



**Universitat**  
de les Illes Balears

**Discapacitat, Depressió i Ideació Suïcida en pacients amb Esclerosi Múltiple. Un estudi  
en població mallorquina**

Margalida Quetglas Barceló

**Memòria del Treball de Fi de Màster**

Màster Universitari de Psicologia General Sanitària

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

*Curs Acadèmic 2016-2017*

29/06/2017

*Tutor del Treball* Miquel Àngel Roca Bennisar

L'esclerosi múltiple (EM) afecta a Espanya prop de 47.000 persones; al món, al voltant de 2,5 milions de persones i comporta un grau variable de discapacitat. La depressió es una patologia altament comòrbida a les patologies neurològiques o sistèmiques cròniques i malgrat implica un greu risc de conducta suïcida és poc explorada i menys tractada a malalts amb la esmentada comorbilitat. Identificar de manera precoç els factors que relacionen en EM i conducta suïcida pot constituir una mesura de prevenció de la conducta suïcida als pacients amb aquesta comorbilitat. Objectiu: avaluar si la ideació suïcida a una població de pacients afectats d' EM està associada a un major grau de discapacitat provocat per la malaltia neurològica. Metodologia: La mostra consta de 30 pacients, als quals s'han administrat presencialment quatre qüestionaris (PHQ-9, WHODAS-II, BSS i C-SSRS) a més de les variables demogràfiques. Resultats: a més discapacitat, apareix una major simptomatologia depressiva i major ideació suïcida. Conclusions: L'avaluació de la simptomatologia depressiva i, de manera particular, la ideació suïcida hauria d' esser una avaluació habitual als malalts de EM per tal de poder prevenir l' aparició de conductes suïcides.

Paraules clau: depressió, discapacitat, ideació suïcida, Esclerosi Múltiple.

*Multiple sclerosis (MS) affects about 47,000 people in Spain; Worldwide, it affects around 2.5 million people and it is associated with a variable degree of disability. Depression is highly comorbied with chronic neurological or systemic pathologies and although it carries a serious risk of suicidal behaviour, it is less explored and less treated. Early identification of factors that relate to MS and suicidal behaviour can be a measure of prevention of suicidal behaviour in patients with this comorbidity. Objective: to assess whether suicidal ideation in a population of affected MS patients is associated with a greater degree of disability caused by neurological disease. Methodology: The sample consists of 30 patients, which fulfilled four paper-and-pencil questionnaires (PHQ-9, WHODAS-II, BSS and C-SSRS) and provided demographic variables. Results: patients reported greater depressive symptomatology and suicidal ideation as a function of disability. Conclusions: Evaluation of depressive symptomatology and, in particular, suicidal ideation should be regularly assessed in MS patients in order to prevent the emergence of suicidal behaviours.*

*Keywords: depression, disability, suicidal ideation, multiple sclerosis.*

## **Introducció**

Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), amb xifres actualitzades a Març del 2017, el suïcidi és la causa al món d'annualment més de 800.000 morts, a les quals s'afegeixen moltes més intents, essent aquests el factor de risc principal a tenir en compte. De les elevades dades de suïcidis, està calculat aproximadament un 78% d'aquests es donen en països d'ingressos econòmics entre mitjans i baixos. No obstant, en les societats anomenades "riques" també hi trobam una alta taxa de suïcidis. (OMS, 2014; OMS, 2017).

La mateixa organització (OMS) reconeix el suïcidi com tot acte on la persona té la capacitat de causar-se lesió amb la intenció final de morir mitjançant qualsevol mètode i essent conscient del seu propòsit.

En la població compresa entre els 15 i els 29 anys, el suïcidi és la segona causa de mort després dels accidents de trànsit. Les morts per suïcidi, a Espanya, s'han vist incrementades en aproximadament un 25% des de l'any 2010, essent major en població menor de 65 anys (Fariñas, Pujol & Abellán, 2016).

L'any 2001 i durant 7 anys, Reques et al. (2014) segueixen a tots els ciutadans espanyols majors de 25 anys, comportant un total de més de 196 milions de persones, de les quals un total de 2.379.558 moren. Als resultats de les causes mortalitat, trobam el suïcidi com la segona causa de mort en els homes centrant-se en la relació de la desigualtat i la educació.

Les dades anteriors ens diuen que el suïcidi constitueix un greu problema de salut pública. No obstant això, sabem que amb la prevenció i la utilització de les eines socials i sanitàries, aquests comportaments es redueixen notablement. Nombrosos estudis asseguren que el comportament suïcida es veu influenciat per múltiples factors. De fet, comporta una afectació global incidint tant en països desenvolupats com en vies de desenvolupament (OMS, 2017). A

més, hi intervenen diverses variables com l'edat, gènere, la situació de treball, les habilitats socials, el suport, etc. (Iglesias et al, 2016).

La conducta suïcida pot venir donada per nombrosos factors, però no obstant segons les teories més actuals, la conducta és el resultat de la combinació entre els factors de risc, la vulnerabilitat de la persona, i esdeveniments estressants. Aquesta conducta es estudiada des de nombroses perspectives, que pretenen explicar la ideació i conducta des de models més socials a neurobiològics o clínics (Oquendo et al, 2014). Com cal esperar, no tots els pacients depressius presenten ideació suïcida o en fan temptatives, tot i que la temptativa prèvia és l'indicador que més prediu una conducta suïcida quan es dona en processos depressius (Hawton et al, 2013). La tendència a la ruminació, la falta d'estratègies d'adaptació, de resolució de problemes o la baixa autoestima estan estretament lligats a la conducta suïcida (Muscara et al, 2008).

La depressió és una d'aquestes portes cap a la conducta suïcida. Sabem que la simptomatologia depressiva és un dels factors de risc més importants per a que aquesta es dugui a terme. El seu propi diagnòstic hauria de ser indicatiu suficient per a poder fer un seguiment i tenir una atenció especial en els pacients que la presenten. Aquest trastorn també, com el suïcidi comporta un gran problema en la salut pública, donada la seva gran prevalença i impacte tant social, individual com econòmic i la gran discapacitat que pot arribar a comportar (Global Burden of Disease Study, 2013). Generalment, el trastorn depressiu es dona amb recaigudes i recurrències, amb baixes taxes de remissió i simptomatologia residual, presentant una certa cronicitat (Roca, 2011), el que fa que sigui un trastorn que necessita d'una especial atenció. Diferents autors aporten que la depressió comporta una alteració cognitiva principalment en el camp de l'atenció, la velocitat psicomotora, les funcions executives i la memòria de treball (Synder, 2013).

La depressió, l'aïllament social i el consum d'alcohol s'han relacionat històricament amb la ideació suïcida en població general i malalties cròniques. La depressió és el factor més comunament relacionat amb la conducta suïcida; en alguns estudis situant-se com la causant de més del 90% de les persones que moren per suïcidi (Baader et al, 2011).

Per altra banda, la ideació suïcida és un altre factor de risc que junt amb l'intent i la depressió, formen part de la combinació que pot comportar a la consumació de la conducta suïcida. La ideació suïcida es defineix com el conjunt de pensaments sobre el suïcidi que poden culminar o no en la conducta o el comportament suïcida. No necessàriament es causant del suïcidi però com ja hem assenyalat, és un factor de risc principal per a aquest, a la vegada, es dóna en graus d'elaboració i intensitat. (Baader et al, 2011).

L'aparició d'una malaltia mèdica degenerativa influeix directament en la qualitat de vida del pacient. Aprendre a viure amb la malaltia, tant per part del pacient com de la xarxa social propera comporta nombroses conseqüències tant psicològiques com socials amb l'aparició de temors, pors i incertesa. (González et al. 2011).

L'afectació psicològica que comporta el diagnòstic d'una malaltia mèdica ha estat objecte de múltiples estudis, donant pas al concepte de comorbiditat, quan ens referim al diagnòstic d'un trastorn afegit en una persona que ja està diagnosticada d'una malaltia. L'estudi de la comorbiditat pot influenciar notablement el tractament, l'ús dels serveis sanitaris, el canvi en el concepte de qualitat de vida i prevenció i en darrer lloc, implicar un possible canvi en la comprensió de la pròpia malaltia mèdica i la seva patologia (Schürhoff et al. 2017)

La comorbiditat entre malaltia mèdica i mental és de rellevància per a nombrosos treballs. Gili et al. (2000), en un estudi amb una mostra de 242 persones, trobaren puntuacions més elevades en relació als ítems de simptomatologia somàtica d'origen psicològic, ansietat,

disfunció social i depressió en els subjectes que presentaven malaltia mèdica. Si en la població general es troba una alta taxa de mortalitat a causa de suïcidi (essent la segona causa en joves) com hem comentat abans, en la població afectada d'Esclerosi Múltiple arriba a comportar en alguns estudis el doble d'afectats, sobretot en els primers anys de diagnòstic de la malaltia. (Brener et al. 2016)

Encara que s'indiquen unes altes taxes d'intents de suïcidi en malalts d'Esclerosi Múltiple, segons Feinstein i Pavisian (2017) en un estudi recent, no s'ha comprovat en quina freqüència aquesta intenció esdevé en conducta suïcida consumada. A la vegada, en altres estudis recents, s'hi indica que tant la ideació suïcida com el suïcida consumat és més freqüent en malalts amb EM. (Brener et al. 2016). Per altra banda, també ens podem trobar amb estudis que determinen que aquesta relació entre ideació suïcida i malalties físiques no està del tot clara i que manquen estudis per a determinar-ho (Bolton et al, 2015). En altres treballs s'estableix una relació lineal entre la malaltia física i la major probabilitat de que es doni un intent de suïcidi, tot i que no estan definides les causes que ho provoquen així com el nivell en que afecta la malaltia física amb la percepció subjectiva de la ideació. Brenner et al, 2016 suggereixen que és imprescindible tenir en consideració els problemes relacionats amb la salut física (sobretot en malalties cròniques) per a futurs treballs en intencionalitat del suïcidi.

Segons indiquen alguns autors, aquesta relació entre ideació i consumació del suïcidi té poca consistència donat que no comptam amb un gran nombre d'estudis que hi aprofundeixin. No obstant, els que si ho fan, coincideixen a demanar una prevenció i atenció constant en pacients que es troben en risc de voler dur a terme la conducta suïcida, així com l'atenció especial a aquells en tractaments pal·liatius on s'hi ha de considerar les demandes ajustades a la situació de la malaltia (Goodwin et al. 2003).

L'Esclerosi Múltiple es defineix com una malaltia crònica del Sistema Nerviós Central, un trastorn inflamatori de la substància blanca, caracteritzat per la falta de miel·lina, que cobreix els axons neuronals i permet una correcta connexió entre neurones; falta que origina les anomenades plaques desmiel·litzants. La creació d'aquestes plaques donen lloc a les crisis característiques de la malaltia, conegudes com a "brots" i definides com una disfunció neurològica d'una duració de més de 24 hores que es poden donar amb febre i infecció i que sovint precisen d'ingrés hospitalari. Entre brot i brot apareix el període de millora o remissió en el qual poden o no mantenir-se seqüeles com dificultat en la mobilitat, entumiment d'extremitats o bé pot remetre la simptomatologia presentada durant el brot. (Castro et al. 2012). Es diu que és degenerativa donat que la incidència de la malaltia afecta greument a la pèrdua de la funcionalitat en el pacient i pot ser bé física o cognitiva. La Esclerosi Múltiple es sol manifestar provocant fatiga, falta d'equilibri, dolor, alteracions visuals i cognitives, tremolors i altres afectacions. El seu pronòstic és indefinit, no es pot preveure actualment com pot afectar a la persona ni la funcionalitat que tindrà. Tot i que alguns autors apunten a que la simptomatologia inicial, els factors demogràfics i racials, la forma en que evoluciona la malaltia i segons quines regions estiguin lesionades pot determinar-ne una part del pronòstic. (Bermejo et al. 2011). Actualment és més comú que sigui diagnosticada entre els 20 i els 30 anys que és quan es comença a manifestar, a la vegada, sabem que un 70% dels afectats són dones, fet prou interessant com per tenir-ho en compte en propers estudis (Federació Espanyola d'Esclerosi Múltiple).

Trobam les primeres referències a la malaltia d'Esclerosi Múltiple a mitjans del segle XIX, el 1831, per Carswell i Cruveilhier, descrivint les plaques presentades a la medul·la espinal. (Moreira et al. 2002).

Donada la seva condició de malaltia crònica, el malalt d'Esclerosi Múltiple, necessàriament ha de seguir medicant-se de per vida, fet que no comporta que no apareguin els anomenats

brots ni que returi el procés degeneratiu. Generalment, aquesta medicació es dóna amb la intenció de millorar o almenys equilibrar i mantenir la qualitat de la vida diària i les tasques bàsiques.

La simptomatologia més freqüent en l'EM es compon dels trastorns de la visió, la pèrdua d'habilitats, l'entumiment de les extremitats, formigueig, dolor, fatiga, problemes d'equilibri, dificultats per caminar, faltes de sensibilitat en tacte i sovint simptomatologia depressiva.

Segons la Fundació Esclerosi Múltiple (2017), avui dia la modalitat en que es manifesta la malaltia es situa en 4 tipus:

- Esclerosi Remitent-Recurrent (EMRR): la més comú i que afecta al voltant del 60% dels pacients, caracteritzada pels brots que poden o no afectar a la funcionalitat del pacient, amb períodes de millora més o menys estables. Els brots poden durar de dies a mesos i una vegada passats, solen desaparèixer els símptomes encara que poden quedar seqüeles psicològiques.
- Esclerosi Primària Progressiva (EMPP): d'inici lent, la pateixen un 12% dels pacients, es manifesta de forma progressiva, sobretot presentant dificultats en el caminar i capacitat motora. Actualment no està associat a l'aparició de brots.
- Esclerosi Secundària Progressiva (EMSP): afecta el 25% dels afectats per la malaltia. El deteriorament es diagnostica una vegada s'observa l'augment de discapacitat i afectació després de cada brot.
- Esclerosi Progressiva Recidivant (EMPR): amb brots aguts clars, es calcula que afecta a un 3% de les persones amb EM. No s'observa remissió, per la qual cosa el deteriorament és progressiu i ràpid.

Com en totes les malalties neurodegeneratives la investigació és clau per al progrés tant en el diagnòstic primerenc com en el tractament dels símptomes. En la Esclerosi Múltiple sobretot hi trobam la investigació biològica, genètica, immunològica, ambiental i epidemiològica. A la



vegada, també esdevé clau la rehabilitació, generalment centrada en l'esport físic, estimulació cognitiva i neurorehabilitació.

A dia d'avui, són nombrosos els autors que consideren que la sistematologia depressiva i el diagnòstic d'una malaltia degenerativa van de la mà. Quan una persona és diagnosticada d'una malaltia que es sap degenerativa com pot ser la malaltia d'Alzheimer, demències, malaltia de Huntington, Cossos de Lewy,... o la mateixa Esclerosi Múltiple (EM) trobarem la frustració com a reacció comuna, sobretot si el pacient no ha començat a patir símptomes evidents en la malaltia. Actualment, nombroses d'aquestes malalties poden ser diagnosticades mitjançant un anàlisi de sang. Si fa uns anys el diagnòstic de la Esclerosi Múltiple suposava l'espera d'entre 8 i 9 anys, ara això es pot saber en menys d'un any, sobretot des del 2001 quan es simplifiquen els criteris diagnòstics (Moreira et al, 2002). Actualment, el diagnòstic es pot fer mitjançant una analítica de sang, una punció lumbar o bé una ressonància magnètica.

Segons l'Associació Espanyola d'Esclerosi Múltiple (EME), hi ha actualment 47.000 casos a Espanya, 600.000 a Europa i al voltant d'uns 2. 500.000 afectats arreu del món; donant per suposat que en zones amb dificultats per al diagnòstic i accés a recursos sanitaris n'hi trobaríem més.

Segons els estudis publicats fins ara, manca d'informació per a reclamar establir una veritable hipòtesi sobre la relació que pot tenir la simptomatologia depressiva, el diagnòstic de l'Esclerosi Múltiple i la discapacitat i així explicar millor la ideació suïcida i el risc d'aquesta que tenen els pacients que combinen totes les variables anomenades. Són la majoria dels estudis els que reclamen investigacions que aprofundeixin aquests factors, i sobretot els factors de risc per a preveure la ideació suïcida i l'eventual temptativa o conducta suïcida consumada posterior.

Nombrosos estudis estableixen que el diagnòstic de simptomatologia depressiva en malalts d'EM arriba a ser entre dues i cinc vegades més comú que en població normal (Magalhaes et al. 2014), alhora que trobam també taxes més elevades de conductes auto-agressives i suïcidis consumats. La depressió en casos de malalties neurològiques és un dels factors més importants que incideixen en la qualitat de vida dels pacients i, sumat a la condició de discapacitat física i la percepció de limitacions de les activitats diàries fan d'aquesta simptomatologia un aspecte a tractar des dels primers episodis. (Olascoaga, 2010).

En l'avaluació de simptomatologia, cal tenir en compte que sovint la cognició es veu afectada i a més alguns símptomes depressius poden ser-ho també de l'afectació neurològica, factors que dificulten el procés de valoració. La simptomatologia depressiva varia segons la fase en que es trobi la malaltia però solen ser més comuns els trastorns depressius lleus que els greus (Barquero et al. 2003).

Si acotem la mirada als estudis dels darrers tres anys (2014, 2015, 2016), en un cercador científic com *Scopus* trobam fins a 12 estudis relacionats en aquesta base de dades. La majoria però, es centren en factors que influeixen en l'aparició de simptomatologia depressiva i ideació suïcida sense valorar observar directament la relació entre aquesta i el grau de discapacitat.

En articles recents, i en relació a la temàtica que tractarem en el present treball, els autors s'han centrat en observar aquest trastorn depressiu, la ideació suïcida i la condició de patir EM. En el nostre cas, donat la gran disponibilitat d'estudis que només es centren en depressió i EM, ens marcam com a objectiu centrar-nos en concret en la percepció de discapacitat, la ideació suïcida i l'Esclerosi Múltiple, tancant el focus per a intentar obtenir resultats més concrets.

Considerant el suïcidi i la depressió, com un greu problema de salut pública i donat que a partir de nombrosos estudis esdevenen relacionats amb malalties mèdiques greus com pot ser l'Esclerosi Múltiple, en el present treball ens centrarem en si aquesta afectació augmenta la simptomatologia depressiva i ideació suïcida en relació al grau de discapacitat en malalts d'EM.

## **Disseny**

### **Mostra**

La mostra seleccionada consta de 30 subjectes. Vint-i-cinc persones d'aquesta mostra van ser contactades gràcies a les dades proporcionades per l'Associació Balear d'Esclerosi Múltiple (ABDEM), les cinc restant, a partir de contactes de les primeres.

### **Criteris d'inclusió:**

- Tenir el diagnòstic d'Esclerosi Múltiple
- Haver assolit la majoria d'edat
- Participar de manera voluntària

### **Criteris d'exclusió:**

- Nivell alt de discapacitat que impedeixi la comunicació
- Dificultat alta per articulació del llenguatge
- Alt deteriorament cognitiu
- Afectació sentit de l'oïda

### **Hipòtesi plantejada**

Es trobarà una alta incidència de la taxa d'ideació suïcida en pacients amb Esclerosi Múltiple, essent més alta quan hi ha un alt nivell de percepció de discapacitat, tenint en compte la presència de simptomatologia depressiva.

## **Metodologia**

Gràcies al contacte amb l'Associació Balear d'Esclerosi Múltiple (ABDEM) s'han inclòs al present estudi 30 subjectes, homes i dones d'entre 28 i 66 anys, tots amb domicili a Mallorca. Inicialment comptàvem amb 36 subjectes però al no ser possible el contacte amb ells per acordar una cita no han pogut ser inclosos dins l'estudi, reduïnt-se la mostra a 30 subjectes.

Els subjectes han completat presencialment quatre qüestionaris, dos centrats en l'avaluació de la ideació suïcida (Columbia i Beck), un avaluador de la discapacitat (Whodas) i un en l'avaluació de simptomatologia depressiva (PHQ9). Tot això afegit al qüestionari sociodemogràfic (vegeu taula 1) on s'han recollit dades com any de naixement, estat civil, situació laboral, nivell d'estudis, afectació física i psicològica. Per administrar els qüestionaris, el investigador s'ha desplaçat al domicili dels participants, així intentant no interferir en el ritme de vida o activitats dels subjectes.

### **Instruments d' avaluació**

#### WHODAS-II: World Health Organization Disability Assessment S (WHO, 1988)

És la versió validada en castellà del qüestionari avaluador de la discapacitat "World Health Organization Disability Assessment S", anomenat Whodas, creat el 1988 per la Organització Mundial de la Salut. L'escala és de tipus heteroaplicada i consta de 36 ítems que avaluen l'estat funcional i activitats de la vida diària per establir el nivell de discapacitat del subjecte (Vázquez-Barquero et al, 2000). Centrant-se en un període determinat (per defecte en els darrers 30 dies), avalua quatre àrees de la vida del subjecte: cura personal, funcionament ocupacional, en la família i en el context social en general. No té distincions en gènere o edat i les puntuacions per cada un dels ítems va entre 0 i 5; donat que no hi ha punts de tall, a major puntuació s'identifica com a major nivell de discapacitat (García-Portilla et al, 2011).

C-SSRS: Columbia's suicide Ideation (Posner et al, 2007).

És una escala subestructurada que es crea per obtenir definicions de la ideació i conducta suïcides mesurant el seu nivell de gravetat i distingint entre la conducta suïcida i l'autodestructiva no-suïcida; emprant format que pugui comportar la informació de diferents fonts. (validació en població espanyola de Al-Halabí et al, 2016). L'escala és heteroaplicada i consta de 17 ítems. Hi trobam dues parts que es diferencien, en la primera s'avalua la ideació suïcida i en la segona la conducta. No existeix una puntuació global en l'escala, ni punts de tall establerts per la qual cosa es fa una classificació dels subjectes segons el seu "estat suïcida" diferenciant-los entre els que no tenen comportament suïcida, els que tenen ideació suïcida (desig de morir, ideació suïcida inespecífica, ideació activa amb o sense intenció d'actuar i amb o sense pla); i per acabar identificant el grup de temptativa suïcida activa (temptativa interrompuda, avortada o comportaments i accions preparatòries).

BSS: Beck's Suicide Scale (Beck, Kovacs & Weissman, 1979).

Eina per a la identificació de la vulnerabilitat i el risc al suïcidi. S'administra de forma heteroaplicada i avalua les característiques de la tentativa de suïcidi: circumstàncies en que es produeix, actitud davant la vida i la mort, pensaments entorn a episodis suïcides i altres aspectes que s'hi relacionen. Es compon de 20 ítems en escales de tres punts, a la vegada dividits en tres parts: objectiva, subjectiva i altres. (validació de Bobes et al, 2002).

PHQ-9: Escala d'avaluació de Depressió (Baader et al, 2012)

Neix a partir del mòdul de depressió del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure) i donat que la versió original és en anglès, (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) hem emprat la versió validada en castellà (Baader et al, 2012). Avalua la simptomatologia depressiva a partir de la darrera versió del DSM (DSM V). A partir d'aquí es considera la presència de Depressió Major quan 5 dels 9 símptomes han estat presents durant "Més de la meitat dels dies" (Altura et al, 2016).

## Resultats

Per la descripció de la mostra, s'han tingut en compte gènere, edat, estat civil, ocupació laboral, nivell d'estudis, afectació física i psicològica així com l'any de diagnòstic. (Veure Taula 1)

En les dades demogràfiques podem veure com la majoria dels subjectes entrevistats formen part del grup de 51 a 66 anys encara que no significativament, gairebé ocupen la meitat de la mostra. En quant al gènere, un 70% foren dones, el que ens duu a la prevalença mundial que segons la OMS són les més afectades per EM. En l'ocupació laboral ens interessa destacar el nombre de subjectes (més de la meitat) que cobren una pensió per invalidesa degut a la malaltia. En quant als anys de diagnòstic, trobam la mitja d'edat gairebé als 33 anys. En quant a l'afectació psicològica, trobam un 50% que fan un seguiment psicoterapèutic ja bé sigui amb psicòleg de la sanitat pública o privada o bé amb el psicòleg de l'associació. Un 20% diuen prendre medicació psiquiàtrica i un 30% diuen no seguir de forma periòdica cap tipus de suport psicològic.

Taula 1

Dades sociodemogràfiques de la mostra estudiada (n= 30)		
Variable	n (N=30)	%
<b>Edat</b>	Mitja=46.2 Rang 28 - 66	
20 - 30	2	6,7%
31 - 40	9	30,0%
41 - 50	6	20,0%
51 - 66	13	43,3%
<b>Gènere</b>		
Home	9	30,0%
Dona	21	70,0%
NS/NC	0	0,0%
<b>Estat Civil</b>		
Solter/a - Vidu/a - Separat/da	12	40,0%
Casat/da - en parella	18	60,0%
<b>Ocupació Laboral</b>		
Actiu/va	13	43,3%
Aturat	0	0,0%
Pensionista per invalidesa	17	56,7%
Jubilat/da	2	6,7%
<b>Nivell d'estudis</b>		
Sense estudis	0	0,0%
Primaris	12	40,0%
Batxillerat	3	10,0%
Formació Professional	7	23,3%
Estudis universitaris	8	26,7%
<b>Any de diagnòstic</b>		
1993-2002	16	53,3%
2003-2017	14	46,7%
<b>Mitja d'edat al diagnòstic</b>	32,96	
<b>Afectació Física</b>		
Suport crosses	5	16,7%
Cadira de rodes	6	20,0%
Sense cap tipus de suport	19	63,3%
<b>Afectació Psicològica</b>		
Psicoteràpia	15	50,0%
Medicació Psiquiàtrica	6	20,0%
Sense suport	9	30,0%

Per a l'anàlisi descriptiu de les variables contínues (Whodas, Beck i PHQ-9) hem extret la mitjana, la desviació típica, la puntuació màxima i mínima dels resultats. (Vegeu taula 2). En la següent taula, s'observen que la mitja de puntuació del qüestionari Whodas és més elevada que en les altres dues (Beck i Phq-9).

**Descriptive Statistics · Taula 2**

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
WHODAS	30	125	50	175	108,23	36,758
BECK	30	17	0	17	3,20	3,633
PHQ9	30	20	1	21	6,40	5,170
Valid N (listwise)	30					

Per a l'anàlisi descriptiu de la variable categòrica hem utilitzat un anàlisi de freqüència (vegeu taula 3). En aquest s'observa com en el qüestionari Columbia, la majoria dels subjectes entrevistats no presentaven ideació suïcida mentre que 4 d'ells sí.

**COLUMBIA · Taula 3**

		Frequency	Percent
	Sense ideació suïcida	26	86,7
Valid	Ideació Suïcida	4	13,3
	Total	30	100,0

### Correlació entre WHODAS, BECK i PHQ-9

Per a l'anàlisi estadístic de les variables contínues hem establert una correlació entre elles. (Vegeu taula 4). En aquesta taula s'observen les puntuacions significatives quan ens centrem en la correlació entre els tests de Whodas i Beck i PHQ-9 i entre Beck i PHQ-9. El que ens indica certa significança d'una correlació positiva entre aquests qüestionaris; així quan una puntuació es dona elevada en un, també es dona més elevada en l'altre. Cal esmentar les complicacions a l'hora d'escollir el tipus de correlació entre variables, degut a que un dels qüestionaris no complia amb una distribució normal, s'hauria d'haver aplicat l'anomenada

correlació d'Spearman però donat que comptam amb un nombre reduït de participants, finalment s'ha optat per aplicar la correlació de Pearson.

**Correlations · Taula 4**

		WHODAS	BECK	PHQ9
WHODAS	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)			
	N	30		
BECK	Pearson Correlation	<b>,578**</b>	1	
	Sig. (2-tailed)	,001		
	N	30	30	
PHQ9	Pearson Correlation	<b>,504**</b>	<b>,682**</b>	1
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	
	N	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Comparació de puntuació mitja de WHODAS entre persones amb i sense Ideació Suïcida d'acord a COLUMBIA

Per a l'anàlisi estadístic de la variable categòrica, hem analitzat els valors mitjans en funció de la categoria. (Vegeu taula 5). A l'observar la taula 5A és necessari centrar-nos en la part inferior de la taula donat que la puntuació de "diferència de mitja" ens indica que les dues variables són diferents, donat que observam una diferència no estadísticament significativa de 38 punts entre una i l'altra.

**Taula 5**

		N	Mean	Std. Deviation
WHODAS	COLUMBIA			
	Sense ideació suïcida	26	103,35	36,053
	Ideació Suïcida	4	141,50	28,455



**Taula 5A**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
WHODAS	Equal variances assumed	,923	,345	-2,011	28	,054	-38,154
	Equal variances not assumed			-2,402	4,631	,066	-38,154

## Discussió

Les dades recollides en la *taula 1*, ens apropen les prevalences que segons múltiples treballs es donen en la població actual. Tant en l'aspecte del gènere, on les dones ocupen un 70% dels afectats per l'Esclerosi Múltiple, en el nostre treball ocupen precisament el 70% dels casos; com l'edat de diagnòstic de la malaltia, que en aquest cas està situat en els 33 anys, quan globalment es calcula que el diagnòstic ocorre entre els 25 i els 45 anys.

Pel que fa a l'anàlisi dels tres qüestionaris que es basen en variables contínues (Whodas, Beck i Phq-9), (*vegeu taula 2*) podem observar com la mitja es troba en en el cas del qüestionari en simptomatologia depressiva i en el d'ideació suïcida, això es deu a que la majoria dels subjectes amb que s'ha treballat no han presentat una alta puntuació en ambdues proves. Tot i així, en el cas del qüestionari avaluador de la discapacitat, si trobam una mitjana de puntuació més alta el que indica un major grau de percepció de discapacitat, si tenim alhora en compte el fet que gairebé un 57% es troba aturat degut a tenir una incapacitat permanent per invalidesa, degut a la malaltia.

És de rellevància esmentar que un dels subjectes destaca per sobre dels altres en puntuació de discapacitat, simptomatologia depressiva i presència d'ideació suïcida. Això es deu a que aquesta persona es troba en un estat molt avançat de la malaltia, el que li suposa haver-se de desplaçar amb l'ajuda imprescindible d'una cadira de rodes i necessitar ajuda per a les

activitats bàsiques de la vida diària; el que fa que la simptomatologia depressiva i d'ideació suïcida tant a nivell psicomètric com s'ha vist en les puntuacions ítem a ítem com en l'entrevista clínica, sigui evident. Cal esmentar que 3 dels 30 subjectes havien presentat anteriorment diagnòstics psicopatològics, dos subjectes havien presentat durant l'adolescència el trastorn alimentari d'anorèxia i un altre subjecte havia presentat trastorn depressiu en l'etapa adolescent.

El fet que en el qüestionari Columbia (*vegeu taula 3*), la majoria dels subjectes no presentin ideació suïcida (i cap que presenti temptativa) es pot deure a que l'adequació del qüestionari no sigui la més adient per un treball d'aquestes característiques, donat que l'eina pareix estar més enfocada a casos de pacients amb simptomatologia depressiva, però sense comorbilitat amb una patologia mèdica com l' EM. La llargària del qüestionari, a la vegada, es pot considerar com una trava a l'hora d'administrar-lo donat que durant la mateixa entrevista s'administraven tres més.

En el cas de l'anàlisi de la relació entre els qüestionaris WHODAS, PHQ-9 i BECK, s'observen resultats significatius en quant a la correlació entre els resultats de Whodas i Beck ( $p=.578$ ) i entre Whodas i PHQ9 ( $p=.504$ ), així com entre Beck i PHQ9; el que ens diu que a més puntuació de Whodas, es dóna més puntuació tant de simptomatologia depressiva com d'ideació suïcida.

En referència a la comparació en la puntuació entre Whodas i les persones que presenten o no ideació suïcida podem observar com les variables presentades no es veuen iguals, concretament amb una diferència de més de 38 punts, el que ens diu que no hi ha una relació que pugui ser significativa, fet que possiblement es degui a la mida reduïda de la mostra.

En la comparació de la puntuació entre Whodas i les puntuacions en persones que presenten o no ideació suïcida podem observar una diferència de 38 punts indicant que les variables no

són iguals, per la qual cosa s'interpreta que no existeix una diferència estadísticament significativa, fet que es pot deure parcialment a la reduïda mostra.

## **Conclusions**

Els resultats del present estudi corroboren la relació entre el grau de discapacitat i afectació percebuda amb la presència d'ideació suïcida, tenint en compte la simptomatologia depressiva, quan hem observat la relació significativa en tres dels quatre qüestionaris administrats (Whodas, Beck i Phq9). Aquests resultats no fan si més no confirmar la hipòtesi marcada a l'inici del treball i remarcar la necessitat de seguir enfocant els propers estudis en aquesta línia, centrant-se en l'adequació d'un sistema psicomètric que permeti avaluar més acuradament la simptomatologia tan específica que presenta una persona amb una malaltia mèdica i que necessàriament ha de tenir en compte aspectes que alguns dels qüestionaris emprats no tenen. Aquest podria ser el cas del qüestionari Columbia, en el qual gairebé la majoria dels subjectes no han donat resultats semblants a l'altra prova en ideació suïcida (Beck) on si hem observat relació amb el grau de discapacitat i la simptomatologia depressiva. Així doncs, la relació entre discapacitat, ideació suïcida i depressió esdevé forta, com havien apuntat alguns treballs anteriors i de més abast i tal com marcava la hipòtesi inicial del present estudi; el que es pot interpretar com la necessitat de mantenir-se en la línia de la prevenció i l'atenció psicològica per a donar resposta a les necessitats del pacient amb Esclerosi Múltiple o qualsevol altra malaltia mèdica que impliqui un deteriorament greu i progressiu.

## **Limitacions**

Una de les principals limitacions del present treball ha sigut el fet de comptar amb una mostra ja delimitada, és a dir, que va passar un primer cribratge. Mitjançant l'associació ABDEM hem pogut comptar amb una mostra de malalts d'EM encara que és essencial considerar que els pacients que acudeixen a una associació mostren una capacitat més alta per

lluitar contra les limitacions en l'adaptació a un mitjà social (Rubio, 2008). Així, el simple fet de participar en una associació mostra unes capacitats prèvies del pacient com l'adaptació a un grup nou, la necessitat de superació, l'acceptació o la voluntat de rebre suport. Aquests trets de la persona fan que la mostra amb que hem comptat pel treball estigui limitada en aquest sentit. Cal destacar que tot i que es comptava amb una mostra més àmplia, de 36 subjectes, finalment 2 van decidir no participar i els altres 4 foren il·localitzables. Considerant que l'abast d'ABDEM és d'un total de 150 pacients aproximadament, que només 30 hagin participat en el nostre estudi de forma voluntària, ens fa veure la necessitat de realitzar treballs que puguin comptar amb una mostra més ambiciosa. Aquesta possibilitat ens ajudaria a obtenir resultats més significatius, per aquest motiu, en propers estudis seria interessant replicar-ho en una mostra més extensa i que, com hem comentat abans, no estigui prèviament condicionada pel fet d'anar a una associació o no.

En referència a les eines d'avaluació, poder comptar amb instruments específics per a la malaltia hagués estat un reforç per a poder extreure unes conclusions més fermes. Actualment, molts d'aquests qüestionaris només els trobam en anglès, sense validar per a la població espanyola i no s'han pogut administrar en el present treball. És un objectiu marcat per a propers estudis donat que sense aquests tests es fa difícil obtenir uns resultats més acurats.

Conceptualment, en les malalties cròniques i degeneratives, hi hauria d'haver un canvi de definició en quant a la ideació suïcida i pensaments de mort. És possible que no es defineixi el mateix concepte en un pacient amb simptomatologia depressiva que un pacient que es sap amb una malaltia degenerativa. Per exemple, en un dels qüestionaris (BSS) s'identifiquen els plans per a la mort (testament, herències, pòlisses de vida, etc.) com a puntuació significativa en la ideació suïcida, quan en les malalties degeneratives, sovint els pacients ho tenen tot enllestit donat que són conscients de la possible evolució de la malaltia, fet que no té perquè incloure una voluntat en dur a terme cap acció que pugui dur a la conducta suïcida.

En aquest sentit, és clarificador que un nombre significatiu de subjectes, durant l'administració dels qüestionaris, manifesta verbalment que ho té tot enllestit però que la malaltia l'ha ensenyat a estar preparat per a una possible mort propera; encara que aclareixen que no és per voluntat de morir sinó per la consciència que tenen de la malaltia i la degeneració que aquesta provoca. Els comentaris verbalitzats durant les entrevistes, ens mostren la incapacitat de les eines que hem emprat per a l'estudi per a fer una fotografia més acurada de l'estat d'ànim i voluntats del propi subjecte. Per aquest motiu, establim com a principal mancança el comptar amb els qüestionaris sobre ideació suïcida que hem emprat. En un parer personal, considerem que és necessari crear una eina que pugui aglutinar la simptomatologia depressiva i relacionada amb la ideació suïcida, més acuradament centrada en la població que pateix una malaltia mèdica i sobretot, degenerativa.

### **Properes investigacions**

És imprescindible una major investigació en els propers anys en aquest camp. Tot i que trobam la major part d'estudis entre els anys 2011 i 2014, la necessitat de professionals en salut mental que estiguin disponibles per al suport dels pacients amb malalties degeneratives seria més justificable amb el recolzament d'estudis científics. La investigació en aquest camp és bàsica així com la seva inclusió en el dia a dia i en les associacions on acudeixen els afectats de malalties degeneratives i cròniques com és l'Esclerosi Múltiple.

A mode de conclusió, obrir el camp investigador del tema que ens ha ocupat durant aquest treball és bàsic per poder donar una correcta atenció tant mèdica com psicològica o social; imprescindible per a una evolució positiva i una qualitat de vida que sigui digna en tot el procés que comporta una malaltia crònica i degenerativa. L'atenció a la salut mental dels pacients de malalties mèdiques com l'Esclerosi Múltiple ha de ser prioritari per establir un equilibri en les xarxes d'atenció sanitària, per a un funcionament òptim, base de tot sistema social i del qual se'n pugui beneficiar tota la població.

## **Bibliografía**

Abellán García, A. & Hidalgo Checa, R.M. (2011). Definiciones de discapacidad en España. *Informes Portal Mayores*, 109.

Al-Halabí, S., Sáiz, P.A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M.I., Díaz-Mesa, E.M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M.A., García-Portilla, M.P. & Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142.

Altura, K. C., Patten, S. B., Fiest, K. M., Atta, C., Bulloch, A. G., & Jetté, N. (2016). Suicidal ideation in persons with neurological conditions: Prevalence, associations and validation of the PHQ-9 for suicidal ideation. *General Hospital Psychiatry*, 42, 22-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.06.006>

Annual Report (2016). American Foundation for Suicide Prevention, 1-150.

Baader, T., Molina F., J.L., Venezian B., S., Rojas C., C., Renata Farías, S., Fierro-Freixenet, C., Backentrass, M. & Mundt, C. (2012). Validity and utility of PHQ9 (Patient Health Questionnaire) in the diagnosis of depression in user patients of primary care in CHile. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría*, 50(1); 10-22.

Barbería, E., Gispert, R., Gallo, B., Ribas, G., Puigdefàbregas, A., Freitas, A., Segú, E., E., Torralba, P., García-Sagayo, F & Estarellas, A. (2016). Mejora de la estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona (Cataluña, España) entre 2004 y 2012. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.004>

Barquero, M., Garcés, M. & Blasco, R. (2003). Síntomas depresivos en enfermedades neurodegenerativas. *Formación Médica Continuada* 10(6), 386-392.  
[https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(03\)75925-8](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(03)75925-8)

Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for suicide ideation. *Journal Consult of Clinical Psychology*; 47, 343-352.

Bermejo, P.E.; Blasco, M.R.; Sánchez, A.J. y García, A. (2011). Manifestaciones clínicas, historia natural, pronóstico y complicaciones de la esclerosis múltiple. *Medicine*; 10 (75) : 5079-86. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70058-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70058-0)

Bolton, J.M., Walld, R., & Chateau, D. (2015). Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychology Med*, 45(3), 495-504.

Brenner, P., Burkill, S., & Jokinen, J. (2016). Multiple Sclerosis and risk of attempted and completed suicide: A cohort study. *European Journal Neurology*, 23(8), 1296-1303.

Carretero Ares, J.L., Bowakim Dib, W. & Acebes Rey, J.M. (2001). Actualización: Esclerosis Múltiple. *Medifam*, 11(9), 516-529.

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., Baron-Cohen, S. (2016). Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger, asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico: estudio de una cohorte clínica. *RET, Revista de Toxicomanías*, 16, 16-24.

Castro Álvarez, Y.M., Terrón Moyano, R. & Campos López, M. R. (2012). Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental en un programa de afrontamiento de la Esclerosis

Múltiple. *Biblioteca Lascasas*, 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0635.php>

Compston, A.; Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 372 (9648), 1502-1517

Del Pino Sánchez, M., Nieto, A. & Barroso, J. (2004). Multiple Sclerosis and Depression. *Revista Neurología*, 38(6), 524-529.

Fariñas, D.R., Pujol Rodríguez, R. & Abellán García, A. (2016). Patrón de mortalidad en la población española. Disponible en <http://bit.ly/22eLLET>

Feinstein, A., & Pavisian, B. (2017). Multiple sclerosis and suicide. *Multiple Sclerosis Journal*, 1-5.

Fragoso, Y. D., Frota, E. R. C., Lopes, J. S., Noal, J. S., Giacomo, M. C., Gomes, S., . . .

Finkelsztejn, A. (2010). Severe depression, suicide attempts, and ideation during the use of interferon beta by patients with multiple sclerosis. *Clinical Neuropharmacology*, 33(6), 312-316. <http://dx.doi.org/10.1097/WNF.0b013e3181f8d513>

García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ed. Cyessan, Mexico.

Gaskill, A., Foley, F. W., Kolzet, J., & Picone, M. A. (2011). Suicidal thinking in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 33(17-18), 1528-1536. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.533813>

Giner, L. & Guija, J.A. (2016). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>



Goodwin, R.D., Marusic, A., & Hoven, C.W. (2003). Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1783-1788

Grupo de trabajo de interés Especial en Psicología y Neuropsicología del R.I.M.S. (Rehabilitation in Multiple Sclerosis). Reacciones emocionales y esclerosis múltiple.

Disponible el 3 de Març de 2017 a

<http://continguts.fem.es/Webs/www.fem.es/Files/file/FEM->

[REACCIONES%20EMOCIONALES%20Y%20ESCLEROSIS%20M%20C3%9ALTIPLE.pdf](http://continguts.fem.es/Webs/www.fem.es/Files/file/FEM-REACCIONES%20EMOCIONALES%20Y%20ESCLEROSIS%20M%20C3%9ALTIPLE.pdf)

Iglesias-García, C., Sáiz, P.A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Corcoran, P., García-Portilla, M.P. & Bobes, J. (2016). Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70-77.

Kingwell, E., Marriot, J.J., Jetté, N., Pringsheim, T., Makhani, N., Morrow, S.A., Fisk, J.D., Evans, C., Gabrielle Béland, S., Kulaga, S., Dykeman, J., Wolfson, C., Koch, M.W. & Marrie, R.A. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC Neurology*, 13(128), 1-13.

Lewis, D. S., Anderson, K. H., & Feuchtinger, J. (2014). Suicide prevention in neurology patients: Evidence to guide practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(4), 241-248. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000062>

Lewis, V. M., Williams, K., KoKo, C., Woolmore, J., Jones, C., & Powell, T. (2017). Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 662-669. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.038>

Magalhaes, S., Richard, J.F. & Moore, C.S. (2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*, 10, 507-517.  
<http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2014.139>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión*. Capítulo 6, 53-63.

Montero Ruiz, E., Rebollar Merino, A., Blanco Prieto, M. & Culebras López, A. (2017). Benefits of comanagement with internal medicine on health care and economic outcomes in psychiatric inpatients. *Revista Clínica Española*, 217(5), 306-308.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.12.001>

Moreira, M.A., Tilbery, C.P., Lana-Peixoto, M.A., Mendes, M.F., Kaimen-Maciel, D.R. & Callegaro, D. (2002). Aspectos históricos de la esclerosis múltiple. *Revista Neurología*, 34(4); 378-383.

Oloscoaga, J. (2010). Calidad de vida y esclerosis múltiple. *Revista Neurología*; 51(5), 279-288.

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Recuperat de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud (2006) Trastornos neurológicos. Desafíos para la salud pública. OMS. 45-188.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Capítulo 7, 201-211.

Pérez-Miralles, F., Sastre-Garriga, J., Tintoré, M., Arrambide, G., Nos, C., Perkal, H., Río, J., Edo, M.C., Horga, A., Castelló, J., Auger, C., Huerga, E., Rovira, A. & Montalban, X. (2013). Clinical Impact of early brain atrophy in clinically isolated syndromes. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(14), 1878-1886.

Polman, C.H., Reingold, S.C., Banwell, B., (2011). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Annual Neurology*, 9(2), 292-302.

Posner et al. (2007). *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*. New York: Columbia University

Potter, K., Cohen, E.T., Allen, D.D., Bennett, S.E., Brandfass, K.G., Widener, G.L., Yorke, A.M. (2014). Outcome measures for individuals with multiple sclerosis: recommendations from the American Physical Therapy Association Neurology Section task force. *Physical Therapy*, 94(5), 593-608. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130149>

Requena, M. (2017). La desigualdad ante la muerte: educación y esperanza de vida en España. *Perspectives Demogràfiques*, 6, 1-4. Centre d'Estudis Demogràfics. Barcelona.

Reques, L., Giráldez-García, C., Miqueleiz, E. & Regidor, E. (2014). Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(12):1151–1160. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204186>

Rubin, S.M. (2013). Management of multiple sclerosis: an overview. *Disease a Month*;59(7):253-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.disamonth.2013.03.012>

Rubio Arribas, F.J. (2008). Espacios Sociales de Participación: Las Asociaciones y los Grupos de Autoayuda. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18.

<http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0808230307A/26392>

Serrano, F. (2002). Depresión en enfermedades médicas. *Anales Sis San Navarra*, 25(3), 137-148.

Spitzer, R., Kroenke, K, Williams, J.B. (1999). *Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. American Medical Association*, 282(18); 1737-1744

Strupp, J., Ehmann, C., Galushko, M., Bücken, R., Perrar, K. M., Hamacher, S., . . . Golla, H. (2016). Risk factors for suicidal ideation in patients feeling severely affected by multiple sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*, 19(5), 523-528.

<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0418>

Sumelahti, M.L., Hakama, M., & Elovaara, I. (2010). Causes of death among patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 16(12), 1437-1442.

Tomas Baader, M., Edmundo Urrea, A., Rocío Millán, M. & Lisette Yáñez, M. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)

Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez Bourgón, E., Herrera Castañedo, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., Gaité, L., Herrán, A. & Üstün, T.B. (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment S (WHODAS). *Actas Española Psiquiatría*, 28 (2), 77-87.

Viner, R., Patten, S. B., Berzins, S., Bulloch, A. G. M., & Fiest, K. M. (2014). Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 312-316. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.12.010>

*WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Genève:WHO,1988.*

Widener, G.L. (2013). Multiple sclerosis. In: Umphred DA, Burton GU, Lazaro RT, Roller ML, eds. Umphred's Neurological Rehabilitation. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby: chap 19.