

Afrontamiento de la enfermedad en Ataxia de Friedreich y su relación con la sintomatología depresiva

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CURSO ACADÉMICO 2020-2021

Autora:

Paola Acosta González

Tutor académico:

M^a Antonieta Nieto Barco

Javier José Pérez Flores

Resumen

La Ataxia de Friedreich es una enfermedad hereditaria y degenerativa, altamente incapacitante. A pesar de ser una enfermedad con un alto impacto en la vida de los pacientes, no se dispone de datos sobre el afrontamiento de la misma. El objetivo del presente estudio es conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento de la enfermedad empleadas por las personas con Ataxia de Friedreich y su relación con la sintomatología depresiva. La muestra se compone de 54 pacientes con diagnóstico genéticamente confirmado. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el BDI-II. Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó el Brief COPE. El estilo de afrontamiento más empleado por los participantes fue el afrontamiento centrado en el problema. Las estrategias de Negación y Religión fueron los mejores predictores de la sintomatología depresiva. Este estudio muestra la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y la sintomatología depresiva de los pacientes con Ataxia de Friedreich.

Palabras clave: Ataxia de Friedreich, Afrontamiento, Depresión, Enfermedades Neurológicas

Abstract

Friedreich's Ataxia is a hereditary, degenerative and highly disabling disease. Despite being a disease with a high impact on the lives of patients, there are no data on coping with it. The aim of the study is to know what coping strategies used by people with Friedreich's Ataxia and their relationship with depressive symptoms. The sample consists of 54 patients with a genetically confirmed diagnosis. Depressive symptoms were assessed by the BDI-II. To assess the coping strategies used the Brief COPE. The coping style most used by the participants was problem-focused coping. Denial and Religion strategies were the best predictors of depressive symptoms. This study shows the relationship between coping strategies used and depressive symptoms in patients with Friedreich's ataxia.

Key words: Friedreich's Ataxia, Coping, Depression, Neurological Diseases

Introducción

La Ataxia de Friedreich fue descrita por primera vez en 1863 por Nikolaus Friedreich, quien estudió a seis miembros de dos familias y describió una ataxia hereditaria de inicio temprano, asociada con cifoescoliosis y degeneración grasa del corazón. Actualmente se considera la forma hereditaria más común de ataxia (Parkinson, Boesch, Nachbauer, Mariotti y Giunti, 2013).

Se trata de una ataxia espinocerebelosa autosómica recesiva (Cook y Giunti, 2017), incluida en el grupo de las llamadas enfermedades raras. Su prevalencia en Europa oscila entre 1 de cada 20.000 en el suroeste y 1 de cada 250.000 en el norte y este (Vankan, 2013). En la mayoría de los casos, la enfermedad es causada por una expansión de repetición de tripletes GAA homocigótica en el primer intrón del gen de la fraxatina (FXN) (Cook y Giunti, 2017), una proteína de la membrana mitocondrial involucrada en la producción, almacenamiento y transporte de proteínas, dando como resultado una reducción de la misma (Corben, Lynch, Pandolfo, Schulz y Delatycky, 2014). Esta deficiencia de fraxatina provoca acumulación de hierro en la mitocondria, fundamentalmente en el músculo cardíaco y en el núcleo dentado cerebeloso (Waldvogel, Van Gelderen y Hallett, 1999). Este hecho es probablemente el responsable de los cambios degenerativos en la Ataxia de Friedreich (Berciano, Infante, Mateo, Polo y Combarros, 2003).

Actualmente, la Ataxia de Friedreich es considerada un trastorno multisistémico, cuyos síntomas tienden a presentarse entre los 10 y los 16 años. Se caracteriza por un desarrollo temprano de la ataxia de la marcha, siendo característicamente inestable con pérdida de equilibrio. Esto lleva a necesitar diferentes grados de apoyo a lo largo de la vida, haciéndose necesario el uso de silla de ruedas alrededor de la tercera década.

Además, presentan dificultad en las actividades de la vida diaria debido a la falta de destreza y coordinación, así como ausencia de reflejos en las extremidades inferiores, debilidad y espasticidad en las últimas etapas. Estos pacientes presentan otras secuelas como una disartria y disfagia progresivas, anomalías oculomotoras y apnea del sueño, entre otras. Muy comúnmente aparecen problemas cardíacos y, además, la diabetes es más prevalente que en la población normal (Cook y Giunti, 2017).

La aparición tardía de la enfermedad es escasa y el inicio temprano de la misma se asocia con mayor gravedad. La principal causa de muerte es la disfunción cardíaca, con una media de 36,5 años (Cook y Giunti, 2017), que aumenta a una media de 41 años en el caso de muerte por otras causas (Tsou et al., 2011). Actualmente no se han encontrado terapias específicas que varíen el curso de esta enfermedad (Corben et al., 2014).

El perfil cognitivo de estos pacientes se caracteriza por una velocidad de procesamiento enlentecida, déficits en la formación de conceptos y en fluidez verbal, así como problemas en la adquisición de información verbal y el uso de estrategias semánticas en la recuperación de información (Nieto et al., 2012).

Diversos estudios muestran que sufrir una o más enfermedades crónicas no solo afecta al estado físico de un individuo, sino también a otros contextos de su vida como el emocional o el social (Portillo et al. 2012), siendo un proceso complejo, dinámico, cíclico y multidimensional (Ambrosio et al., 2015).

La manera en la que una persona vive este proceso está influida por sus estrategias y estilos de afrontamiento. Quien sufre una enfermedad crónica puede abordar el problema y hacer esfuerzos activos para comprenderlo y resolverlo; o bien puede tratar

de evitar lidiar directamente con el problema y centrarse en el manejo de las emociones asociadas con él (Martz y Livneh, 2010)

Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento como un proceso en el que las personas utilizan esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar situaciones que ponen a prueba o exceden sus recursos. Existen diversas formas de categorizar las estrategias de afrontamiento.

Una de las más aceptadas consiste en dividir las estrategias centradas en las emociones, que se utilizan cuando las personas intentan regular las emociones que causan la situación; o estrategias centradas en el problema, refiriéndose a las estrategias que utilizan las personas para resolver la situación (Kristofferzon, Engström y Nilsson, 2018). Otra taxonomía consiste en distinguir entre estrategias activas, orientadas a la resolución del problema, frente a estrategias centradas en la evitación del problema (Holahan y Moss, 1987; Font y Cardoso, 2009). El uso de unas u otras estrategias podría influir en la presencia de diversas manifestaciones emocionales.

Los síntomas de ansiedad y depresión se asocian a la enfermedad y repercuten en la calidad de vida de estos pacientes (Cook y Giunti, 2017). Aunque la depresión en la Ataxia de Friedreich no se ha estudiado de forma específica hasta recientemente, varios estudios concluyen que la sintomatología depresiva es relativamente frecuente en estos pacientes, llegando incluso a influir en su rendimiento cognitivo (Nieto, Hernández-Torres, Pérez-Flores y Montón, 2018).

Las estrategias de afrontamiento se han estudiado en múltiples poblaciones con diversas enfermedades crónicas. Los resultados señalan que en estas condiciones es menos frecuente el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras

que aquellas estrategias centradas en la emoción son las más usadas (Cassaretto y Paredes, 2006). En pacientes con enfermedades coronarias se ha observado que el uso del afrontamiento centrado en el problema favorece el ajuste a la enfermedad, mientras que el uso del afrontamiento centrado en las emociones o del afrontamiento evitativo promueven un peor ajuste a la enfermedad (Helgeson y Zajdel, 2017).

Los estilos de afrontamiento también han sido estudiados en otras enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson o la Esclerosis Múltiple. Varios estudios muestran que las personas que sufren la enfermedad de Parkinson utilizan por igual el estilo orientado al problema y el centrado en las emociones (Anzaldi y Shifren, 2018; Costa, 2014). Aunque en otros se observa un mayor uso del estilo centrado en las emociones, correspondiendo el menor uso del evitativo (Frazier, 2002). En cambio, estudios realizados con personas con Esclerosis Múltiple revelan que estas personas utilizan el estilo de afrontamiento evitativo y centrado en las emociones con mayor frecuencia (Keramat Kar, Whitehead y Smith, 2017).

En cuanto al papel mediador que pudieran tener las estrategias de afrontamiento en las manifestaciones emocionales, se ha encontrado que el aumento de los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades cardíacas se asocia con bajos recursos de afrontamiento (Di Benedetto et al., 2013). Por otro lado, el uso de estrategias relacionadas con la espiritualidad se asocia con una menor manifestación de síntomas depresivos en pacientes con cáncer (Bovero et al., 2015). Además, el uso de estrategias relacionadas con el afrontamiento centrado en la emoción se asocia con una mayor presencia de sintomatología depresiva (Nagase et al., 2009).

A pesar de las características de la Ataxia de Friedreich, según la revisión realizada, no se han realizado estudios sobre las estrategias de afrontamiento de la enfermedad utilizadas por estos pacientes. En este contexto, el objetivo del presente estudio es conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas con Ataxia de Friedreich y sus relaciones con las variables clínico-demográficas. Además, se estudiará la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva presentada por los pacientes.

Método

Participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que participaron 54 personas que presentaban una expansión GAA en el intrón 1 del gen FXN. Los individuos fueron reclutados de tres hospitales españoles: Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Santa Cruz de Tenerife), Hospital Marqués de Valdecillas (Cantabria) y Hospital de La Paz (Madrid). Estos hospitales cuentan con servicios especializados en el diagnóstico y tratamiento de la Ataxia de Friedreich y reciben pacientes de diversas regiones españolas. Fueron excluidos los pacientes menores de 18, años con antecedentes de dependencia del alcohol o las drogas, enfermedad psiquiátrica grave (distinta de la depresión) o enfermedad neurológica (distinta a la ataxia de Friedreich). Todos los participantes dieron su consentimiento informado. Los cuestionarios se administraron como parte de un protocolo de evaluación dentro del proyecto de investigación: Cerebelo y Cognición: Evaluación de la afectación cognitiva en la ataxia de Friedreich y estudio de variables psicosociales. Estos se completaron y recopilaron de los pacientes después de que aceptaran participar y fueron autoadministrados.

Instrumentos

La gravedad de la Ataxia se evaluó con la Escala de evaluación y calificación de la ataxia (SARA) con una puntuación de 0 a 40, puntuaciones más altas reflejan una mayor gravedad de la enfermedad (Schmitz Hübsch et al., 2006).

La presencia y gravedad de los síntomas depresivos se evaluó con la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck II (BDI II; Beck, Steer y Brown, 2011). Es un cuestionario de autoevaluación de 21 ítems, conocido por su practicidad, confiabilidad y precisión (Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2013). Las puntuaciones de cada elemento pueden variar de cero (ausencia de síntoma) a 3 (presencia pronunciada de síntoma), lo que arroja un rango potencial de puntuaciones de 0 a 63. Una puntuación de 0 a 13 se clasifica como síntomas depresivos mínimos, de 14 a 19 como leve, 20-28 como moderado y 29-63 como severo.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas se evaluaron con la adaptación española del Brief COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Morán, Landero y González, 2010). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems, dos por cada tipo de estrategia de afrontamiento (Afrontamiento Activo, Apoyo Instrumental, Planificación, Búsqueda de Información, Adaptación, Humor, Apoyo Emocional, Reinterpretación Positiva, Aceptación, Religión, Desahogo, Negación, Culpabilización y Abuso de Sustancias). A la escala original se le añadieron dos ítems para valorar el uso de estrategias de Búsqueda de Información (Ej: He leído acerca del problema, he buscado en internet, etc.) y dos ítems para valorar las estrategias de Adaptación (Ej: Tomé medidas que me permitían mantener un buen nivel de vida). Además, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad hereditaria se reformularon

los ítems correspondientes a autoinculpación, para valorar la respuesta de culpabilización externa. En las instrucciones se pide al participante que señale cómo ha respondido a su enfermedad utilizando una escala ordinal tipo Likert: 1 (no he hecho esto en absoluto) a 4 (he hecho esto con mucha frecuencia). La puntuación final para cada estrategia se obtiene sumando las puntuaciones de los dos ítems que la componen.

Procedimiento

Los participantes fueron informados sobre el objetivo de la investigación y participaron voluntariamente. Todos los individuos dieron su consentimiento informado y no se les proporcionó ningún incentivo para participar. Todos los procedimientos estaban de acuerdo con la declaración de Helsinki para la investigación humana y fueron aprobados por el comité de ética del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Se registraron datos demográficos, clínicos y genéticos. Cada paciente se sometió a un examen neurológico.

Análisis de Datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de datos descriptivo para conocer las características clínico-demográficas de la muestra. Después se realizó un ANOVA Split-plot para estudiar las diferencias en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento y el posible efecto del sexo. Se realizaron comparaciones múltiples para estudiar las diferencias entre los tipos de estrategia. Posteriormente, se agruparon las estrategias en estilos de afrontamiento obteniéndose la puntuación a partir del promedio de las puntuaciones de las estrategias que componían cada estilo. Se llevó a cabo un ANOVA Split-plot para analizar las diferencias en la frecuencia de uso de los estilos de

afrontamiento y el posible efecto del sexo. Las diferencias entre los estilos de afrontamiento se estudiaron mediante comparaciones múltiples.

En cada ANOVA, se empleó el test de Mauchly para comprobar la esfericidad de las matrices. La elevación del error tipo I en las comparaciones múltiples se controló mediante la corrección de Hochberg. Los tamaños de efecto se calcularon mediante δ de Cohen en el caso de los contrastes t y mediante η^2 en el caso de los ANOVA.

A continuación, se estudiaron las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y las variables clínico-demográficas, mediante correlaciones de Pearson.

En siguiente lugar, se realizó un análisis descriptivo de los resultados del BDI-II y se empleó un contraste t de Student para conocer si existían diferencias en función del sexo. La puntuación total del BDI-II fue discretizada, siguiendo las indicaciones del manual del instrumento, en cuatro niveles de significación clínica: “mínima”, “leve”, “moderada” y “grave”. Esto permitió hallar el porcentaje de participantes que se localizaba en cada uno de los niveles.

Con la intención de identificar las variables clínico-demográficas, estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento que guardaban relación con la puntuación total del BDI-II, se realizaron análisis de correlaciones de Pearson. Finalmente, aquellas variables que mostraron relaciones significativas se emplearon como predictoras de la puntuación total del BDI-II en modelos de regresión lineal empleando la técnica de paso a paso hacia delante. Este proceso se realizó, por un lado, para los estilos de afrontamiento y, por otro, para las estrategias de afrontamiento. En el caso de las estrategias de afrontamiento, para determinar la aportación relativa de cada una de ellas, se llevó a cabo un análisis de dominancia.

Los análisis se realizaron utilizando ULLR toolbox.v.0.R para la versión R 4.0.3 (Hernández, 2020).

Resultados

Las características clínicas y demográficas se recogen en la Tabla 1. La muestra está compuesta por 54 participantes, 26 hombres y 28 mujeres. El rango de edad de los participantes fue de los 19 a los 65 años. La edad de inicio de la enfermedad osciló entre los 3 y los 43 años y el rango de años transcurridos desde el primer síntoma es de 1 a 49 años. El rango de puntuaciones obtenidas en el cuestionario SARA variaron de 2 a 37. No hubo diferencias significativas entre hombre y mujeres en ninguna de las variables clínico-demográficas.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las variables clínico-demográficas y resultados del ANOVA.

	Muestra total (N=54)		Hombres (N=26)		Mujeres (N= 28)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Edad	39.74	11.90	39.19	10.43	40.25	13.29
Edad de inicio de la enfermedad	18.90	10.55	19.50	9.16	18.33	11.89
Duración de la enfermedad (años)	21.13	10.63	19.15	9.71	23.03	11.30
SARA	21.54	8.83	19.64	9.47	23.32	7.96

Se llevó a cabo un ANOVA Split-plot para estudiar las diferencias entre estrategias y el posible efecto del sexo. Se incluyó el sexo como factor intergrupo y las estrategias de afrontamiento como factor intragrupo. Se detectó un efecto significativo

del sexo [$F(1, 52) = 4.66, p < .05, \eta^2 = .08$], obteniendo las mujeres una puntuación global superior, pero no de la interacción sexo x estrategia [$F(15, 780) = 1.47, p > .05$]. Sí se detectó un efecto del factor intragrupo [$F(15, 780) = 37.68, p < .005, \eta^2 = .42$].

Los estadísticos descriptivos de las diferentes estrategias se muestran en la Tabla 2. Las estrategias más empleadas fueron Aceptación, Adaptación, Afrontamiento activo y Búsqueda de información. Las menos empleadas fueron Abuso de Sustancias, Culpabilización, Rendición y Negación.

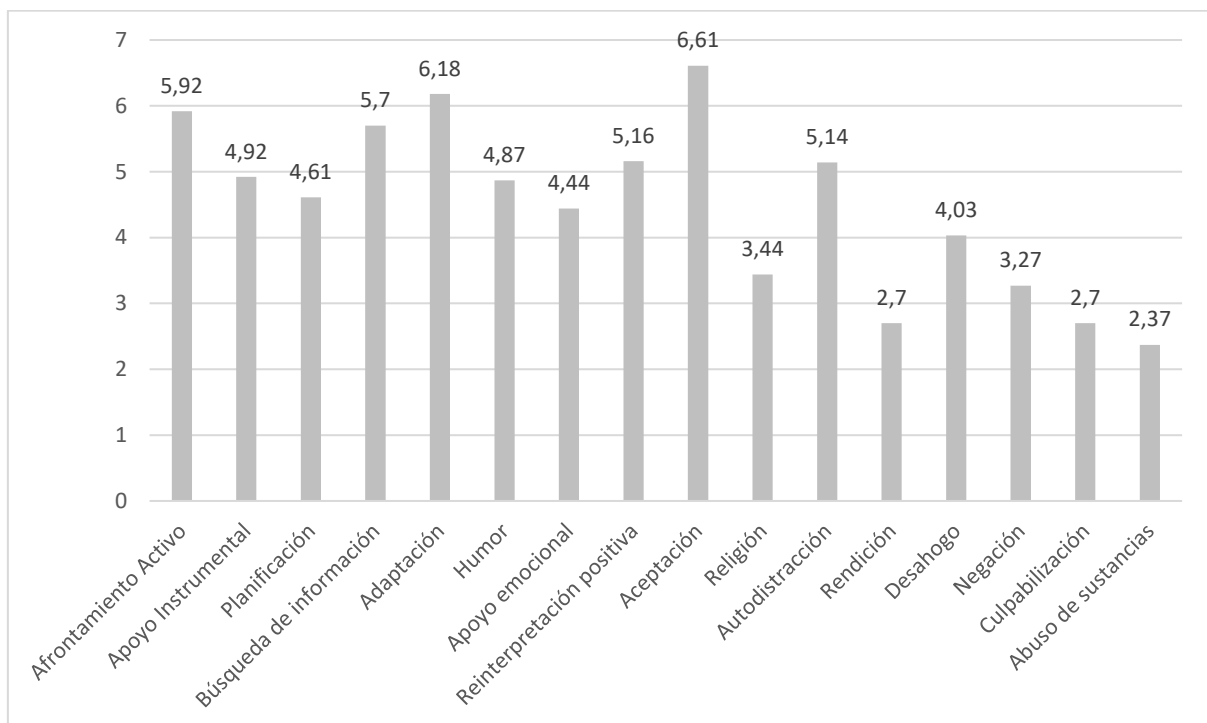
Tabla 2
Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento.

	Muestra total (N=54)	
	M	SD
Afrontamiento Activo	5.92	1.51
Apoyo Instrumental	4.92	1.52
Planificación	4.61	1.74
Búsqueda de información	5.70	1.86
Adaptación	6.18	1.55
Humor	4.87	1.91
Apoyo emocional	4.44	1.77
Reinterpretación positiva	5.16	2.03
Aceptación	6.61	1.64
Religión	3.44	1.78
Autodistracción	5.14	1.89
Rendición	2.70	1.19
Desahogo	4.03	1.46

Negación	3.27	1.83
Culpabilización	2.70	1.38
Abuso de sustancias	2.37	1.12

Las medias de las estrategias de afrontamiento evaluadas mediante el Brief COPE aparecen representadas en la Figura 1.

Figura 1.
Medias de las estrategias de afrontamiento.



En el Anexo 1 se presentan los estadísticos de los contrastes post-hoc de las estrategias de afrontamiento. En la Tabla 3 se recogen los contrastes entre estrategias que han resultado significativos.

Tabla 3.
Resultados de los contrastes par a par de las estrategias de afrontamiento.

	A.Act.	A.Ins.	Plan.	B.Inf.	Adap.	Humor	A.Emo.	R.Pos	Acep.	Relig.	Auto.	Rendi.	Desah.	Nega.	Culpab.	A.Sust
A.Act.																
A. Ins.	*															
Plan.	**															
B. Inf.			*													
Adap.		**	***													
Humor	*				**											
A.Emo.	***			**	***											
R.Pos.					*											
Acep.		***	***				***	***								
Relig.	***	***	**	***	***	***	*	***	***							
Auto.					*				***							
Rendi.	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***				
Desah.	***			***	***			*	***		*	***				
Nega.	***	***	***	***	***	***	**	***	***		***					
Culpab.	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		***			
A.Sust.	***	***	***	***	***	***	***	***	***	*	***		***			

A.Act.: Afrontamiento Activo; A. Ins.: Apoyo Instrumental; Plan.: Planificación; B. Inf.: Búsqueda de información; Adap.: Adaptación; A. Emo.: Apoyo Emocional; R. Pos.: Reinterpretación Positiva; Acep.: Aceptación; Relig.: Religión; Auto.: Autodistracción; Rendi.: Rendición; Desah.: Desahogo; Nega.: Negación; Culpab.: Culpabilización; A. sust.: Abuso de Sustancias.

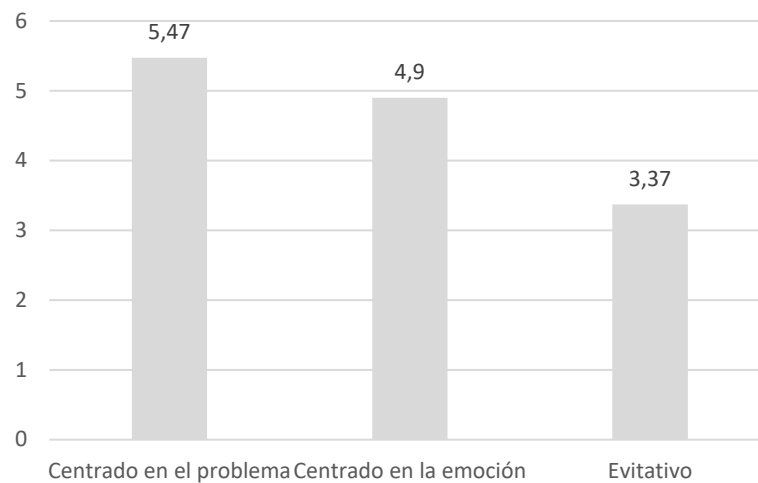
***: $p < .001$; **: $p < .01$; *: $p < .05$

No se observaron diferencias significativas entre las estrategias de mayor uso: Aceptación, Adaptación, Afrontamiento activo y Búsqueda de información. De igual forma, Abuso de Sustancias, Culpabilización, Rendición y Negación no se diferenciaron entre sí de forma significativa.

Posteriormente, se agruparon las diferentes estrategias en los siguientes estilos de afrontamiento: Afrontamiento centrado en el problema (Afrontamiento Activo, Apoyo Instrumental, Planificación, Búsqueda de Información y Adaptación), Afrontamiento centrado en la emoción (Humor, Apoyo Emocional, Reinterpretación Positiva, Aceptación y Religión) y Afrontamiento Evitativo (Autodistracción, Rendición, Desahogo, Negación, Crítica y Uso de Sustancias). La puntuación de cada estilo se obtuvo por promedio de las puntuaciones de las estrategias que las componen. Se realizó un ANOVA Split-plot para analizar las diferencias entre estilos y un posible efecto del sexo. El factor intergrupo fue sexo y el intragrupo incluyó los estilos de afrontamiento. Se detectó un efecto del sexo [$F(1, 52) = 4.92, p < .05, \eta^2 = .08$], obteniendo las mujeres una puntuación global mayor, pero no de la interacción sexo x estilo [$F(3, 104) = 1.24, p > .05$]. Sí se detectó un efecto del factor intragrupo [$F(3, 104) = 88.70, p < .005, \eta^2 = .71$]. El afrontamiento centrado en el problema mostró una mayor frecuencia en la muestra ($M = 5.47, dt = 1.07$), seguido del afrontamiento centrado en la emoción ($M = 4.90, dt = 0.96$) y del afrontamiento evitativo ($M = 3.37, dt = 0.82$). Las medias de los estilos de afrontamiento se recogen en la Figura 2.

Figura 2.

Medias de los estilos de afrontamiento.



Los contrastes par a par entre los estilos de afrontamiento resultaron significativos en todos los casos. Los resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5.

Contrastes par a par entre los estilos de afrontamiento.

	t (104)	p	δ
Centrado en el problema-Centrado en la emoción	3.48	< .005	0.68
Centrado en el problema-Evitativo	12.83	< .005	2.51
Centrado en la emoción-Evitativo	9.34	< .005	1.83

En siguiente lugar, se analizaron las relaciones entre las estrategias y estilos de afrontamiento, con las variables clínico-demográficas. La edad correlacionó negativamente con las estrategias de Rendición ($r=-.34$, $p<.05$) y de Culpabilización ($r=-.30$, $p<.05$). La duración de la enfermedad también correlacionó con las estrategias de Rendición ($r=-.50$, $p<.001$) y Culpabilización ($r=-.44$, $p<.01$). La gravedad de la enfermedad correlacionó con la estrategia de Adaptación ($r =.33$, $p < .05$) y la de

Negación ($r = .32$, $p < .05$), así como con las estrategias de Rendición ($r = .28$, $p < .05$) y Culpabilización ($r = .31$, $p < .05$). El estilo de afrontamiento evitativo correlacionó negativamente con la edad del primer síntoma ($r = -.48$, $p < .001$) y positivamente con la gravedad de la enfermedad ($r = .36$, $p < .01$).

A continuación, se analizaron los resultados del BDI-II. No se encontraron diferencias en las puntuaciones del BDI-II en función del sexo [$t(52) = -0.97$, $p > .05$]. La media de la puntuación total del BDI-II fue 13.29 ($dt = 9.55$). El 61% de la muestra presentó sintomatología mínima, un 20% mostró sintomatología leve, un 15% manifestó sintomatología moderada y un 4% presentó sintomatología grave.

Con la intención de estudiar las relaciones de la sintomatología depresiva con las estrategias de afrontamiento, se hallaron las correlaciones entre la puntuación total del BDI-II y las diferentes estrategias. Se observó una relación significativa y positiva con las estrategias de Negación ($r = .66$, $p < .001$), Apoyo Emocional ($r = .30$, $p < .05$) y Religión ($r = .42$, $p < .01$), y una relación negativa con la estrategia de Aceptación ($r = -.44$, $p < .001$). En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró una correlación positiva entre el resultado del BDI-II y el afrontamiento evitativo ($r = .41$, $p < .01$).

También se estudiaron sus relaciones con las variables clínico-demográficas, con el objetivo de tener en cuenta estas relaciones en los modelos predictivos que se pretendían generar. La única variable que mostró una relación significativa fue la gravedad de la enfermedad ($r = .30$, $p < .05$).

Se realizaron análisis de regresión lineal a partir de las variables que mostraron relaciones significativas con la sintomatología depresiva. En el primer modelo se incluyó a la gravedad de la enfermedad y el estilo de afrontamiento evitativo como predictores.

El procedimiento de paso a paso hacia delante seleccionó únicamente el estilo de afrontamiento evitativo como predictor significativo. Este modelo explicó el 15% de la varianza de los síntomas depresivos [$F(1, 52) = 10.24, p < .01$]. Se repitió este procedimiento incluyendo las estrategias de afrontamiento significativas, en lugar del estilo de afrontamiento evitativo. En este modelo se incluyó la gravedad de la enfermedad y las siguientes estrategias: Negación, Apoyo emocional, Religión y Aceptación. El procedimiento de paso a paso hacia delante seleccionó las estrategias de Negación y Religión como predictores significativos. El modelo explicó el 47% de la varianza de los síntomas depresivos [$F(2, 51) = 24.20, p < .005$]. La Negación explicó un 38% de la varianza (LMG = 0.38; Last = 0.31; First = 0.44), mientras la Religión explicó un 11% de la varianza (LMG = 0.11; Last = 0.04; First = 0.18). Se detectaron diferencias significativas en la aportación relativa de cada estrategia [$p < .05, IC\ 95\% (0.07-0.43)$]. Los estadísticos de estos modelos se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6.

Análisis de regresión lineal.

Modelo 1. Variable criterio: Puntuación total del BDI-II				
	β	Error estándar	t	p
Afrontamiento evitativo	0.41	0.19	3.20	< .005
Modelo 2. Variable criterio: Puntuación total del BDI-II				
	β	Error estándar	t	p
Negación	0.59	0.07	5.56	< .005
Religión	0.22	0.07	2.11	< .05

Discusión

El presente estudio pretendía definir qué estrategias de afrontamiento utilizan con mayor frecuencia las personas con Ataxia de Friedreich, así como su relación con las variables clínico-demográficas y su posible relación con la sintomatología depresiva de estos pacientes.

Las estrategias más usadas por los pacientes fueron la aceptación de lo que está ocurriendo (Aceptación), la toma de medidas para adaptarse a las condiciones impuestas por la enfermedad y mantener un buen nivel de vida (Adaptación y Afrontamiento activo) y la búsqueda de información a través de diferentes medios (Búsqueda de información). Estas cuatro estrategias pueden considerarse como propias de un afrontamiento activo y, exceptuando la Aceptación, se trata de estrategias conductuales. Por otro lado, las estrategias menos utilizadas por los pacientes han sido el uso de alcohol u otras drogas (Abuso de Sustancias), la crítica o culpabilización a otras personas por su enfermedad (Culpabilización), la renuncia a hacer frente a la situación (Rendición) y la negación de la misma (Negación). Se trata en este caso de estrategias evitativas.

El estilo de afrontamiento centrado en el problema fue el más frecuente en la muestra; mientras que el menos utilizado fue el afrontamiento evitativo. Estos resultados coinciden, al menos parcialmente, con los obtenidos en varios estudios realizados con pacientes con Enfermedad de Parkinson o con Esclerosis Múltiple que han señalado un mayor uso de estrategias orientadas al problema y una presencia menor de estrategias evitativas (Ridder, Schreurs y Bensing 2000; Frazier, 2002), Otros estudios, sin embargo, informan de resultados contrarios. Así, Keramat Kar y colaboradores encuentran que en pacientes con Esclerosis Múltiple es más frecuente el uso de estrategias de afrontamiento

evitativo o centrado en la emoción (Keramat Kar et al, 2017), mientras que Cassareto y Paredes (2006) concluyen que en pacientes con enfermedad renal crónica es más frecuente el uso de estrategias centradas en la emoción (Cassareto y Paredes, 2006).

Respecto al efecto del sexo en el afrontamiento, los resultados indican que las mujeres utilizan en mayor medida los recursos de afrontamiento. Este hallazgo va en la línea de lo informado en estudios previos de otras patologías, que señalan que las mujeres disponen de más recursos de afrontamiento (Keogh y Eccleston, 2006; Sarid et al., 2017).

En los análisis correlacionales se ha encontrado que a mayor edad menor uso de las estrategias de Rendición y Culpabilización, encontrándose los mismos resultados con la duración de la enfermedad, siendo aquellas personas de mayor edad y aquellas que más años llevan padeciéndola, las que no renuncian a seguir luchando contra la enfermedad y que no culpan a otros de lo que le está ocurriendo. Por su parte, la gravedad de la enfermedad también correlacionó positivamente con estas estrategias, así como con las estrategias de Adaptación y Negación. Es decir, los pacientes con mayor gravedad toman más medidas para adaptarse a la enfermedad, pero también son los que más se niegan a creer que se trata de algo real, renuncian a hacer frente a la situación y culpan a otros de la misma. Tomar medidas para adaptarse a la enfermedad, cambiando su entorno o asegurándose mantener un buen nivel de vida, no parece compatible con el uso de las otras estrategias, especialmente las de negación y renuncia. Este resultado podría estar reflejando el uso de diferentes estrategias en momentos distintos.

El uso del estilo de afrontamiento evitativo correlacionó negativamente con la edad del primer síntoma y positivamente con la gravedad de la enfermedad. Por tanto,

aquellas personas que antes debutaron con la enfermedad y aquellas que más gravedad presentan, son las que más emplean estrategias que le ayuden a evadir su realidad.

En los últimos años, ha habido un interés creciente por el estudio de la depresión en pacientes con ataxia de Friedreich (Costabile et al., 2018; Nieto et al., 2018) y los problemas de salud mental se han incluido como un tema a tratar en las intervenciones con estos pacientes (Corben et al., 2014). En el presente estudio se encontró que el 19% de los pacientes presentaban una sintomatología depresiva moderada/grave. La sintomatología depresiva de los pacientes con Ataxia de Friedreich se relacionó con las estrategias de afrontamiento utilizadas. La estrategia de Aceptación tuvo una relación negativa con los resultados del BDI-II. Por tanto, aquellos pacientes que intentan aceptar la realidad de su situación son los que presentan una menor sintomatología depresiva, pudiendo considerar la Aceptación como una estrategia funcional o adaptativa.

Otras estrategias presentaron una relación positiva con los resultados del BDI-II: Apoyo Emocional, Religión y Negación, relacionadas con el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento evitativo. Estas estrategias, por tanto, podrían ser consideradas como disfuncionales. No resulta sorprendente que negar la realidad de la enfermedad no sea adaptativo y vaya unido a la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, el hecho de que los pacientes que presentaron sintomatología depresiva se apoyen más en la religión contradice estudios realizados con otras poblaciones como pacientes con cáncer o en población geriátrica que muestran que aquellas personas que utilizan un afrontamiento relacionado con la espiritualidad presentan una menor sintomatología depresiva (Bovero et al., 2015; Bjørkløf et al., 2013). Por otro lado, la búsqueda de apoyo emocionales se considera funcional, pero puede utilizarse en ocasiones como una forma de descarga no adaptativa (Carver et al., 1989).

Al agrupar las estrategias en estilos de afrontamiento se observó que el uso de un afrontamiento evitativo iba asociado a una mayor presencia de síntomas depresivos. Este estilo de afrontamiento fue capaz de predecir un 15% de la varianza de la sintomatología depresiva. Se trata de un resultado coherente con investigaciones anteriores que indican que el uso de un afrontamiento evitativo se relaciona con una mayor presencia de sintomatología depresiva en pacientes con dolor crónico (Compas et al., 2006) , pacientes con Esclerosis Múltiple (Keramat Kar et al., 2017) y en pacientes con Enfermedad de Parkinson (Bucks et al 2011).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento de Negación y Religión mostraron una mayor capacidad predictiva de la sintomatología depresiva de estos pacientes, explicando el 47% de la varianza de la puntuación total del BDI-II. La capacidad predictiva fue superior en el caso de la estrategia de Negación, que explicó un 38% de la varianza de la sintomatología depresiva. Estas estrategias están incluidas dentro de los estilos de afrontamiento evitativo y centrado en la emoción, que, como se ha comentado anteriormente, se relacionan con la presencia de sintomatología depresiva en otras poblaciones con patologías crónicas (Bucks et al 2011; Compas et al., 2006; Frazier 2002; Keramat Kar et al., 2017; Nagase et al., 2009).

Estos resultados sugieren que la intervención en la forma de afrontar la enfermedad, sobre todo en aquellas personas que recurran a las estrategias de Negación y Religión, puede ser una forma útil de reducir la sintomatología depresiva en los pacientes con Ataxia de Friedreich, lo que a su vez podría suponer una mejora en su calidad de vida (Pérez-Flores, Hernández-Torres, Montón y Nieto, 2019). Entender cómo vive una persona con una enfermedad crónica y cómo afronta esta condición es fundamental para proporcionar las ayudas necesarias.

La principal limitación de este estudio reside en el hecho de que para delimitar mejor la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva debería considerarse diversas variables como, por ejemplo, la calidad de vida de los pacientes o el apoyo social con el que cuentan. Además, tal como se ha señalado en estudios previos (Kristofferzon et al., 2018), en qué medida los pacientes ven como efectivas las estrategias que utilizan podría ser también un factor importante a tener en cuenta en futuras investigaciones. Se obtendría así un mejor conocimiento de cómo vivencian su enfermedad y, a su vez, se comprobaría si este factor media entre las estrategias utilizadas y la sintomatología depresiva. Sería recomendable conseguir aumentar la muestra, aunque esto se ve dificultado por la baja prevalencia de esta enfermedad.

En resumen, el presente estudio muestra que el estilo de afrontamiento más empleado por los participantes fue el afrontamiento centrado en el problema y que el uso de las estrategias Religión y, especialmente, Negación predice una mayor presencia de sintomatología depresiva. El conocimiento de las estrategias de afrontamiento empleadas por estos pacientes puede resultar útil a la hora de planificar intervenciones adecuadas que ayuden a reducir la sintomatología depresiva y mejorar la calidad de vida de las personas con Ataxia de Friedreich.

Referencias

- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S.,...Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2357-2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>.
- Anzaldi, K., y Shifren, K. (2018). Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson's Disease. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(3), 231-249. <https://doi.org/10.1177/0091415018763401>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid, España: Pearson.
- Berciano Blanco, J. A., Infante Cebeiro, J., Mateo Fernández, I., Polo Esteban, J. M., y Combarros Pascual, O. (2003). Ataxias y paraplejías hereditarias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(98), 5277-5288. [https://doi.org/10.1016/s0304-5412\(03\)70982-2](https://doi.org/10.1016/s0304-5412(03)70982-2).
- Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E., y Helvik, A.-S. (2013). Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35(3-4), 121-154. <https://doi.org/10.1159/000346633>
- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., y Torta, R. (2015). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care*, 25(6), 961-969. <https://doi.org/10.1111/ecc.12360>.

- Bucks, R. S., Cruise, K. E., Skinner, T. C., Loftus, A. M., Barker, R. A., y Thomas, M. G. (2011). Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 247-255. <https://doi.org/10.1002/gps.2520>.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>.
- Cassaretto, M., y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24(1), 109-140. <https://doi.org/10.18800/psico.200601.005>.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., y Cole, D. A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1132-1142. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.6.1132>.
- Cook, A., y Giunti, P. (2017). Friedreich's ataxia: clinical features, pathogenesis and management. *British Medical Bulletin*, 124(1), 19-30. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx034>.
- Corben, L. A., Lynch, D., Pandolfo, M., Schulz, J. B., y Delatycki, M. B. (2014). Consensus clinical management guidelines for Friedreich ataxia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13023-014-0184-7>.

- Costa, F. P. (2014). Communicative aspects and coping strategies in patients with Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(6), 480. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20140041>.
- Costabile, T., Capretti, V., Abate, F., Liguori, A., Paciello, F., Pane, C.,...Saccà, F. (2018). Emotion Recognition and Psychological Comorbidity in Friedreich's Ataxia. *The Cerebellum*, 17(3), 336-345. <https://doi.org/10.1007/s12311-018-0918-5>.
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., y Jenkins, E. (2013). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 253-262. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.803135>.
- Frazier, L. D. (2002). Stability and Change in Patterns of Coping with Parkinson's Disease. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55(3), 207-231. <https://doi.org/10.2190/ua78-791b-4gcf-8mjt>.
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* 6(1), 27-42.
- Helgeson, V. S., y Zajdel, M. (2017). Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 545-571. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014>.
- Hernández, J. (2020). ULLRToolbox for R (Version 4.0.3). [Software]. Recuperado de <https://sites.google.com/site/ullrtoolbox/00-instalacion-windows>.

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>.
- Keogh, E., y Eccleston, C. (2006). Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain*, 123(3), 275-284. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.03.004>.
- Keramat Kar, M., Whitehead, L., y Smith, C. M. (2017). Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 41(3), 250-264. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1387295>.
- Kristofferzon, M.-L., Engström, M., y Nilsson, A. (2018). Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 27(7), 1855-1863. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, EE.UU: Springe.
- Luna, M. J., Ameli, R., Sinaii, N., Cheringal, J., y Berger, A. (2018). Gender Differences in Psycho-Social-Spiritual Aspects of Healing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), 133-134. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.426>.
- Martz, E., y Livneh, H. (2010). *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. Springer.
- Morán Astorga, C., Landero Hernández, R., y González Ramírez, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.capy>.

- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S.,...Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, 168(1), 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.024>.
- Nieto, A., Correia, R., de Nóbrega, E., Montón, F., Hess, S., y Barroso, J. (2012). Cognition in Friedreich Ataxia. *The Cerebellum*, 11(4), 834-844. <https://doi.org/10.1007/s12311-012-0363-9>.
- Nieto, A., Hernández-Torres, A., Pérez-Flores, J., y Montón, F. (2018). Depressive symptoms in Friedreich ataxia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.004>.
- Parkinson, M. H., Boesch, S., Nachbauer, W., Mariotti, C., y Giunti, P. (2013). Clinical features of Friedreich's ataxia: classical and atypical phenotypes. *Journal of Neurochemistry*, 126, 103-117. <https://doi.org/10.1111/jnc.12317>.
- Pérez-Flores, J., Hernández-Torres, A., Montón, F., y Nieto, A. (2019). Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of Life Research*, 29(2), 413-420. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02311-9>.
- Portillo Vega, M. C., Senosiain García, J. M., Arantzamendi Solabarrieta, M., Zaragoza Salcedo, A., Navarta Sánchez, M. V., de Cerio Ayesa, S. D.,...Moreno Lorente, V. (2012). Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 36(1), 31-38. [https://doi.org/10.1016/s2013-5246\(12\)70019-3](https://doi.org/10.1016/s2013-5246(12)70019-3).

- Ridder, D., Schreurs, K., y Bensing, J. (2000). The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 141-155. <https://doi.org/10.1348/135910700168829>.
- Sarid, O., Slonim-Nevo, V., Pereg, A., Friger, M., Sergienko, R., Schwartz, D.,...Odes, S. (2017). Coping strategies, satisfaction with life, and quality of life in Crohn's disease: A gender perspective using structural equation modeling analysis. *PLOS ONE*, 12(2), e0172779. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172779>.
- Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 143, 249-280.
- Schmitz-Hübsch, T., Du Montcel, S., Baliko, L., Berciano, J., Boesch, S., Depondt, C.,...Fancellu, R. (2006). Scale for the assessment and rating of ataxia: Development of a new clinical scale. *Neurology*, 66, 1717-1720.
- Tsou, A. Y., Paulsen, E. K., Lagedrost, S. J., Perlman, S. L., Mathews, K. D., Wilmot, G.,...Lynch, D. R. (2011). Mortality in Friedreich Ataxia. *Journal of the Neurological Sciences*, 307(1-2), 46-49. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.05.023>.
- Vankan, P. (2013). Prevalence gradients of Friedreich's Ataxia and R1b haplotype in Europe co-localize, suggesting a common Palaeolithic origin in the Franco-Cantabrian ice age refuge. *Journal of Neurochemistry*, 126, 11-20. <https://doi.org/10.1111/jnc.12215>.
- Waldvogel, D., Van Gelderen, P., y Hallett, M. (1999). Increased iron in the dentate nucleus of patients with Friedreich's ataxia. *Annals of Neurology*, 46(1), 123-125.

Anexo 1.

Tabla 3.

Resultados de los contrastes par a par de las estrategias de afrontamiento.

	t (780)	p	δ
Afrontamiento activo-Apoyo instrumental	3.31	<.05	0.23
Afrontamiento activo-Planificación	4.32	<.005	0.30
Afrontamiento activo-Negación	8.71	<.001	0.62
Afrontamiento activo-Apoyo emocional	4.93	<.005	0.35
Afrontamiento activo-Religión	8.23	<.005	0.58
Afrontamiento activo-Rendición	10.60	<.001	0.75
Afrontamiento activo-Desahogo	6.24	<.001	0.44
Afrontamiento activo-Culpabilización	10.62	<.001	0.76
Afrontamiento activo-Abuso de sustancias	11.70	<.001	0.83
Apoyo instrumental-Adaptación	-4.20	<.05	-0.30
Apoyo instrumental-Negación	5.41	<.001	0.30
Apoyo instrumental-Aceptación	-5.61	<.001	-0.40
Apoyo instrumental-Religión	4.91	<.005	0.35
Apoyo instrumental-Rendición	7.29	<.001	0.52
Apoyo instrumental -Culpabilización	7.30	<.001	0.52
Apoyo instrumental -Abuso de sustancias	8.39	<.001	0.60
Planificación-Búsqueda de información	-3.62	<.05	-0.25
Planificación-Adaptación	-5.21	<.001	-0.37
Planificación-Negación	4.40	<.005	0.31
Planificación-Aceptación	-6.62	<.001	-0.47
Planificación-Religión	3.90	<.01	0.27
Planificación-Rendición	6.28	<.001	0.44
Planificación-Culpabilización	6.29	<.001	0.45
Planificación -Abuso de sustancias	7.38	<.001	0.52
Búsqueda de información-Negación	8.02	<.001	0.57
Búsqueda de información-Apoyo emocional	4.23	<.01	0.30
Búsqueda de información-Religión	7.53	<.001	0.53
Búsqueda de información-Rendición	9.90	<.001	0.70
Búsqueda de información-Desahogo	5.54	<.001	0.39
Búsqueda de información-Culpabilización	9.92	<.001	0.71
Búsqueda de información-Abuso de sustancias	11.01	<.001	0.78
Adaptación-Negación	9.16	<.001	0.65
Adaptación-Apoyo emocional	5.82	<.001	0.39
Adaptación-Reinterpretación positiva	3.44	<.05	0.24
Adaptación-Religión	9.12	<.005	0.65
Adaptación-Rendición	11.49	<.001	0.82
Adaptación-Desahogo	7.13	<.001	0.51
Adaptación-Humor	4.31	<.01	0.30
Adaptación-Culpabilización	11.51	<.001	0.82
Adaptación-Abuso de sustancias	12.59	<.001	0.90

Tabla 3 (Continuación).

Resultados de los contrastes par a par de las estrategias de afrontamiento.

	t (780)	p	δ
Negación-Apoyo emocional	-3.79	< .01	-0.27
Negación-Reinterpretación positiva	-6.17	< .001	-0.44
Negación-Aceptación	-11.02	< .001	-0.78
Negación-Autodistracción	-6.15	< .001	-0.44
Negación-Humor	-5.29	< .001	-0.37
Apoyo emocional-Aceptación	-7.23	< .001	-0.51
Apoyo emocional-Religión	3.29	< .05	0.23
Apoyo emocional-Rendición	5.67	< .001	0.40
Apoyo emocional-Culpabilización	5.69	< .001	0.40
Apoyo emocional-Abuso de sustancias	6.77	< .001	0.48
Reinterpretación positiva-Aceptación	-4.85	< .005	-0.34
Reinterpretación positiva-Religión	5.67	< .001	0.40
Reinterpretación positiva-Rendición	8.05	< .001	0.57
Reinterpretación positiva-Desahogo	3.69	< .05	0.26
Reinterpretación positiva-Culpabilización	8.06	< .001	0.57
Reinterpretación positiva-Abuso de sustancias	9.15	< .001	0.65
Aceptación-Religión	10.53	< .001	0.82
Aceptación-Autodistracción	4.86	< .005	0.34
Aceptación-Rendición	12.90	< .001	0.92
Aceptación-Desahogo	8.54	< .001	0.61
Aceptación-Humor	5.72	< .001	0.40
Aceptación-Culpabilización	12.92	< .001	0.92
Aceptación-Abuso de sustancias	14.01	< .001	1.01
Religión-Autodistracción	-5.66	< .001	-0.40
Religión-Humor	-4.80	< .001	-0.34
Religión-Abuso de sustancias	3.47	< .05	0.24
Autodistracción-Rendición	8.03	< .001	0.57
Autodistracción-Desahogo	3.67	< .05	0.26
Autodistracción-Culpabilización	8.05	< .001	0.57
Autodistracción-Abuso de sustancias	9.13	< .001	0.65
Rendición-Desahogo	-4.36	< .005	-0.31
Rendición-Humor	-7.18	< .005	-0.51
Desahogo-Culpabilización	4.37	< .005	0.31
Desahogo-Abuso de sustancias	5.46	< .001	0.39
Humor-Culpabilización	7.19	< .001	0.51
Humor-Abuso de sustancias	8.28	< .001	0.59