

Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria

Silvia Lara* y Teresa Kirchner

Universidad de Barcelona

Resumen: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa que lleva implícita no sólo limitaciones físicas, sino también numerosos estresores psicosociales. Los objetivos de este estudio son: 1) analizar los problemas más comúnmente narrados por afectados de EM, la intensidad de estrés que les generan, el grado de control percibido sobre ellos y las estrategias de afrontamiento que utilizan para minimizar su impacto 2) contrastar el nivel de estrés, de control sobre el estresor y el uso de estrategias de afrontamiento de pacientes con EM con los de población normativa. Participan en el estudio 70 pacientes con diagnóstico de EM (48 mujeres y 22 hombres). Los resultados indican que sus principales problemas son las limitaciones y síntomas físicos, los problemas laborales y la falta de proyección de futuro. Solución de Problemas y Reevaluación Positiva son las estrategias utilizadas con mayor frecuencia y Descarga Emocional la de menor uso. Se advierte una relación inversa entre percepción de control sobre los problemas y nivel de estrés y una relación directa entre estrés y uso de estrategias de evitación. La población con EM no difiere de la normativa ni en la intensidad del estrés ni en el grado de control percibido, y se aprecian escasas diferencias en la frecuencia de uso de las distintas estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: esclerosis múltiple; problemas narrados; percepción de estrés; percepción de control; estrategias de afrontamiento.

Title: Stress and coping in patients with multiple sclerosis. A comparative study with normative sample.

Abstract: Multiple Sclerosis (MS), not only provokes a series of physical limitations, but also a great number of psychosocial distress. The objective of this study is twofold: 1) to establish the kind of problems commonly narrated by MS patients, the level of stress generated, the perceived degree of control and the coping strategies used to face them. 2) To compare the use of coping strategies and the degree of stress and control between MS patients and the normative sample. Method: the participants were 70 MS diagnosis patients (48 women and 22 men). The results indicate that physical disabilities, problems related to work and the lack of a sense of future projection are the main stressors that are prevalent concerns to MS patients. The strategies most frequently used by participants are Problem Solving and Positive Reappraisal and the less frequently used is Emotional Discharge. The low sense of control in these patients is related to a high intensity of stress. Furthermore, the intensity of stress is associated with a major use of avoidance strategies. No differences are found related to level of stress and sense of control between MS patients and normative sample and scarce differences related to the use of coping strategies.

Key words: multiple sclerosis; problems reported; stress level; perceived control; coping strategies.

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, de naturaleza desmielinizante y no contagiosa. La EM se divide en dos tipologías principales: remitente/recurrente y progresiva. Mientras que la primera se caracteriza por períodos de exacerbación y de remisión con diferentes grados de afectación: leve, moderado y grave; en la segunda el sujeto presenta un lento y constante declive en su salud. La mayoría de afectados (85-90%) presenta la tipología remitente-recurrente. No obstante en el 70% de los casos evoluciona hacia una progresiva, pasado un tiempo (Noseworthy, Luchinetti, Rodriguez y Weinshenker, 2000). La evolución de la EM se caracteriza por la alternancia de brotes-accesos y remisiones, de duración y frecuencia variable de un paciente a otro. Los accesos varían según la zona afectada del sistema nervioso y en ocasiones pueden presentarse de manera simultánea trastornos motores y sensoriales. Respecto a las alteraciones cognitivas, es probable que del 40 al 60% aproximadamente de pacientes con EM tengan algunos déficits intelectuales (Rao, Leo, Bernardi y Unverzagt, 1991).

La edad de aparición puede oscilar entre la juventud y la adultez, hallándose la media entre los 20 y 40 años y afectando dos veces más a las mujeres que a los hombres (Cooper y Stroehla, 2003). Su etiología es desconocida, no existiendo actualmente cura, tan sólo tratamientos paliativos (Compton y Coles, 2002). Su prevalencia actual es de 60 casos por 100.000 habitantes. Se estima que 30.000 personas en España padecen dicho trastorno (Otero y Del Pozo, 2007).

tiendo actualmente cura, tan sólo tratamientos paliativos (Compton y Coles, 2002). Su prevalencia actual es de 60 casos por 100.000 habitantes. Se estima que 30.000 personas en España padecen dicho trastorno (Otero y Del Pozo, 2007).

Son múltiples los dominios vitales en que dichos pacientes deben hacer frente a numerosos estresores. Como reporta el estudio realizado por Edmons, Vivat, Burman, Silber y Higginson (2007), los principales factores estresantes se relacionan con la pérdida de la independencia personal, la pérdida del trabajo y la disminución del contacto social que conlleva un progresivo aislamiento. Por su parte, Pakenham (2006) estableció los siguientes dominios siguiendo el presente orden de importancia: problemas físicos, problemas emocionales, problemas instrumentales, problemas relacionales (pareja, amigos, familia) y dificultades asociadas al tratamiento.

EM y Afrontamiento

Un tema de gran relevancia en el análisis de la adaptación de pacientes a enfermedades crónicas es el relativo al tipo de afrontamiento que realizan. La mayor parte de los autores interesados en estudiar el rol que tiene el afrontamiento en el ajuste psicológico de pacientes con EM han seguido las directrices aportadas por la teoría de Lazarus y Folkman (1984) sobre estrés y afrontamiento. Esta teoría, aplicada al mundo de las enfermedades crónicas, propone que la adaptación al trastorno vendrá determinada por parámetros objetivos de la enfermedad "pérdidas funcionales", junto con una serie de procesos mediacionales: valoración cognitiva,

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Sylvia Lara. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebron, 171 08035. Barcelona (España).
E-mail: slara@tlmk.fem.es

estrategias de afrontamiento y recursos cognitivos, así como la apreciación de la enfermedad (Spain, Tubridy, Kilpatrick, Adams y Colmes, 2007).

El afrontamiento se define como aquellos “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como que sobrecargan o exceden los recursos de la persona” (Lazarus y Folkman, 1984, pág. 141). Los esfuerzos específicos, cognitivos o conductuales, para hacer frente a un estresor se conocen con el nombre genérico de estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento pueden ser organizadas en diversos dominios o dimensiones de acuerdo con su foco primario. Dos de las dimensiones más consensuadas en población adulta (Lazarus y Folkman, 1984) son el afrontamiento centrado en el problema. El afrontamiento centrado en el problema busca hacer frente a la realidad de la crisis, y el periodo que le sigue, ocupándose de las consecuencias tangibles y tratando de construir una situación más satisfactoria. El afrontamiento centrado en la emoción tiene como objetivo manejar las emociones provocadas por la crisis y mantener el equilibrio afectivo y psicológico. Moos (1993, 1995) defiende un modelo transaccional de afrontamiento definido mediante dos grandes dimensiones o focos: un afrontamiento de aproximación, que implica una transacción directa con el estresor, y un afrontamiento de evitación, cuya función es regular el estado emocional negativo derivado de la situación estresante. Ambas formas de afrontamiento pueden canalizarse tanto a través de la vía cognitiva como de la vía conductual.

Los resultados de las investigaciones (tanto transversales como longitudinales) sobre enfermedades crónicas y en concreto sobre EM, no hallan consenso sobre cuales son las estrategias más efectivas para la transacción con los estresores asociados. De modo general, la mayoría de estudios consensúan que el conjunto de estrategias centradas en la emoción están relacionadas más consistentemente con mayores grados de distrés y un ajuste negativo a la enfermedad (Denninson, Moss-Morris y Chalder, 2009; Pakenham, 2006). De manera específica, ciertas estrategias como la desesperanza, la negación, la evitación cognitiva y el pensamiento mágico se hallan regularmente relacionadas e incluso son predictores de peor ajuste a la enfermedad (Denninson et al., 2009).

En referencia a las estrategias de aproximación o focalizadas en el problema, no existe acuerdo respecto a la función que desempeñan en el ajuste a la enfermedad. Por una parte hay autores que hallan que pacientes afectados por EM que hacían un mayor uso de estrategias focalizadas en el problema, reportaban un mejor ajuste y menores niveles de estrés (Manne, Pape, Taylor y Dougherty, 1999). Concretamente, la solución de problemas, la búsqueda de guía y soporte y la reformulación positiva, se relacionan con un mejor ajuste, aunque esta relación es de carácter débil. Arnett y Randolph (2006), en un estudio longitudinal a un año, observaron que los pacientes que utilizaban en menor medida estrategias de aproximación incrementaban sus niveles de depresión. Finalmente, Aikens, Fischer, Nameny y Rudick

(1997) afirman que la única estrategia que predecía futuras alteraciones emocionales en pacientes con EM era la “evitación” y no el resto de estrategias de afrontamiento.

Otro de los puntos a destacar es la comparación del uso del afrontamiento entre pacientes afectados y población comunitaria no afectada por la enfermedad. Los datos aportados por estudios longitudinales (Lode et al., 2010) hallan que en relación a personas no afectadas, los pacientes con EM realizan un menor uso de las estrategias de afrontamiento. Pasados 5 años, tan sólo se equiparaban en el uso de estrategias de evitación.

Por otra parte, la bibliografía sobre Esclerosis Múltiple ha subrayado la importancia de la percepción del estrés en la enfermedad. Concretamente, la percepción del estrés asociada a acontecimientos vitales estresantes puede ser un mediador en el incremento de la actividad inflamatoria en la EM, ya que induce cambios en los mecanismos inmunes relacionados con el sistema hipotalámico-adenohipofisario, así como en el sistema nervioso autónomo (Ackerman, Martino, Heyman, Moyna y Rabin, 1996). Se debe tener en cuenta que los altos niveles de estrés se encuentran relacionados con otros trastornos del curso remitente-recurrente (Karlidag, Unal, Evereklioglu, Sipahi y Yologlu, 2003). De hecho, la mayoría de pacientes con EM están frecuentemente convencidos de que los acontecimientos vitales estresantes preceden la exacerbación clínica (Chelmickal-Schorr y Aronson, 1994).

En un metanálisis llevado a cabo por Mohr, Hart, Julian, Cox y Pelletier (2004) se concluye que en la EM existe una asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la subsiguiente exacerbación de síntomas. No obstante, no llegan a una clara conclusión de si esta relación es causal o por el contrario, indica que existen otros factores que puedan estar afectando a la percepción de estrés y a la exacerbación del trastorno.

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre estresor, control sobre el mismo y afrontamiento en afectados de EM. Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos: 1) Analizar los problemas más comúnmente narrados por afectados de EM, la intensidad de estrés que les genera, el grado de control percibido sobre ellos y las estrategias de afrontamiento que utilizan para minimizar su impacto.

2) Contrastar el nivel de estrés, de controlabilidad del estresor y el uso del afrontamiento de pacientes con EM con los de población normativa no afectada por la enfermedad.

Con respecto al primer objetivo, y dada la relación entre estrés y afrontamiento, se formula la hipótesis de que a mayor nivel de estrés, los participantes realizarán un mayor uso de las estrategias de afrontamiento en general, y que la menor sensación de control sobre los problemas narrados conllevará un uso incrementado de las estrategias de evitación. En relación con el segundo objetivo, la hipótesis que se pretende explorar es si el hecho de padecer una enfermedad crónica, de curso variante o degenerativo, sobre la cual se ejerce poco control, se relaciona con un aumento del nivel

de estrés y con una disminución del grado de control percibido sobre la misma. Asimismo, siguiendo los hallazgos de investigaciones muy recientes (Lode et al., 2010) se emite la hipótesis de que los afectados de EM efectuarán un uso menor de las estrategias de afrontamiento, especialmente de las de tipo aproximativo, en relación a población normativa no afectada de EM.

Método

Participantes

Participan en el estudio 70 pacientes (48 mujeres y 22 hombres) con diagnóstico de EM. La media de edad es de 38.66 años (desviación típica = 9.84; rango entre 26-65 años). El estado civil más frecuente (38.6%) corresponde a la categoría de casado o con pareja de hecho. La mayoría de los participantes (48.6%) no tiene hijos, mientras que un 20.8% cuenta con un hijo, un 20.8% con dos hijos y finalmente el 6.9 cuenta con 3 hijos. El 45.7 % de los participantes manifiesta mantener un contacto frecuente con ellos. Respecto a otras fuentes del círculo social, el 71.4% afirma que tiene un contacto frecuente con uno de los progenitores y un 80% posee un contacto asiduo con sus amigos residentes en la ciudad.

Con relación a variables laborales, el 62.9% de la muestra se encuentran trabajando, frente a un 37.1% que se halla fuera de la actividad laboral (11.4% son pensionistas, 23,6% se encuentran en situación de paro y un 2.9% no ha trabajado anteriormente). El nivel de estudios medios es de 15.06 años (desviación típica = 5.17; rango entre 3-30) y la mayoría (51.4%) posee estudios de Bachillerato.

En relación con las variables relativas a la enfermedad un 80% presenta la tipología remitente/recurrente mientras que un 20% posee una tipología de carácter progresivo. La media de años de diagnóstico es de 9.51 años (desviación típica = 6.09) y el número de brotes padecidos durante la enfermedad se halla en una media de 6.96 (desviación típica = 7.34; rango 0-44).

La población con la que se ha comparado a los pacientes con EM en las diferentes variables analizadas es la que forma parte de la muestra normativa de la adaptación española del CRI-A (Kirchner y Forns, 2010; Kirchner, Forns, Muñoz, y Pereda, 2008).

Instrumentos

Con el objetivo de recoger información sobre diversos aspectos sociodemográficos de los participantes, se elaboró una encuesta *ad hoc* que incluía 22 preguntas de respuesta cerrada clasificadas en 3 áreas: datos demográficos (personales, académicos y laborales), datos sociales (con quien convive en el domicilio familiar, si mantiene un contacto frecuente con hijos, amigos, padres) y datos relacionados con la enfermedad (tipología de la enfermedad, años del diagnóstico).

Para evaluar las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés y de control percibido se utilizó la adaptación es-

pañola (Kirchner y Forns, 2010) del Coping Responses Inventory-Adult Form (CRI-A; Moos, 1993). El cuestionario consta de 3 partes. En la primera, los sujetos han de describir un problema o situación difícil a la que han tenido que hacer frente en los últimos doce meses y puntuar en una escala de intervalo de 1 ("casi nada") a 10 ("muchísimo") el grado de estrés que les originó dicho problema y el grado de control que creían tener sobre el mismo. En el presente estudio el problema se contextualizó en el ámbito de la propia enfermedad. La segunda parte consta de 10 ítems con 4 niveles de respuesta (escala Likert de 0 "seguro que no" a 3 "seguro que sí") y proporciona información sobre la valoración que el sujeto hace del problema descrito. La tercera parte consta de 48 ítems con 4 opciones de respuesta (escala Likert de 0 "no, nunca" a 3 "sí, casi siempre") distribuidos en 8 estrategias de afrontamiento de 6 ítems cada una. Cuatro de estas estrategias evalúan el afrontamiento orientado a la aproximación del problema: Análisis Lógico (AL), Reevaluación Positiva (RP), Búsqueda de guía y soporte (BG) y Solución de Problemas (SP), conformando su sumatoria una escala global de aproximación. Las cuatro escalas restantes evalúan estilos orientados a la evitación del problema: Evitación Cognitiva (EC), Aceptación-Resignación (AR), Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR) y Descarga Emocional (DE) y su sumatoria conforma una escala global de evitación.

Los estudios de consistencia interna para la muestra de afectados indican valores alfa de .69 para la escala de aproximación y de .60 para las de evitación, siendo muy similares a los reportados por Moos (1993) en la muestra original, y algo más bajos a los obtenidos en la adaptación española del inventario: alfa = .78 para la escala de aproximación y alfa = .72 para la de evitación (Kirchner, Forns, Muñoz, y Pereda, 2008).

Procedimiento

Se reclutó a los participantes mediante un muestreo de casos consecutivos con criterios de exclusión y de voluntariedad. Se estableció contacto con el grupo de afectados a través de dos asociaciones de Esclerosis Múltiple de la ciudad de Barcelona. En primer lugar, una primera entrevistadora contactaba telefónicamente con los participantes y seguidamente mantenían una entrevista con una de las psicólogas autora de este estudio. El lugar de administración de las pruebas se realizó en un despacho habilitado para tal fin y facilitado por una de las asociaciones. En el caso de aquellos sujetos dispuestos a participar pero cuya reducida movilidad no permitía el desplazamiento, la propia entrevistadora acudía al domicilio familiar (aproximadamente un 10% de la muestra). La administración de los cuestionarios se realizó de manera individual, en una única sesión, con una duración aproximada de una hora y media. Durante la aplicación, la entrevistadora (Lara.S) se hallaba presente a fin de resolver inquietudes o dudas respecto a los cuestionarios. Se excluyeron del estudio a los pacientes que presentaban un trastorno

de carácter psicótico asociado y a aquellos cuya capacidad cognoscitiva se encontraba deteriorada para permitir la correcta comprensión de las pruebas. Todos los sujetos participaron de manera voluntaria, dieron su consentimiento verbal y se garantizó su anonimato asignando un código a cada uno de ellos. En todo momento se cumplió el código deontológico estipulado por el Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1990).

Análisis de datos

Los datos obtenidos han sido analizados mediante los paquetes estadísticos SPSS (15.0) y STATGRAPHICS. PLUS (4.1.). Para alcanzar los objetivos descriptivos se han utilizado medidas de tendencia central. Para establecer comparaciones entre grupos se ha utilizado la *t* de Student para grupos independientes (comparaciones inter-sujeto) y para grupos relacionados (comparaciones intra-sujeto), así como ANOVAs univariadas. Para alcanzar los objetivos de asociación entre variables continuas se han utilizado correlaciones de Pearson y correlaciones parciales.

Resultados

Tipología de los problemas narrados

Los problemas narrados por los pacientes afectados de EM fueron codificados por dos evaluadores independientes y se obtuvo un índice de Kappa de Cohen de .94 excelente según los criterios de Fleiss (1981). En la tabla 1 se recogen

los porcentajes para cada una de las categorías de problemas explicitados por los participantes.

Tabla 1. Tipo de problemas narrados por pacientes con EM y porcentajes de citación.

Tipo de problema narrado	Porcentaje de citación
Limitaciones físicas	40%
Problemas laborales	30%
No proyección de futuro	8.6%
Problemas familiares	5.7%
Problemas de pareja	4.3%
Problemas de relación	2.9%
Autoconcepto	2.9%
Ocio/deporte	2.9%
No aceptación de la enfermedad	1.4%
Limitaciones sociales	1.3%

Los porcentajes más elevados corresponden a problemas relacionados con las limitaciones físicas y con el ámbito laboral. Los restantes problemas han obtenido porcentajes más bajos.

Estrés, control y afrontamiento

En la Tabla 2 se recogen las medias y desviaciones típicas (DT) del nivel de estrés, grado de control y estrategias de afrontamiento reportados por los pacientes con EM, y por la población normativa de la adaptación española del CRI-A. Asimismo, se muestran los contrastes *t* de Student y, dado el elevado tamaño de la muestra normativa que puede favorecer el error de tipo I, se ha calculado la *d* de Cohen.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas (DT) de las estrategias de afrontamiento del CRI-A. de pacientes con EM y población normativa. Contraste *t* de Student y *d* de Cohen.

CRI-A	Población EM		Población normativa		Contrastes		
	Media	DT	Media	DT	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen
Análisis Lógico	6.41	3.52	10.57	3.48	9.67	<.001	1.19
Reevaluación Positiva	9.26	4.04	9.93	3.82	1.41	.16	0.17
Búsqueda de guía y soporte	7.80	3.51	8.28	3.56	1.09	.27	0.14
Solución de problemas	10.53	3.34	11.36	3.79	1.78	.07	0.23
Evitación cognitiva	6.61	3.71	7.65	3.59	2.34	.02	0.28
Aceptación-Resignación	6.87	3.06	6.97	3.55	0.22	.82	0.03
Búsqueda de recompensas alternativas	6.90	3.41	6.54	3.55	0.82	.41	0.10
Descarga emocional	5.27	3.10	5.71	3.57	1.01	.31	0.13
Total aproximación	34.03	10.17	40.19	10.16	4.91	<.001	0.61
Total evitación	25.64	8.45	27.12	9.29	1.30	.19	0.17
Grado de estrés	7.39	2.45	7.79	1.74	1.80	.07	0.19
Grado de control	4.93	3.05	5.39	2.46	1.48	.14	0.17

Las medias obtenidas por la población con EM en el CRI-A no difieren significativamente de las de la población normativa comunitaria del test, excepto en Análisis Lógico, estrategia utilizada significativamente en menor medida por los pacientes con EM. También se aprecia en la Tabla 2 que, en líneas generales, los pacientes con EM hicieron un menor uso de las estrategias de aproximación en comparación con la población normativa comunitaria.

A nivel intraindividual, la estrategia más utilizada por los pacientes con EM fue Solución de Problemas seguida de Reevaluación Positiva, observándose diferencias significativas entre ambas ($t= 2.69$, $p=.009$) y diferenciándose de las restantes, ($p<.05$ en todas las comparaciones). La menos utilizada fue Descarga Emocional que se diferenció significativamente de todas las restantes estrategias ($p<.05$ en todas las comparaciones). Los participantes hicieron un mayor uso de las estrategias de aproximación que las de evitación ($t= 6.21$,

$p < .000$). El patrón de uso de estrategias de afrontamiento en población afectada de EM es muy similar al de la población comunitaria. Asimismo, el grado de estrés y de control percibido de la población con EM es muy parecido al reportado por la población normativa comunitaria.

Relación entre nivel de estrés, control percibido y afrontamiento

Se analizó la relación entre la intensidad del estrés y el grado de control percibido sobre el problema descrito, y las estrategias de afrontamiento del CRI-A referidas.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre grado de estrés, grado de control y estrategias de afrontamiento. Correlaciones parciales entre las estrategias de afrontamiento del CRI-A controlando el tipo de estresor.

CRI-A	Grado de estrés	Grado de control	CRI-A										
			AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE	TA		
Análisis Lógico (AL)	.29*	.04	---										
Reevaluación Positiva (RP)	-.23	.21	.39**	---									
Búsqueda de guía y soporte (BG)	.28*	-.19	.14	.201	---								
Solución de problemas (SP)	.04	.09	.47***	.45***	.36*	---							
Evitación cognitiva (EC)	.13	-.26*	.22	.08	-.03	-.03	---						
Aceptación-Resignación (AR)	.22	-.30*	-.06	-.25*	.02	-.20	.21	---					
Búsqueda de recompensas BR)	.04	.11	.25*	.35*	.38**	.32	.01	-.17	---				
Descarga emocional (DE)	.32**	-.13	.26*	-.02	.22	.20	.40**	.48***	.14	---			
Total aproximación (TA)	.12	.06	.69***	.75***	.60***	.74***	.08	-.19	.46***	.22	---		
Total evitación (TE)	.27*	-.22	.27*	.07	.23*	.11	.69***	.59***	.40**	.80***	.24*	---	
Grado de control		-.40**											

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Respecto a las estrategias de afrontamiento, el grado de estrés se relaciona con un aumento del uso de Análisis Lógico, Búsqueda de Guía y Soporte, Descarga Emocional y, en conjunto, con un mayor uso de las estrategias de evitación. En cuanto a la percepción del grado de control sobre el problema, se observa una relación inversamente significativa con las estrategias de Evitación Cognitiva y Aceptación-Resignación. Asimismo, se observa una relación marginalmente significativa con el uso de Reevaluación Positiva ($p = .08$), así como con el global de Evitación ($p = .06$). El nivel de estrés y la percepción de control mantienen una relación inversa y significativa (ver Tabla 3).

Se ha analizado si las estrategias de afrontamiento, la intensidad del estrés y el grado de control variaban en función del tipo de problema descrito. Respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados del ANOVA indican que las diferencias significativas se obtienen en las estrategias de Análisis Lógico [$F(9,60) = 4.78$ $p = .005$], Búsqueda de Recompensas Alternativas [$F(9,60) = 6.03$ $p < .001$], Descarga Emocional [$F(9,60) = 7.42$ $p < .001$] y el Global de Evitación [$F(9,60) = 5.58$ $p = .002$]. Los contrastes *post hoc* de Scheffe indican que la ausencia de proyección de futuro y los problemas laborales obtienen medias más elevadas en Análisis Lógico y Descarga Emocional que las limitaciones/síntomas físicos. Asimismo, la ausencia de proyección de futuro comporta un mayor uso de la estrategia de Búsqueda de Recompensas Alternativas y un global de Evitación superior que las 2 categorías restantes ($p < .05$ en todos los contrastes). Respecto a las variables intensidad del estrés [$F(9,60) = 3.32$ $p = .026$] y grado control [$F(9,60) = 0.86$ $p = .465$] no se han encontrado diferencias significativas respecto al tipo de problema descrito.

Mediante correlaciones parciales, controlando el tipo de estresor, se ha puesto de relieve el patrón de interacción de

las diferentes estrategias de afrontamiento. Como puede observarse (Tabla 3), los coeficientes de correlación más elevados corresponden a estrategias que comparten foco común (aproximación o evitación). Así por ejemplo, la estrategia de Solución de Problemas (estrategia de aproximación) correlaciona con las de Análisis Lógico, Reevaluación positiva y Búsqueda de guía. Descarga emocional (estrategias de evitación) mantiene las máximas correlaciones con Evitación Cognitiva y Aceptación-Resignación. Una excepción a esta tendencia corresponde a Búsqueda de Recompensas Alternativas, estrategia de foco evitativo, que, no obstante, se asocia más a estrategias de aproximación que de evitación. El total de respuestas de aproximación y de evitación mantienen relaciones significativas entre sí que, aunque de baja magnitud, son indicativas del esfuerzo por emplear estrategias de diverso tipo para afrontar el estresor.

Discusión

El primer objetivo de este estudio era establecer el tipo de problemas narrados por pacientes afectados de EM, el nivel de estrés generado, el grado de control sobre el problema, así como las estrategias de afrontamiento puestas en juego. Los problemas más citados fueron las limitaciones/síntomas físicos derivados de la enfermedad, seguidos de los problemas laborales y la sensación de ausencia de proyección de futuro. Estas dos primeras categorías coinciden con lo reportado por algunos autores (Edmons et al., 2007; Pakenham, 2006), para quienes la pérdida de independencia personal así como la de trabajo ocupan el primer ranking de estresores vinculados a la EM.

Las limitaciones físicas conllevan la pérdida de independencia y autonomía, así como un progresivo abandono de

las relaciones sociales y en casos extremos a un progresivo aislamiento. Los problemas laborales traen consigo una serie de dificultades económicas, además de un aumento del tiempo libre. La sensación de que se carece de proyección de futuro hace referencia tanto a la incapacidad de estructurar un proyecto vital, como a la dificultad de planificar rutinas en el día a día, aspecto que se halla asociado al hecho de que estos pacientes han de lidiar con una enfermedad cuyo curso no es predecible (Denninson et al., 2009).

El que se citen más problemas relacionados con las limitaciones físicas, seguidos por problemas laborales y la ausencia de proyección de futuro, coincide también, en parte, con la jerarquía establecida por Maslow (1983) donde ocupan el primer lugar todos aquellos aspectos relacionados con seguridad física y en segundo lugar los relacionados con el reaseguramiento, en este caso, en el ámbito laboral y por ende económico.

En segundo lugar, se ha analizado la especificidad del afrontamiento frente a los problemas narrados. Los pacientes afectados de EM, tienden a utilizar más estrategias de aproximación que de evitación, especialmente Solución de Problemas y Reevaluación Positiva. La estrategia de Descarga Emocional es la de menor uso. Este dato coincide con los hallazgos reportados por Kirchner et al. (2008), que concluyen que una de las estrategias de afrontamiento más empleadas por población comunitaria bajo condiciones de estrés es Solución de Problemas y la menos utilizada Descarga Emocional. El mismo patrón se observa en otros colectivos, como por ejemplo en inmigrantes latino-americanos (Patiño y Kirchner, 2010), así como en adolescentes (Forns, Amador, Kirchner, Gómez, y Martorell, 2005).

En línea con la hipótesis formulada, se ha observado relación entre el nivel de estrés y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento. A medida que incrementa el nivel de estrés reportado, también incrementa el uso de Análisis Lógico, Búsqueda de Guía y Soporte, Descarga Emocional y, en general, se incrementa el número de respuestas de evitación. Estos datos, juntamente con las interrelaciones que mantienen estrategias de afrontamiento de distinto método, estarían indicando que el estrés vivenciado por pacientes españoles con EM se asocia con estrategias de evitación, pero también con algunas de aproximación, lo cual sugiere que las personas con mayor estrés emplean más tácticas para aliviarlo, como ya ha sido resaltado por Moos (1993). En el caso de los pacientes analizados, una forma de combatir el estrés consiste en buscar la guía y apoyo de otros, probablemente profesionales, así como en manifestar los sentimientos y emociones. La relación entre estrés y el uso de estrategias de tipo evitativo, o focalizadas en la emoción, ha sido destacada de forma recurrente en la bibliografía científica (Arnett et al., 2002; Contreras, Esguerra, y Gómez, 2007; Pakenham, 2006). Un dato que resulta menos observado en los estudios es la relación aquí encontrada entre nivel de estrés y mayor uso de las estrategias de Análisis Lógico, estrategia de aproximación que se refiere a intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias.

Una explicación a esta relación se sustentaría en el hecho de que pensar en posibles soluciones e intentar captar la lógica de un problema crónico que no tiene solución puede incrementar el nivel de estrés. Una explicación alternativa o concomitante es que algunos de los ítems que evalúan esta estrategia se relacionan con rumiación excesiva y anticipación cognitiva negativa de los sucesos, tal como se ha puesto de relieve en población adolescente (Kirchner, Forns, y Amador, 2006). Tal vez los pacientes con EM más que un análisis lógico de la situación anticipen consecuencias negativas y rumien excesivamente sobre su enfermedad. Evidentemente, esta suposición debería contrastarse convenientemente mediante un análisis de los ítems que componen esta estrategia.

Respecto a la percepción del grado de control sobre los problemas relacionados con la EM, se ha observado en primer lugar una relación inversa para con la intensidad del estrés, aspecto citado recurrentemente en la literatura sobre afrontamiento (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomson y Wadsworth, 2001; Skinner, Edger, Altman y Sherwood, 2003). En segundo lugar, se ha observado que la falta de control aumenta el uso de estrategias de evitación, concretamente los mecanismos para aceptar la realidad de la situación (Aceptación-Resignación) o bien para intentar no pensar en un problema que se muestra crónico (Evitación Cognitiva) como es el caso de la EM. El hecho de que se utilicen estrategias evitativas frente a los eventos que el sujeto percibe como incontrolables ha sido ya reportado en la literatura científica sobre afrontamiento. Concretamente, Mattlin, Wethington y Kesler (1990) y Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo y Katon (1990) refieren que frente a estresores o situaciones que se perciben como incontrolables o no pueden ser modificadas, aumenta el uso de las estrategias de evitación. Además, consideran que el hecho de pensar sobre hechos que no tienen posible solución, aumenta el nivel de estrés (Mattlin et al, 1990).

Asimismo, se observa cierta especificidad en el uso del afrontamiento. La no proyección de futuro y los problemas laborales se asocian con un incremento de respuestas de Análisis Lógico y Descarga Emocional en comparación a las limitaciones/síntomas físicos. El hecho de que se reporte un mayor uso de Análisis Lógico ante estos estresores específicos puede interpretarse sobre la base de que son las consecuencias derivadas de la enfermedad, como la pérdida del trabajo, incertidumbre sobre el curso de la enfermedad (Thomas, Thomas, Hiller, Galvín y Baker, 2006) más que la propia sintomatología en sí misma, lo que provoca mayor necesidad de buscar una lógica y enfrentarse a las consecuencias del estresor. De manera general, la ausencia de una proyección de futuro conlleva un mayor uso de estrategias de evitación probablemente por la sensación de no control sobre los sucesos. Como han puesto de relieve algunos autores (Vitaliano, et al., 1990) ante eventos no controlables, como puede ser el hacer planes de futuro para pacientes afectados de EM, tienden a incrementarse el uso de estrategias de evitación cuya finalidad sería regular el estado emocional

negativo que supondría no poder solventar un problema de difícil solución.

Con referencia al segundo objetivo de este estudio, la hipótesis de que la población con EM tendría un nivel más elevado de estrés, un menor grado de control sobre el problema que le afecta y un decremento en el uso de las estrategias de afrontamiento, en relación a la población normativa de la adaptación española del CRI-A, se ha visto confirmada sólo parcialmente. Ambas poblaciones reportan niveles de estrés y de control muy parecidos y efectúan un uso muy similar de las estrategias de afrontamiento. La diferencia más acusada entre ambas poblaciones en su perfil de afrontamiento se concreta en que la población con EM utiliza menos frecuentemente las estrategias de aproximación, especialmente, efectúa menos análisis lógico. Con niveles de probabilidad más marginales también se observa cierta tendencia a que los afectados de EM desconecten menos del problema y busquen menos soluciones que la población no afectada por esta enfermedad. Estos datos coinciden con los reportados por Lode et al., (2010), quienes observan una disminución en el uso de las estrategias de afrontamiento en pacientes con EM en relación a personas no afectadas. Si el afrontamiento se pone en marcha ante situaciones que el sujeto percibe como amenazadoras de su homeostasis psicológica, y tiene como principal finalidad preservar su estabilidad emocional, no es de extrañar que esta población reporte altos niveles de sintomatología psicológica, especialmente depresiva, como han destacado diversos autores (Arnett y Randolph, 2005; Gay, Vrignaud, Garitte y Meunier, 2010; Kirchner y Lara, 2011; Krokavcova, van Dijk y Nagyova, 2009). Estos resultados pueden resultar de indudable interés a la hora de diseñar programas de intervención en población afectada de Esclerosis Múltiple, que incidan en el entrena-

miento en adecuadas estrategias de afrontamiento de los estresores inherentes a su enfermedad.

De modo resumido, los principales hallazgos de nuestro estudio reflejan que los principales estresores derivados de la EM son las limitaciones físicas, los problemas laborales y la ausencia de proyección de futuro. A pesar de tratarse de una población clínica, no se han observado diferencias significativas con respecto a la población normativa, en el grado de estrés reportado ni en el de control percibido. El modo de afrontar los problemas es muy similar, excepto por el hecho de que la población EM efectúa un uso menor de las estrategias de aproximación.

Este estudio adolece de ciertas limitaciones entre las que cabe destacar su diseño transversal que no permite establecer relaciones causa-efecto, y el reducido tamaño muestral que puede incidir en el error tipo II y dificulta la generalización de los resultados. Asimismo, toda la información obtenida (excepto la relativa a parámetros de la propia enfermedad) procede de auto-informes. Pese a estas limitaciones, se trata de uno de los pocos estudios realizados con población española que ha relacionado tipo de estresores vivenciados por pacientes con EM, estrés generado por ellos, grado de control percibido y estrategias de afrontamiento puestas en marcha.

La información aquí recabada puede tener un destacado valor terapéutico a la hora de tener una mayor comprensión de los problemas vivenciados por afectados de EM y orientarlos sobre las estrategias de afrontamiento más y menos efectivas de cara a rebajar sus niveles de estrés e incrementar la sensación de control a la hora de lidiar con su enfermedad. Como ha sido puesto de relieve por Spain et al. (2007) el incremento del entendimiento de las prioridades de los pacientes con EM y de sus problemas puede contribuir a mejorar sus niveles de calidad de vida.

Referencias

- Ackerman, K.D., Martino, M., Heyman, R., Moyna, N.M. y Rabin, B.S. (1996). Immunologic Responses to acute psychological stress in multiple sclerosis patients and controls. *Journal of Neuroimmunology*, 68 (1-2), 85-94.
- Aikens, J., Fischer, J., Nameny, M. y Rudick, A. (1997). A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (5), 433-445.
- Arnett, P.A. y Randolph, J. (2006). Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77, 606-610.
- Arnett, P.A., Higginson, C.I. y Vos, W.D. (2002). Relationship between coping, depression and cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Clinical Neuropsychology*, 16, 341-355.
- Chelmicka-Schorr y E., Arnason, B.G. (1994). Nervous system-immune system interactions and their role in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 36 (suppl), 29-32.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. y Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence. Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Compston, A. y Coles, A. (2002). Multiple Sclerosis. *Lancet*, 359, 1221-31.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179.
- Cooper, G.S. y Stroehla, B.C. (2003). The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmunity Reviews*, 2, 119-125.
- Denninson, L., Moss-Morris, R. y Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29, 141-153.
- Edmons, P., Vivat, B., Burman, R., Silber, E. y Higginson, I. (2007). Loss and change: experiences of people severely affected by multiple sclerosis. *Palliative Medicine*, 21, 101-107.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and sons.
- Forns, M., Amador, J.A., Kirchner, T., Gómez, J., Muro y P., Martorell, B. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Moos Coping Responses Inventory youth. *Psychological reports*, 97 (3), 777-789.
- Gay, M.C., Vrignaud, P., Garitte, C., y Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121, 161-70.
- Kardilag, R., Unal, S., Evereklioglu, C., Sipahi, B., Er, H. y Yologlu, S. (2003). Stressful life events, anxiety, depression, and coping mechanism in patients with Behcet's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 1, 670-675.

- Kirchner, T. y Forns, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A). Manual*. Adaptación española del CRI-A de Moos, 1993. Madrid: TEA Ediciones.
- Kirchner, T., Forns, M. y Amador, J.A. (2006). Sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(2), 63-76
- Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D. y Pereda, N. (2008). Psychometric Properties and Dimensional Structure of Coping Responses Inventory Adult Form. *Psicothema*, 20(4), 902-909.
- Kirchner, T. y Lara, S. (2011). Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123, 407-413.
- Krokavcova, M., van Dijk, J.P., Nagyova, I. et al. (2009). Perceived health status as measured by the SF-36 in patients with multiple sclerosis: a review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 529-38
- Lazarus R. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, M.K., Nyland, H. y Larsen, J.P. (2010). Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122, 336-342.
- Manne, S., Pape, S., Taylor, K. y Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioural Medicine*, 21(2), 111-121.
- Maslow, A. (1983). *La personalidad Creativa*. Buenos Aires: Kairós.
- Mattlin, J.A., Wethington, E. y Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- Morh, D.C., Hart, S.L., Julian, L., Cox, D.C. y Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis and review. *British Medical Journal*, 328, 731-736.
- Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory. CRI-Adult Form Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11 (1), 1-13.
- Noseworthy, J.H., Lucchinetti, C., Rodríguez, M. y Weinshenker, B.(2000). Multiple Sclerosis. *The New England Journal of Medicine*, 343 (13), 938-52.
- Otero, M. y del Pozo, T. (2007). La Esclerosis Múltiple es la segunda causa de discapacidad en adultos jóvenes después de los accidentes de tráfico. *Seminario para medios de comunicación sobre la Esclerosis Múltiple y los nuevos avances en su tratamiento*. San Sebastián. 13 de marzo del 2007.
- Overmier, J.B. (1985). Toward a reanalysis of the causal structure of the learned helplessness syndrome. En F. R. Brush y J. B. Overmier (Eds.), *Affect, conditioning and cognition: Essays on the determinants of behavior*. Hillsdale, NY.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pakenham, K. (2006). Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in multiple sclerosis. *Psychology and Health*, 21(5), 633-649.
- Patino, C. y Kirchner, T. (2010). Stress and Psychopathology in Latin-American Immigrants: The role of Coping Strategies. *Psychopathology*, 43(1),17-24.
- Randolph, J.J y Arnett, P.A.(2005). Depression and fatigue in relapsing-remitting MS: the role of symptomatic variability. *Multiple Sclerosis*, 11, 186-190.
- Rao, S.M., Leo, G.J., Bernardin, L. y Unverzagt F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Frequency, patterns and prediction. *Neurology*, 41, 85-691.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269
- Spain, L.A., Tubridy, N., Kilpatrick, T.J., Adams, S.J. y Holmes, A.C.N. (2007). Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116, 293-299.
- Thomas, P.W, Thomas, S., Hiller, C., Galvin, K. y Baker, R.(2006). Psychological interventions for multiple sclerosis Review; *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Vitaliano, P., DeWolfe, D., Maiuro, R., Russo, J. y Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 582-592.

Artículo recibido: 06-08-2010, revisado: 13-09-2011, aceptado: 18-09-2011)