

## Aspectos emocionales de la esclerosis múltiple<sup>(\*)</sup>

Juan F. Godoy<sup>(\*\*)</sup>, José A. Muela y Miguel Pérez

*Universidad de Granada.*

**Resumen:** El principal objetivo de este trabajo fue evaluar posibles alteraciones emocionales consecuentes o asociadas a la Esclerosis Múltiple. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la medida de autoeficacia social y clínicamente relevantes en depresión, ansiedad-rasgo y autoeficacia total.

**Palabras clave:** Esclerosis múltiple, emoción, autoeficacia.

**Title:** Emotional aspects of multiple sclerosis

**Abstract:** The main aim of this research was the assessment of emotional alterations subsequent or associated to Multiple Sclerosis. Results indicated statistically significant differences between-groups in the measure of social self-efficacy and clinically relevant in depression, anxiety-trait and total self-efficacy.

**Key words:** Multiple sclerosis, emotion, self-efficacy.

La Esclerosis Múltiple (EM) es un trastorno neurológico, crónico y progresivo de curso variado e impredecible y de etiología desconocida, postulándose como causas más probables las de tipo genético, vírico y autoinmune. Consiste en la desmielinización selectiva de células del SNC y la consecuente formación de placas, especialmente en las áreas periventricular y periacueductal.

Su prevalencia oscila entre 30-80 por 100.000 habitantes en los lugares de alta incidencia (norte de Europa y de EEUU), entre 6-14 por 100.000 en los de media (sur de Europa y de EEUU) y menor del 6 por 100.000 en los de baja, siendo del orden del 1 por 100.000 en los trópicos, lo que indica una mayor ocurrencia de la EM en los climas fríos y templados, mientras que en zonas polares o tórridas, esta enfermedad es prácticamente desconocida (Adams y Kubik, 1952; Baum y Rothschild, 1981). Existen pocos datos sobre la prevalencia de la EM en nuestro país, indicando los estudios realizados diferentes tasas en función

de las diversas zonas geográficas estudiadas (entre el 40 y el 5.6 por 100.000 habitantes), siendo estos valores indicativos de una incidencia media, lo que es coherente con la localización geográfica española.

Numerosos síntomas han sido señalados de forma consistente en relación a este trastorno: depresión, ansiedad, euforia asociada con algún grado de demencia, ignorancia de la enfermedad o de sus síntomas, irritabilidad, fatiga, apatía, trastornos de la autoimagen, alteraciones cognitivas, disfunciones sensomotoras, etc. (Fabian y Hillel, 1986; Marí-Beffa, Pérez, Muela, Catena y Godoy, 1992; Patterson y Foliart, 1985; Pérez, Muela y Godoy, 1992).

El impacto emocional de la EM sobre los pacientes y sobre sus familias ha sido ampliamente referido. Como muchas enfermedades crónicas, la EM se acompaña de múltiples alteraciones cognitivo-emocionales y comportamentales (véase, para una revisión reciente de la literatura Devins y Selan (1987) y Patterson y Foliart (1985)).

Entre las alteraciones emocionales, las más frecuentemente informadas han sido niveles clínicos y subclínicos de depresión y ansiedad (Baretz y Stephenson, 1981; Dalos, Rabins, Brooks y O'Donnell, 1983; Fabian y Hillel, 1986; McIvor, Riklan y Reznikoff, 1984; Schiffer y Babigian, 1984; Schiffer, Caine, Bamford y Levy, 1983; VanderPlate, 1984; Whitlock y Siskind, 1980; Young, Saunders y Ponsford, 1976), consecuentes

(\*) Diferentes partes de este trabajo fueron presentadas en las I Jornadas Médicas de Estudio de la Esclerosis Múltiple (Granada, 1992) y Congreso Iberoamericano de Psicología (Madrid, 1992).

(\*\*) **Dirección para correspondencia:** Juan F. Godoy. Depto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Campus Universitario de Cartuja. 18011-Granada. Artículo recibido: 18-8-92, aceptado: 28-9-92.

© Copyright 1993 Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 18-8-92, aceptado: 28-9-92.

al impacto personal y social y a las necesidades impuestas por un trastorno de las características de la EM.

Entre dichas alteraciones, la depresión es, sin duda, la más consistentemente informada. Young et al. (1976) sugirieron que los episodios depresivos dependían sobre todo de la localización anatómica de las zonas de desmielinización, apuntando que aparecen precozmente en los casos en los que el tronco cerebral y las estructuras diencefálicas están dañados. Schiffer et al. (1983) plantearon, a su vez, la doble perspectiva de considerar la depresión como reacción psicológica normal ante el impacto de la enfermedad o bien como un síntoma intrínseco y propio de la EM. Para ello, formaron dos grupos de afectados de EM, asignando al primero los sujetos con desmielinización cerebral y al segundo los pacientes con desmielinización no cerebral. El primer grupo, con daño cerebral, presentó una mayor tasa de episodios depresivos, muy superior a la presentada por el segundo grupo, con daño no cerebral.

Schiffer y Babigian (1984) informaron de mayor tasa de problemas depresivos en los sujetos afectados de EM que en pacientes afectados de epilepsia temporal o de esclerosis lateral amiotrófica, sugiriendo que la razón de esta mayor incidencia de estados depresivos en pacientes afectados de EM, puede deberse al daño de estructuras límbicas por el proceso de desmielinización, a las similitudes genéticas entre la depresión y la EM y/o a alteraciones selectivas del metabolismo de las monoaminas en el SNC.

Por último, Baretz y Stephenson (1981) distinguen cuatro tipos de reacciones afectivas ante la EM: depresión franca, depresión enmascarada, humor neutro (aceptación realista de las consecuencias de su enfermedad) y humor elevado, optimista e incluso eufórico. El estudio sugiere un cambio del estado de ánimo del paciente de EM conforme avanza su enfermedad y aumentan sus incapacidades funcionales. La transición se realizaría de un estado eufórico al depresivo franco.

En cuanto a la posible presencia de estados de euforia inapropiada (o despreocupación alegre), Patterson y Foliart (1985) la suponen consecuencia del rechazo cognitivo o negación de la enfer-

medad, aunque bien pudiera estar asociada a episodios de manía.

Entre otras alteraciones, con fuerte impacto emocional, frecuentemente asociadas a la EM se han indicado trastornos en la relación familiar, social, sexual y laboral (Burnfield y Burnfield, 1982; Gould, 1982; Szasz, Paty y Maurice, 1984). Entre ellas, las alteraciones sexuales se han indicado muy frecuentemente (Ivers y Goldstein, 1963; Lilius, Valtonen y Winstrom, 1976).

En resumen, la literatura informa de múltiples alteraciones emocionales en la EM. Sin embargo, los datos aportados no son consistentes ni siempre correlacionan adecuadamente con el tipo y magnitud de la lesión neurológica, por lo que el principal objetivo del presente trabajo fue investigar las alteraciones emocionales, consecuentes o asociadas, presentadas por pacientes afectados de EM.

## Metodología

### Sujetos y grupos

Participaron en este estudio 10 pacientes de ambos sexos afectados de EM, de diferente tipo y evolución, todos voluntarios, que formaron el grupo experimental. Para la formación del grupo de control se pidió la colaboración de otros 10 sujetos no clínicos de similares características demográficas y socioculturales que los sujetos clínicos.

Las características demográficas y socioculturales de la muestra utilizada se exponen en la tabla 1.

### Medidas

Se utilizaron las siguientes medidas:

Para la medida de la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, en la versión de Conde y Franch (1984). Consta de 21 ítems con diferentes alternativas de respuesta, que se puntúan de 0 a 3. La puntuación alcanzada por cada sujeto es la suma de las puntuaciones correspondientes a las alternativas de respuesta elegidas.

**Tabla 1.** Características demográficas y socioculturales de la muestra utilizada.

CARACTERÍSTICAS	GRUPO EXPERIMENTAL (N=10)	GRUPO CONTROL (N=10)
Edad	$\bar{X}=36.2$ DS=9.62 R=18-49	$\bar{X}=36.7$ DS=12.80 R=18-52
Sexo	2 V / 8 M	2 V / 8 M
Nivel educativo*	$\bar{X}=1.8$	$\bar{X}=1.8$

\* Primaria y FP1 = 1, BUP y FP2 = 2, Diplomatura en curso = 3, Diplomados = 4, Licenciados = 5

La ansiedad fue medida como estado y como rasgo a través del Inventario de Ansiedad E/R (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene en la versión española de TEA (1988). Consta de 40 ítems, 20 para cada escala. Los ítems incluyen cuatro alternativas de respuesta (desde nada a mucho), puntuadas de 0 a 3. La puntuación alcanzada en cada escala por el sujeto fue obtenida según las normas estandarizadas de la prueba. Una segunda medida de ansiedad, ansiedad social, se realizó a través de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES-B) de Leary (1983), en la versión española de Juan F. Godoy. Consta de 12 ítems, valorados en una escala de 1 a 5 puntos. La puntuación obtenida por cada sujeto fue la suma de las correspondientes a la alternativa de respuesta elegida, previa la conversión de las puntuaciones en los ítems en los que es necesaria.

También se utilizó la Escala de Autoeficacia (EAE) de Sherer y Adams (1983), en la versión española de Juan F. Godoy. Consta de 30 ítems divididos en dos subescalas: Autoeficacia General de 17 ítems y Autoeficacia Social de 6 ítems (los 7 ítems restantes no puntúan) con 5 alternativas de respuesta, que gradúan el nivel de acuerdo-desacuerdo que tiene el sujeto con respecto al enunciado de cada ítem. La puntuación en cada subescala se obtiene de la suma de las correspondientes a la respuesta elegida previa la conversión en los casos en que es necesaria. También existe una subescala de Autoeficacia Total cuya puntuación es la suma de las dos anteriores escalas.

Por último, se evaluaron problemas sexuales consecuentes a la aparición de la enfermedad, a través de una historia sexual que incluía dos ítems. El primero preguntaba si había notado el sujeto algún cambio en sus relaciones sexuales como consecuencia de su enfermedad. En caso afirmativo, en el segundo ítem contestaba el tipo de dificultad presentada (trastornos en la erección, en la consecución del orgasmo, en la disminución del deseo u otros).

### Procedimiento

A cada sujeto del grupo experimental se aplicaron, en el local de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple de Granada o en su domicilio particular en aquellos casos que había problema en el desplazamiento, las medidas descritas, incluidas, en forma contrabalanceada, en un cuadernillo. Todas las medidas fueron autoadministradas en seis casos y, en los cuatro restantes, en los que se apreciaron problemas de lectura o escritura, el sujeto contestaba verbalmente a los ítems, leídos por el experimentador. La pasación fue en grupo (cuatro sujetos) o individual (en los seis restantes casos).

En cuanto a los sujetos del grupo control, las medidas fueron autoadministradas en su domicilio particular y la pasación fue individual para todos los sujetos. En este grupo, no se evaluaron, obviamente, los problemas sexuales consecuentes a la aparición de la EM.

En todos los casos se pedía a los sujetos que leyeran o escucharan atentamente las instrucciones de cada prueba, se les indicaba que hicieran las preguntas que estimasen oportunas, se les informaba que se respetaría escrupulosamente la confidencialidad de los datos y se les pedía, para una mayor validez científica de los mismos, que contestaran de la forma más honesta posible.

### Resultados

Se realizaron dos análisis de varianza para los correspondientes diseños unifactoriales entre grupos (grupo experimental, grupo control) de las variables edad y nivel cultural. En ninguno de los casos aparecieron efectos significativos ( $F < 1$ ; NS), lo que es coherente con el procedimiento utilizado de asignación de los sujetos a los grupos.

Se realizaron siete análisis no paramétricos (prueba de Kruskal) para los correspondientes diseños unifactoriales entre grupos (grupo experimental, grupo de control) de las medidas de miedo a la evaluación negativa, depresión, ansiedad

(estado y rasgo) y autoeficacia (general, social y total). Tan sólo aparecieron efectos estadísticamente significativos en la medida de autoeficacia social ( $p < 0.05$ ), si bien en depresión, ansiedad-rasgo y autoeficacia total se estuvo próximo a la significación.

Puede apreciarse en la tabla 2 que los sujetos del grupo experimental puntuaron más alto que los controles en depresión y en ansiedad-rasgo y más bajo en ansiedad-estado, autoeficacia total y en autoeficacia social, siendo esta última diferencia la única estadísticamente significativa.

**Tabla 2.** Medias obtenidas en las diferentes pruebas.

MEDIDAS	MEDIA G. EXPERIM	MEDIA G. CONTROL
BDI	13.4	9.3
FNES	32.7	33.2
STAI-E	16.2	24.1
STAI-R	29.6	26.3
EAE-G	57.2	58.6
EAE-S*	17.2	19.7
EAE-T	74.4	78.2

\*  $p < 0.05$

En lo relativo a cambios en las relaciones sexuales producidos como consecuencia de la enfermedad, el 50% de los sujetos informaron que ésta había afectado a sus relaciones sexuales. En el caso de pacientes varones el trastorno se debió a impotencia y falta de deseo y en el caso de mujeres el trastorno se debió a falta de deseo y, en un caso, a problemas en la consecución del orgasmo, además.

## Discusión

Los resultados de esta investigación informan de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en autoeficacia social, no siendo estadísticamente significativas las diferencias entre grupos en las restantes medidas, lo que indica que los afectados de EM se ven a sí mismos menos eficaces socialmente que los no afectados por esta enfermedad, aunque esto no les produzca mayor miedo a ser evaluados negativamente por los demás (iguales puntuaciones entre los grupos en FNES-B). Sí se obtuvieron diferencias clínicamente relevantes entre grupos en ansiedad-rasgo (los afectados de EM muestran mayor ansiedad en la mayoría de las situaciones cotidianas que los sujetos del grupo de control), autoeficacia total (los afectados de EM se ven más ineficaces que los sujetos del grupo de control) y depresión (los afectados de EM puntúan más alto en depresión que los sujetos del grupo de control).

Las diferencias en ansiedad-estado (los afectados de EM puntuaron por debajo de los controles, lo que indica que tenían menos ansiedad en el

momento de la evaluación) pueden deberse a la diferente visión que de esta investigación tenían ambos grupos: para los afectados de EM, este estudio serviría para conocer mejor su enfermedad y cómo inciden algunos síntomas sobre ellos mismos. Para los sujetos del grupo de control (de los que casi ninguno sabía qué tipo de enfermedad podría ser la EM), los items de las medidas a las que contestaron no dejaban de ser aspectos de su vida privada que soportaban como un favor personal a los investigadores, o bien por la curiosidad de conocer los resultados de las pruebas, que se les prometió entregar. En cualquier caso, la motivación de ambos grupos era muy distinta, existiendo mucha más implicación con este trabajo en el grupo de afectados de EM.

En resumen, estos resultados no se corresponden totalmente con los informados por la literatura, que suele indicar alteraciones emocionales en este tipo de pacientes, especialmente en ansiedad y depresión (Baretz y Stephenson, 1981; Dalos et al., 1983; Fabian y Hillel, 1986; McIvor et al., 1984; Schiffer y Babigian, 1984; Schiffer et al., 1983; VanderPlate, 1984; Whitlock y Siskind, 1980; Young et al., 1976), a pesar de haber utilizado las mismas medidas que en muchos de estos estudios. Sin embargo, habrá que tener en cuenta que, en el caso de las medidas de depresión tipo BDI, se incluyen items que evalúan como síntomas depresivos la irritabilidad, trastornos de la autoimagen, bajo rendimiento laboral, fatiga, preocupación por la propia salud o desinterés por el sexo. Dichas características, además de indicadoras de depresión, también son síntomas de

la EM, por lo que no sorprende que los afectados de EM obtengan mayor puntuación en el BDI que los sujetos no afectados de EM, lo cual, no tiene por qué indicar necesariamente mayor depresión que en estos últimos.

Sí corresponden nuestros datos relativos a las alteraciones sexuales consecuentes a la EM con lo informado por otros autores (Ivers y Goldstein, 1963; Lilius et al., 1976).

Las diferencias entre nuestros datos y los de la literatura pueden deberse:

1. Al escaso número de sujetos utilizado.
2. A la heterogeneidad de la muestra.

3. Al alto nivel de adaptación y motivación de los pacientes.
4. Al posible efecto de deseabilidad social o tendencia de los pacientes a presentarse en un estado mejor del real.
5. A la administración oral, en algunos sujetos, de las pruebas.

Para finalizar, como conclusión más llamativa de este trabajo habría que indicar que es aconsejable en muchos pacientes una intervención psicológica destinada a prevenir y/controlar las alteraciones emocionales asociadas a la EM.

## Referencias bibliográficas

- Adams, R.D. y Kubik, C.S. (1952). The morbid anatomy of demyelinating diseases. *American Journal of Medicine*, 12, 510.
- Baretz, R.M. y Stephenson, G.R. (1981). Emotional responses to multiple sclerosis. *Psychosomatics*, 22, 117-127.
- Baum, H.M. y Rothschild, B.B. (1981). The incidence and prevalence of reported multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 10, 420-428.
- Burnfield, A. y Burnfield, P. (1982). Psychosocial aspects of multiple sclerosis. *Physiotherapy*, 68, 149-150.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn.
- Dalos, N.P., Rabins, P.V., Brooks, B.R. y O'Donnell, P. (1983). Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 13, 573-577.
- Devins, G.M. y Seland, T.P. (1987). Emotional impact of multiple sclerosis: Recent findings and suggestions for future research. *Psychological Bulletin*, 101, 363-375.
- Fabian, J.L. y Hillel, J. (1986). Manifestations psychiatriques de la sclérose en plaques: Revue critique de la littérature. *Union Medicale du Canada*, 115, 180-183.
- Gould J (1982). Disabilities and how to live with them: Multiple sclerosis. *The Lancet*, 2, 1208-1210.
- Ivers, R.R. y Goldstein, N.P. (1963). Multiple sclerosis: A current appraisal of symptoms and signs. *Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic*, 38: 457-466.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 379-390.
- Lilius, H.G., Valtonen, E.J. y Winstrom, J. (1976). Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *Journal of Chronic Diseases*, 29, 643-647.
- Mari-Beffa, P., Pérez, M., Muela, J.A., Catena, A. y Godoy, J.F. (1992). Aspectos cognitivos de la esclerosis múltiple (I): Atención. *Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología*, Madrid: Abstr. CL, p. 177.
- Mcivor, G.P., Riklan, M. y Reznikoff, M. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1028-1033.
- Patterson, M.B. y Foliart, R. (1985). Multiple sclerosis: Understanding the psychological implications. *General Hospital Psychiatry*, 7, 137-142.
- Pérez, M., Muela, J.A. y Godoy, J.F. (1992). Aspectos cognitivos de la esclerosis múltiple (II): Memoria. *Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología*, Madrid: Abstr. CL, p. 178.
- Schiffer, R.B. y Babigian, H. (1984). Behavioral disorders in MS, temporal lobe epilepsy and amyotrophic lateral sclerosis. An epidemiologic study. *Archives of Neurology*, 41, 1067-1069.
- Schiffer, R.B., Caine, E.D., Bamford, K.A. y Levy, S. (1983). Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1498-1500.
- Sherer, M. y Adams, C.H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 53, 143-148.
- Spielberger, R.L., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1988). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Manual. 3ª ed. Madrid: TEA.
- Szasz, G., Paty, D.W. y Maurice, W.L. (1984). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 436, 443-452.
- Vanderplate, C. (1984). Psychological aspects of multiple sclerosis and its treatment: Toward a biopsy-

- chosocial perspective. *Health Psychology*, 3, 253-272.
- Whitlock, F.A. y Siskind, M.M. (1980). Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 43, 861-865.
- Young, A.C., Saunders, J. y Ponsford, J.R. (1976). Mental change as an early feature of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 39, 1008-1013.