

# Alexitimia y estado de ánimo en enfermos con esclerosis múltiple\*

F. Arbinaga Ibarzábal

## Resumen

*El trabajo presenta los resultados encontrados en un grupo de 17 enfermos de Esclerosis Múltiple en aspectos como depresión, alexitimia y fatiga. Se indica que el 88,3% considera que ha padecido cambios psicológicos desde que se le ha diagnosticado la enfermedad. En este sentido, el 58,8% de los sujetos puntúan en algún nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Observamos diferencias significativas con una población normativa en aspectos como alexitimia global y pensamiento externo, medido con la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), y pudiendo ser modulado por el sexo de los sujetos. Asimismo, se constatan relaciones entre depresión y fatiga y entre ésta y las puntuaciones en alexitimia.*

**Palabras clave:** Esclerosis Múltiple. Alexitimia. Depresión. Fatiga.

## Summary

*The paper shows the results found in a group of 17 Multiple Sclerosis patients in aspects such as depression, alexithymia and fatigue. It indicates that 88.3% think that they have suffered from psychological changes since their illness was diagnosed. In this sense, 58.8% of the subjects have some level of depression using the Beck Depression Inventory (BDI). We can observe significant differences with a normative population in aspects such as global alexithymia and external thought, measured with the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and it could be modulated by the sex of the subjects. In the same way, relationships between depression and fatigue can be taken into consideration as well as the punctuations in alexithymia.*

**Key words:** Multiple Sclerosis. Alexithymia. Depression. Fatigue.

---

*\*Este trabajo ha sido promovido desde la Asociación de Esclerosis Múltiple Onubense (ADEMO-Huelva).*

Psicólogo. Centro de Psicología Clínica (Huelva). Colaborador de ADEMO-Huelva.

**Correspondencia:** Dr. D. Félix Arbinaga Ibarzábal

Centro de Psicología Clínica

C/ José Fariña 56 - 5º C

21006 Huelva

e-mail: arbinaga@wanadoo.es

## INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central que principalmente afecta a adultos jóvenes. En dicha enfermedad el proceso patogénico principal está dirigido contra la mielina normal. Los estudios epidemiológicos y de laboratorio sugieren que es una enfermedad disimune, posiblemente iniciada cuando un agente infeccioso (v.g. un virus) induce una respuesta inmune mediada por células T en un individuo genéticamente susceptible (Beatty y Gange, 1977; Agustín y Herbert, 1980). Patológicamente, la EM se caracteriza por la presencia de placas en el SNC, que consisten en áreas de desmielinización de localización perivascular, que se detectan especialmente en la región periventricular, cuerpo calloso, nervios ópticos, tronco del encéfalo, cerebelo y médula espinal. Los constituyentes principales de las lesiones activas son linfocitos T activados y macrófagos, un hallazgo que sugiere que está en marcha un proceso inmunológico activo (Fernández, 1994; Weinshenker, 1995; Thompson, 1996; Hohlfeld, 1997).

Epidemiológicamente, la EM es más frecuente en regiones frías y parece tener un gradiente de prevalencia de norte a sur. Las mujeres tienen de 1,9 a 3,1 más probabilidades que los hombres de desarrollar EM. En España se estiman unos 30.000 casos, siendo la enfermedad neurológica más frecuente entre adultos jóvenes en Europa y Norteamérica (Adams y Kubik, 1952; Baum y Rothschild, 1981). Las primeras manifestaciones de la enfermedad raramente suceden antes de la pubertad o tras la edad de 60 años. Después de la pubertad, la incidencia aumenta rápidamente, con un pico hacia los 30 años. La incidencia permanece alta durante la cuarta década, tras la que declina rápidamente (Swingler y Compston, 1986; Wynn, Rodríguez, O'Fallon y Kurland, 1989; Thompson, 1996).

Se distinguen fases de la enfermedad (progresión, estabilización, brote, remisión), formas de evolución (fulminante, aguda, subaguda, crónica, latente) y tipos de brotes (brotos, brotes-progresiva, progresiva desde el inicio) (Confavreux, Compston, Hommes, McDonald y Thompson, 1992).

El curso clínico de la EM es marcadamente

variable; su manifestación clínica es asimismo muy heterogénea en síntomas y signos. Los síntomas no sólo varían entre diferentes personas sino también en una misma persona y según el momento temporal de la evolución; pudiendo variar tanto en gravedad como en duración. Las manifestaciones más comunes incluyen debilidad, hormigueo, trastornos en la coordinación, fatiga, trastornos del equilibrio, alteraciones visuales, temblor, espasticidad, trastornos del habla, problemas intestinales o urinarios, ataxia, problemas en la función sexual y sensibilidad al calor entre otros (Ormeod y McDonald, 1984; Kelly, 1985; Scheimberg, 1988; Iriarte, Carreño y de Castro, 1996; Iriarte, Subirá y de Castro, 2000). Asimismo, se puede observar una variada afectación neuropsicológica en áreas tales como la memoria, el razonamiento, el procesamiento de la información más que en el lenguaje etc. (Brassington y Marsch, 1998; Rao, Leo, Ellington, Nauertz, Bernardinb y Unverzagt, 1991; Higginson, Arnett y Voss, 2000; Arnett, 2001). Entre las alteraciones emocionales más importantes que se han reseñado observamos los niveles clínicos y subclínicos de depresión y ansiedad (Whitlock y Siskind, 1980; Barezts y Stephenson, 1981; Godoy, Muela y Pérez, 1993; Jáuregui, 2000; Mohr, Wende, Dwyer y Dick 2000; Voss, Arnett, Higginson, Randolph, Campos y Dyck, 2002) y en menor medida otras alteraciones psiquiátricas (Munarriz, Donat y Azorín, 1988).

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

Si bien se reconoce la presencia de alteraciones depresivas en pacientes con EM, no resulta del todo claro la etiología del mismo proceso depresivo. Así, podemos encontrar trabajos que sugieren que los episodios depresivos dependerán sobre todo de la localización anatómica de

---

las zonas desmielinizadas (Young, Saunders y Ponsford, 1976); mientras otros autores plantean la posibilidad de una doble perspectiva, al considerar la depresión como reacción psicológica normal ante el impacto de la enfermedad, o bien, como un síntoma intrínseco del mismo proceso patógeno (Schiffer, Caine, Bamford y Levy, 1983). Recientemente se ha señalado la asociación de la depresión a una mayor frecuencia y gravedad de la fatiga en pacientes con EM. Sin embargo, se señala que la depresión sólo puede justificar la fatiga en un porcentaje bajo de pacientes (de Castro, Carreño e Iriarte, 1994). Es más, se dice que la fatiga y las alteraciones físicas pudieran ser factores predictores indirectos del estado de ánimo depresivo, al reducir aquellos la capacidad y funcionamiento recreativo de los sujetos (Voss, Arnett, Higginson, Randolph, Campos y Dyck, 2002).

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

Por otra parte, en los últimos años se ha producido una acumulación de evidencias a favor de la importancia que la expresión y/o represión de las emociones tienen sobre la morbilidad y mortalidad de ciertos trastornos (Pennebaker, 1995). Así se han postulado diversos constructos orientados a explicar la capacidad predictiva que la expresión-represión pudiera manifestar; entre otros podemos señalar: la supresión de la ira (Chesney y Rosenman, 1985), la inhibición (King y Emmons, 1992) y alexitimia (Taylor, 1994; Martínez-Sánchez, 1995).

El término alexitimia hace referencia a la incapacidad para describir los sentimientos, que fue observada inicialmente en pacientes psicósomáticos (Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). La alexitimia se caracteriza por la dificultad para identificar y describir sentimientos, dificultad para distinguir los sentimientos de las sensacio-

nes corporales del arousal emocional, la pobreza de la vida fantasmática y un estilo cognitivo externamente orientado (Nemiah, 1977). Dichas características pudieran deberse a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones (Krystal, 1988).

La alexitimia se ha valorado como un rasgo de personalidad que correlaciona con un amplio abanico de variable y factores psicológicos, entre los que señalamos el neuroticismo y la depresión (Lesser, 1985; Hendryx, Havilland y Shaw, 1991; Sandin, Chorot, Santed y Jiménez, 1996).

En este contexto, el presente trabajo pretende realizar una primera aproximación a las alteraciones del estado de ánimo y sus posibles relaciones con el constructo de alexitimia en un grupo de pacientes con el diagnóstico de esclerosis múltiple. Asimismo, presentaremos datos de los resultados en la evaluación de la fatiga y sus relaciones con variables psicológicas.

## MATERIAL y MÉTODO

### Muestra

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

### Instrumentos

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

El segundo de los bloques se organizaba sobre la base del *Inventario de Depresión de*

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

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

*Beck (B.D.I.)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El equipo de Aaron Beck encuentra una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos. Respecto a su validez concurrente informan de una correlación media con la Escala de Hamilton para la depresión de 0,73 para pacientes psiquiátricos y de 0,74 para sujetos no psiquiátricos. Con respecto a esta versión, Vázquez y Sanz (1997, 1999) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y un alfa de Cronbach de 0,82.

El tercero de los bloques se formó sobre la *Toronto Alexithymia Scale (T.A.S.)* (Taylor, Ryan y Bagby, 1985), en su versión de 20 ítems (Bagby, Parker y Taylor, 1994<sup>a,b</sup>) y adaptada a la población española por Martínez-Sánchez (1996). La escala TAS-20 presenta carácter autoaplicado y discrimina a 3 factores: F1.- dificultad para identificar sentimientos, F2.- dificultad para describir sentimientos y F3.- pensamiento orientado al exterior. Pudiéndose obtener una puntuación global con la suma de las tres puntuaciones parciales. La versión adaptada a la población española presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,782, considerando cada uno de los factores se ve un alfa para cada uno de ellos de: F1 = 0,794; F2 = 0,732; F3 = 0,613. La fiabilidad test-retest mostrada a las 19 semanas era de  $r = 0,716$  ( $p < .001$ ). Los datos de validez con diversas pruebas también se mostraron muy aceptables (Martínez-Sánchez, 1996).

El cuarto de los bloques se formó con la "*Escala Descriptiva de Fatiga*" (EFD) (Iriarte y De Castro, 1994). Dicha escala consta de cinco valores evaluados: Iniciativa, Modalidad, Severidad, Frecuencia y Uthhoff; con un rango de puntuación final que varía de 0 a 17 puntos. Esta escala mostró una concordancia entre observadores en el coeficiente total reflejado en el coeficiente de concordancia de Kendall (0,31) y el ANOVA de Friedman (con 9,94 ( $p < 0,01$ )) muy satisfactorio. Para cada uno de los valores evaluados el coeficiente Kappa de Cohen variaba entre los 0,76 de la iniciativa, 0,53 de la modalidad, 0,63 de la periodicidad, 0,69 para la limitación y de 0,81 para el fenómeno Uthhoff. La correlación con otras escalas fue también significativa a una  $p < 0,01$ .

El registro de síntomas era cumplimentado durante 14 días en el domicilio del paciente y se le entregaba al finalizar la sesión de recogida de información. La hoja recogía 18 síntomas característicos de la EM (Fernández, 1994) y al finalizar cada día el sujeto debía indicar la presencia o ausencia de los mismos.

## RESULTADOS

Cuando a los sujetos se les pregunta por el tipo de E.M. que tienen diagnosticado el 58,8%

responde que es en forma de brotes, el 35,3% en brotes progresiva y solo el 5,9% indica que es del tipo progresiva desde el inicio. Por lo que respecta al momento en que se encuentra, el 58,8% la reconoce como estabilizada, el 23,5% en brote y el 17,6% dice que esta en progresión.

Los sujetos comenzaron a sentir los primeros síntomas de la enfermedad con una media de edad de  $30,29 \pm 7,4$  años (IC-95%-26,52-34,07). Por su parte, la edad de diagnóstico asciende a los  $34,29 \pm 8,16$  años (IC-95%-30,09-38,49). Eso significa un tiempo de espera que ronda los  $4 \pm 3,2$  años (IC-95%- 2,36-5,63).

El número de veces que suelen acudir al neurólogo es en el 94,1% de los casos de 2 a 4 veces al año y en el 5,9% más de 5 veces en el mismo período.

Cuando se les pregunta si, desde que se le diagnosticó la EM, han existido cambios psicológicos importantes y relacionados con la enferme-

dad, el 11,8% dice que no, el 47,1% dice que sí pero leves, el 29,4% afirma que sí y moderados y el 11,8% considera los cambios como graves.

En la Tabla 2 podemos observar y comparar los resultados de la evaluación en alexitimia para la muestra completa frente al grupo de estudiantes utilizado para la adaptación a la población española. Observamos que los datos de alexitimia en forma global resultan más altos significativamente que en el grupo control ( $p < 0,01$ ) y de igual manera ocurre con los reflejados en el tipo de pensamiento externo ( $p < 0,001$ ).

Considerando los resultados de dicha evaluación en función del sexo de los sujetos entrevistados (Tabla 3) comprobamos que de forma genérica los enfermos de EM presentan valores por encima de los del grupo control; aunque esto se ve especialmente en las mujeres donde las puntuaciones se muestran por encima de los del intervalo de confianza al 95%.

**Tabla 2**  
Estadística descriptiva de las puntuaciones globales en alexitimia y los valores obtenidos en la adaptación a la población española (Martínez, 1996)

	Grupo Total E.M. (n=17)	Grupo Adaptación (n=370)
T.A.S-20.	Media $\pm$ DS (IC 95%)	Media (DS)
A.G.	$59,8 \pm 11,6$ (53,8-65,8)	$50,58 \pm 11,34^*$
I.S.	$21,8 \pm 6,5$ (18,4-25,1)	$18,80 \pm 6,37$
D.S.	$15,9 \pm 4,9$ (13,3-18,5)	$14,35 \pm 4,69$
P.E.	$22,2 \pm 3,9$ (20,1-24,2)	$17,43 \pm 4,36^{**}$

A.G.- Alexitimia Global; I.S.- Identificación Sentimientos; D.S.- Descripción Sentimientos.  
P.E.- Pensamiento Externo. \*  $p < 0,01$  \*\*  $p < 0,001$

**Tabla 3**  
Estadística descriptiva de las puntuaciones en alexitimia por sexo y los valores obtenidos en la adaptación a la población española (Martínez, 1996)

	Grupo adaptación (n=370)		Grupo Muestra (n=17)	
	Hombre (n=197)	Mujer (n=263)	Hombre (n=8)	Mujer (n=9)
T.A.S-20				
A.G.	50,13 (12,6)	50,86 (10,79)	$56,1 \pm 9,6$ (48,1-64,1)	$63,1 \pm 12,8$ (53,2-72,9)
I.S.	17,96 (7,01)	19,24 (6,04)	$20,5 \pm 7,3$ (14,1-26,4)	$23,1 \pm 5,7$ (18,7-27,5)
D.S.	13,85 (4,47)	14,54 (4,78)	$14,8 \pm 4,5$ (11,0-18,5)	$16,9 \pm 5,5$ (12,7-21,1)
P.E.	18,41 (4,78)	17,07 (4,17)	$21,1 \pm 2,7$ (18,9-23,4)	$23,1 \pm 4,8$ (19,4-26,8)

A.G.- Alexitimia Global; I.S.- Identificación Sentimientos; D.S.- Descripción Sentimientos.  
P.E.- Pensamiento Externo.

En cuanto a las valoraciones que realizan los sujetos referida a las sensaciones de fatiga que experimentan, vemos que el conjunto de sujetos presenta una puntuación media en la escala descriptiva de  $10,2 \pm 4,8$  (IC-95% -7,7-12,6). Aunque no parecen existir diferencias entre los sexos, las mujeres se muestran ligeramente superiores en su media con  $10,8 \pm 5,1$  puntos y un IC 95% que se mueve entre los 6,8 y los 14,7 puntos; frente a los varones que mostrarían  $9,5 \pm 4,6$  de media y un IC 95% 5,63-13,37.

El registro de síntomas reconocidos como tales por los sujetos nos manifiesta que el grupo presenta una media de  $5,8 \pm 3,8$  y un IC al 95% que estaría entre los 3,4 y los 8,2 síntomas diarios. No existiendo diferencias entre los sexos, aunque vuelven a ser las mujeres las que presentan un valor ligeramente superior con una media de  $7,1 \pm 4,2$  (IC95% -3,18-11,06) frente a los hombres que reconocen una media de  $3,9 \pm 2,24$  (IC95% -1,11-6,68).

Refiriéndonos a los resultados en la evaluación del estado de ánimo depresivo, observamos que el 41,2% no presentaba rasgos de depresión, el 23,5% dejaba una puntuación que indicaba una depresión leve, el 29,4% depresión moderada y el 5,9% podría considerarse con una depresión grave. Asimismo, deberíamos indicar que el grupo presentó una puntuación media de  $14,9 \pm 8,3$  con un IC-95% que varía entre los 10,3 y los 18,8 puntos. Siendo las mujeres quienes presentaban de manera significativa un peor estado de ánimo ( $p < 0,05$ ) (mujeres= $18,4 \pm 8,4$  (IC-95% -12,0-24,9) varones= $10,3 \pm 5,9$  (IC-95% -5,3-15,2).

En la Tabla 4 se nos indica los valores obtenidos tanto en fatiga como en número medio de síntomas según los diversos niveles de respuesta en la valoración de la depresión.

Si tomásemos como referencia únicamente el ítem número 9 del cuestionario BDI referido a la posibilidad de utilizar el suicidio como alternativa a su situación, veríamos que el 58,8% no piensa en ello, el 29,4% a veces piensa en suicidarse pero no llegaría a hacerlo y el 11,8% desearía suicidarse.

Por último, en la Tabla 5 reflejamos las diversas correlaciones observadas entre las variables objeto de nuestro interés. En ella constatamos la existencia de una alta significación en las relaciones de la fatiga con los valores de alexitimia, considerada de manera global, y con la descripción de los sentimientos ( $p < 0,001$ ), mientras que también muestra significación con la identificación de sentimientos ( $p < 0,01$ ) y con el BDI ( $p < 0,05$ ). Por su parte, la depresión correlaciona de forma significativa con la descripción de sentimientos ( $p < 0,05$ ).

Hay que señalar que las relaciones de la sintomatología con la fatiga y de la depresión con la alexitimia global, aunque no son significativas en los niveles tradicionalmente consideradas, sí muestran una probabilidad que habría de considerarse como muy interesante (fatiga-sintomatología  $p = 0,058$  y BDI-AG  $p = 0,051$ ).

## DISCUSIÓN.-

Queremos comenzar este último apartado lla-

**Tabla 4**  
**Media, D.S. e I.C. 95% en Escala de Fatiga (EDF) y Media de Síntomas según los resultados en Depresión (B.D.I.)**

	Fatiga	Síntomas*
Grupo Total	$10,2 \pm 4,8$ (7,7-12,6)	$5,8 \pm 3,8$ (3,4-8,2)
Normal.	$7,1 \pm 4,1$ (3,3-10,9)	$3,9 \pm 3,1$ (0,7-7,2)
Depre. Leve.	$11,25 \pm 6,4$ (0,9-21,5)	$9,2 \pm 4,4$ (-1,7-20,2)
Depre. Moderada.	$12,6 \pm 2,2$ (9,9-15,3)	$5,7 \pm 3,9$ (-30,2-41,5)
Depre. Grave**	15	6,5

\* el registro de síntomas/día es de  $n = 12$  sujetos

\*\*  $n = 1$  sujeto

**Tabla 5**  
**Coefficientes de Correlación Pearson y nivel de significación**

	B.D.I	TAS-20				Síntomas
		A.G.	D.S.	I.S.	P.E.	
Fatiga.	0,53*	0,77***	0,81***	0,62**	0,24	0,56
B.D.I.	—	0,48	0,58*	0,39	0,04	0,34
A.G.	—	—	0,86***	0,75***	0,62**	0,39
D.S.	—	—	—	0,42	0,58*	0,35
I.S.	—	—	—	—	0,25	0,49
P.E.	—	—	—	—	—	-0,20

A.G.- Alexitimia Global; I.S.- Identificación Sentimientos; D.S.- Descripción Sentimientos.  
P.E.- Pensamiento Externo.

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

mando la atención de que si bien los datos deben de ser considerados con cierta cautela, dado el tamaño muestral del que se ha podido disponer, de forma general podríamos decir que se abren líneas de trabajo que terminarían, con toda seguridad, redundando en la mejora de la calidad de vida en este tipo de enfermos crónicos.

Como decimos, aún siendo conscientes de las limitaciones que nos aporta el tamaño muestral, los resultados encontrados vienen a confirmar los datos sobre variables que ya habían comenzado a ser estudiadas hace algún tiempo. Hemos podido señalar la confirmación de niveles clínicos y subclínicos en depresión de los pacientes con esclerosis múltiple ya indicadas en otros lugares (Godoy, Muela y Pérez, 1993; de Castro, Carreño e Iriarte, 1994; Jáuregui, 2000); así como el apoyo encontrado a las relaciones entre depresión y fatiga (de Castro, Carreño e Iriarte, 1994, Vos, Arnett, Higginson, Randolph, Campos y Dyck, 2002).

Realizando un breve resumen, referimos que el 88,2% indica que desde que se les ha diagnosticado la enfermedad han padecido algún cambio psicológico; siendo en el 41,2% de los casos cambios moderados o graves. Así, el 58,8% presentaría valores en alguno de los niveles de depresión, ya sea leve, moderada o grave; especialmente en el caso de las mujeres que puntúan por encima de los hombres de manera significativa.

Con respecto a la expresión-represión de los sentimientos, la alexitimia, podemos observar que nuestra muestra presentaba valores por encima de los del grupo universitario, utilizado

como grupo de adaptación del instrumento a la población española, en las categorías de alexitimia global y en el pensamiento externo.

Por último, las relaciones entre variables nos han constatado unas correlaciones significativas entre fatiga y depresión y entre fatiga y alexitimia en todos sus factores salvo en el de pensamiento externo. De igual forma, y aunque no resulta significativa la correlación, la fatiga también puede verse relacionada con la media de síntomas que el sujeto padece al cabo del día; manteniendo una probabilidad muy aceptable ( $p=0,058$ ).

En un futuro vemos de interés seguir trabajando en conocer las variables psicológicas y psicopatológicas asociada a la EM. Determinando el papel que desarrollan en el proceso de enfermar de estos pacientes y las estrategias para modificar el curso de su desarrollo. La depresión, la ansiedad, y parece que otros procesos clínicos, desarrollan su influencia en aspectos como la fatiga, por ello es necesario determinar cuales son las formas específicas en su relación. En este sentido nosotros no hemos visto relaciones significativas entre depresión y la media de síntomas diarios que presentan los sujetos entrevistados, aspecto éste que debería aclararse en próximos trabajos. Por otra parte, habría que seguir indagando el papel que constructos como alexitimia ejercen en la manifestación clínica de la EM.

Para finalizar, decir que los resultados nos aportan nuevas líneas de trabajo con un grupo de enfermos crónicos, con gran peso e impacto so-

cial, para los que hay que buscar estrategias de mejora en su calidad de vida, y de forma derivada en la de sus familiares. Esto debe ser así al menos hasta que la investigación biomédica pueda encontrar medidas paliativas de mayor eficacia que las disponibles actualmente, para en último término desarrollar estrategias curativas de las que hoy no se disponen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Adams RD, Kubik XCS.:** The morbid anatomy of demyelinating diseases. *American Journal of Medicine*, 12, 510; 1952.
2. **Agustín P, Herbert L.:** Enfermedades desmielinizantes e inflamatorias: la esclerosis múltiple en placas. *Neurología, Cuadernos de Enfermería*. 168-173; 1980.
3. **Arnett P.:** Neuropsicología en Esclerosis Múltiple. *Cuadernos de Esclerosis Múltiple*. 9 junio 8-21; 2001.
4. **Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ.:** The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38 (1) 23-32; 1994<sup>a</sup>.
5. **Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ.:** The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 38 (1) 33-40; 1994<sup>b</sup>.
6. **Barets RM, Stephenson GR.:** Emotional responses to multiple sclerosis. *Psychosomatics*, 22, 117-127; 1981.
7. **Baum HM, Rothschild BB.:** The incidence and prevalence of reported multiple sclerosis. *Annals of Neurology* 10, 420-428; 1981.
8. **Beatty PA, Gange JJ.:** Neurological aspects of multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 42-50; 1977.
9. **Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.:** *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y. Guilford Press, 1979.
10. **Brassington JC, Marsch NV.:** Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychology Review*, 8, 43-77; 1998.
11. **Chesney MA, Rosenman RH.:** Anger and hostility in CHD and behavioral disorders. *Washington Hemisphere*, 1985.
12. **Confavreux C, Compston DAS, Hommes OR, McDonald W, Thompson AJ.:** EDMUS, a European database for multiple sclerosis. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 1992.
13. **De Castro P, Carreño M, Iriarte J.:** Depresión y fatiga en esclerosis múltiple. *Neurología*, 9, 457; 1994.
14. **Fernández O.:** *Esclerosis Múltiple: una aproximación multidisciplinar*. Madrid Akixe, 1994.
15. **Fischer JS, Foley FW, Aikens JE, Ericson DG, Rao SM, Shindell S.:** What do we really know about cognitive dysfunction, affective disorders, and stress in multiple sclerosis?. A practitioner's guide. *Journal of Neurological Rehabilitation*. 8, 151-164; 1994.
16. **Godoy JF, Muela JA, Pérez M.:** Aspectos emocionales de la esclerosis múltiple. *Anales de Psicología*. 9, (2), 171-176; 1993.
17. **Hendryx MS, Haviland MG, Shaw G.:** Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*. 56, 227-237; 1991.
18. **Higginson CI, Arnett P, Voss WD.:** The ecological validity of clinical tests of memory and attention in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 15, 185-204; 2000.
19. **Hohlfeld R.:** Immunotherapy of multiple sclerosis. *Brain*. 120: 865-916; 1997.
20. **Iriarte J, de Castro P.:** Propuesta de una nueva escala para evaluación de la fatiga en pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología*, 9 (3), 28-32; 1994.
21. **Iriarte J, Carreño M, de Castro P.:** Fatiga y afectación por sistemas funcionales en esclerosis múltiple. *Neurología* 11 (6): 22-27; 1996.
22. **Iriarte J, Subirá ML, y de Castro, P. Modalities of multiple sclerosis:** correlation with clinical and biological factors. *Multiple Sclerosis*. 6: 124-130; 2000.
23. **Jáuregui A.:** La psicología aplicada al apoyo e intervención de las personas con esclerosis múltiple. *Mapfre Medicina*. 11 (3), 171-179; 2000.
24. **Kelly R.:** Clinical aspects of multiple sclerosis. *Handbook of Neurology* 59. Amsterdam, Elsevier Science Publishers; 1985.
25. **King LA, Emmons RA.:** Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58, 864-877; 1990.
26. **Kristal II.:** *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale N.J. Analytic Press; 1988.
27. **Lesser IM.:** Current concepts in psychiatry: Alexithymia. *New England Journal of Medicine*. 312, 690-692; 1985.
28. **Martines-Sánchez F.:** La alexitimia: un constructo potencialmente útil en la investigación de las relaciones entre emoción, cognición y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 34; 1995.
29. **Martínez-Sánchez F.:** Adaptación española de la

- escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*. 7 (1) 19-32; 1996.
30. **Mohr DC, Wende VD, Dwyer P, Dick LP.:** Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 356-361; 2000.
  31. **Munarriz M, Donat AA, Azorín P.:** Aspectos psiquiátricos de la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*. XVI, 80,95-100; 1988.
  32. **Nemiah JC, Sifneos PE.:** Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O. Hill (ed) *Modern trends in psychosomatic medicine*. Vol 2 (pp. 26-34) London. Butterworths; 1970.
  33. **Nemiah JC.:** Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28 199-206; 1977.
  34. **Ormeod IEC, McDonald J.:** NMR in multiple sclerosis and cerebral vascular disease. *Lancet*, 2 1334; 1984
  35. **Pennbaker JW.:** *Emotion, Disclosure and Health*. Washintong DC. American Psychological Association; 1995.
  36. **Rao SM, Leo GJ, Ellington L, Nauertz T, Bernardin L, Unverzagt F.:** Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology*, 41, 692-696; 1991.
  37. **Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P.:** Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis*, 17 (1) 37-45; 1996.
  38. **Scheimberg L.:** *Esclerosis Múltiple*. Ancora S.A. Barcelona; 1988.
  39. **Schiffer RB, Caine ED, Bamford KA, Levy S.:** Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1498-1500; 1983.
  40. **Sifneos PE.:** The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, 255-262; 1973.
  41. **Swingler RJ, Compston DAS.:** The distribution of multiple sclerosis in the United Kingdom. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 49: 1115-1124; 1986.
  42. **Taylor GJ.:** The alexithymia construct: conceptualization, validation and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74; 1994.
  43. **Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM.:** Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy Psychosomatic* 44, 191-199; 1985.
  44. **Thompson AJ.:** Clinical review of multiple sclerosis, *Clinical Immunotherapy*, 2 supl. 1-11; 1996.
  45. **Vázquez C, Sanz J.:** Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud* 8: 3, 403-422; 1997.
  46. **Vázquez C, Sanz J.:** Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 10, 1: 59-81; 1999.
  47. **Voss W, Arnett P, Higginson CH, Randolph J, Campos M, Dyck D.:** Contributing factors to depressed mood in multiple sclerosis. *Archive of Clinical Neuropsychology*. 17, (2): 103-115; 2002.
  48. **Weinshenker BG.:** Natural evolution of Multiple Sclerosis. *Neurology Clinical* 1: 119-146; 1995.
  49. **Whitlock FA, Siskind MM.:** Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 43, 861-865; 1980.
  50. **Wynn D, Rodríguez M, O'Fallon M, Kurland L.:** Update on the epidemiology of multiple sclerosis. *Mayo Clinical Procedimental* 64: 808-817; 1989.
  51. **Young AC, Saundres J, Ponsford JR.:** Mental change as an early feature of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*; 39, 1008-1013; 1976.