



universidad
de león



Facultad de
Ciencias de la Salud

GRADO EN

Curso Académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

TITULO: Estrategias de afrontamiento que mejoran la depresión en pacientes con esclerosis múltiple, un instrumento para enfermería: revisión sistemática.

ALUMNO: Lisbeth Tina Fernández García

TUTOR: Leticia Sánchez Valdeón

COTUTOR:

León, junio de 2020

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. GENERALIDADES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	2
1.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	2
1.2 ETIOLOGÍA.....	3
1.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS.	4
1.4 FORMAS CLÍNICAS.	4
1.5 DIAGNÓSTICO.....	5
1.6 TRATAMIENTO.....	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIÓN	36
ANEXOS	37
ANEXO 1	37
ANEXO 2	39
ANEXO 3	40
BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica neurodegenerativa que no tiene cura. La depresión está presente en muchos pacientes con EM motivada entre otros factores por el carácter impredecible e incapacitante de la misma. Las estrategias de afrontamiento (EA) son un recurso personal que ha demostrado su eficacia en la reducción de los síntomas depresivos de estos enfermos. El objetivo principal de este trabajo es determinar las EA eficaces para manejar la depresión en los pacientes con EM. La búsqueda se llevó a cabo desde el mes de septiembre del 2019 hasta el mes de abril de 2020. Las fuentes de datos utilizadas fueron Pubmed, WOS y CUIDEN PLUS y se incluyeron artículos de acceso libre y gratuito en inglés y español publicados en los últimos 5 años tras la lectura de título y resumen. Las EA beneficiosas para tratar la depresión en pacientes con EM recogidas en este trabajo son: la medicina complementaria y alternativa, la búsqueda de apoyo a la religión, la aceptación de la enfermedad, el crecimiento, la restricción, la desconexión conductual, la reinterpretación positiva, la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social. Es posible que un asesoramiento sobre la eficacia de las mismas sea una intervención útil que ayude a los pacientes con EM que padecen depresión a cambiar su comportamiento de afrontamiento por uno más adaptativo y que sean los profesionales de enfermería los que jueguen un papel más relevante en el proceso.

Palabras clave: esclerosis múltiple, depresión, enfermería, adaptación psicológica, estrategias de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

1. GENERALIDADES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

1.1 EPIDEMIOLOGÍA.

1.1.1 INTERNACIONAL.

En el año 2008, el número de personas diagnosticadas con esclerosis múltiple (EM) fue de 1.315.579 de los cuales 630.000 se encontraban en Europa, 520.000 en América, 66.000 en el Este Mediterráneo, 56.000 en el Pacífico Oeste, 31.500 en el Sur Este Asiático y 11.000 en África. (1)

Hasta hace poco se creía que la distribución desigual de la enfermedad en el planeta se reflejaba en el gradiente norte-sur de la prevalencia, de modo que la proporción de individuos con EM en la población aumentaba a medida que te acercabas a los polos, por lo que los países situados al norte a nivel mundial eran los que presentaban más casos de EM (Suecia, Noruega, Canadá...). Sin embargo, estudios recientes ponen en duda que haya dichas diferencia ya que se demostró que el gradiente de latitud en Norteamérica y Europa occidental no influye sobre la incidencia, ya que Islandia, por ejemplo, presentaba incidencias más bajas que Sicilia y Cerdeña teniendo éstas una latitud más alta (2, 3). Una curiosidad en la desigual distribución de la EM, es que en las regiones con mayor prevalencia se han encontrado grupos étnicos aparentemente resistentes: los maoríes de Nueva Zelanda, los indios de Norteamérica o los americanos de origen japonés nacidos en EEUU; lo que sugiere que existe una base genética en la etiología de esta enfermedad. (2, 3)

1.1.2 NACIONAL.

Los datos recogidos hasta el mes de abril del 2019 por Esclerosis Múltiple España (EME), entidad sin ánimo de lucro declarada de utilidad pública en este país, indican una prevalencia de 120 casos por cada 100.000 habitantes (más de 155.000 personas), de los cuales el 75% de los casos son mujeres frente al 25% de hombres, y una incidencia de 4-8 casos por cada 10.000 personas. Según la tasa de prevalencia de las áreas de Kurtzke nuestro país se considera una zona de riesgo medio-alto, ya que presenta una prevalencia de EM entre 5 y 29 casos por cada 100.000 habitantes. Además, hay que recordar que la EM

es la primera causa de discapacidad neurológica en pacientes entre los 20 años y los 40 años. (4)

1.2 ETIOLOGÍA.

1.2.1 HISTORIA.

El primer documento en el que se menciona una supuesta EM es de origen escandinavo, “Isla Saga” de San Torlacr (1133-1193); en él se menciona la ceguera y los cambios en el lenguaje de una mujer vikinga llamada Hala que se recuperó tras varios días rezando. Por otro lado, el diario de una posible enferma de esclerosis múltiple, una monja holandesa (1380-1433), describe la enfermedad desde su inicio a los dieciséis años hasta su muerte, a los 53 años (5). Aunque estos primeros escritos sobre la EM se remontan a los siglos XI y XIV, no aparece una descripción sistemática y rigurosa de la misma hasta el siglo XIX, de la mano del neurólogo francés Jean Martin Charcot. En 1868 la reconoció como una enfermedad que denominó “Esclerosis en Placas” y detalló sus hallazgos clínicos y patológicos, destacando la importancia de la desmielinización, así como su patrón de presentación en brotes remitentes y recurrentes. (5)

1.2.2 DEFINICIÓN.

Su nombre, “Esclerosis Múltiple”, indica el número (múltiple) y la condición (esclerosis, término griego que significa cicatrizado o endurecimiento) de las áreas del Sistema Nervioso Central (SNC) que han sufrido desmielinización (6). La Asociación Americana de Esclerosis Múltiple la define actualmente como una enfermedad inmunomediada en la cual, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error a la mielina (vainas de grasa protectora que rodea las fibras nerviosas y permite que las señales eléctricas viajen a gran velocidad) en el SNC. (7)

1.2.2 CAUSA.

Aunque se desconoce la causa de esta enfermedad, hay evidencias de que se desarrolla en sujetos genéticamente predispuestos (con genes o relación de genes que contribuyen a la susceptibilidad de padecer la enfermedad) sobre los que inciden ciertos factores ambientales y/o agentes biológicos, y así, se pone en marcha una cascada de reacciones inmunes de tipo humoral que

desencadenan el brote de EM. Algunos de los factores ambientales y agentes biológicos que se cree que contribuyen al riesgo de desarrollar EM son genéticos (cerca de 200 genes contribuyen al riesgo de desarrollar EM), epidemiológicos (más frecuente en mujeres que en hombres o en europeos que en africanos), ambientales (mayor frecuencia a medida que te alejas del ecuador), infecciosos (muchas investigaciones sugieren que una infección previa del virus de Epstein-Barr, aumenta el riesgo de desarrollar EM) y otros (estrés, consumos tóxicos). Sin embargo, hay que tener en cuenta que los únicos factores predisponentes que cuentan con un nivel aceptable de evidencia científica son el tabaco y la carencia de vitamina D. (1, 2, 3, 8)

1.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los signos y síntomas de la EM varían entre pacientes e incluso en un mismo paciente, según la localización y la severidad en que el SNC se ve afectado por la inflamación y la desmielinización (1). La conocida “enfermedad de las mil caras” presenta además síntomas “invisibles”, que no se ven o no se perciben como asociados a la EM, los cuales generan incompreensión por parte de los familiares y los amigos. Esta es una de las razones por las que el 30 de mayo se ha reconocido como el día mundial de esta patología, para dar visibilidad, credibilidad e importancia a los afectados por esta condición (7). Los síntomas pueden ser leves o graves, de corta o larga duración, y pueden aparecer en distintas combinaciones; algunos de los más relevantes por su frecuencia y gravedad son: visuales/oculomotores (visión doble), motores (espasticidad), cerebelosos (ataxia), autonómicos (incontinencia vesical), sensitivos (parestesias) y otros como la fatiga y la depresión. (1, 2, 6)

1.4 FORMAS CLÍNICAS.

En el 2014 el Comité Asesor Internacional sobre Ensayos Clínicos de la EM consideró la actividad de la enfermedad (basada en la tasa de recaída clínica y los hallazgos de imagen) y el empeoramiento de la misma para la clasificación de los distintos cursos clínicos de la EM. De modo que cada enfermo queda definido según (3, 9):

- Presencia o no de actividad clínica o radiológica → Forma remitente-recurrente y forma progresiva.
- Presencia o ausencia de progresión → Forma progresiva

Tabla 1: Definición de las formas clínicas de la EM actualizadas en 2014. Elaboración propia. (3, 9)

Síndrome clínico aislado (SCA)	Es la primera manifestación clínica de una enfermedad que muestra características de desmielinización inflamatoria y que podría corresponderse con una EM, pero que todavía no cumple criterios de diseminación en tiempo.
Remitente-Recurrente (RR)	Es la forma más frecuente. Se caracteriza por la no progresión entre brotes. A partir del tercer o cuarto brote se producen secuelas de las que el paciente no se recupera y éste seguirá evolucionando con una mayor discapacidad.
Secundaria progresiva (SP)	Forma donde aparece una acumulación progresiva de discapacidad tras un curso inicial recidivante.
Primaria progresiva (PP)	Se suele diagnosticar retrospectivamente por una historia de empeoramiento gradual después de un curso inicial de enfermedad recurrente, con o sin exacerbaciones agudas durante el curso progresivo.

1.5 DIAGNÓSTICO.

Para diagnosticar la EM se usan los criterios de McDonald revisados, publicados en 2017 por el Panel Internacional sobre el Diagnóstico de la Esclerosis Múltiple, cuyo objetivo es la detección precoz de la EM para introducir cuanto antes tratamientos modificadores de la enfermedad con el fin de retrasar la discapacidad. Estos permiten diagnosticar la enfermedad mediante criterios clínicos y pruebas paraclínicas como la resonancia magnética (RM), el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) y las bandas oligoclonales. De todas ellas, la RM es la técnica que ha supuesto un mayor avance en el diagnóstico de la EM, en ella debe observarse la diseminación espacial de las lesiones y la diseminación temporal de las mismas. (3, 4, 10)

1.6 TRATAMIENTO.

1.6.1 FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico modificador del curso de la EM es preventivo, ya que intenta disminuir las secuelas de la enfermedad. Según la Agencia de

Medicamentos Europea (EMA) hay hasta 15 fármacos que buscan modificar el curso clínico de la enfermedad, los cuales se pueden agrupar en: inmunosupresores e inmunomoduladores. El uso de los mismos busca, entre otras cosas, una reducción del número y gravedad de los brotes, así como el tiempo que transcurre entre ellos; retrasar el deterioro cognitivo, la atrofia cerebral, la progresión de la discapacidad...Sin embargo, muchos de ellos tienen efectos secundarios como alteraciones metabólicas y hematológicas o aumento del riesgo de infecciones. También se administran fármacos para tratar los síntomas como la fatiga, el dolor, la espasticidad, la depresión, las alteraciones del sueño, etc. (2, 4)

1.6.2 NO FARMACOLÓGICO.

Las estrategias de afrontamiento (EA) como terapia complementaria al tratamiento farmacológico, es una de las opciones que les permite organizar los sentimientos y los pensamientos, acelerar las fases del duelo que pueden experimentar y, en definitiva, mejorar el bienestar emocional de la persona (11).

JUSTIFICACIÓN

Una de las desventajas de la superespecialización actual de los profesionales de la salud es comprometer la atención integral debido al énfasis que se pone sobre la enfermedad y no sobre la persona. Es necesario que la enfermería, bajo un enfoque holístico, proteja, mejore y preserve la humanidad. Esto es necesario entre otras cosas para mejorar la satisfacción del paciente con la atención sanitaria recibida. Asesorar sobre las EA contra la depresión en los enfermos de EM, permite establecer una relación más íntima, de colaboración y apoyo en los que éstos se sientan escuchados por un profesional que responde con atención frente a las situaciones complejas y cambiantes que la enfermedad les obliga a vivir. En definitiva, poner a disposición una recopilación de EA para manejar la depresión, puede contribuir a la existencia de una atención holística e integral por parte de los profesionales de enfermería a los pacientes con esclerosis múltiple.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Recopilar evidencias científicas sobre las estrategias de afrontamiento eficaces para tratar la depresión en pacientes con esclerosis múltiple con el fin de facilitar su acceso y uso en la atención holística e integral del paciente por parte de los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Son tres, destacar la importancia del enfoque holístico e integral del paciente con EM, mostrar la importancia del asesoramiento sobre EA a los pacientes con EM y recopilar evidencias científicas sobre la existencia de EA eficaces para tratar la depresión en pacientes con esclerosis múltiple.

METODOLOGÍA

El presente trabajo consistió en una revisión bibliográfica basada en los ítems de la declaración PRISMA, sobre la existencia de estrategias de afrontamiento que mejoran la depresión en pacientes con EM. La realización del mismo se llevó a cabo desde el mes de septiembre del 2019 hasta abril del 2020.

Para empezar, se utilizó el formato PICO (pacientes, intervenciones, comparación y resultados esperables) para plantear la idea del trabajo. Luego se seleccionaron los términos de búsqueda o palabras clave, las cuales fueron delimitadas utilizando los thesaurus: Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH). Finalmente, se diseñó la estrategia de búsqueda combinando los componentes de la estrategia PICO con el operador booleano "AND". De este modo, la investigación fue controlada y permitió encontrar referencias bibliográficas acotadas a los objetivos planteados.

Tabla 2: *Elaboración de la pregunta PICO; selección de los términos de búsqueda/palabras clave; DeCS y MeSH correspondientes a cada palabra clave. Realización propia.*

	Pregunta	Palabras clave	DeCS	MeSH
P	Enfermos de esclerosis múltiple con depresión.	Enfermos	Pacientes	Patients
		Esclerosis múltiple	Esclerosis Múltiple	Multiple sclerosis
		Depresión	Depresión	Depression
I	Estrategias de afrontamiento para mejorar la depresión en enfermos de EM y rol de enfermería.	Enfermería	Enfermería	Nurse
		Estrategias de afrontamiento	Adaptación Psicológica	Adaptation, Psychological
C	No procede			
O	Existencia de evidencia			

Para la búsqueda de información, se utilizaron tres bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud: PubMed, Web of Science y CUIDEN PLUS; y se consultaron diversas fuentes documentales publicadas en los últimos cinco años. El motor de búsqueda utilizado fue GOOGLE. Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3: *criterios para incluir y excluir artículos en la revisión. Elaboración propia.*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Años de publicación: 2015-2020.	Idiomas distintos al inglés y/o español.
Estudios que nombran estrategias de afrontamiento para mejorar la depresión en pacientes con esclerosis múltiple.	Artículos sin acceso al texto completo.
Artículos científicos y estudios comparativos.	Artículos sin publicación libre y gratuita.
Campo de la enfermería y psicología.	Estudios en animales.

Estrategia de búsqueda en Pubmed:

Tabla 4: *Estrategia de búsqueda en la base de datos Pubmed. Elaboración propia.*

Base de datos	Pubmed
Límites	Humanos, 5 años de antigüedad (2015-2020), Idiomas: español e inglés, Texto completo y gratuito.
Palabras claves	("multiple sclerosis"[MeSH Terms] AND "depression"[MeSH Terms]) AND ("adaptation, psychological"[MeSH Terms])
Artículos encontrados	6
Artículos seleccionados tras la lectura del título y resumen	4
Artículos seleccionados tras la completa lectura del artículo	2

RESULTADOS

Artículo 1. (13)

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓNES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Coping behavior in multiple sclerosis-complementary and alternative medicine: A cross-sectional study.	Transversal	254 pacientes con EM clínicamente definida. El 73,6% eran mujeres. Tenían un promedio de 44 años. El 56,3% tenían EM remitente-recurrente, el 37,8% progresiva secundaria y el 5,9% progresiva primaria.	Los usuarios fueron sometidos a una entrevista estructurada, a cuestionarios estandarizados adicionales para medir diferentes aspectos del manejo de la enfermedad y a un exámen neurológico.	El 81,1% fueron usuarios de medicina complementaria y alternativa (CAM). El 57.6% de los usuarios informó una mejora en su estado de salud, el 40.4% no vio ningún efecto, y el 2% informó un deterioro de su situación. El 95% no cumplía criterios de depresión. Los usuarios de CAM informaron puntuaciones más altas de depresión, una mayor discapacidad y una duración de la enfermedad más prolongada que en los no usuarios. El sexo, la educación superior, la educación profesional completa, los ingresos netos, el estado civil y la confesión religiosa, no tuvieron un efecto significativo en la probabilidad de utilización de CAM, aunque sí el estado laboral actualmente remunerado. Las estrategias de afrontamiento, como la rumiación, la búsqueda	Los usuarios de CAM, diferían significativamente de los no usuarios en su comportamiento de afrontamiento: se preocupan más por la enfermedad, buscan más información sobre la misma y buscan una idea de su enfermedad en la religión con más frecuencia que los no usuarios. Es probable que su uso refleje necesidades insatisfechas en el tratamiento de la EM, como notar el deterioro en el trabajo, e intente

				<p>de información e intercambio de experiencias y la búsqueda de apoyo en la religión se atribuyeron en mayor medida a los usuarios de CAM que a los no usuarios.</p> <p>Existe una correlación positiva entre la depresión y la estrategia de afrontamiento rumiación y búsqueda de apoyo en la religión, y una correlación negativa con búsqueda de integración social.</p> <p>Las mujeres tienen más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento que implican "buscar apoyo social" y "centrarse en lo positivo "que los hombres.</p> <p>La terapia de ejercicio, vitaminas, minerales y otros suplementos dietéticos, fitoterapia y técnicas de relajación fueron las CAM más utilizados. Los usuarios de CAM gastaron aproximadamente 1000 € en promedio para CAM cada año.</p>	<p>compensar la angustia, para que así el paciente pueda aspirar al equilibrio emocional. La posible explicación de la eficacia del uso de CAM podría ser, además del efecto placebo, la percepción de tener influencia en la enfermedad.</p>
--	--	--	--	--	---

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVECIÓNES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>A pilot randomized controlled trial of a tailored cognitive behavioural therapy based intervention for depressive symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio (ECA).</p>	<p>30 pacientes diagnosticados de EM en los últimos 5 años, con un promedio de 36,93 años, que no han recibido tratamiento para la depresión y la ansiedad en el momento del estudio y que hayan tenido al menos 10 puntos en el Beck Depression Inventory-II (BDI-II); sin diagnóstico previo o actual de psicosis, sin consumo de sustancias tóxicas, sin deterioro</p>	<p>Se organizaron 2 grupos de 15 personas, uno de ellos recibió el tratamiento de terapia cognitiva conductual (TCC) (grupo TCC) mientras que el otro no (grupo TAU). Realizaron sesiones de TCC basadas en el modelo teórico cognitivo de Beck para el tratamiento de la depresión en adultos de una hora de duración (salvo la primera, que duró 1,5h) una vez por semana durante 8 semanas. Evaluaron a través de cuestionarios, antes de la intervención, después y a las 20 semanas de seguimiento, el nivel de síntomas depresivos, de ansiedad, la fatiga e impacto del dolor, la calidad del sueño, el afrontamiento, la aceptación de la enfermedad de EM, la calidad de vida relacionada con la EM, el apoyo social y la</p>	<p>Tras finalizar la intervención y a las 20 semanas de seguimiento, el grupo TCC, en comparación con el grupo de TAU, tuvo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntajes significativamente más bajos en el nivel de síntomas depresivos. - Niveles de ansiedad más bajos (los cuales no fueron significativos). - Reducción del impacto de la fatiga en el funcionamiento físico, cognitivo y psicosocial y del impacto que el dolor tuvo en el estado de ánimo y el comportamiento. - Mejorías significativas en la salud física y mental. - Mejoría significativa de la resiliencia en las subcategorías de 	<p>La intervención temprana adaptada de TCC es apropiada y clínicamente efectiva para el tratamiento de los síntomas depresivos en aquellos recién diagnosticados con EM. También tuvo beneficios más amplios en el manejo de la ansiedad, la fatiga y el dolor, la aceptación de la enfermedad de EM, la calidad del sueño, la calidad de vida relacionada con la EM, el afrontamiento, la resiliencia y el</p>

		<p>cognitivo grave y sin variaciones del tratamiento durante la realización del ensayo.</p>	<p>resiliencia. También se evaluó la aceptabilidad y el cumplimiento de la intervención.</p> <p>La TCC abordó: relajación muscular progresiva, ejercicios de respiración controlada, programación de actividades agradables, habilidades para resolver problemas, ejercicios cognitivos que ayudaron a las personas a identificar, desafiar y manejar pensamientos y creencias inútiles, abordar problemas específicos de la EM, como el duelo por las pérdidas relacionadas con la EM y el uso de ejemplos relevantes durante la terapia, facilitar la aceptación de la enfermedad de EM y adaptarse a vivir con ella, prevención de recaídas.</p>	<p>“competencia personal” y “recursos sociales”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la calidad del sueño y de la percepción de apoyo social. - Mayor aceptación del diagnóstico de EM (no significativa). - Una capacidad de afrontamiento de evasión de escape significativamente menor y una capacidad de resolución de problemas planificada significativamente mayor. <p>No hubo diferencia entre los grupos para otros tipos de afrontamiento.</p> <p>Todos los participantes informaron que la intervención de TCC personalizada era "muy útil", y la mayoría (73,4%) informó que había abordado sus problemas "completamente".</p>	<p>apoyo social en estas personas.</p>
--	--	---	---	--	--

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Importance of coping in the relationship between executive function and quality of life in people with multiple sclerosis	Ensayo aleatorio controlado (ECA)	107 personas mayores de 18 años, con EM recurrente-progresiva o secundaria, según la revisión de 2010 de los criterios de diagnóstico de McDonald.	Se realizaron evaluaciones utilizando tareas de funciones ejecutivas e informes de afrontamiento y la percepción de la calidad de vida (CV) en una sesión de 3 a 4 horas de duración, con descansos programados, donde se les administró la batería de tareas cognitivas en un orden estandarizado. Se les envió por correo electrónico una semana antes de la cita los inventarios de afrontamiento y calidad de vida.	Las estrategias de afrontamiento que median la relación entre la función ejecutiva y la calidad de vida de personas con EM son: la aceptación, el crecimiento, la religión, la desconexión conductual. Las estrategias de afrontamiento que moderan la relación entre la función ejecutiva y la calidad de vida de las personas con EM son: afrontamiento activo, religión y negación.	Las EA que mejoran la percepción de la calidad de vida en los pacientes con EM que experimentan déficit en la función ejecutiva son estrategias adaptativas menos exigentes cognitivamente, como la desconexión conductual, la aceptación, el crecimiento y la religión. Sin embargo, un déficit en la cognición propicia el uso de EA adaptativas por ser menos exigentes cognitivamente, como la evitación o la negación. Por ello, se debe considerar el desarrollo de la psicoeducación e intervenciones encaminadas a dirigir el tipo de afrontamiento del que deben hacer uso estas personas.

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Use of coping strategies in multiple sclerosis: Association with demographic and disease-related characteristics .</p>	<p>Transversal</p>	<p>722 pacientes diagnosticados de EM, de los cuales 40 tenían RRMS y fueron eliminados del análisis. No se incluyeron en el estudio pacientes que padecen una afección médica o psiquiátrica grave concomitante distinta de la EM.</p>	<p>Los participantes completaron el cuestionario de orientaciones de afrontamiento a problemas experimentados (COPE60) y el cuestionario sobre datos demográficos.</p>	<p>La mayoría de los encuestados utilizaron una combinación activa y positiva de EA adaptativas centradas en problemas y emociones: aceptación, planificación, reinterpretación positiva, crecimiento y afrontamiento activo. El aumento de la edad, la presencia de una pareja y una menor duración de la enfermedad se asoció con EA exclusivamente adaptativas. El aumento de la edad de los participantes los hizo más propensos a utilizar la planificación y el afrontamiento activo, así como la restricción. Los participantes casados eran más propensos a usar la supresión de actividades competidoras. Los no casados, sin embargo, la restricción. Una menor duración de la enfermedad se asoció a mayores usos de afrontamiento activo y restricción. La edad más joven, el género, la falta de empleo, el EDSS más elevado y la forma clínica se asocian con estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas. La edad más temprana predijo una mayor probabilidad de usar</p>	<p>Las personas con EM utilizan una mezcla de EA activas centradas en los problemas y las emociones. La EA más utilizadas fueron: aceptación, afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento. La mayor edad, tener pareja, la menor duración de la enfermedad se asocian a EA adaptativas. Ser más joven, ser hombre y tener EMRR se asocian con un mayor uso de sustancias. Ser mujer se</p>

			<p>el humor, el enfoque y la ventilación de la emoción y el uso de sustancias. Los hombres también tenían más probabilidades de usar el humor y el uso de sustancias. Las mujeres eran más propensas a utilizar la búsqueda de apoyo social, tanto instrumental como emocional, así como recurrir a la religión. También tenían más probabilidades de usar “centrarse y vestir las emociones”, así como otras estrategias consideradas desadaptativas.</p> <p>Los desempleados tenían más probabilidades de usar la restricción, así como la desconexión mental y conductual (estrategias pasivas de evasión). La RRMS predijo un mayor uso de sustancias, una estrategia de afrontamiento impulsivo y de evitación, en definitiva, desadaptativo.</p> <p>Una discapacidad más alta predijo una mayor probabilidad de utilizar el comportamiento mental y la desconexión mental, estrategias de evitación. Una discapacidad más baja, supone una menor probabilidad de usar Restricción.</p>	<p>asocia con un mayor uso de EA centradas en las emociones. El desempleo y la mayor discapacidad se asocian con un mayor uso de estrategias de evitación.</p>
--	--	--	--	--

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVEN- CIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis.</p>	<p>Transversal</p>	<p>81 personas diagnosticadas con EM, principalmente de raza blanca (91,4%), con edades comprendidas entre los 31 y los 75 años en el que el 83% fueron mujeres. Los participantes tuvieron un nivel de educación medio de 15,44 años. El 59% informó de su habitual práctica religiosa. El 60,5% eran casados, un 11,1% solteros o nunca casados, un 6,2% viudo, un 2,5% legalmente separado y un 4,9% sin estado civil declarado.</p>	<p>Los participantes completaron los cuestionarios en formato escrito: evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas: Escala de bienestar espiritual (que incluye las subescalas de “significado y paz” y “fe”), escala de efectos del dolor y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos revisada.</p>	<p>El bienestar espiritual y su subescala de significado y paz se asociaron negativamente con la depresión y la interferencia del dolor. La depresión no estaba relacionada con la interferencia del dolor a través del bienestar espiritual, o con el bienestar espiritual a través de la interferencia del dolor. La interferencia del dolor se relacionaba con la depresión a través del bienestar espiritual y el significado/paz, y con el bienestar espiritual y el significado/paz a</p>	<p>Un tratamiento que incluya la reducción del dolor y la promoción del bienestar espiritual puede ser beneficioso para las personas con EM, pero la mejora de la depresión sigue siendo una tarea crítica. Las intervenciones que tienen por objeto promover el bienestar espiritual, en particular la búsqueda de sentido y propósito, pueden influir de manera beneficiosa en la percepción de los trastornos relacionados con el dolor y los síntomas depresivos. El bienestar espiritual puede ayudar a hacer frente a los efectos del dolor al permitir un replanteamiento de la experiencia relacionada con el dolor y al promover la resolución de problemas y la motivación de objetivos. Un sentido de significación y paz puede ayudar a promover la aceptación de la interferencia del dolor, o distraer del enfoque en el dolor corporal y sus</p>

				<p>través de los síntomas depresivos.</p> <p>La fe no se asoció significativamente con la interferencia del dolor o la depresión pero sí estaba relacionada con mayores niveles de dolor y un menor bienestar espiritual.</p>	<p>consiguientes limitaciones, aumentando así la tolerancia al dolor.</p> <p>Intervenciones como la meditación espiritual o la atención plena pueden facilitar la reflexión sobre el significado y el propósito de la vida y están relacionadas con una mayor tolerancia al dolor, un estado de ánimo positivo y una mejor calidad de vida relacionada con la salud.</p>
--	--	--	--	---	--

Artículo 6. (18)

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVEN- CIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to acceptance, coping strategies and disease severity	Transversal	382 pacientes con EM con una media de 46 años, de los cuales 256 fueron mujeres y 126 hombres, el 67% eran casados, el 43% tenía educación secundaria y un 48% recibían una	Se ofreció una sesión informativa verbal y una descripción del estudio. Se realizó una entrevista cara a cara de 15 minutos llevada a cabo por un psicólogo. Los participantes	Las personas con EM solteras tenían mayor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que los casados, los separados, los divorciados y los viudos. Los individuos con educación secundaria o superior, los empleados, los que tenían un ingreso mensual más alto, y los que tenían el tipo de EM con recidivas, tenían mayor CVRS. Las personas mayores y los	Las variables psicológicas son correlatos más destacados de la CVRS en la EM que las variables clínicas objetivas, como la gravedad o el tipo de EM. Los pacientes con EM que aceptan su enfermedad y utilizan

		<p>pensión de invalidez. Los criterios de inclusión fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin abuso de alcohol o drogas en el momento del estudio. - Ausencia de otras condiciones médicas. - Sin recaídas durante los 30 días previos a la inscripción al estudio. - Ausencia de problemas cognitivos relacionados con la EM. 	<p>completaron la Escala de Impacto de la Esclerosis Múltiple de 29 ítems, el Inventario de Afrontamiento para Situaciones de Estrés y la Escala de Aceptación de la Enfermedad. Realizaron también un cuestionario normalizado para reunir datos clínicos y demográficos de los pacientes. Se determinó la gravedad de la EM usando la Escala Ampliada de Estado de Discapacidad.</p>	<p>pacientes con menor duración de la enfermedad tenían peor CVRS. Las variables: aceptación de la enfermedad, estrategia de afrontamiento emocional, estrategia de afrontamiento de la evitación, la duración de la enfermedad, la edad en el momento del estudio y la estrategia de afrontamiento del problema resultaron significativas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la EM. El modelo que incluía estas variables explicaba el 36% de la varianza en el autocontrol de la EM. Las EA para resolver problemas se relacionaron con una mejor calidad de vida humana. Las EA centradas en las emociones se consideraron inadaptadas debido a su relación negativa con la CVRS. La aceptación de la enfermedad es la variable que guarda una relación más fuerte con una mayor CVRS en los pacientes con EM y presenta relación con el uso de estrategias centradas en el problema y con la evitación. Una mejor dimensión física de la</p>	<p>más estrategias de solución de problemas y de evitación y menos estrategias de afrontamiento emocional evalúan su CVRS de forma elevada. Se confirman los efectos beneficiosos de los programas dirigidos al desarrollo de estrategias de resolución de problemas y la reducción de estrategias centradas en las emociones en los pacientes con EM. La relación entre una mayor CVRS y una enfermedad más severa, puede explicarse por un sesgo de la muestra. La aceptación no excluye la aplicación de estrategias de</p>
--	--	---	--	--	--

				<p>CVRS se asociaba a 5 factores: mayor nivel de aceptación, mayor uso de estrategias de afrontamiento de evitación, un menor uso de estrategias de afrontamiento de las emociones, un mayor tiempo desde el diagnóstico de la EM y el empleo. Una mejor dimensión mental de la CVRS se asoció con un mayor uso de EA para resolver problemas, un menor uso de EA de emociones, una mayor gravedad de la enfermedad y un mayor nivel de aceptación.</p>	<p>evitación como una forma beneficiosa de hacer frente al estrés. LA CVRS de los pacientes con EM solo se ve explicada en un 40% por los factores estudiados, de modo que también está determinada por otros factores.</p>
--	--	--	--	---	---

Artículo 7. (19)

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVEN- CIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating	Transversal	382 pacientes diagnosticados con EM por un neurólogo según los criterios revisados de McDonald, de los cuales 256 fueron mujeres y 126 hombres, con una edad media de 46 años. El 67%	Se realizó una sesión informativa verbal y una descripción del estudio. Los participantes completaron un cuestionario de salud general-12, el Inventario de afrontamiento para	De las variables demográficas y clínicas estudiadas, solo la gravedad de la enfermedad se relacionó con la salud mental. A mayor discapacidad mayor uso de afrontamiento emocional (relacionada con una peor salud mental). La CLH interna se relacionó con el uso de EA orientadas a los problemas, pero no con las EA	Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en las emociones pueden considerarse mediadoras de la relación entre CLH y la salud mental en los pacientes con EM.

<p>effect of coping strategies.</p>		<p>estaba casado, el 43% tenían educación secundaria y el 48% recibía pensión de invalidez. Sin recaídas en los 30 días previos a la inscripción, sin otras afecciones médicas (incluidos trastornos psicóticos) y con ausencia de problemas cognitivos relacionados con la EM.</p>	<p>situaciones estresantes y la Escala Multidimensional del Locus de Control de la Salud (CLH). Realizaron también una encuesta de autoinforme para recopilar los datos demográficos y los datos clínicos. Realizaron también una evaluación neurológica.</p>	<p>centradas en las emociones y en la evitación. La CLH interna alta se relacionó con un mejor bienestar psicológico. La superación de los problemas era un mediador importante en la relación entre el locus de control de salud (CLH) interna y la salud mental (aplicar EA centradas en el problema promovía un mejor bienestar psicológico y se consideran adecuados para manejar factores estresantes controlables). Las EA centrado en las emociones es un mediador significativo en la relación entre el CLH externo y la salud mental. Los pacientes con CLH externo utilizan estrategias emocionales para hacer frente al estrés. Las EA evasivas no se relacionaron significativamente con la salud mental. Se consideraron útiles para manejar factores estresantes incontrolables, al igual que las EA centradas en las emociones.</p>	<p>Los pacientes con CLH interno aplicaban estrategias de resolución de problemas que promovían el bienestar psicológico. Mientras que los pacientes con CLH externo tenían una peor salud mental ya que utilizaban más estrategias centradas en las emociones.</p>
-------------------------------------	--	---	---	--	---

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study	Piloto	34 pacientes diagnosticados por su médico de EM (diagnosticada hace 9±8 años) con una edad media de 36±11 años, de los cuales el 56% fueron mujeres. EL 64,71% tenían una EM RR y solo un 2,9% tuvo una EM recurrente progresiva. El 66,67% recibía terapia modificadora de la enfermedad, el 20,59% tomaba medicamentos psicóticos y el 14,71% se sometía a psicoterapia. Todos eran mayores de 18 años y dominaban el inglés, no presentaban antecedentes de trastornos psicóticos u otro trastorno neurológico distinto de la EM. Un 55,88% tenían depresión mínima, un 20,59% leve, un 17,65% moderada y un 5,88% severa.	Reclutaron participantes voluntarios por medio de comunicación social. Para explorar la asociación entre las diferentes EA con la: calidad de vida, la depresión, la ansiedad, la fatiga y el apoyo social, realizaron cuestionarios (en formato escrito y/o en formato digital) sobre los datos demográficos, el Cuestionario de Calidad de Vida de Esclerosis Múltiple Internacional, el Cuestionario de Formas de Afrontar el Problema, el Inventario de Depresión de Beck II, el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Gravedad de Fatiga y la Escala de Provisiones Sociales.	Los pacientes utilizaban EA centradas en las emociones con más frecuencia que las EA centradas en los problemas. Los que utilizaron EA positivas tuvieron mayor puntuación de calidad de vida y apoyo social, niveles más bajos de depresión y ansiedad, en comparación con los que usaron EA negativas. La EA de evasión se asoció con puntuaciones bajas de calidad de vida, altos niveles de depresión, ansiedad y fatiga.	Las condiciones desfavorables de un país en desarrollo como el Líbano, propician que los pacientes con EM recurran a EA centrada en las emociones y negativas, como la evitación. Las intervenciones clínicas dirigidas a aliviar los síntomas de la depresión, la ansiedad y la fatiga deben comprender el enfoque del apoyo social y la disminución del uso de EA desadaptativas como la evitación.

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Coping strategies and quality of life in Mexican multiple sclerosis patients: Physical, psychological and social factors relationship.</p>	<p>Transversal</p>	<p>26 pacientes voluntarios diagnosticados con EM según los criterios de McDonald. La edad media fue de 39.2±10.6 años, con un 57,7% de participantes femeninos. El 50% presentaba el tipo de EMRR y solo un 7% tuvo EMPS. Se encontraron síntomas de depresión en el 38,5%. Todos eran mayores de 18 y no padecían enfermedades neurológicas y/o psiquiátricas adicionales.</p>	<p>Se reclutaron pacientes a través de medios de comunicación social, la radio y la invitación directa a través de os grupos de apoyo a la EM. Se realizó una sesión informativa de grupo y se obtuvo el consentimiento informado. Para evaluar factores psicosociales y físicos (calidad de vida, EA, sistema de apoyo social, funcionalidad de la familia, la depresión y la prevalencia de ansiedad) se realizaron 8 cuestionarios.</p>	<p>Las principales EA usadas fueron: resolución de problemas, la ilusión y el apoyo social; la secundaria fue la EA positiva centrada en las emociones; las EA positivas fueron utilizadas por el 88,5% de los participantes como la EA terciaria. El 84,6% usaron EA positivas que mejoraron la percepción de la calidad de vida y los dominios: salud física y psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. La calidad de vida se correlacionó negativamente con la depresión, la ansiedad y la fatiga. Un modelo de regresión lineal múltiple demostró que la calidad de vida puede explicarse por factores físicos y psicosociales en el 54,6% de los casos evaluados.</p>	<p>El uso de EA positivas junto a un entorno psicosocial adecuado y una buena salud física dan como resultado mejor percepción de la calidad de vida.</p>

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Personality characteristics in MS patients: The role of avoidant personality.</p>	<p>Transversal</p>	<p>83 pacientes diagnosticados de EM según los criterios de McDonald con una media de 31,54±7,38 años, de los cuales el 89,2% fueron mujeres. El 92% tenían EM remitente-recurrente, un 6% EM progresiva primaria y solo un participante tuvo EM progresiva secundaria. La duración media de la enfermedad fue de 4,55 años. No padecían otras enfermedades crónicas en el momento del</p>	<p>Mediante cuestionarios se evaluaron: la calidad de vida, la característica particular de la personalidad (PC), la discapacidad física y la condición cognitiva.</p>	<p>No se observó ninguna diferencia significativa entre los sexos en cuanto a las puntuaciones mentales, físicas y totales de la calidad de vida. La calidad de vida se correlacionó positivamente con: la duración de la enfermedad, el deterioro cognitivo y la discapacidad física. La personalidad obsesivo-compulsiva fue PC más frecuente (43,4%). De las 8 PC evaluadas, solo la PC evasiva tuvo una correlación negativa significativa con la calidad de vida. No hubo diferencias significativas entre la edad media, la duración de la enfermedad y la discapacidad en los grupos de pacientes con y sin personalidad evasiva. La personalidad evasiva, la</p>	<p>El manejo de enfermedades crónicas se ve afectado por la personalidad del individuo, influyendo en la exposición, la reacción y la capacidad de hacer frente al estrés. La elección de una EA específica en pacientes con EM está relacionada con su PC. La personalidad evasiva parece ser un predictor de baja calidad de vida en pacientes con EM. Las EA de la personalidad evasiva parecen estar asociadas con la respuesta adversa a eventos estresantes en estos pacientes. Es necesaria una</p>

		estudio.		discapacidad física y el estado mental son predictores de la calidad de vida con todos sus componentes.	intervención psicológica para mejorar las EA y la calidad de vida en los pacientes con EM.
--	--	----------	--	---	--

Artículo 11. (23)

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Target Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis.	Transversal.	107 personas diagnosticadas con EM según los criterios de McDonald. Todos eran mayores de 18 años, presentaban EMRR (20,21 personas) o EMPS y estuvieron libres de recaídas de EM durante 3 meses antes de la participación en este estudio. También estuvieron libres de medicamentos corticoides	Los participantes completaron cuestionarios para medir: la depresión, la ansiedad, la calidad de vida de la esclerosis múltiple (QOL), el estrés y el afrontamiento.	La reinterpretación positiva, el crecimiento y la aceptación son EA adaptativas que se encontraron asociadas con un menor estrés, depresión, ansiedad y una mayor calidad de vida. La concentración y la ventilación de las emociones, así como las EA de tipo evasivo, son estrategias desadaptativas que se asociaron con un mayor estrés, depresión y ansiedad y una menor calidad de vida. El alto uso de	Existe un vínculo entre las EA y el ajuste psicosocial en las personas con EM. Los estilos de afrontamiento inadecuados (la preocupación emocional, las estrategias de ventilación y evitación, incluyendo la negación, el desacoplamiento mental y conductual) predicen niveles más altos de depresión, ansiedad y de frecuencia del estrés (al igual que una mayor gravedad de los eventos estresantes), y una menor salud mental QOL. En definitiva, se asocian con un ajuste psicosocial más deficiente. Los estilos de afrontamiento adaptables (la aceptación y el crecimiento) predicen niveles

		<p>durante 60 días. No presentaban daño neurológico comórbido, trastornos psicológicos graves (excluyendo la ansiedad y la depresión) o un historial de abuso grave de drogas o alcohol.</p>		<p>centrarse en las emociones y desahogarse en ellas fue un predictor particularmente fuerte de un ajuste psicosocial más pobre. Los síntomas de la depresión parecen estar fuertemente interconectados con la capacidad de afrontamiento.</p>	<p>más bajos de la frecuencia del estrés, depresión y ansiedad, y una QOL más alta. La depresión y la calidad de vida de la salud mental fueron más prominentemente conectadas con el uso de EA tanto adaptativas como desadaptativas. Las EA centradas en las emociones (crecimiento y desahogo) mostraron mayor relación con el ajuste psicosocial que las EA centradas en el problema.</p>
--	--	--	--	--	---

Artículo 12. (24)

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Variations in and predictors of the occurrence of depressive symptoms and mood	Longitudinal	219 personas con EM. El 68% eran mujeres, el 58% trabajaba, el 61% presentaba EMRR y un 39% EMPS o EMPP.	Se obtuvo el consentimiento informado y se realizó un seguimiento al inicio, y a los 6, 12, 18 y 24 meses. Mediante una entrevista se obtuvieron los datos demográficos y los datos relativos al uso de	Las proporciones con síntomas depresivos variaron significativamente de 21 a 30% entre los tres puntos temporales. Las proporciones con síntomas de humor variaron	La incidencia de los síntomas depresivos y del estado del ánimo en las personas con EM varía a lo largo de 2 años. Casi la mitad tiene síntomas depresivos al menos

<p>symptoms in multiple sclerosis: a longitudinal two-year study.</p>			<p>antidepresivos, tratamiento psicológico o la toma de tratamiento modificador de la enfermedad. También se evaluó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, por entrevista y por medio de los registros médicos. Realizaron el Inventario de la Depresión de Beck a los 0,12 y 24 meses. Evaluaron mediante cuestionarios: la capacidad de afrontamiento, la gravedad de la enfermedad, la fatiga, la función cognitiva, la frecuencia de actividades sociales/de estilo de vida, el impacto físico y psicológico percibido de la EM en la salud.</p>	<p>significativamente de 14 a 17% en los tres puntos de tiempo. La débil capacidad de afrontamiento y la menor frecuencia de las actividades sociales/de estilo de vida predijeron la aparición de síntomas depresivos y síntomas del estado de ánimo, así como el impacto psicológico de la EM en la salud en interacción con el tiempo. Estar desempleado en edad de trabajar predijo la aparición de síntomas depresivos y síntomas del estado de ánimo, al igual que el impacto físico de la EM en la salud en la aparición de síntomas del estado de ánimo.</p>	<p>una vez. Se deben desarrollar estrategias dirigidas a identificar a las personas con EM deprimidas o que desarrollen síntomas depresivos. Las intervenciones para aliviar los síntomas depresivos deben tener en cuenta la capacidad de afrontamiento del individuo y el impacto percibido de la EM en la salud, y facilitar su capacidad para mantener la participación en actividades cotidianas valiosas.</p>
---	--	--	--	--	---

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido recopilar la evidencia científica de la existencia de estrategias de afrontamiento eficaces para manejar la depresión en pacientes con EM. Antes de analizar nuestros resultados, debemos tener claros dos conceptos: estrategias de afrontamiento y depresión y la relación de ambas con la EM.

El afrontamiento se define como "los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para dominar, tolerar o reducir las demandas y conflictos externos e internos entre ellos". Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, las respuestas de afrontamiento se dividen en estrategias centradas en la emoción y centradas en el problema, otros modelos de afrontamiento incluyen categorías orientadas a la evitación, la socialización y/o el significado. El afrontamiento centrado en el problema es alterar activamente la situación estresante (resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de los estresores) y se asocia con un mejor afrontamiento, el afrontamiento enfocado en la emoción está dirigido a regular la respuesta a un estresante a través de las emociones y se considera útil para hacer frente a la EM, al contrario que el afrontamiento de evitación (ilusiones, escapismo, búsqueda de otras personas, esfuerzos para distraerse). Aunque muchos autores dividen las EA en adaptativas y desadaptativas, McCabe y McKern informaron que todas las estrategias de afrontamiento son predictores de mejor calidad de vida y ajuste a la EM pero que, sin embargo, ciertos tipos de afrontamiento pueden conducir a un mejor enfrentamiento (23, 25). Calandri y otros revelaron también que todos los tipos de afrontamiento deben considerarse adaptables (19). La elección de una EA específica contra una situación estresante está relacionada con las características demográficas (edad, sexo, empleo...), las características de la propia esclerosis múltiple (duración de la enfermedad, grado de discapacidad...) y con las características particulares de la personalidad del individuo. (16, 22)

El concepto de hacer frente a la EM se define como un concepto dinámico y multidimensional y tiene como objetivo la promoción de la salud (física, psicológica, social y espiritual), la adhesión al régimen de tratamiento, la

independencia en la vida personal y las relaciones sociales, y la mejora de las relaciones familiares (25). El uso de EA media la relación entre el estrés y la progresión de la EM, por lo tanto, poseer una capacidad de afrontamiento débil o utilizar EA menos adaptativas frente a EA más adaptativas puede dar lugar al desarrollo de síntomas depresivos, síntomas del estado del ánimo, mayores niveles de angustia psicológica, depresión y una peor calidad de vida en personas con EM (19, 23).

La capacidad de afrontamiento se considera un factor modificable, por lo que intervenciones apropiadas pueden dirigir al desarrollo de EA útiles en pacientes de EM, las cuales deben ser adecuadas a la propia percepción del individuo sobre la posibilidad de control de la enfermedad, ya que el patrón organizado de representaciones cognitivas y emocionales de su propia enfermedad puede influir en el comportamiento de afrontamiento y en las percepciones negativas sobre la misma. (19, 27)

La depresión o trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor, que es el tono del ánimo que vivenciamos internamente e influencia nuestra percepción del mundo y conducta. Los síntomas asociados a la misma pueden ser afectivos (incapacidad para experimentar placer, angustia, rumiaciones excesivas, preocupación excesiva por la salud física, etc.) de pensamiento (pérdida de la autoestima, ideas de culpa o de ruina, etc.) de conducta (abandono personal, intentos de suicidio, aislamiento social, etc.), alteraciones somáticas (trastornos digestivos, estreñimiento, astenia, amenorrea, etc.) y síntomas motores (agitación o enlentecimiento psicomotor). Los factores de riesgo de padecerla son múltiples y entre ellos se encuentran los acontecimientos vitales desfavorables, como puede ser padecer EM, una enfermedad crónica (26). El metaanálisis llevado a cabo en el 2017 por Boeschoten, Braamse y Beekman, contó con 87.756 pacientes con EM y la prevalencia de la depresión en este grupo era de 30,5% frente a 10% de la prevalencia en la población general (19). La prevalencia de depresión en la población general es mayor en las mujeres, sin embargo, la carga de depresión entre géneros se iguala en pacientes con EM, por lo que los hombres con EM se ven más afectados por la misma (16, 20, 27). Aunque la depresión en

personas con EM puede considerarse una reacción a la imprevisibilidad y a la cronicidad de la enfermedad, también es posible que los procesos biológicos relacionados con la EM (vías inmunológicas e inflamatorias) o los factores de riesgo psicosociales (falta de adaptación o de apoyo social) predispongan al paciente a la depresión. Por otro lado, existen características de la EM que se asocian con un mayor riesgo de padecer depresión siendo las más significativas la disfunción cognitiva y la fatiga (27).

Los tratamientos financiados públicamente para manejar la depresión deben tener en cuenta la limitación de los recursos y por ello, se deben llevar a cabo intervenciones breves y eficaces en función de los costes que reduzcan los síntomas depresivos y la carga psicológica de los pacientes con EM, mejorando su CV. Los tratamientos psicológicos como la TCC, la terapia psicoeducativa y la atención plena, tienen efectos beneficiosos contra la depresión en pacientes con EM mientras que el tratamiento farmacológico (ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) presentan inconvenientes como efectos secundarios indeseables y una tasa alta de abandono (27). Es posible que un asesoramiento a estos pacientes llevado a cabo por el personal de enfermería sobre EA eficaces para la depresión, sea por sí misma la intervención apropiada o que sea un buen complemento de una intervención mayor.

De todas las EA estudiadas por los artículos incluidos en esta revisión, analizaremos solo aquellas que hayan sido relacionadas con una menor depresión y aquellas que se hayan relacionado con variables asociadas con una menor depresión como, por ejemplo, una mejora en la calidad de vida o la disminución de la ansiedad y el estrés.

Medicina alternativa y complementaria: Se ha encontrado un mayor uso de medicina alternativa y complementaria (un grupo de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención médica que actualmente no se consideran parte de la medicina convencional) en pacientes con enfermedades crónicas (28). La prevalencia de uso de CAM en pacientes con esclerosis múltiple es importante (un estudio demostró que en torno al 50% de los pacientes con EM la usaban en Suecia y en Islandia) (29). Entre las motivaciones de estos

pacientes para su uso se encuentran: la insatisfacción con la medicina convencional en su enfermedad o la búsqueda de un mayor grado de participación en la toma de decisiones sobre la salud (28). Según nuestro artículo 1, las personas con EM que padecen mayor grado de discapacidad y duración de la enfermedad, recurrían al uso de CAM como un tipo de estrategia de afrontamiento. Éstos pacientes comunicaron un mayor grado de depresión que los no usuarios de CAM y el uso de esta EA ayudó a que más de la mitad sintieran una mejora de su estado de salud, debido quizás al efecto placebo de la misma o la percepción de tener influencia sobre la enfermedad (13). También puede deberse a que algunas CAM como la dieta baja en grasa o la suplementación con vitamina D, evidencian propiedades antiinflamatorias y neuroprotectoras que inciden en la recurrencia de los brotes de la EM (29). Debido a la frecuencia de su uso y de los beneficios que algunos estudios han demostrado en los pacientes con EM sobre su estado de salud, existe la posibilidad de un efecto beneficioso contra la depresión, sin embargo, se debe seguir indagando sobre la relación entre los efectos positivos de las distintas terapias que conforman la medicina alternativa y complementaria y la depresión en personas con EM.

Búsqueda de apoyo en la religión: La búsqueda de apoyo en la religión es considerada una EA centrada en las emociones y su uso permite un desapego temporal de los factores estresantes incontrolables, por lo que puede considerarse apropiada para enfermedades crónicas y de curso incierto como la EM (16). Entre los pacientes con EM, los que más uso hacen de ellas son las personas adultas, los desempleados y las mujeres, caracteres asociados a un mayor grado y prevalencia de depresión (16, 24). Realizar prácticas contemplativas como la oración y la meditación pueden guardar relación con menores síntomas depresivos, al contribuir a mejorar el bienestar espiritual, el cual promueve la aceptación, el manejo de los componentes emocionales del dolor y contrarresta estados emocionales negativos como la desesperanza y la impotencia (16, 18). Por otro lado, esta EA es menos exigente a nivel cognitivo, de modo que es más adaptativa para los pacientes con EM que poseen déficit en la función ejecutiva (relacionada con la capacidad para realizar secuencias

de pasos necesarios para lograr un fin, motivación e inicio de actividades, atención focalizada y flexibilidad cognitiva) ya que mejora la percepción de la calidad de vida (15). Aunque el uso de esta EA se relaciona con aspectos que promueven una mejor salud mental como la aceptación y el manejo de las emociones, su uso sigue estando fuertemente asociado a personas con EM que padecen de depresión, de modo que se debe seguir estudiando el grado de beneficios que aporta su uso en estos pacientes.

Aceptación de la enfermedad: La aceptación puede verse como una EA en sí (centrada en las emociones) o como el fin del uso de las mismas, y se describe como una variable clave que permite a las personas ajustarse a los eventos difíciles de la vida, formulando objetivos alcanzables para sobrellevarlos. Esta EA es más utilizada por hombres que por mujeres que padecen EM y predice niveles más bajos de síntomas depresivos en los mismos (16, 23). Ha demostrado ayudar a mantener la salud, la autoestima, una actitud positiva ante la enfermedad y una mayor satisfacción de vida (25). También se considera una EA más adaptativa que reduce los síntomas depresivos en pacientes con EM que poseen déficit de la función ejecutiva (15, 18). Por otro lado, ha demostrado tener una relación fuerte con una mayor calidad de vida relacionada tanto con la salud física como con la salud mental y con una menor frecuencia del estrés en pacientes con EM (18, 23). La alta eficacia de una terapias cognitivo conductual (forma de psicoterapia que consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales) para disminuir los síntomas depresivos en personas recién diagnosticadas con EM que padecen depresión, puede explicarse en cierta medida por las mejoras en el manejo del afrontamiento que experimentaron los pacientes. Una de las EA de afrontamiento que se vio potenciada tras la intervención y que guarda relación con la mejora en la depresión es la aceptación (14).

Planificación: Según Carvet et all, la planificación es una EA conductual que se considera de tipo activo-adaptativo (25). Consiste en pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema (30). Es una EA aplicada por personas

con EM que poseen un mejor manejo del afrontamiento. Aunque su naturaleza es adaptativa y su uso predice síntomas depresivos más bajos, sus beneficios pueden verse limitados en enfermedades crónicas como la EM, ya que se la ha relacionado en otras investigaciones con mayor depresión en personas con EM en la fase de diagnóstico temprana (menos de cuatro años), y con mayor percepción de estrés y angustia psicológica en estos pacientes (23).

Crecimiento: El crecimiento personal implica el desarrollo de características y potencialidades de una persona, poseer deseos de seguir desarrollándose como individuo y llevar al máximo sus capacidades (23). Se considera una EA centrada en la emoción (23). En investigaciones transversales y longitudinales previas con personas con EM se ha relacionado esta EA con una menor depresión, estrés, ansiedad y una mayor calidad de vida. Se ha comprobado que las personas recurren a ellas con mayor frecuencia cuando no se puede cambiar la situación, como es el caso de las enfermedades crónicas, donde ha demostrado ser beneficiosa (23). Una de las conclusiones principales a las que llega el artículo 11 de nuestra revisión es que las personas con EM se beneficiarían de terapias e intervenciones psicológicas dirigidas a identificar los logros de crecimiento personal que se puedan haber alcanzado (23).

Restricción: Es una EA centrada en el problema de carácter pasivo que consiste en frenar los intentos de hacer frente a la situación hasta que puedan ser útiles (16, 23). Los pacientes con EM que hacen un mayor uso de la misma son: los desempleados, aquellos que poseen un menor grado de discapacidad, los solteros, los que llevan menos tiempo padeciendo la enfermedad y los adultos y/o mayores (16). En el artículo 11, el uso de esta EA predijo síntomas depresivos más bajos y una mayor calidad de vida relacionada con la salud mental. En nuestro artículo 4, sugieren su posible carácter adaptativo por frenar la impulsividad, ya que se ha relacionado con un consumo más moderado de alcohol (16).

Desconexión conductual: Es una EA pasiva que se caracteriza por evitar la solución al problema (16). Las personas con EM que hacen un mayor uso de la misma son los desempleados y aquellos que presentan mayor grado de discapacidad (16). Aunque esta EA se relaciona con mayor depresión y

ansiedad en personas con EM en general (16), se ha podido observar una asociación entre los pacientes de EM con déficit en la función ejecutiva que la usan y una mejora de la percepción de la calidad de vida de los mismos (15). Sin embargo, investigaciones anteriores han demostrado que predice la ansiedad y se relaciona con los síntomas depresivos en personas con EM diagnosticados recientemente (menos de 4 años). Nuestro artículo 11 demostró también esta relación, indicando que la desconexión conductual predice de forma significativa los síntomas depresivos, la ansiedad y una peor calidad de vida de la salud mental. En definitiva, aunque esta EA esté considerada desadaptativa y su uso se relacione con mayor depresión, en pacientes de EM con déficit cognitivo puede actuar como una EA que previene o mejora los síntomas depresivos.

Reinterpretación positiva: Es una EA activa que consiste en percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido el paciente en relación con la esclerosis múltiple o, en otras palabras, el intento del individuo por dar un nuevo significado al problema, centrándose en la parte positiva del mismo (30). Nuestro artículo 11 comenta la relación encontrada entre el uso de esta EA y una menor depresión, estrés, ansiedad y una mayor calidad de vida.

Resolución de problemas: Es considerada una EA positiva centrada en el problema (21). En investigaciones anteriores predijo una menor depresión en personas con EM (23). Sin embargo, se ha considerado menos útil en las enfermedades crónicas donde el factor estresante no puede ser cambiado (23). En nuestro artículo 11, esta EA no tuvo una aportación significativa en el buen ajuste psicosocial de los pacientes con EM mientras que en el artículo 2, hacer uso de la misma fue fruto de una mejora del manejo de afrontamiento tras una TCC dirigida a tratar los síntomas depresivos en los pacientes con EM. En nuestro artículo 9, esta EA fue una de las más usadas y se asoció con una mejor percepción de la calidad de vida, lo cual se relaciona con niveles más bajos de depresión.

Búsqueda de apoyo social: Es una EA positiva centrada en la emoción y su influencia para lograr una buena calidad de vida ha sido demostrada con anterioridad (21). Consiste en acudir a otras personas como pueden ser amigos

o familiares en busca de ayuda, información, comprensión y apoyo emocional (30). Su uso se relaciona en nuestro artículo 8 y en el 9 con una mejor percepción de la calidad de vida y una menor depresión. También demostró ser una EA que predice niveles más bajos de síntomas depresivos en nuestro artículo 11. En los pacientes con EM, las limitaciones físicas conllevan muchas veces la pérdida de independencia y autonomía y también un abandono progresivo de las relaciones sociales que pueden llevar al aislamiento. Enseñar a los pacientes la importancia de la búsqueda de apoyo social y su influencia positiva en la percepción de la salud, puede evitar que esas personas se aislen y sufran como consecuencia trastornos del ánimo como la depresión.

De forma general, en nuestra revisión las EA centradas en el problema fueron menos usadas que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción por los pacientes con EM. Además, varios autores concluyeron en que su carácter adaptativo se veía limitado en este tipo de enfermedades por ser crónicas y de curso impredecible, de acuerdo con lo descrito con anterioridad por otros autores. Por otro lado, las EA centradas en las emociones se han mostrado adaptativas en pacientes con EM.

Los hallazgos de este trabajo tienen implicaciones prácticas tanto para los pacientes con EM como para los profesionales de la enfermería. En España, el abordaje terapéutico de estos enfermos lo realiza un equipo multidisciplinar en el que la enfermería ejerce un papel fundamental, ya que es el miembro que más tiempo pasa en contacto con el paciente y la familia. El propósito de este abordaje es atender de manera integral las necesidades que pueda tener el enfermo, ofreciendo cuidados individualizados, continuos y adaptados a las necesidades que se presentan en cada fase de la enfermedad. Enfermería también se encarga de orientar al paciente en los tratamientos, garantizando su adherencia y correcto seguimiento, ofrece su ayuda para que el paciente pueda comprender y paliar la sintomatología asociada, promueve hábitos de vida saludable y solventa las dudas que éstos le presenten. Un objetivo primordial de la práctica enfermera es potenciar la aptitud para mejorar la gestión de la propia salud de los pacientes, el cual se puede lograr mediante un correcto asesoramiento sobre las EA. Por lo tanto, es necesaria una formación

actualizada sobre las EA eficaces para tratar comorbilidades comunes y graves en pacientes con EM como, por ejemplo, la depresión (31, 32).

CONCLUSIÓN

- Las EA eficaces en mayor o en menor medida para tratar la depresión en pacientes con EM recogidas en este trabajo son: uso de medicina complementaria y alternativa, búsqueda de apoyo a la religión, la aceptación de la enfermedad, el crecimiento, la restricción, la desconexión conductual, la reinterpretación positiva, la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social.
- Un asesoramiento sobre estas EA llevado a cabo por los profesionales de enfermería puede influir en una mejora del comportamiento de afrontamiento que permita la reducción de este trastorno del estado del humor y contribuir a la búsqueda atención integral y holística del paciente con esclerosis múltiple.

ANEXOS

Anexo 1: Agentes predisponentes de la EM. Elaboración propia. (1, 2, 3, 8)

Factores genéticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aunque no es una enfermedad hereditaria, existe un riesgo genético que puede heredarse. ▪ Se han identificado unos 200 genes que contribuyen al riesgo de desarrollar EM. ▪ En los gemelos monocigóticos, el riesgo de que el otro gemelo desarrolle EM es de aproximadamente un 40%, mucho menos que en gemelos dicigóticos, que es de 3-5%. 						
Factores epidemiológicos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">ETNIA</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es más frecuente en personas provenientes del norte de Europa que en nativos africanos o asiáticos. ▪ Los afroamericanos tienen un riesgo más alto que los caucásicos de progresión de la discapacidad que causa la enfermedad. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">GÉNERO</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Según un estudio canadiense, el ratio mujer/hombre en los nacidos entre 1936 y 1940 es de 1/9 y de 3/2 en los nacidos entre 1976 y 1980. ▪ La diferencia de género disminuye con la latitud y aumenta con la edad. ▪ La progresión de la discapacidad que causa la enfermedad es más rápida en los hombres. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">EDAD</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afecta a poblaciones cuyas edades se concentran entre los 20 años y los 40 años. ▪ A mayor edad de inicio peor pronóstico. </td> </tr> </table>	ETNIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es más frecuente en personas provenientes del norte de Europa que en nativos africanos o asiáticos. ▪ Los afroamericanos tienen un riesgo más alto que los caucásicos de progresión de la discapacidad que causa la enfermedad. 	GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según un estudio canadiense, el ratio mujer/hombre en los nacidos entre 1936 y 1940 es de 1/9 y de 3/2 en los nacidos entre 1976 y 1980. ▪ La diferencia de género disminuye con la latitud y aumenta con la edad. ▪ La progresión de la discapacidad que causa la enfermedad es más rápida en los hombres. 	EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afecta a poblaciones cuyas edades se concentran entre los 20 años y los 40 años. ▪ A mayor edad de inicio peor pronóstico.
	ETNIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es más frecuente en personas provenientes del norte de Europa que en nativos africanos o asiáticos. ▪ Los afroamericanos tienen un riesgo más alto que los caucásicos de progresión de la discapacidad que causa la enfermedad. 					
	GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según un estudio canadiense, el ratio mujer/hombre en los nacidos entre 1936 y 1940 es de 1/9 y de 3/2 en los nacidos entre 1976 y 1980. ▪ La diferencia de género disminuye con la latitud y aumenta con la edad. ▪ La progresión de la discapacidad que causa la enfermedad es más rápida en los hombres. 					
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afecta a poblaciones cuyas edades se concentran entre los 20 años y los 40 años. ▪ A mayor edad de inicio peor pronóstico. 						
Factores ambientales	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">FACTORES GEOCLIMÁTICOS</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La frecuencia varía según regiones, aumentando a medida que te alejas del ecuador (mayor prevalencia en zonas templadas como: Europa, norte de Estados Unidos y Canadá). Sin embargo, estudios recientes revelan que las diferencias geográficas podrían explicarse por el nivel de acceso al servicio </td> </tr> </table>	FACTORES GEOCLIMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La frecuencia varía según regiones, aumentando a medida que te alejas del ecuador (mayor prevalencia en zonas templadas como: Europa, norte de Estados Unidos y Canadá). Sin embargo, estudios recientes revelan que las diferencias geográficas podrían explicarse por el nivel de acceso al servicio 				
FACTORES GEOCLIMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La frecuencia varía según regiones, aumentando a medida que te alejas del ecuador (mayor prevalencia en zonas templadas como: Europa, norte de Estados Unidos y Canadá). Sin embargo, estudios recientes revelan que las diferencias geográficas podrían explicarse por el nivel de acceso al servicio 						

		<p>diagnóstico, profesionales expertos o del grado de concienciación sobre la EM. También se ve influenciado por las políticas y el nivel de inversión en investigación de cada país.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las personas que migran de una zona de alto riesgo a otra de bajo antes de los 15 años, asumen el riesgo de su nueva zona.
	DÉFICIT DE VITAMINA D Y EXPOSICIÓN SOLAR	<p>Bajos niveles séricos de vitamina D se relacionan con mayor riesgo de sufrir EM (se da en más del 60% de los pacientes), por ello, se cree que la falta de exposición solar (fuente natural de la vitamina D) puede contribuir a explicar la distribución geográfica de la enfermedad.</p>
	TABAQUISMO	<p>Aumenta el riesgo de desarrollar EM (incluso al ser fumador pasivo) y se le relaciona con la gravedad de la misma y la rapidez con la que progresa.</p> <p>El cese de al menos 1 año contribuye a ralentizar la progresión de la discapacidad provocada por la enfermedad.</p>
	OBESIDAD	<p>Aumenta el riesgo de desarrollar EM, principalmente en niñas y adolescentes, pero también en adultos.</p> <p>En personas con EM contribuye a la inflamación y a una mayor actividad de la enfermedad.</p>
Factores infecciosos		<ul style="list-style-type: none"> Muchas investigaciones sugieren que una infección previa del virus de Epstein-Barr, aumenta el riesgo de desarrollar EM, ya que casi el 100% de los pacientes con EM presentan serologías positivas. Otros agentes infecciosos a estudio por su posible relación con la enfermedad son: moquillo canino, sarampión, parotiditis, virus del herpes humano 6, herpes

	simple 1 y 2, citomegalovirus, neumonía por clamidia, adenovirus, influenza y parainfluenza.
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrés ▪ Nivel socioeconómico ▪ Anti-TNFα ▪ Melatonina ▪ Traumatismos ▪ Vacunaciones ▪ Convivencia con animales domésticos ▪ Hábitos nutricionales. ▪ Consumo de tóxicos

Anexo 2: Signos y síntomas de la EM. Elaboración propia. (1, 2, 6)

Síntomas visuales/oculomotores (los más frecuentes en el debut de la enfermedad).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visión borrosa. ▪ Diplopía (visión doble). ▪ Neuritis óptica (inflamación y desmielinización del nervio óptico que causa dolor a la movilidad ocular y/o pérdida temporal de la visión). ▪ Movimientos oculares rápidos e involuntarios.
Síntomas motores.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debilidad. ▪ Parálisis. ▪ Plejía. ▪ Espasticidad. ▪ Distonía. ▪ Disartria.
Síntomas cerebelosos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ataxia. ▪ Nistagmus.
Afectación del tronco cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parálisis de los pares craneales (oculomotor principalmente).
Autonómicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vesicales (incontinencia). ▪ Sexuales (impotencia, disminución del libido, pérdida de sensación). ▪ Intestinales (estreñimiento).
Síntomas sensitivos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parestesias. ▪ Hormigueo. ▪ Acorchamiento (sensación de adormecimiento) ▪ Hiperpatía (aumento de la sensibilidad). ▪ Prurito.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de quemazón. ▪ Dolor muscular. ▪ Dolor facial. ▪ Sensibilidad al calor.
Otros.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatiga. ▪ Depresión. ▪ Alteraciones cognitivas (memoria a corto plazo, velocidad de procesamiento, atención, trastorno de la concentración...). ▪ Trastornos del habla (habla lenta, arrastrar palabras...). ▪ Signo de Lhermitte.

Anexo 3: *Criterios clínicos y pruebas paraclínicas para diagnosticar EM. Elaboración propia. (2, 3, 4, 6)*

Criterios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis sobre antecedentes familiares, exposición a factores predisponentes, síntomas... - Exploración en búsqueda de signos de afectación de distintos sistemas funcionales neurológicos. - Exclusión de otros diagnósticos.
Resonancia magnética	Muestra la DIE y DIT de las lesiones.
Potenciales evocados	Permiten saber si la conducción nerviosa es adecuada o está enlentecida como consecuencia de la desmielinización.
Análisis del LCR y análisis de las bandas oligoclonales	Indica si el proceso inflamatorio se encuentra únicamente en el SNC o si procede de alguna enfermedad sistémica, y también nos permite conocer si la inflamación es permanente, crónica o si ha remitido.
Tomografía de coherencia óptica.	Un importante adelgazamiento de las fibras de las capas nucleares externas de la retina se asocia a mayores tasas de progresión de la discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio comparado España-Argentina: Esclerosis Múltiple: realidad, necesidades sociales y calidad de vida. [Internet]. 1.ª ed. España: Begoña Rueda; 2008 [citado 10 febrero 2020]. Disponible en: https://issuu.com/esclerosismultipleespana/docs/informe_invest__esp_arg_05_03_09/1?e=7047757/5799645
2. Carretero Ares J. L., Bowakim Dib W., Acebes Rey J. M. Actualización: esclerosis múltiple. Medifam [Internet]. 2001 Nov [citado 2020 Feb 10]; 11(9). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900002&lng=es.
3. Martínez Yélamos S, Bau Vila L, Matas Martín E, Costa Arpín E, Moreno Torres I, Avedaño Solá C. Actualización en Esclerosis Múltiple. [Internet]. 21.ª ed. España: T. Arbizu Urdiain, A. Rodríguez antigüedad, G. Izquierdo Ayuso, J.M. Prieto González, J.A. García Merino, O. Fernández Fernández; 2016 [citado 10 febrero 2020]. Disponible en: http://www.monografiasesclerosismultiple.com/archivos/21.EM_XXI.pdf
4. Esclerosis Múltiple España [Internet]. 2020 [citado 12 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.esclerosismultiple.com>
5. Introducción a la historia de la esclerosis múltiple. Acta Neurol Colomb. [Internet]. Enero de 2015 [consultado el 12 de febrero de 2020]; 31 (1): 119-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.22379/2422402217>.
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Internet]. 2012 [citado 14 febrero 2020]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/esclerosis_multiple.htm
7. Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple [Internet]. MS. 2020 [citado 14 enero 2020]. Disponible en: <https://www.nationalmssociety.org/>
8. Factores Pronósticos de la Esclerosis [Internet]. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2018 [citado 19 febrero 2020]. Disponible en: http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/factores-pronosticos-esclerosis-multiple-prognostic-factors-multiple-sclerosis/

9. D. Lublin F, C. Reingold S, et al. Definir el curso clínico de la esclerosis múltiple [Internet]. *Neurology*. 2014 [citado 20 febrero 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000560>
10. Carnero Conentti E. Criterios diagnósticos para esclerosis múltiple: revisión de los criterios de McDonald 2010 [Internet]. ELSEVIER. 2012 [citado 5 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-criterios-diagnosticos-esclerosis-multiple-revision-S185300281200033X>
11. Alonso Sanchez A, Eichau Madueño S, Izquierdo Ayuso G, et al. Conocer la esclerosis múltiple [Internet]. 1.ª ed. España: FEDEMA; 2020 [citado 17 marzo 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Conocer%20la%20Esclerosis%20Multiple.pdf>
12. Mijangos-Fuentes KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería [Internet]. 1.ª ed. Oaxaca: Guillermo Rojas Mijangos; 2014 [citado 22 marzo 2020]. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
13. Rommer PS, König N, Sühnel A, Zetl UK. Coping behavior in multiple sclerosis-complementary and alternative medicine: A cross-sectional study. *CNS Neurosci Ther* 2018 [Citado 10 mayo 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cns.12857>
14. Kiropoulos, L. A., Kilpatrick, T., Holmes, A., & Threader, J. A pilot randomized controlled trial of a tailored cognitive behavioural therapy based intervention for depressive symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *BMC psychiatry*, 2016 [Citado 10 mayo 2020] 16(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1152-7>
15. Grech LB, Kiropoulos LA, Kirby KM, Butler E, Paine M, Hester R. Importance of coping in the relationship between executive function and quality of life in people with multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2019 [Citado 10 mayo 2020]; 21(5) Disponible en: <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2018-029>

16. DP, H et AL. Use of coping strategies in multiple sclerosis: Association with demographic and disease-related characteristics. Web of Science, (2019) [Citado 13 mayo 2020]. 27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.10.016>
17. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. Web of science [Internet]. 2016 [citado 10 abril 2020]; 39 (doi:10.1007/s10865-016-9712-3.). Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4801769&blobtype=pdf>
18. Wilski M, Gabryelski J, Broła W, Tomasz T. Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to acceptance, coping strategies and disease severity. Web of science [Internet]. 2019 [citado 10 abril 2020]; 12(10.1016/j.dhjo.2019.06.003). Disponible en: https://apps- webofknowledge-com.accedys2.bbtk.ull.es/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=F1IW6rz9NIGbIVcFvYA&page=1&doc=2
19. Wilski M, Broła W, Tomczak M. Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. Web of science [Internet]. 2019 [citado 10 Abril 2020];42(DOI: 10.1002/nur.21955). Disponible en: https://apps- webofknowledge-com.accedys2.bbtk.ull.es/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=D2nL8MbeTkDw1sZUGUc&page=1&doc=5
20. Farran N, Ammar D, Darwish H. Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study. Web of science [Internet]. 2016 [citado 12 abril 2020]; 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2015.12.003>
21. Hernandez Ledesma AL, Rodriguez Mendez AJ, Gallardo Vidal LS, Trejo Cruz G, Garcia Solis P, Davila Esquivel F de J. Coping strategies and quality of life in Mexican multiple sclerosis patients: Physical, psychological

- and social factors relationship. Web of science [Internet]. 2018 [citado 13 abril 2020]; 25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.06.001>
22. Mohamadi A, Makinejad M, Azimi A, Nafissi S. Personality characteristics in MS patients: The role of avoidant personality. Web of science [Internet]. 2016 [citado 13 abril 2020];144. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2016.02.035>
23. Grech, LB, Kiropoulos, LA, Kirby, KM, Butler, E., Paine, M. y Hester, R. Target Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis. pubmed [Internet]. 2018 [citado 15 abril 2020]; 20. Disponible en: <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-008>
24. Johansson S, Gottberg K, Kierkegaard M, Ytterberg C. Variations in and predictors of the occurrence of depressive symptoms and mood symptoms in multiple sclerosis: a longitudinal two-year study. BMC Neurol [Internet]. 2016 [citado 15 abril 2020]; 16. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0551-1>
25. Dehghani, A., Keshavarzi, A., Jahromi, MF, Shahsavari Isfahani, S. y Keshavarzi, S. Análisis conceptual del afrontamiento de la esclerosis múltiple. Revista internacional de ciencias de enfermería [Internet]. 2018 [citado 18 abril 2020]; 5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.009>
26. De Frutos Muñozerro G. Manual de psiquiatría: Trastornos mentales y del comportamiento. Curso intensivo MIR Asturias.; 2018 [citado 20 abril 2020]
27. Carletto, S., Tesio, V., Borghi, M., Francone, D., Scavelli, F., Bertino, G., Malucchi, S., Bertolotto, A., Oliva, F., Torta, R., & Ostacoli, L. The Effectiveness of a Body-Affective Mindfulness Intervention for Multiple Sclerosis Patients with Depressive Symptoms: Un ensayo clínico controlado y aleatorio. Fronteras de la psicología, Pubmed [Internet]. 2017 [citado 30 abril 2020]; 8, Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02083>
28. Aedo SFJ, Granados SJC. La medicina complementaria en el mundo. Rev Mex Med Fis Rehab. [Internet]. 2000 [citado 30 abril 2020]; 12 (4)

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2919>

29. González González L, Pérez Cortéz JG, Flores Aldana M, Macías Morales N, Hernández Girón C. Uso de antioxidantes como terapia dietética en pacientes con esclerosis múltiple. Medwave [Internet]. 2015 [citado 30 abril 2020]; 15. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/6065>
30. Vázquez Valverde C, Crespo López M, M. Ring J. Capítulo 31: Estrategias de afrontamiento, [Internet]; 1998 [citado 2 Mayo 2020] (p. 427). Disponible en: <http://www.psicosocial.net/historico/index.php>
31. Novais PG, Batista Kde M, Grazziano Eda S, Amorim MH. The effects of progressive muscular relaxation as a nursing procedure used for those who suffer from stress due to multiple sclerosis. Rev Lat Am Enfermagem. 2016; 24:e2789. Published 2016 Sep 1. doi:10.1590/1518-8345.1257.2789
32. Borjabad Cuesta B. Enfermería y Esclerosis Múltiple: Revisión bibliográfica. [Grado en Enfermería]. Grado en Enfermería; 2015 [citado 2 Mayo 2020] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14823/TFG-O%20641.pdf?sequence=1>