pérez Hernández".

En caso de aceptar participar en el estudio, le pedimos que firme este documento de conformidad. La información y los datos proporcionados por usted serán totalmente confidenciales y estarán protegidos por el secreto profesional.

Nombre completo de la participante:

Firma:

Nombre completo del investigador:

Firma:

Fecha:

ANEXO 6



HOSPITAL PROVINCIAL REHABILITACIÓN

“Dr. Faustino Pérez Hernández”

Sancti Spíritus.

Aval del consejo científico:

La investigación *“Depresión y Estilos de Afrontamientos y su relación con la Esclerosis Múltiple”*, realizado por Dianelis San Miguel Díaz, presenta un análisis profundo respecto al tema. El análisis se centra específicamente en la relación entre la depresión y los estilos de afrontamientos. Por lo que se puede apreciar como desde el punto de vista epistemológico el análisis realizado por la autora retoma postulados esenciales para comprender dicha relación y aportará nuevas proposiciones teóricas sobre la relación entre estos conceptos en los marcos de la EM en la población cubana.

El artículo se le concede vital importancia y puede servir como referencia complementaria para todos los profesionales de la salud y en especial a los psicólogos que laboran en dichas instituciones.

Cordiales Saludos.

Lic. MSc. Rodney M. Jiménez Morales

Jefe de docencia e investigaciones

Presidente del consejo científico