

**EFFECTOS DE LA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DEL  
ESTRÉS COTIDIANO EN PACIENTES CON LUPUS**



Universidad de Granada

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina Interna

Nuria Navarrete Navarrete

Granada, 2006





**TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO  
EN PACIENTES CON LUPUS**

**Tesis presentada para optar al Grado de Doctora en Medicina  
por la Lda. Nuria Navarrete Navarrete.**

Dr. D. Juan Jiménez Alonso, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y Profesor Titular de Medicina de la Universidad de Granada,

CERTIFICA:

que D<sup>a</sup>. NURIA NAVARRETE NAVARRETE, licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo mi dirección el trabajo presentado, titulado “Tratamiento del estrés cotidiano en pacientes con lupus”, que constituye la memoria para optar al Grado de Doctora en Medicina.

Revisado dicho trabajo, quedo conforme para su presentación y para que sea juzgado por el tribunal correspondiente.

Fdo. Dr. D. Juan Jiménez Alonso.

En Granada, a 26 de septiembre de 2006

## **DIRECTORES:**

### **Dr. D. Juan Jiménez Alonso.**

Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Profesor Titular de la facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

### **Dra. D<sup>a</sup>. María Isabel Peralta Ramírez.**

Profesora de Psicología, departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

# ÍNDICE

## **CAPÍTULO I:**

### **GENERALIDADES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.....10**

<b>1. Etiopatogenia.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Características Clínicas.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Diagnóstico.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Tratamiento.....</b>	<b>16</b>

## **CAPÍTULO II:**

### **ESTRÉS Y PSICONEUROINMUNOLOGÍA..... 19**

<b>1. El estrés.....</b>	<b>19</b>
1.1. Concepto y modelos de estrés.....	19
1.2. Variables moduladoras del estrés.....	25
1.3. Implicaciones del estrés en la salud.....	28
<b>2. Tratamiento del estrés.....</b>	<b>30</b>
<b>3. Psiconeuroinmunología.....</b>	<b>32</b>
<b>4. Psiconeuroinmunología del lupus.....</b>	<b>35</b>

## **CAPÍTULO III:**

### **TRATAMIENTO DEL ESTRÉS EN EL LUPUS.....39**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>39</b>
<b>2. Principales estudios.....</b>	<b>42</b>
2.1. Intervenciones psicoeducacionales.....	42
2.2. Intervenciones psicoterapéuticas.....	45
2.3. Terapia cognitivo-conductual.....	48
<b>3. Conclusiones.....</b>	<b>50</b>

## **CAPÍTULO IV:**

### **OBJETIVOS..... 52**

<b>1. Objetivo general.....</b>	<b>52</b>
<b>2. Objetivos específicos.....</b>	<b>52</b>
<b>3. Hipótesis.....</b>	<b>53</b>

## **CAPÍTULO V:**

<b>PACIENTES Y MÉTODO.....</b>	<b>55</b>
<b>1. Pacientes.....</b>	<b>55</b>
<b>2. Materiales.....</b>	<b>56</b>
2.1. Documentos.....	56
2.2. Variables medidas.....	57
2.2.1. Variables psicológicas.....	57
2.2.2. Variables físicas.....	59
<b>3. Procedimiento.....</b>	<b>64</b>
<b>4. Análisis estadístico.....</b>	<b>77</b>

## **CAPÍTULO VI:**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>1. Características basales de los pacientes del estudio.....</b>	<b>79</b>
<b>2. Variables emocionales.....</b>	<b>81</b>
2.1. Depresión.....	81
2.2. Ansiedad.....	83
<b>3. Variables psicológicas.....</b>	<b>86</b>
3.1. Percepción de estrés.....	86
3.2. Vulnerabilidad al estrés.....	88
<b>4. Variable modificadora de la eficacia del tratamiento: Autoeficacia.....</b>	<b>91</b>
<b>5. Variables físicas.....</b>	<b>93</b>
5.1. Síntomas somáticos.....	93
5.2. Actividad de la enfermedad: SLEDAI y brotes.....	100
5.3. ADNn, Complemento sérico C3 y C4.....	100
<b>6. Calidad de vida.....</b>	<b>103</b>

## **CAPÍTULO VII:**

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>112</b>
<b>1. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre las variables emocionales y psicológicas en los pacientes con lupus.....</b>	<b>112</b>
<b>2. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre las variables físicas en los pacientes con lupus.....</b>	<b>115</b>
<b>3. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la calidad de vida de los pacientes con lupus.....</b>	<b>118</b>
<b>4. Discusión general.....</b>	<b>120</b>

## **CAPÍTULO VIII:**

**CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.....124**

**1. Conclusiones..... 124**

**2. Perspectivas futuras..... 125**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 126**

**ANEXOS**

# CAPÍTULO I

## GENERALIDADES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

### 1. ETIOPATOGENIA.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil, aunque también puede afectar a hombres y se puede presentar a cualquier edad (McCarthy *et al.*, 1995). El curso de la enfermedad es crónico y evoluciona normalmente en brotes, que alternan con períodos de remisión relativa. Si bien la etiología y la patogenia son aún desconocidas, el lupus se considera una enfermedad multifactorial, en la que existe una base genética predisponente (asociación con el HLA-B8, HLA-DR3, HLA-DR2) (Ballestar *et al.*, 2006) sobre la que podrían intervenir diversos factores ambientales, como la luz ultravioleta (puede provocar exacerbación del lupus hasta en el 70% de los pacientes), infecciones, especialmente virales (James *et al.*, 2001) (en concreto virus de Epstein-Barr, Citomegalovirus, Parvovirus B19), el embarazo, fármacos (hidralazina, procainamida y excepcionalmente clorpromacina, metildopa e isoniazida) se han relacionado con la producción de cuadros de “lupus-like”. Esta interacción de predisposición genética y factores externos origina la formación de autoanticuerpos y complejos inmunes que pueden dañar distintos tejidos y órganos. Se ha descrito que incluso factores sociales

(Karlson *et al.*, 1997) y concretamente el estrés (Peralta *et al.*, 2004) pueden desencadenar el inicio o el brote de la enfermedad.

La prevalencia del LES en España es de 90/10<sup>5</sup> habitantes (EPISER, 2001), más alta que en otros países europeos y que en Estados Unidos. Existe variabilidad entre las distintas razas, siendo más frecuente en la raza negra (Danchenko *et al.*, 2006). Por otro lado, se ha observado que en la población gitana la enfermedad se establece más precozmente que entre los pacientes caucásicos, siendo el HLA-DR5 el alelo más relacionado con la aparición de lupus en la población gitana (Ramal *et al.*, 2001; 2004).

En el LES se pueden detectar alteraciones de los componentes celular y humoral del sistema inmunitario, concretamente hiperactividad de los linfocitos B, junto con supresión de la función reguladora de los linfocitos T y de los macrófagos, lo cual desemboca en la hiperproducción de anticuerpos, sin adecuado control de su función.

Las alteraciones inmunológicas más relevantes observadas en los pacientes con lupus son las siguientes:

1. Hiperactividad de las células B. Se produce un aumento del número de células B, que además son activadas de forma policlonal, pudiendo esta activación preceder a la respuesta específica contra los autoantígenos.

2. Hiperactividad de las células T. Se produce una disminución del número total de células T y la ausencia o falta de maduración de las células T-reguladoras. Las células T circulantes en pacientes con enfermedad activa están “agotadas”, producen poca IL-2 y están programadas para la apoptosis.

3. Anomalías de los monocitos-macrófagos. Las células fagocíticas son incapaces de captar y procesar adecuadamente los inmunocomplejos. Los monocitos-macrófagos liberan grandes cantidades de IFN-gamma en los períodos de actividad de la enfermedad.

4. Anomalías de la inmunorregulación. La eliminación de los inmunocomplejos es defectuosa debido a los bajos niveles de complemento y al mal funcionamiento de los receptores Fc-gamma de las superficies celulares. Se observa una inadecuada regulación de las células B y T activadas por las células T supresoras y las células NK.

## **2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

El espectro clínico de la enfermedad es muy amplio y abarca desde formas leves a formas agresivas que afectan a múltiples órganos e incluso pueden ser mortales. Las manifestaciones más frecuentes en el LES son las osteomusculares y las cutáneas. Es común la presencia de astenia, anorexia, malestar en general como manifestaciones generales de la enfermedad. Entre las manifestaciones músculo-esqueléticas, las más habituales son las artralgias, las mialgias y las poliartritis intermitentes no deformantes que típicamente afectan a las manos, muñecas y rodillas. Entre las manifestaciones cutáneas, son frecuentes, aunque no específicas de lupus, la fotosensibilidad, alopecia, urticaria. La afectación cutánea específica en el lupus se clasifica en lupus eritematoso discoide (lupus cutáneo crónico, LCC), eritema generalizado y lupus cutáneo subagudo. Las lesiones del LCC aparecen generalmente en cara, cuello, cuero cabelludo y pabellones auriculares. Son lesiones eritematosas circulares, de bordes elevados hiperpigmentados y centros atróficos despigmentados, con taponamiento folicular. Un 5% de los casos de LCC evolucionan a LES.

El lupus cutáneo subagudo se caracteriza por lesiones en placas, escamosas, con tendencia a confluir, sin dejar cicatriz, que típicamente afecta al área de extensión de los brazos, escote y región dorsal del tórax.

Si bien hasta un 20% de los pacientes con LES presentan eritema discoide, la lesión cutánea más común del LES es el exantema por fotosensibilidad, que aparece en

zonas fotoexpuestas (característicamente en mejillas, eritema “en alas de mariposa”). Otras lesiones menos comunes en el LES son la urticaria recurrente, paniculitis (lupus profundo), bullas y lesiones de dermatitis similares al liquen plano.

Hasta en el 80% de los pacientes existen alteraciones hematológicas, siendo la más frecuente la anemia de trastornos crónicos (normocítica normocrómica).

Entre las manifestaciones cardiopulmonares, las más comunes son la pericarditis y la pleuritis, con o sin derrame pleural. La alta prevalencia de arteriosclerosis, presente de forma subclínica hasta en el 30% de los pacientes con lupus, ha dado lugar a que la enfermedad cardíaca se haya convertido en una causa importante de morbilidad y mortalidad en las personas con lupus, cuyo riesgo de padecer enfermedad cardíaca es 5-6 veces más alto que en la población general, más alto incluso en las mujeres jóvenes (Sabio *et al.*, 2001; Román *et al.*, 2003; Bruce, 2005; Frostegard, 2005; Magadmi *et al.*, 2006).

La afectación renal del lupus suele ser la manifestación más grave y determinante del pronóstico de la enfermedad, por lo que requiere tratamiento energético con inmunosupresores siempre que sea posible. La mayoría de los pacientes con LES presenta depósitos de inmunoglobulinas en los glomérulos pero sólo el 50% de ellos desarrolla nefritis clínica. Actualmente se distinguen seis grados en la clasificación de la OMS (I: sin cambios histológicos; II: glomerulonefritis (GN) mesangial; III: GN proliferativa focal; IV: GN proliferativa difusa; V: GN membranosa; VI: esclerosis glomerular).

La incidencia de manifestaciones neurológicas varía ampliamente en las distintas series. Todas las partes del sistema nervioso, central, periférico y autónomo, pueden afectarse a lo largo del curso de la enfermedad y provocar una reducción significativa en la calidad de vida de los enfermos (Hanly *et al.*, 2004). La clínica neuropsiquiátrica

alcanza una incidencia hasta del 75% de los pacientes en algunas series (Brey *et al.*, 2002). A lo largo de los años se han propuesto varias clasificaciones de afectación neuropsiquiátrica (How *et al.*, 1985; Singer *et al.*, 1990). En 1999, el American College of Rheumatology (ACR) propuso una serie de definiciones de las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus. Entre las manifestaciones neurológicas centrales destacan la enfermedad cerebrovascular, el síndrome desmielinizante, migraña, crisis comicial, trastorno del movimiento (corea), epilepsia, maculopatía, meningitis aséptica y estado confusional agudo. La afectación del sistema nervioso periférico, que es menos frecuente, comprende la polineuropatía, el síndrome de Guillain-Barré y la disfunción autonómica de origen periférico. Entre las manifestaciones psiquiátricas se recogen los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y las psicosis.

### **3. DIAGNÓSTICO.**

Con frecuencia los pacientes lúpicos experimentan durante mucho tiempo, incluso años, una peregrinación entre consultas médicas y pruebas diagnósticas hasta que se establece el diagnóstico. La combinación de una clínica sugerente y ciertos datos de laboratorio permite el diagnóstico de la enfermedad.

En el LES existe una gran variedad de autoanticuerpos, siendo los anticuerpos antinucleares (ANAs) los más relevantes. Se encuentran en el 95% de los pacientes lúpicos, aunque no son específicos de esta enfermedad, pudiéndose encontrar en otras situaciones (infecciones virales, hepatopatías, enfermedades tiroideas, otras enfermedades reumatológicas) y hasta en el 2% de las personas sanas.

Los anticuerpos antiDNA (bicatenario o nativo) aparecen en el 80% de los enfermos de LES, son más específicos de la enfermedad y están relacionados con la actividad de la misma y con la presencia de nefritis.

Los anti-Sm también tienen alta especificidad, aparecen en el 20-30% de los pacientes y se relacionan con la presencia de nefritis.

Los antiribonucleoproteína (RNP) se encuentran en un 30-40% de los pacientes y su presencia se ha relacionado con un mejor pronóstico de la enfermedad.

Los anti-Ro (SSA) son más frecuentes cuando existe un síndrome de Sjögren asociado y en el lupus cutáneo subagudo. Se relacionan, además, con un mayor riesgo de lupus neonatal y bloqueo cardíaco congénito.

Otros anticuerpos potencialmente detectables en los pacientes con lupus son: anti-La (SS-B), anticuerpo asociado a anti-Ro y al síndrome de Sjögren y marcador de bajo riesgo de nefritis; antihistona, presentes en el lupus inducido por fármacos; antifosfolípido (anticoagulante lúpico, anticardiolipina, resultado falso positivo para sífilis; otros menos frecuentes, frente a eritrocito, plaquetas, linfocitos, neuronas y ribosoma P).

El sistema del complemento está compuesto por más de 30 proteínas, que se encuentran disueltas en el plasma y en la superficie de las células. Entre las funciones del complemento destaca la unión a las células apoptóticas para colaborar en su eliminación. La hipocomplementemia (en concreto la disminución de las fracciones C3 y C4) suele indicar aumento de la actividad de la enfermedad.

La Comisión Americana de Reumatología (ACR) revisó (Hochberg, 1997) la serie de criterios clínicos y analíticos para la clasificación del LES, de modo que el cumplimiento de al menos cuatro de ellos apoya el diagnóstico de la enfermedad con una especificidad del 95% y una sensibilidad del 75 %, aunque su existencia no es condición imprescindible para el diagnóstico (ver tabla 1).

**Tabla 1:** Criterios de la ACR de 1982 revisados en 1997 (Hochberg) para la clasificación del LES.

<b>CRITERIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Eritema malar	Eritema fijo, plano o elevado sobre las eminencias malares
Lupus discoide	Lesiones cutáneas eritematosas, con cambios en la pigmentación y cicatrices residuales
Fotosensibilidad	Rash causado por la exposición a la luz ultravioleta
Úlceras orales	Úlceras en cavidad oral o nasofaríngeas observadas por el médico
Artritis	No erosiva, con afectación de al menos 2 articulaciones periféricas, con hipersensibilidad, edema o derrame
Serositis	Pleuritis o pericarditis demostradas por ECG, roce o signos de derrame
Alteración renal	Proteinuria > 0,5g/ d o (+++) o cilindros celulares o hemáticos
Alteración neurológica	Convulsiones o psicosis no debidas a otra causa
Alteración hematológica	Anemia hemolítica o leucopenia <4000/ mL/ o linfopenia <1500/ mL o trombopenia <100.000/ mL confirmadas en 2 ocasiones y no debidas a otra causa
Alteraciones inmunológicas	Presencia de anticuerpos antiADNds, antiSm y/o anticuerpos antifosfolípido (AL y ACA)
Anticuerpos antinucleares ANA	Título elevado de ANAs por inmunofluorescencia indirecta o análisis similar, en algún momento de la evolución, no debido a fármacos

#### 4. TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad es complejo dada la gran variedad de manifestaciones clínicas y de gravedad. No existe curación definitiva del LES. Los objetivos fundamentales del tratamiento son controlar la actividad, prevenir el daño orgánico, preservar la capacidad funcional y detectar precozmente las complicaciones derivadas de los fármacos empleados y de la propia evolución de la enfermedad (Wallace, 1997; Vasoo *et al.*, 2005).

Para el tratamiento del LES que no es potencialmente letal los fármacos más empleados son los analgésicos, los antiinflamatorios y los antipalúdicos, o bien los glucocorticoides por vía sistémica si no se consigue el adecuado control de los síntomas/signos de la enfermedad.

En las situaciones de LES potencialmente letal o con grave riesgo para algún órgano, especialmente la nefritis proliferativa, se emplean los glucocorticoides por vía sistémica (oral o parenteral), u otros inmunosupresores que pueden asociarse o sustituir a los anteriores si no se consigue un control adecuado a dosis óptimas (ciclofosfamida, azatioprina, metotrexate, micofenolato-mofetil, etc). Existen dos fármacos con acción selectiva frente a los linfocitos B que están siendo estudiados para aplicarse en pacientes con manifestaciones severas de LES: rituximab, con resultados preliminares favorables en algunas manifestaciones neuropsiquiátricas del LES, y epratuzumab (Chambers *et al.*, 2005; Kauffman *et al.*, 2005).

Normalmente es necesario tratar la enfermedad durante años e incluso a lo largo de toda la vida, de modo que el paciente puede presentar algunos efectos no deseables derivados de la medicación. Así, los pacientes lúpicos que toman AINEs tienen más riesgo de padecer meningitis aséptica por AINEs, hipertransaminasemia, hipertensión arterial y alteración de la función renal. Los corticoides ejercen un efecto antiinflamatorio a dosis bajas pero pueden producir importantes complicaciones, entre ellas exacerbación del síndrome metabólico si se emplean a altas dosis (Bruce *et al.*, 1998; 2005). Entre los efectos más graves de los antipalúdicos destaca la potencial toxicidad retiniana y, entre los más frecuentes, los síntomas gastrointestinales asociados al preparado de hidroxiclороquina Dolquine (sabor amargo, dificultad para deglutir el comprimido, náuseas y vómitos), referidos por hasta el 24% de nuestra población (Jiménez-Alonso *et al.*, 2004). Los fármacos inmunosupresores pueden provocar graves

efectos secundarios, como mielosupresión y citopenias, hepatotoxicidad, toxicidad renal, mayor riesgo de infecciones urinarias en relación con el uso de metotrexate (Hidalgo-Tenorio *et al.*, 2004), etc.

Existen, por otro lado, aspectos de la enfermedad cuyo tratamiento y control es más dificultoso. Se trata de los aspectos referidos al área neuropsiquiátrica. Además de los síntomas neuropsiquiátricos anteriormente descritos, según el curso de la enfermedad y la situación individual del paciente lúpico, se asocia a la enfermedad una amplia variedad de problemas mentales, físicos y sociales. Hasta un 40% de los pacientes de lupus según algunas series (Lindal *et al.*, 1995; Segui *et al.*, 2000) están diagnosticados de algún trastorno psicológico, siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad (Shortal *et al.*, 1995) y de depresión (Omdal *et al.*, 1995; Tayer *et al.*, 1996; Dobkin *et al.*, 1998, Karassa *et al.*, 2003) o ambos. Otros trastornos frecuentes son el insomnio (Valencia-Flores *et al.*, 1999; Tench *et al.*, 2002) y la falta de autoeficacia o control de la enfermedad (Karlson *et al.*, 1997; Burckhardt *et al.*, 1993). En general los pacientes de lupus presentan peor afrontamiento del estrés (Wekking *et al.*, 1991) y, en definitiva, peor calidad de vida que los sujetos sanos (Abu-Shakra *et al.*, 1999; Jolly, 2005). Cabe destacar en este sentido un estudio llevado a cabo con veinte pacientes de LES que experimentaron una crisis de su enfermedad (Segui *et al.*, 2000). Los investigadores concluyeron que los trastornos psicosociales y psiquiátricos durante los episodios agudos de la enfermedad parecen estar relacionados con el impacto psicológico de la actividad de la enfermedad. Además, observaron que los pacientes no respondieron a los eventos estresantes de un modo distinto a como lo harían otros grupos de personas, es decir, su enfermedad no determinó una forma distinta de afrontamiento.

## **CAPÍTULO II**

### **ESTRÉS Y PSICONEUROINMUNOLOGÍA**

#### **1. EL ESTRÉS**

##### **1.1. Concepto y Modelos de estrés**

A lo largo de los años se han propuesto numerosas definiciones del concepto “estrés”.

El término empezó a emplearse hace casi 7 siglos para referirse de forma poco precisa tanto a experiencias negativas, adversidades, etc. como a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión, etc. A continuación describimos algunas de las más importantes:

A. Hans Selye (1954, 1976) fue de los primeros autores en definir el estrés. Su propuesta se centra en la teoría del estrés basada en la respuesta. Describe el estrés como una respuesta no específica pero estereotipada del organismo, que conforma lo que él denomina “síndrome general de adaptación” (SGA) y que se desencadena ante un agente estresor o elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.

El SGA incluye tres etapas:

1. Reacción “de alarma”, que aparece tras la exposición a estímulos a los que el individuo no está adaptado. Esta reacción consta de una primera fase inicial o inmediata

(la descarga de adrenalina y corticoides provoca taquicardia, disminución de la presión sanguínea y de la temperatura, etc) y una segunda fase de rebote (que cursa con hipertensión arterial, hiperglucemia, etc.).

2. El mantenimiento de la primera fase lleva a una segunda “de resistencia”, en la que el organismo se adapta al estresor y percibe mejoría de los síntomas. En esta fase el organismo mantiene una elevada secreción de glucocorticoides y redistribuye la energía de que dispone, favoreciendo su ahorro.

3. La persistencia prolongada de la exposición al estresor conduce a la tercera etapa, “de agotamiento”, en la que el organismo pierde la capacidad de adaptación al organismo y aparecen las “enfermedades de adaptación”, como los trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos agudos de miocardio), úlceras gastrointestinales, etc.

**B.** Una segunda definición del estrés se basa en el estímulo y es la que define el estrés como cualquier suceso que provoca una alteración en los procesos homeostáticos en tanto que supera los límites de tolerabilidad del individuo. En este sentido Dohrenwend *et al.* (1978; 1984) proponen un proceso en el que el primer paso es la percepción de acontecimientos vitales estresantes y el último es la aparición de un cambio psicológico, resultado de la interacción del estrés con los mediadores situacionales y personales.

**C.** En tercer y último lugar, la definición basada en la interacción, en la que destaca el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986). Estos autores definen el estrés como “*un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal*”. En su modelo el individuo y el

entorno mantienen una relación bidireccional y recíproca, siendo la evaluación cognitiva de la situación un elemento fundamental. Esta evaluación se desglosa a su vez en tres momentos: evaluación primaria, en la que se percibe la situación como daño/pérdida, amenaza o desafío, una evaluación secundaria, en la que el sujeto realiza un análisis de las opciones de que dispone para hacer frente a la situación y un tercer momento de reevaluación. Por otro lado, Lazarus y Folkman definen el afrontamiento al estrés como “los esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por el individuo con el objetivo de manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos emocionales del individuo, así como de sus consecuencias emocionales”. Según estos autores el afrontamiento:

- depende del contexto, no se trata de una disposición estable
- no es universalmente bueno o malo sino que depende de factores relacionados con la persona, con la situación, etc
- depende de la evaluación, que determina si se puede hacer algo o no para cambiar la situación
- puede estar dirigido a la emoción (modificar la manera en que ésta es evaluada para reducir así el estado emocional negativo) o al problema (alterar la fuente provocadora de estrés modificando la situación).

Lazarus y Folkman describen ocho tipos de afrontamiento:

- confrontación
- distanciamiento
- autocontrol
- aceptación de la responsabilidad
- escape-evitación

- búsqueda de apoyo social
- planificación de solución de problemas
- reevaluación positiva

Dentro del modelo que aborda el estrés como interacción, cabe destacar el modelo de Labrador (1996), que, al igual que Lazarus y Folkman, se basa en el concepto de estrés como proceso. Este autor establece dos tipos de factores estresantes: externos e internos (estímulos de características físicas). Los estresantes externos pueden ser psicosociales (situaciones que se convierten en estresantes por la interpretación cognitiva que los sujetos hacen de ellas) y biogénicos (se convierten en estresantes por su capacidad para provocar cambios eléctricos o bioquímicos que disparan la respuesta de estrés). Los factores estresantes internos pueden ser estímulos o características físicas, como la sensación de dolor, o bien estímulos cognitivos/ psicológicos, como un mal recuerdo, la baja autoestima, la sensación de enfermedad, etc.

En esta línea, Labrador distingue tres fuentes de estrés:

1. Sucesos vitales intensos y extraordinarios: provocan aparición de cambios importantes en la vida de los sujetos. Exigen al organismo un intenso trabajo de adaptación

2. Sucesos diarios estresantes de menor intensidad (estrés cotidiano): producen importantes efectos negativos tanto psicológicos como biológicos. Estos sucesos provocan frecuentes respuestas de estrés y suelen desencadenar trastornos psicofisiológicos.

3. Situaciones de tensión crónica mantenida: se trata de situaciones prolongadas en el tiempo y con capacidad de generar estrés. Son de elevada intensidad y alta frecuencia. Sus efectos físicos y psicológicos suelen ser devastadores.

Según Labrador (1996), ante una situación estresante, el sujeto realiza una valoración inicial automática y rápida para saber si la situación es o no amenazante. Posteriormente existe una evaluación primaria, en la que el sujeto valora las demandas de la situación. El siguiente paso es la evaluación secundaria, en la que el sujeto valora sus capacidades para hacer frente a la situación. El último paso consiste en la selección de la respuesta que, de ser eficaz, tendrá consecuencias positivas y tenderá a ser repetida en el futuro.

Una vez percibida la situación estresante e iniciado el proceso de afrontamiento aparecen las respuestas fisiológicas, que Labrador organiza en tres ejes:

1. Eje I o Neural: este eje se activa de forma inmediata ante la situación estresante, provocando la activación del sistema nervioso simpático (que prepara al organismo para una acción inmediata e intensa) y del sistema nervioso periférico (encargada de regular la tensión muscular y de ejecutar los primeros movimientos del organismo). La activación de este primer eje es poco duradera y por ello no provoca trastornos fisiológicos, salvo en caso de activación excesiva o de insuficiencia de alguno de los órganos implicados.

2. Si la situación productora de estrés se mantiene y el sujeto percibe que puede hacer algo para afrontarla el eje II o Neuroendocrino es el siguiente en activarse. Este eje desencadena la secreción de catecolaminas por parte de la médula suprarrenal, fundamentalmente de adrenalina, con el objetivo de responder a las necesidades energéticas inmediatas para hacer frente a la posible amenaza. Su activación se mantiene durante más tiempo y es responsable de, entre otros, los siguientes efectos: aumento de la presión arterial, del gasto cardíaco y del aporte de sangre al cerebro, disminución del riego sanguíneo a los riñones, al sistema gastrointestinal, a la piel, etc. El mantenimiento prolongado de este eje puede derivar en trastornos cardiovasculares (infarto de

miocardio, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, etc). La activación de este eje depende de cómo el sujeto perciba la situación de estrés. Si percibe que no puede hacer nada frente a la situación estresante y que sólo tiene la opción de soportarla se activará en su lugar el eje III.

3. Eje III o Endocrino: este eje se subdivide a su vez en cuatro. El más importante es el eje hipófiso-adrenal, cuyos productos son los glucocorticoides, fundamentalmente el cortisol (que tiene efectos antiinflamatorios, favorece la síntesis de glucosa en el hígado y la liberación de ácidos grasos del tejido adiposo) y mineralcorticoides (que favorecen la retención de sal y agua por los riñones).

Por último, Labrador describe el “patrón de estereotipia de respuesta” según el cual la activación de los mismos órganos diana en las distintas respuestas de estrés hace más probable el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a éste.

En resumen, cabe resaltar que un problema que se presenta en el momento de abordar el concepto de estrés es que no se puede asumir que la exposición a un determinado evento resulte estresante para todas las personas que lo experimentan y que, por tanto, genere el mismo tipo de respuesta fisiológica (Pacák *et al*, 2001). La presencia de variables individuales como el estilo de afrontamiento al estrés, la vulnerabilidad biológica, la percepción de control o descontrol, la autoeficacia, el apoyo social percibido, etc. pueden modular la percepción de estrés en cada individuo (Gómez, 2000). Cada persona puede valorar de manera distinta los estímulos o estresores, y éstos pueden representar un desafío o reto que estimula a ser mejor y a desarrollarse o, al contrario, una amenaza al bienestar físico y emocional. Dada la importancia de esto, a continuación describiremos cuáles son las variables relacionadas con el estrés.

## 1.2. Variables Moduladoras del estrés.

### 1.2.1. Afrontamiento del estrés.

Como comentábamos en apartados anteriores, al hablar de afrontamiento hacemos referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo la persona para manejar el estrés y el estado emocional desagradable que suele vincularse a éste, independientemente de sus resultados.

Como ya hemos expuesto, Lazarus y Folkman entienden el estrés como un proceso, en el que el afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y sus consecuencias físicas y psicológicas.

Otros autores lo definen como un estilo personal. Así, Byrne (1964) describe dos estilos, represor y sensibilizador; Miller (1987) también establece dos estilos de afrontamiento, incrementador y atenuador y Colman (1993) distingue cuatro patrones o modos de afrontamiento: vigilante rígido (el sujeto dispone de alta vigilancia pero baja evitación), evitador rígido (baja vigilancia y alta evitación), flexible (baja vigilancia y baja evitación, es el modo más eficaz), inconsistente (alta vigilancia y alta evitación, este modo es ineficaz).

### 1.2.2. Autoestima y Autoeficacia.

El concepto “autoestima” hace referencia a las actitudes que tienen las personas sobre sí mismas, así como a la medida en que están satisfechas consigo mismas.

La “autoeficacia” es la capacidad de reaccionar analizando lo que la situación demanda.

Una elevada autoeficacia permite solucionar rápidamente el problema y mantener la activación producida por el estrés el menor tiempo posible.

### 1.2.3. Apoyo Social.

El apoyo social tiene un papel mediador entre los sucesos estresantes y la enfermedad, reduciendo el impacto del estrés (Sandín *et al.*, 1993). La existencia de bajo

apoyo social se relaciona con una mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad física y psicológica.

Dos teorías intentan explicar la relación entre apoyo social y bienestar físico y/o psicológico.

a) Modelo de los efectos directos del apoyo social, según el cual éste atenúa directamente el riesgo de padecer cualquier enfermedad.

b) Modelo de los efectos amortiguadores del apoyo social, según el cual la percepción de apoyo modula una evaluación más positiva de la situación, evitando que se desencadene la respuesta fisiológica de estrés o que, en caso de que ésta se dé, la intensidad de la misma sea menor (Palmero *et al.*, 1998).

En conclusión, la disposición de un adecuado apoyo social puede hacer que las situaciones se perciban como menos estresantes, mermando así el efecto devastador del estrés, tanto a nivel psicológico como físico, con especial transcendencia en las enfermedades cardiovasculares (Lepore *et al.*, 1993; Kamarck *et al.*, 1995; Rozansky *et al.*, 1999).

#### 1.2.4. Variables Personales o Disposicionales

Estas variables modulan las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Se han descrito bastantes variables, que podemos clasificar en dos grupos:

a) Potenciadoras de la salud:

- “Hardiness” o resistencia frente al estrés (implica compromiso, desafío y control)

- Optimismo

- Autoestima

- Sentido del humor

- Sociabilidad

b) Favorecedoras de la enfermedad:

- Reactividad al estrés

- Hostilidad: las personas con altos niveles de hostilidad experimentan con más frecuencia ira y reactividad cardiovascular elevada

- Cinismo

- Antagonismo

- Alexitimia

- Conducta tipo A, concepto definido por Friedman y Rosenman (1974) para hacer referencia al tipo de conducta cuyos elementos componentes son sentido de urgencia, competitividad, afán de logro y hostilidad. Esta conducta está muy relacionada con los trastornos cardiovasculares.

A modo de conclusión, el estrés se puede definir como el comportamiento adaptativo que genera una respuesta neuroendocrina y emocional ante un estímulo que se considera amenazante y ante el cual la persona considera que no dispone de recursos. Este mecanismo de adaptación está presente en todos los seres humanos desde que nacen e implica la coordinación entre la respuesta del cerebro, en concreto del sistema límbico-emocional, el hipotálamo y la amígdala, a cargo de la coordinación y memoria emocional y consciente; el lóbulo frontal, que regula las respuestas emocionales y coordina la planificación de acciones; la hipófisis, responsable del funcionamiento del sistema endocrinológico principalmente del tiroides y de las secreciones de adrenalina y glucocorticoides por las glándulas suprarrenales; y el sistema nervioso autónomo, que mantiene las funciones básicas de la presión arterial, respiración y frecuencia cardíaca. El correcto mantenimiento de estas relaciones permite la conservación de los ciclos vitales básicos, entre ellos, el sueño, el apetito, la sexualidad y el sistema inmunitario.

### 1.3. Implicaciones del estrés en la salud.

Diversos trabajos describen que el estrés psicológico crónico puede acelerar el riesgo de padecer enfermedades “relacionadas con la edad”, debido a que favorece una respuesta inmuno-inflamatoria prematura y mantenida en la que juega un importante papel, entre otros, la interleukina 6 (IL-6) (Kiecolt-Glaser, 2003).

Ningún órgano o sistema del cuerpo está exento de sufrir los efectos del estrés (Cruzado, 2001; Biondi *et al.*, 1996, 1997): trastornos endocrinos, sexuales, neurológicos (cefalea, insomnio), gastrointestinales (úlceras pépticas, esofagitis, síndrome de intestino irritable), artromialgias, manifestaciones dermatológicas (dermatitis atópica, acné, psoriasis), efectos cardiovasculares que contribuyen a una progresión más rápida de las enfermedades coronarias (hipertensión arterial, arritmias cardíacas, hipercoagulabilidad, etc). Además el estrés predispone a padecer infecciones del tracto respiratorio superior y otras infecciones virales y bacterianas (Biondi *et al.*, 1997), así como posiblemente a la exacerbación de enfermedades autoinmunes (Glaser *et al.*, 1999; Herrman *et al.*, 2000). Del mismo modo, existen estudios que muestran la relación entre la alteración inmunológica relacionada con el estrés mantenido y la aparición de ciertas neoplasias (Courtney *et al.*, 1993; Chen *et al.*, 1995; Ginsberg *et al.*, 1996).

La trascendencia del estrés en la salud de la población general y su tratamiento es objeto frecuente de análisis. En EEUU, según datos del Instituto Americano del Estrés del año 2003, el 43% de los adultos presenta problemas de salud atribuibles al estrés. Además, hasta un 75% de las visitas realizadas a Atención Primaria se deben a quejas o trastornos relacionados con el estrés. Por otro lado, el estrés se relaciona con las principales causas de muerte (enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar, cirrosis, suicidio), así como con más de la mitad de las causas de absentismo laboral. Además, el 60-80% de los accidentes laborales están relacionados con el estrés.

Los datos descritos muestran que el estrés psicológico no sólo afecta seriamente a muchos aspectos de la vida diaria de las personas, sino que también es causa importante de morbimortalidad y debería tratarse como un aspecto más de la salud. Reconocer precozmente el estrés y evitar las respuestas derivadas de éste puede prevenir una gran variedad de enfermedades e incluso la muerte prematura.

Esta evidente relación entre estrés y morbimortalidad, especialmente cardiovascular, ha llevado a la elaboración de un protocolo para evaluar las respuestas fisiológicas al estrés psicológico en Atención Primaria en Estados Unidos. Éste tiene el objetivo de prevenirlas y reducir el impacto del estrés sobre las enfermedades sistémicas. El protocolo MOST (Mental Office-based Stress Testing) (Boone *et al*, 2003) incluye tres componentes: valoración basal de tensión arterial y frecuencia cardíaca, técnica de relajación (ciclos de inspiración-espriación profundas) y valoración del estrés con tres tipos de tests (se trata de técnicas que producen respuesta simpática, siendo ésta mayor en sujetos con enfermedad cardiovascular). La teoría que subyace al protocolo descrito es que las diferencias en los valores absolutos de presión sanguínea y frecuencia cardíaca en situaciones basal y de estrés pueden tener significación clínica y pronóstica. Los pacientes identificados con hiperreactividad simpática recibirían intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas no sólo a reducir la presión arterial y tasa cardíaca sino también a mejorar las armas de afrontamiento del estrés.

A continuación describiremos los diferentes abordajes terapéuticos del estrés.

## 2. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS

Las técnicas cognitivo-conductuales se basan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, el mantenimiento y la modificación de la conducta. Sostienen que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez *et al*, 1998). Mahoney y Arnoff (1978) distinguieron 3 grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales: (1) terapias centradas en crear habilidades para enfrentarse y manejar las situaciones problema (Kazdin, 1974; Meichenbaum *et al.*, 1983; Suin *et al.*, 1971); (2) terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Beck, 1976; Ellis, 1980; Meichenbaum, 1977); (3) terapias centradas en modificar el modo de afrontar situaciones para las que el sujeto no tiene solución (D’Zurilla, 1971; Mahoney, 1977; Spivack *et al*, 1976).

En concreto, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende la adquisición por el sujeto de ciertas habilidades con el fin de que las utilice en futuras situaciones productoras de ansiedad o desencadenantes de estrés. Entre ellas podemos destacar el entrenamiento en “inoculación” de estrés de Meichenbaum y Cameron (1983) y las técnicas de reestructuración cognitiva, que tienen el objetivo de identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos, resaltando su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de éstas últimas se distinguen la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1980) y el Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum (1977).

Dentro de las terapias de afrontamiento, Meichenbaum (1975, 1985) parte de una concepción del estrés típicamente cognitiva, que coincide con el modelo transaccional, según el cual el estrés hace referencia no sólo al estímulo o la situación estresante (estresor), sino a la respuesta del individuo que se enfrenta a un entorno desafiante (la

respuesta fisiológica, motora o cognitiva). Según este modelo, el estrés es el resultado de una transacción entre el individuo y su entorno. Meichenbaum lo define como *“un concepto relacional mediado cognitivamente que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciado por aquella como estresante, amenazante, desafiante y que excede a sus recursos de afrontamiento poniendo en peligro su bienestar”*. La terapia de “inoculación contra el estrés” no se plantea como objetivo eliminar el estrés de la vida de las personas (tampoco sería posible), sino que éstas aprendan a considerar las situaciones estresantes como problemas que resolver y no como amenazas personales. Para ello se basa en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento que actúen como “anticuerpos psicológicos” que permitan a las personas defenderse del estrés, eliminando o reduciendo sus consecuencias negativas. Esta terapia es, por tanto, un programa de intervención orientado a enseñar habilidades de afrontamiento. No es una técnica ni tampoco un conjunto de técnicas independientes; es una forma de organizar y estructurar un conjunto amplio de elementos todos ellos orientados por una parte, a que la persona comprenda sus problemas de estrés y, por otra, a optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje de habilidades de afrontamiento. El mantenimiento de los logros y la prevención de recaídas es otro aspecto que incorpora de forma explícita este modelo de afrontamiento del estrés. El mantenimiento de los logros se puede facilitar si se programan sesiones de apoyo una vez finalizado el tratamiento, o si se amplía el intervalo entre sesiones progresivamente durante la última fase. También se facilita si se mantiene un contacto indirecto con las personas a través del teléfono, correo, etc. En cuanto a la prevención de las recaídas, este modelo entiende que éstas son situaciones en sí mismas generadoras de estrés, a las que se puede hacer frente de forma adaptativa o desadaptativa. La preparación suele incluir un abordaje conductual referido a la discriminación y evitación de situaciones de alto riesgo y un abordaje cognitivo centrado

en la interpretación del significado de dichas recaídas, diferenciando entre retroceso, caída y recaída. Dado que los retrocesos son inevitables, la prevención de las recaídas se orienta a reducir su incidencia, y a que cuando se produzca un retroceso se interprete como un suceso puntual, que no significa fracaso o recaída definitiva (Vila *et al.*, 2004).

Comentados los diferentes abordajes del estrés y demostrado el efecto del estrés en la salud general, nos vamos a centrar en las implicaciones de éste sobre el sistema inmune, recogido en la Psiconeuroinmunología.

### 3. PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Es fundamental en el trabajo que nos ocupa hacer referencia a la PSICONEUROINMUNOLOGÍA, término acuñado en 1970 por Ader. Solomon (1998) la definió como “el campo científico interdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (mente/conducta) y el sistema inmune y sus consecuencias clínicas. Esta ciencia aúna los campos de la psiquiatría, psicología, endocrinología, neurología, inmunología y medicina interna.

Actualmente existen tres conclusiones básicas de este campo:

1. La respuesta inmunológica está determinada o modulada por el SN. Los linfocitos y demás células del sistema inmune disponen de receptores para neurotransmisores que modulan su respuesta. En las situaciones de estrés se produce la liberación de varias citoquinas, fundamentalmente IL-1, IL-6, IL-4, IL-10, TNF-alfa.

2. La respuesta inmunológica está determinada o modulada por el sistema endocrino. Las células inmunológicas disponen de receptores hormonales, incluyendo ACTH, cortisol, prolactina, somatostatina, péptidos opiáceos y estrógenos.

Así, IL-1 e IL-2 favorecen el aumento de ACTH, y ésta a su vez inhibe la producción de IFN-gamma, altera la función de los linfocitos B y estimula la migración de los monocitos por quimiotaxis. IL-1 e IL-6 favorecen la liberación de CRH, estimulando la secreción de glucocorticoides. Los glucocorticoides, la ACTH y los opiáceos disminuyen la capacidad funcional y el número de linfocitos.

3. Por último, el sistema inmunológico determina la función de los sistemas nervioso y endocrino. Pone de manifiesto la presencia de patógenos y desencadena una respuesta de adaptación efectiva. Las neuronas hipotalámicas se activan tras la detección del antígeno y el eje hipófiso-adrenal lo hace por el antígeno y por citoquinas en un estado semejante al estrés.

Ante las situaciones estresantes de gran intensidad se produce inicialmente una reacción natural de defensa dirigida a capacitar al individuo para afrontar esas situaciones. Se trata de una reacción de “primera línea” de defensa inmunitaria ante el estrés agudo cuyos efectos tienen una correlación psicofisiológica (Naliboff, 1991). Sin embargo, esta reacción puede activarse también ante situaciones estresantes de menos intensidad pero que están presentes en la vida diaria, es decir, en situaciones de estrés cotidiano. La respuesta de defensa descrita es consecuencia de la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, que se activa por eventos psicológicos y es al mismo tiempo inmunoregulador. Las hormonas corticotropina (CRF), adrenocorticotropa (ACTH) y el cortisol segregados en situaciones de estrés tienen efectos directos sobre la inmunidad, como ya hemos comentado (Buckingham *et al*, 1997). Por otro lado, la liberación de catecolaminas provoca incremento en la presión sanguínea y en la frecuencia cardíaca, aumento del gasto cardíaco y vasoconstricción en riñones y demás vísceras y en la piel e interfiere en la actividad plaquetaria y en la función endotelial, favoreciendo la formación de trombos, etc.

Los períodos prolongados de estrés psicológico que superan los mecanismos de afrontamiento desencadenan una reacción “de derrota” mediada por el cortisol, en la que también se mantienen elevadas las catecolaminas. A nivel inmunológico, la secreción crónica de glucocorticoides produce deterioro de la función de las células T, B y NK. Durante esta respuesta crónica al estrés se producen cambios hemodinámicos (vasoconstricción, hipertensión arterial, etc) que favorecen la enfermedad cardiovascular, además de efectos adversos sobre el tracto gastrointestinal y supresión del sistema inmune. Las manifestaciones psicológicas que acompañan a estas situaciones de estrés mantenido son ansiedad, depresión, irritabilidad, astenia, labilidad emocional, dificultad para la concentración, baja autoestima, incapacidad para tomar decisiones y baja autoeficacia.

En definitiva, el estrés psicológico puede tener un papel destacado en las enfermedades sistémicas. Su impacto puede ser devastador en la medida en que los efectos físicos que produce no son evidentes en un principio sino que son percibidos por el individuo cuando aparecen manifestaciones físicas no deseables. Los estudios sobre el estrés y sus efectos en el curso de las enfermedades autoinmunes permiten afirmar que el estrés crónico produce un déficit inmunológico en estas enfermedades cuanto más intenso y duradero es (Cruzado, 2001).

El modelo tradicional de inmunosupresión, según el cual en el estrés se produce una regulación “a la baja” de la inmunidad, no explica por qué en el caso de las enfermedades de base autoinmune, cuya patogenia cursa con excesiva inflamación, el estrés no resultaría beneficioso. Por un lado, la hipótesis del “modelo de resistencia glucocorticoidea” (Miller *et al.*, 2002) podría explicarlo: el estrés crónico estimula la secreción de hormonas por los ejes hipotálamo-hipófiso-adrenal y simpático-adrenal. Con la exposición continua a altas concentraciones de las hormonas producidas por estos

ejes, las células blancas muestran una respuesta contrarregulatoria y regulan “a la baja” la expresión y/o función de los receptores de glucocorticoides. Esta regulación a la baja disminuye la capacidad del sistema inmune de responder a las acciones antiinflamatorias del cortisol. De modo que el estrés psicológico crónico puede reducir la sensibilidad del sistema inmune frente a las señales hormonales que normalmente determinan la cascada inflamatoria (Miller *et al.*, 2002). Por otro lado, en el caso concreto del lupus, los mecanismos inmunológicos-bioquímicos por los que se produce la relación entre el estrés crónico y la exacerbación de la enfermedad no están claros y sigue siendo un campo importante de investigación.

En este sentido se sabe que los niveles de citoquinas y especialmente de IL, entre ellas la IL-6, juegan un papel importante en el mecanismo del estrés crónico. Ya en un trabajo clásico publicado en 1991 por Linker-Israeli y Wallace se pone de manifiesto el papel de las IL, especialmente IL6, en la estimulación de la proliferación de los linfocitos B y la producción de autoanticuerpos.

#### **4. PSICONEUROINMUNOLOGÍA DEL LUPUS.**

En una revisión realizada por Herrman *et al.* (2000) con el objetivo de estudiar la relación del estrés con el comienzo y la evolución de distintas enfermedades crónicas autoinmunes, se concluye que el estrés adquiere un importante papel como desencadenante y agravante de brotes en estas enfermedades; en concreto en la artritis crónica juvenil, artritis reumatoide, fibromialgia y lupus eritematoso.

Numerosos autores han investigado el papel del estrés en la evolución de la enfermedad lúpica (Adams *et al.*, 1992; Da Costa *et al.*, 1999; Shapiro, 1997; Schubert *et al.*, 2001, 2004; Pawlack *et al.*, 2003; Peralta-Ramírez *et al.*, 2004) y han aportado datos que demuestran que el estrés puede empeorar el curso de la enfermedad.

Se han encontrado distintos resultados en los estudios acerca de la contribución de los eventos estresantes sobre los aspectos físicos y psicológicos de los pacientes con lupus.

Uno de los primeros estudios fue el de Adams *et al.* (1994), que realizaron un estudio con 41 pacientes de LES estudiadas durante 56 días con el objetivo de observar la relación entre el estrés (acontecimientos vitales y estrés cotidiano), la depresión, ansiedad e ira y la percepción de síntomas relacionados con su enfermedad. Demostraron que el estrés, la depresión, la ansiedad, y la ira podría exacerbar la sintomatología autoinformada de los pacientes con LES. Además, observaron dos hechos fundamentalmente: 1) que en el 20% de los pacientes estudiados existía una mayor correlación positiva entre el estrés cotidiano y el empeoramiento de los síntomas físicos y psíquicos del LES, que ocurría al día siguiente de los acontecimientos ( $\text{lag}=1$ ), de modo que el estrés cotidiano adquiere especial trascendencia clínica frente a los acontecimientos vitales; y 2) que existía gran variabilidad en la fuerza de la relación del estrés y el empeoramiento de los síntomas percibidos, destacando así el importante papel de las variables que median la relación entre estrés y percepción de los síntomas, distintas entre los individuos.

Posteriormente, Da Costa *et al.* (1999) estudiaron a un grupo de 42 mujeres afectas de LES durante 8 meses con el objetivo de conocer la relación de los eventos vitales mayores y el estrés cotidiano y la capacidad funcional. Para ello realizaron medidas de eventos vitales estresantes, estrés cotidiano, depresión, incapacidad funcional, actividad de la enfermedad (SLAM-R) y daño de la enfermedad (SLICC/ACR Damage Index) en dos ocasiones: una al inicio del estudio y la otra a los ocho meses. El análisis de los datos de éste sugería que la incapacidad funcional en los pacientes evaluados estaba más relacionada con los eventos vitales estresantes que con el estrés

cotidiano. La medición de las variables psicológicas sólo al principio y al final del estudio podría ser la responsable de estos resultados, ya que no se evidencian las fluctuaciones diarias del estrés y su interferencia sobre la capacidad funcional. Una de las observaciones derivadas de este estudio es que el afrontamiento adecuado de la enfermedad implica un manejo adecuado del estrés.

Por otro lado, Schubert *et al* (1999), llevaron a cabo el primer estudio en que se analizaron datos biológicos y psicológicos diariamente con el objetivo de conocer la relación entre el estrés cotidiano y algunas medidas de actividad de la enfermedad. Estos autores estudiaron a una mujer afectada de LES durante 63 días. Midieron diariamente la concentración de neopterinina (relacionada con la actividad lúpica en pacientes con LES) en orina y evaluaron el estrés cotidiano de la paciente mediante inventarios de estrés diarios, así como su estado emocional, estilo de vida y estimación subjetiva de la actividad del LES. Los datos analizados mostraron que los incidentes moderadamente estresantes incrementaban la concentración de neopterinina aproximadamente un día después, lo que coincide con los datos de Adams *et al.* (1994). Sin embargo, los resultados de este trabajo son poco generalizables a toda la población lúpica dado que sólo fue estudiada una persona.

Pawlak *et al.* (2003) también sugieren el papel exacerbador del estrés en el curso de la enfermedad lúpica, ya que observaron un aumento del número de brotes en los pacientes que presentaban mayor cantidad de estrés cotidiano y especialmente en aquéllos que tenían más conflictos en sus relaciones sociales habituales; es decir, las dificultades diarias en las relaciones sociales estaban significativamente asociadas con crisis en la actividad de la enfermedad. Estos autores afirman que conocer las variables que determinan la intensidad del estrés en cada sujeto (y por tanto las repercusiones de éste) será fundamental en el momento de enfrentarse a él de una forma eficaz.

Por último, En un estudio reciente llevado a cabo por nuestro grupo se evaluó diariamente durante seis meses a 58 pacientes de lupus de la cohorte del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (Peralta *et al.* 2004). Se registraron diariamente parámetros que evaluaban el estrés (Eventos Vitales Estresantes y Estrés Cotidiano) y la sintomatología lúpica y se observó que el 74.1% de los pacientes empeoraban su sintomatología lúpica por el efecto del estrés y de éstos el 20.7% empeoraban al día siguiente de enfrentarse al factor estresante. De esta investigación se extrajeron además 2 conclusiones destacadas:

1. El estrés cotidiano, y no los eventos vitales estresantes, es el que más empeora los síntomas de los pacientes lúpicos, incluso un día después de experimentarlo.

2. Los pacientes que empeoran su sintomatología son aquéllos que tienen más datos de actividad de la enfermedad (niveles menores de C3 y C4 y mayores de anti-DNA).

Además del conocimiento de cómo percibe el paciente lúpico su enfermedad y la interferencia que ésta tiene sobre las distintas facetas de su vida (laboral, familiar, etc), existe también un interés creciente por saber cómo percibe la satisfacción de sus necesidades y de forma indirecta cómo considera de eficaces las alternativas que todo el sistema sanitario pone a su disposición.

Ante todas estas conclusiones surge la necesidad de plantear una alternativa terapéutica y/o preventiva de las situaciones de estrés con las que conviven habitualmente los enfermos de lupus. A continuación describiremos los estudios más relevantes que se han desarrollado con este objetivo.

## **CAPÍTULO III**

### **TRATAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON LUPUS**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Por lo anteriormente expuesto, el curso de la enfermedad y el bienestar mental de los pacientes con lupus pueden estar influenciados por los tipos de estrategias de afrontamiento (McCracken *et al.*, 1995; Dobkin *et al.*, 1999; Da Costa *et al.*, 2000), el soporte social (Sutcliffe *et al.*, 1999; Bae *et al.*, 2001; Thumbo *et al.*, 2000) y la capacidad de enfrentarse al estrés y a las emociones negativas (Dobkin *et al.*, 1998; Dobkin *et al.*, 2001; Adams *et al.*, 1994).

En los casos de la artritis reumatoide (Rhee *et al.*, 2000; van Lankveld *et al.*, 2004; Eich *et al.*, 2004) y de la fibromialgia (Williams *et al.*, 2002; Burkhardt, 2006; Edinger *et al.*, 2005), se han llevado a cabo estudios que demuestran que la terapia frente al estrés, concretamente de tipo cognitivo-conductual, puede resultar muy beneficiosa en el curso de ambas patologías. En estas enfermedades de curso y espectros clínico y psicológico similares al lupus, se ha comprobado que la interferencia que el estrés produce sobre el curso de la enfermedad es amortiguada por los efectos de la terapia psicológica de afrontamiento del estrés, empezando ésta a formar parte de la atención

global del paciente. Así, en trabajos recientemente publicados se evidencia la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo conductual como adyuvante de los cuidados médicos de la artritis reumatoide. Algunos autores (Sharpe *et al.*, 2003) apoyan incluso la importancia de una adecuada terapia iniciada desde el momento del diagnóstico de la enfermedad.

En el caso de los pacientes de lupus, desde el momento mismo en que son diagnosticados reciben impactos emocionales desestabilizantes que pueden determinar el resultado del proceso médico:

- Impacto por el diagnóstico, ya que se trata de una enfermedad poco conocida que causa incertidumbre, en la cual se produce con frecuencia demora en el diagnóstico; por ello algunos enfermos experimentan incremento de la ansiedad, aumento de la sintomatología y percepción de disminución de la salud.

- Impacto por el pronóstico, dado que el paciente comprende que padece una enfermedad crónica, que puede expresarse de forma sistémica y cuya evolución no es predecible. Además el paciente sabe que se controla en muchos casos pero que actualmente no es curable y que incluso puede interferir con su actividad habitual.

- Impacto por el tratamiento, que implica aceptar el riesgo de padecer los efectos colaterales no deseables derivados de éste en algunos casos, y que pueden ser muy serios en algunos casos (ej. pérdida de la fertilidad).

Por último, cabe destacar un estudio transversal, descriptivo, llevado a cabo con 386 pacientes de LES con el objetivo de conocer cuáles son las necesidades que los pacientes creen no tener cubiertas y cuál es su prevalencia (Moses *et al.*, 2005). Para ello se envió a los pacientes una carta conteniendo un cuestionario con 97 ítems que hacen referencia a distintos ámbitos de sus vidas: estado físico, actividades de la vida diaria, psicológico/ espiritual/ existencial, aspectos de los servicios sanitarios de que disponen,

información de salud y soporte social. De este trabajo se extraen varias conclusiones. Los pacientes demandan mayor asistencia psicosocial, probablemente más relacionada con la existencia de crisis y un mayor espectro de manifestaciones de la enfermedad. Hasta un 72% de los pacientes refirieron necesitar ayuda para disminuir la ansiedad frente a las posibles exacerbaciones de la enfermedad, el estrés y la frustración por no poder hacer cosas que antes de la enfermedad sí podían. El 68% de los pacientes requirió ayuda por depresión. La alta prevalencia de percepción de necesidades no cubiertas en este estudio pone de manifiesto que existe un “vacío” entre los requerimientos psicosociales, psicológicos y de autoayuda informados por el propio paciente y las ofertas del sistema de salud. Otro dato extraído es que el 52% de los pacientes refería que su enfermedad interfería de manera significativa en el trabajo.

Por otro lado, existen datos que apoyan que los pacientes lúpicos muestran menos variabilidad en sus estrategias de afrontamiento del estrés que los sujetos sanos (Schwartz *et al.*, 1998), lo que les convierte en personas especialmente vulnerables a los efectos del estrés.

Como hemos reflejado anteriormente, el estrés cotidiano, de intensidad moderada y presencia diaria, puede tener efectos devastadores en la salud de las personas; ello incluye a enfermos de lupus, cuyo sistema inmune está alterado y sus respuestas de adaptación al estrés pueden ser deficitarias.

La depresión, los trastornos de ansiedad, el déficit en las respuestas de adaptación al estrés, etc, son efectos derivados del padecimiento de la enfermedad y del estrés al que se ve sometido el paciente de lupus diariamente, mermando éstos considerablemente su calidad de vida. Intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés y a minimizar la respuesta emocional derivada podrían disminuir los efectos psicológicos e incluso físicos del estrés en los pacientes con lupus (Kozora *et al.*, 2005). Por tanto, las intervenciones

terapéuticas en el lupus deberían incluir no sólo las medidas farmacológicas sino también otras medidas no farmacológicas (Haupt, 2004).

## **2. PRINCIPALES ESTUDIOS.**

Adecuadas estrategias de afrontamiento, un buen soporte social y la capacidad de combatir el estrés y las emociones negativas podrían mejorar el estado mental y físico de los pacientes con lupus.

Sobre el tratamiento del estrés en los pacientes con lupus existen, como hemos comentado, pocos trabajos publicados. Los estudios existentes desarrollan tres tipos de técnicas: intervenciones psicoeducacionales, intervenciones psicoterapéuticas y técnicas cognitivo-conductuales. Las primeras se basan en programas de entrenamiento y enfatizan en las técnicas de afrontamiento a la enfermedad en la vida habitual; el consejo terapéutico incluye el consejo telefónico y la psicoterapia de grupo breve soporte-expresiva.

Los resultados de estos estudios son dispares. A continuación describimos los principales trabajos.

### **2.1. Intervenciones psicoeducacionales.**

Estas intervenciones se basan en programas de entrenamiento, dirigidos a proporcionar información sobre los síntomas y opciones terapéuticas o a enfatizar en respuestas frente a la enfermedad en la vida diaria, y en cursos de autoayuda (Braden *et al.*, 1993; Sohng, 2003).

En este apartado cabe destacar las investigaciones realizadas por Karlson, *et al.*, (1997). Estos autores identificaron dos factores de riesgo para una evolución adversa del lupus que podían ser modificables: el soporte social y la autoeficacia. Ambos factores

están fuertemente relacionados con el estado de salud en el lupus y la actividad de la enfermedad, como se confirmó en un reciente estudio observacional (Bertoli *et al.*, 2006), en el que se vio que una mayor cantidad de apoyo social se relaciona con una menor actividad de la enfermedad, incluso controlando variables médicas, socioeconómicas y conductuales. Karlson *et al.* (1997) diseñaron un estudio aleatorizado con el objetivo de mejorar el manejo del lupus. En este estudio se pretendía mejorar la autoeficacia y el soporte social-familiar de los sujetos (Karlson *et al.*, 2004). Su duración fue de doce meses. Participaron 122 pacientes con LES junto con sus parejas (o persona que habitualmente convivía con ellos) y fueron asignados de forma aleatoria a uno de los dos grupos: experimental y control. La intervención consistió en una reunión de media hora de duración entre el educador y el paciente y su acompañante. La reunión tenía dos objetivos: en primer lugar, identificar las áreas en que la autoeficacia del paciente era baja, así como aquellas circunstancias en que diferían el paciente y su acompañante a la hora de afrontar la enfermedad y, en segundo lugar, proponer soluciones. Las sesiones se siguieron de 1 llamada telefónica al mes durante 5 meses, de unos 10-25 minutos de duración, con la intención de animarles a progresar en la resolución de los problemas y a mantener una adecuada comunicación, así como para recoger información sobre la actividad de la enfermedad en esos momentos. Por otro lado, el grupo control mantuvo una reunión con el educador durante la cual se visualizó un vídeo sobre el testimonio de un paciente de lupus, que relataba cómo era su vida. No hubo discusión ni consejos posteriormente. En este grupo, las llamadas mensuales tenían como único objetivo conocer datos sobre la actividad de la enfermedad.

Estos autores encontraron una mejoría significativa en la autoeficacia de los pacientes que recibieron la intervención a los 6 y a los 12 meses, mejoría en la fatiga a los 12 meses y en la calidad de vida en términos de salud mental global medida con el

cuestionario SF-36. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la función física global percibida, que probablemente no se estudió de forma exhaustiva. Un aspecto importante para obtener el objetivo planteado en este trabajo es modificar la percepción de los síntomas, minimizarla en lo posible. Sin embargo, en esta ocasión no se emplearon técnicas para modificar este aspecto. Por otro lado, en este estudio tampoco se encontraron cambios en la actividad clínica de la enfermedad.

Otro trabajo interesante es el desarrollado por Sohng *et al.* (2003), que llevaron a cabo un estudio experimental con 41 pacientes de LES, con el objetivo de evaluar los efectos de un curso de automanejo sobre la fatiga, autoeficacia, depresión, estrategias de afrontamiento, dolor y actividad de la enfermedad. El grupo experimental, formado por 21 pacientes recibió 6 sesiones, mientras que el grupo control, con 20 participantes, no recibió ningún tipo de intervención. Al término de la intervención comprobaron mejoría significativa en la autoeficacia, la depresión y afrontamiento. Sin embargo, no encontraron diferencias en el dolor y en la actividad de la enfermedad entre los dos grupos.

Por último, un trabajo recientemente publicado investigó la utilidad de una intervención psicológica en el afrontamiento de pacientes con LES (Haupt, 2005). Se trata de una terapia combinada, con una parte de psicoterapia de grupo breve y otra de terapia psicoeducacional, que se aplicó a 34 pacientes de LES con alteración en al menos una subescala del cuestionario de síntomas SCL-90-R (empleado para la determinación de trastornos psicológicos en personas que han estado expuestas durante un largo plazo de tiempo a estrés físico o emocional), con el objetivo de mejorar el afrontamiento y evaluar la evolución de los síntomas depresivos y de la ansiedad. Estos autores encontraron una reducción en la ansiedad y depresión durante el período de la intervención. Posteriormente esa reducción se mantuvo al cabo de 12 meses, aunque con

menos intensidad. Encontraron también mejoría en algunos aspectos de la calidad de vida, concretamente en las áreas de vitalidad, rol emocional, función social y bienestar mental. Sin embargo, no hubo cambios significativos en el dolor, potente modificador de la percepción de la enfermedad y de la incidencia de manifestaciones psicológicas, ni en la función física. El estado general de salud tampoco experimentó cambios atribuibles a la recepción de la terapia descrita. La ausencia de grupo control en este estudio limita la generalización de los resultados. Es probable que pacientes con mayores niveles de actividad basal tengan peores niveles de depresión y otras afecciones psicológicas, así como peor calidad de vida. La respuesta de estos pacientes al tipo de intervención expuesto no es previsible, puesto que en el estudio se ha incluido sólo a pacientes con bajo índice de actividad de la enfermedad, lo que no nos permite hacer extensibles los datos al total de la población de pacientes con lupus.

## **2.2. Intervenciones psicoterapéuticas.**

Estas intervenciones incluyen el consejo telefónico y las terapias de grupo cortas basadas en el concepto de la psicoterapia de grupo breve soporte-expresiva.

Dobkin *et al.* (2002) evaluaron a 133 mujeres lúpicas con el objetivo de estudiar los efectos de la psicoterapia soporte-expresiva de grupo como apoyo al tratamiento estándar sobre el estrés psicológico, los síntomas médicos, los costes del cuidado de la salud y la mejora de la calidad de vida en las mujeres con LES. En este estudio analizaron variables clínicas y psicosociales y el seguimiento fue de 12 semanas. Los resultados mostraron que ambos grupos (el que seguía tratamiento psicológico y el que no lo hacía) mejoraban en algunas variables (disminución del estrés psicológico y afrontamiento orientado de la emoción), no pudiendo ser estos cambios atribuidos a la intervención psicoterapéutica. Por lo tanto, no habría evidencias que justificaran la

mejoría de las pacientes con este tipo de intervención. Existen varias razones que podrían explicar estos hallazgos: 1) la terapia empleada no está considerada una terapia de afrontamiento del estrés per se, y en trabajos previos realizados con enfermos con el virus VIH, esclerosis múltiple, enfermedad inflamatoria intestinal no demostró eficacia; 2) la intervención descrita se desarrolló para pacientes con cáncer, enfermedad con características distintas al lupus y cuyos pacientes presentan probablemente distinto perfil físico y psicológico; 3) los facultativos no estuvieron presentes en todas las sesiones (sólo asistieron a dos de las cinco sesiones) y el personal que llevó a cabo las demás sesiones no es especialista; 4) aunque los grupos se establecieron al azar, no se evaluaron las situaciones de estrés que soportaban los individuos ni el grado de actividad de su enfermedad previa a la intervención; 5) se emplearon instrumentos poco sensibles para detectar los cambios derivados de una enfermedad crónica; 6) en esta terapia es fundamental el trabajo con las familias, en tanto que fortalece el soporte socio-familiar del paciente. Sin embargo, en este estudio no se llevó a cabo esta parte de la terapia; 7) el período de seguimiento fue de sólo tres meses. Probablemente un seguimiento más prolongado podría ofrecer mayor información sobre la evolución del aspecto psicosocial y su relación con las variables de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Posteriormente, Edworthy *et al.* (2003) publicaron un trabajo prospectivo y aleatorio realizado con 124 pacientes a lo largo de doce meses con el objetivo de investigar si la terapia de grupo que denominan “breve soporte- expresiva” producía una menor “interferencia de la enfermedad” sobre las actividades e intereses cotidianos de los pacientes con lupus (“illness intrusiveness”). Distribuidos aleatoriamente, se establecieron dos grupos, siendo un grupo de 66 pacientes el que recibió la técnica de psicoterapia de grupo y un grupo formado por 58 pacientes el grupo control. La técnica, consistente en 12 sesiones semanales, estaba centrada en minimizar las dificultades que

la enfermedad produce sobre la intimidad y las relaciones personales, siendo éstos los dos aspectos psicosociales que las pacientes refieren como más preocupantes en su vida cotidiana y los que más se influyen por el padecimiento de su enfermedad crónica. Posteriormente se ofrecieron sesiones de recuerdo trimestrales. En cuatro momentos diferentes (antes de la intervención, tras ésta, a los seis meses, al año) se midió la actividad de la enfermedad (SLEDAI y SLAM-R) y se cumplimentó el cuestionario SCL90-R (Symptom Checklist 90-Revised) con el objetivo de recoger el estrés o malestar emocional experimentado en la última semana y la escala IIRS (Illness Intrusiveness Ratings Scale). Esta última escala recogía la interferencia de la enfermedad en tres campos fundamentales de la vida diaria: intimidad, desarrollo personal y de relación e “instrumental life domains”.

Estos autores encontraron que las pacientes que recibieron la terapia experimentaron una reducción significativa en su “illness intrusiveness”, de modo que la terapia facilitaba la adaptación al lupus en dos de los tres aspectos que se midieron: relaciones interpersonales y desarrollo personal e intimidad. Sin embargo, esta reducción no se produjo en los aspectos “instrumentales” (de habilidad en la resolución de problemas) de la vida (profesión, finanzas, etc). Aunque en este trabajo se pone de manifiesto la correlación significativa entre la mayor interferencia de la enfermedad sobre las actividades diarias de las pacientes y los niveles de actividad de la enfermedad más elevados, así como mayores niveles de estrés emocional, entre los resultados del estudio no se encontró una disminución de la actividad de la enfermedad debida al efecto de la psicoterapia. Un dato interesante es que el efecto beneficioso de la terapia comenzó a ser evidente a partir de los 6 meses del seguimiento y se mantuvo durante un año, aunque no se sabe cuál habría sido la evolución posterior, ya que esto no se evaluó. Sería necesario un nuevo trabajo con un seguimiento más prolongado que permitiera

comprobar los efectos a largo plazo, tanto en las variables psicológicas medidas como en la actividad de la enfermedad.

Es importante destacar que en este trabajo se analizó únicamente un estresante, el de la interferencia de la enfermedad sobre la vida cotidiana del sujeto, de modo que es posible que estresantes distintos a los analizados en este estudio tengan un poder aún más significativo sobre las mujeres con lupus en concreto y los pacientes con lupus en general. El contenido de la terapia fueron técnicas orientadas a mejorar concretamente los dos aspectos que las pacientes refirieron como más relevantes, de modo que probablemente ellas conocieron en todo momento qué resultados se esperaban al finalizar la terapia, lo cual pudo suponer un sesgo del estudio.

Por todo esto, los resultados de este estudio son difícilmente generalizables a todos los pacientes con lupus, dado que sólo se ha estudiado a mujeres y se han medido únicamente las variables que se presuponían serían más modificables en base a la percepción que ellas tenían de su enfermedad y de la interferencia de ésta sobre sus vidas cotidianas. Es posible que la inclusión de hombres en un trabajo similar reflejase mejoría también en los aspectos instrumentales o incluso que las diferencias significativas desaparecieran, ya que es posible que los hombres no perciban de igual modo la interferencia de la enfermedad sobre su intimidad ni sobre las relaciones personales pero sí sobre el trabajo, las finanzas...)

### **2.3. Terapia cognitivoconductual.**

El mayor volumen de los trabajos existentes se refiere a terapias que afrontan variables más o menos relacionadas con el estrés, pero no tienen como objetivo principal el tratamiento del estrés.

Sin embargo, Greco *et al.* (2004) publicaron un trabajo realizado con mujeres con lupus eritematoso sistémico, partiendo de la base de que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en estos pacientes y uno de los principales causantes del deterioro en su calidad de vida, favoreciendo síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

El estudio tenía dos objetivos fundamentales: 1. Analizar los efectos psicológicos de un programa de tratamiento cognitivo-conductual y “biofeedback” (BF/CBT) en personas con lupus que sentían dolor y 2. Evaluar el impacto de la intervención sobre la actividad del LES. Éste es el único estudio publicado que utiliza una técnica psicológica de carácter científico, como es la terapia cognitivo conductual. Incluyeron a 92 pacientes lúpicas que cumplían al menos 4 criterios de clasificación de la ACR, medicación estable durante al menos 1 mes e historia de al menos 3 meses de dolor. Las pacientes fueron distribuidas de forma aleatoria en 3 grupos: un grupo que recibiría la terapia BF/CBT y 2 grupos control: uno que recibiría los cuidados habituales, sin terapia, y otro (SMS) en el que los pacientes describían sus síntomas pero no se les daba sugerencias para cambiar ni instrumentos de manejo del estrés. El estudio duró 9 meses. La terapia consistió en 6 sesiones impartidas por un psicólogo que incluyeron: relajación muscular progresiva, entrenamiento cognitivo-conductual del dolor y manejo del estrés. Se tomaron medidas del dolor (2 escalas: AIMS2-Pain y MPI-i), de la función psicológica (3 escalas: CES-D (depresión), STRESS (estrés percibido), escalas de autoeficacia en artritis, y subescalas de dolor y otros síntomas), función física percibida (3 medidas: SF-36, “9-item Fatigue Severity Scale”, escala analógica visual). Por último, se midió la actividad de la enfermedad (SLEDAI, SLAM-R).

Estos autores encontraron que la técnica BF/CBT produjo a corto plazo mejoría en el dolor, en la función psicológica y en la función física percibida en comparación con los 2 grupos control. Pero, a largo plazo, en la evaluación realizada a los 9 meses,

sólo se mantuvo la mejoría en la función psicológica respecto al grupo de cuidados habituales.

Estos resultados se muestran interesantes; sin embargo, se refieren únicamente a personas con lupus que experimenten dolor. Sabiendo que no todos los pacientes de lupus experimentan dolor ni atribuyen a éste la causa principal de sus limitaciones, los datos de este estudio no son generalizables a todas las personas con lupus.

Además, de este estudio se deducen dos aspectos interesantes de cara a diseñar nuevos ensayos: por un lado, incluir medidas del impacto del lupus sobre las actividades de la vida y las relaciones sociales y, por otro, la programación de sesiones “booster” o “de recuerdo” postintervención, para mantener los cambios de conducta que permitieron en un primer momento mejorar las funciones física y psicológica.

### **3. CONCLUSIONES.**

1. El lupus es una enfermedad de base autoinmune que afecta fundamentalmente a mujeres y puede acompañarse de un amplio abanico de manifestaciones psicológicas y disturbios emocionales.

2. Para comprender la evolución de las enfermedades crónicas, qué las desencadena y cómo tratarlas de forma eficaz, es precisa una visión holística del ser humano, íntimamente implicado con el medio que le rodea.

3. El papel de los aspectos emocionales y psicosociales y concretamente del estrés es esencial en la consideración del enfermo de lupus, dado que modifican la adaptación del paciente a su enfermedad y pueden ser desencadenantes de crisis en el lupus y determinantes de una mayor actividad y progresión de la enfermedad.

4. Existen pocos trabajos rigurosos publicados acerca del tratamiento de aspectos psicosociales y emocionales y su repercusión en la evolución de la enfermedad lúpica.

El tratamiento del estrés podría contribuir al control eficaz de la enfermedad, a mejorar su pronóstico y en definitiva a mejorar la calidad de vida percibida por el paciente lúpico. En este sentido, resultaría esencial profundizar en el desarrollo de mecanismos para aumentar la eficacia de las estrategias de afrontamiento del estrés en estas personas.

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS.**

#### **1. OBJETIVO GENERAL.**

Comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual de afrontamiento del estrés de Meichenbaum en un grupo de pacientes con lupus y elevado estrés cotidiano.

#### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Comprobar el efecto de la terapia de afrontamiento del estrés sobre las variables emocionales (depresión y ansiedad) en un grupo de pacientes con lupus respecto a un grupo control de pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.
2. Comprobar el efecto de la terapia de afrontamiento del estrés sobre las variables psicológicas (estrés y autoeficacia) en un grupo de pacientes con lupus respecto a un grupo control de pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.
3. Comprobar el efecto de la terapia de afrontamiento del estrés sobre la actividad de la enfermedad en un grupo de pacientes con lupus respecto a un grupo control de pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

4. Comprobar el efecto de la terapia de afrontamiento del estrés sobre los síntomas referidos en un grupo de pacientes con lupus respecto a un grupo control de pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.
5. Comprobar el efecto de la terapia de afrontamiento del estrés sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes con lupus respecto a un grupo control de pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

### 3. HIPÓTESIS.

*Objetivo específico 1:*

**Hipótesis 1:** los pacientes con lupus que reciban la terapia de afrontamiento del estrés experimentarán menores niveles de depresión que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

**Hipótesis 2:** los pacientes con lupus que reciban la terapia de afrontamiento del estrés experimentarán menores niveles de ansiedad que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

*Objetivo específico 2:*

**Hipótesis 1:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán menores niveles de estrés percibido que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

**Hipótesis 2:** los pacientes con lupus que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán menor vulnerabilidad al estrés que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

**Hipótesis 3:** los pacientes con lupus que reciban la terapia de afrontamiento del estrés experimentarán mayores niveles de autoeficacia que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

*Objetivo específico 3:*

**Hipótesis 1:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán menores niveles de actividad de la enfermedad que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

**Hipótesis 2:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán menores niveles de antiADNn y mayores niveles de complemento sérico C3 y C4 que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

*Objetivo específico 4:*

**Hipótesis 1:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán menos síntomas somáticos que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

*Objetivo específico 5:*

**Hipótesis 1:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán mayor calidad de vida que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

**Hipótesis 2:** los pacientes con lupus y estrés cotidiano que reciban la terapia de afrontamiento del estrés presentarán mejores índices de salud física y psíquica que los pacientes con lupus que reciban los cuidados habituales.

# CAPÍTULO V

## PACIENTES Y MÉTODO

### 1. PACIENTES.

Participaron pacientes atendidos en la consulta de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves” de Granada. También formaron parte del estudio algunos pacientes que eran atendidos por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario “San Cecilio” de Granada.

Los **criterios de inclusión** establecidos fueron los siguientes:

- diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y cumplimiento de al menos 4 criterios de la ACR (Hochberg, 1997); o diagnóstico de lupus cutáneo crónico por biopsia y estudio anátomo-patológico;
- tener nivel de estrés cotidiano superior a la media de la población;
- ser mayor de edad;
- conocimiento del idioma español hablado y escrito;

- disponibilidad manifiesta para asistir a las sesiones, cumplimentar los cuestionarios y escalas necesarios y realización de las extracciones de sangre precisas en el estudio.

Los **criterios de exclusión** fueron:

- ser menor de edad;
- analfabetismo;
- imposibilidad física para asistir a las sesiones programadas y
- estar en tratamiento por patología psiquiátrica aguda.

De la base de datos introducida en programa Access (Office, versión 1998) se obtuvieron las siguientes variables:

- año del diagnóstico del lupus
- tipo de lupus (LES o LCC)
- enfermedades concomitantes
- tratamientos administrados (dosis total y acumulada de corticoides, antipalúdicos, inmunosupresores). La dosis acumulada se calculó multiplicando la dosis diaria administrada por el número de días de tratamiento.

## **2. MATERIALES.**

### **2.1. Documentos.**

A todos los sujetos se les ofreció una **Hoja de Información** (ver anexo 1): se trata de un documento en el que se exponen los antecedentes conocidos sobre la relación

del lupus y el estrés crónico cotidiano, así como la utilidad del tratamiento de este tipo de estrés y las alternativas terapéuticas existentes. Se explica además los objetivos del estudio que proponemos y solicitamos su participación voluntaria y desinteresada. Todos los participantes dispusieron además de los siguientes documentos:

1. **Consentimiento Informado**, (Ver anexo 2) a través del cual los sujetos fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto y del protocolo de trabajo en el que iban a ser incluidos. Una vez leído este documento, los sujetos lo firmaron.

2. **Compromiso de Confidencialidad y Protección de Datos**. (Ver anexo 3)  
Con este documento, nos comprometimos por escrito a no revelar datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocían. La ley de secreto profesional y de protección de datos considera al investigador RESPONSABLE de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

## **2.2. Variables medidas.**

En todos los enfermos se llevó a cabo la recogida de las siguientes variables psicológicas y clínico-analíticas:

### **2.2.1. Variables psicológicas.**

En el estudio empleamos un conjunto protocolizado de pruebas para evaluar el estrés experimentado por los pacientes, sus consecuencias emocionales, los recursos psicológicos que emplean para enfrentarse a las situaciones estresantes, la calidad de

vida experimentada por los pacientes, el nivel de autoeficacia y la percepción de síntomas somáticos.

1. *Entrevista clínica* con el paciente con el objetivo de conocer el estado general basal de estrés percibido al inicio del estudio.

2. *Inventario de Vulnerabilidad al Estrés* (Beech *et al.*, 1982; Robles *et al.*, 2006). Este inventario está compuesto por 22 ítems y evalúa cómo de vulnerable es el sujeto a los efectos del estrés. El sujeto contesta S, cuando considere que el problema en cuestión le afecta habitualmente, y N en caso de que el problema no le afecte en absoluto o lo haga raramente (ver anexo 4).

3. *Estrés. Inventario de estrés percibido* (SRLE) (Kohn, 1992). Empleamos la versión española validada (Sandin, 1999). Consta de veinte ítems que interrogan sobre sucesos estresantes. El paciente contesta con qué intensidad ha estado presente cada uno de ellos en su vida a lo largo del último mes. Este inventario nos ayudaría a conocer la cantidad de acontecimientos estresantes cotidianos y el grado de estrés producido por cada uno de ellos en el último mes, en base a una escala con rango entre 1 (“no ha formado parte de mi vida en absoluto”) y 4 (“ha formado parte de mi vida de forma muy intensa”) (ver anexo 5).

4. *Depresión. Inventario de depresión de Beck* (Beck *et al.*, 1961; Vázquez *et al.*, 1997). Se trata de un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que valoran en una escala de 4 puntos (ausente, leve, moderada o grave) la severidad de diversos síntomas o componentes cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Una puntuación de 11 a 29 indica depresión en grado leve o moderado y una puntuación superior a 30 indica gravedad. Una puntuación superior a 18 indica depresión clínica (ver anexo 6).

5. *Inventario de Ansiedad (STAI-R)* (Spielberg *et al.*, 1993). Se trata de un inventario que distingue dos tipos de ansiedad, Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo. La ansiedad como rasgo es una disposición personal, y por lo tanto relativamente estable, aunque puede modificarse. Se compone de 20 ítems y la puntuación oscila de 0 a 100. Una puntuación superior a 50 indica mayor grado de ansiedad que la media poblacional y una puntuación superior a 70 indica ansiedad clínica (ver anexo 7).

6. *Calidad de vida. SF-36* (Ware *et al.*, 1992). Es un instrumento autoaplicado de treinta y seis preguntas que evalúa los conceptos de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además de estos ocho conceptos, incluye el de cambios en la percepción del estado de salud actual y del año anterior (ver anexo 8).

7. *Escala de autoeficacia general* (Baessler *et al.*, 1996). Es un instrumento autoplicado compuesto por 10 ítems que interrogan sobre la percepción que el sujeto tiene de su capacidad de resolución ante diversas situaciones concretas que pueden presentarse habitualmente. Una mayor puntuación en la escala se relaciona con una mayor autoeficacia (ver anexo 9).

### 2.2.2. Variables físicas.

Para la determinación de las variables físicas incluimos los parámetros que se evalúan habitualmente a nivel clínico para llevar a cabo el seguimiento de la enfermedad lúpica. Además de la historia clínica, empleamos también una escala para la recogida de los síntomas referidos por los pacientes.

1. *Escala revisada de síntomas somáticos (ESS-R)* (Sandin y Chorot, 1999). Se trata de un cuestionario, tipo autoinforme, que permite evaluar los diferentes tipos de

manifestaciones somáticas relacionadas con la salud. Consta de 80 ítems con un rango de valoración de intensidad que varía entre 1 (nunca durante el último año) y 5 (más de una vez al mes). Asimismo se incluyen 10 ítems adicionales que hacen referencia a los dolores o molestias relacionados con el periodo menstrual y que, por tanto, sólo son contestados por las mujeres (en nuestro estudio éstos no han sido evaluados). Los órganos y sistemas evaluados son los siguientes: inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, piel, músculo-esquelético, genitourinario y reproductor femenino. La ESS-R puede aplicarse en dos formatos diferentes: estado y rasgo. En nuestro estudio hemos evaluado el estado, es decir, los síntomas somáticos experimentados durante las últimas cuatro semanas (ver anexo 10).

2. Analítica de sangre con determinación de los siguientes parámetros:

- Hemograma completo: para descartar anemia y/o leucopenia y/o trombocitopenia, que puedan ser sugerentes de una enfermedad intercurrente o de un brote de la enfermedad.

- Velocidad de sedimentación eritrocitaria: su elevación en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica puede ser debido a una enfermedad intercurrente (ej. infección) que pueda relacionarse con un brote o bien secundario a un brote en sí mismo

- Urea y creatinina séricas: parámetros útiles en la valoración de la función renal.

- Enzimas de citolisis hepática (GOT/AST, GPT/ALT) y de colestasis (GGT, fosfatasa alcalina) para valorar posible daño hepático.

- Proteína C Reactiva: la elevación de esta proteína se observa en situaciones de inflamación y estrés físico, normalmente paralela a la velocidad de sedimentación eritrocitaria, aunque se eleva y normaliza más rápidamente.

- Anticuerpos antiADNn: útiles en la valoración de la actividad de la enfermedad lúpica y relacionados con el daño renal. El intervalo de referencia de nuestro laboratorio es de 0-15 U/mL.

- Niveles de complemento C3 y C4: su descenso puede sugerir actividad de la enfermedad, en un contexto clínico compatible.

- Orina: detección precoz de alteraciones del sedimento que puede ser reflejo de un brote de lupus en pacientes con afectación renal previa o del inicio del daño renal

3. SLEDAI (Bombardier, 1922): determinamos en cada momento la actividad de la enfermedad mediante el índice SLEDAI. Calculamos este índice con los datos obtenidos de las variables analíticas y de la anamnesis y exploración clínicas. La puntuación se obtiene sumando los índices de cada descriptor, siempre que esté presente en el momento de la visita o en los dos meses previos a ésta y el rango es 0-105 puntos. La actividad es directamente proporcional a la puntuación (más puntos reflejan mayor actividad de la enfermedad). Puntúan los siguientes hallazgos: síndrome cerebral orgánico, alteraciones visuales, neuropatía sensitiva o motora de pares craneales, cefalea lúpica, accidente cerebrovascular (excluida la arteriosclerosis), vasculitis (confirmada por biopsia o angiografía), artritis en al menos dos articulaciones, cilindros hemáticos o granulosos en el sedimento urinario, hematuria (excluidas otras causas), proteinuria (> 0.5 gr. en orina de 24 horas), piuria (excluida la infección), miositis, rash malar nuevo o recurrente, alopecia nueva o recurrente, pleuritis, fiebre, trombocitopenia <  $10^5$  plaquetas, leucopenia < 3000 leucocitos/ ml, hipocomplementemia, aumento del DNA nativo. Este índice es válido sólo en los pacientes con lupus eritematoso sistémico.

4. Cuestionario de Seguimiento de Síntomas. El Grupo de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario “Virgen de las

Nieves” elaboró un cuestionario de síntomas sugerentes de actividad lúpica con el objetivo de conocer cuáles eran los que presentaban los pacientes participantes en el estudio durante los días en que no eran atendidos en consulta; se diseñó este instrumento para conocer la situación clínica habitual de los pacientes y detectar una reagudización de los síntomas, asociada o no a brotes, así como los cambios en la necesidad de medicación (ver anexo 11). Todas las cuestiones se resumieron en un solo folio y cada sujeto participante debía cumplimentarlas cada dos semanas (un folio cada dos semanas). Se hizo llegar a cada paciente material para tres meses de dos modos distintos. A los pacientes que formaban parte del grupo experimental se les dio en mano al comenzar las sesiones de terapia. A los pacientes que formaban parte del grupo control se les envió material para tres meses, al mismo tiempo que a los del grupo experimental. Al cabo de unos pocos días el médico participante en el proyecto y conocido por los enfermos se puso en contacto telefónicamente con cada uno de ellos para informarles de cómo debían rellenar el cuestionario, así como para ponernos a su disposición con el objetivo de intentar resolver cualquier duda que se plantearan. Todos los pacientes tuvieron a su disposición dos teléfonos con acceso directo al grupo de investigación por si consideraban conveniente plantear alguna duda, problema, sugerencia al respecto de su salud o de los cuestionarios.

Al cabo de los tres meses se efectuó la recogida de los cuestionarios y se les facilitaron otras nuevas, para otros tres meses, del mismo modo que las primeras. Y así cuatro veces más hasta completar un año y medio, período de seguimiento del estudio.

Las preguntas elaboradas en el cuestionario comprendían los síntomas y signos más frecuentemente implicados en la aparición de brotes y de utilidad en el cálculo de actividad de la enfermedad mediante el índice SLEDAI. Se formularon de forma concisa

y se planteaban varias respuestas posibles, de modo que el paciente debía señalar la que consideraba cierta en su caso.

Todas las preguntas se referían a lo observado en las dos semanas previas por el paciente. Se interrogaba sobre los siguientes signos y síntomas:

- presencia de fiebre, si la había relacionado con infección, brote, estrés u otras, debiendo especificar qué; su duración; si requirió consultar a su médico de familia o a su especialista o bien tuvo que acudir a urgencias, cuál fue el diagnóstico probable o de sospecha en este caso y qué tratamiento se prescribió
- lesiones en la piel y/o mucosas (erupciones, eritemas, eccemas, llagas en la boca); causa probable y tratamiento realizado, especialmente si requirió administrar corticoides o aumentar la dosis establecida de éstos
- dolor articular, óseo o muscular o síntomas de inflamación articular de inicio reciente o reagudizados; con qué los relacionó; si requirió asistencia médica y tratamiento realizado (nuevo o modificación del previo)
- fatiga, debilidad o cansancio acrecentado en las dos semanas previas
- disminución del apetito y/o pérdida de peso
- molestias urinarias y síntomas de infección (disuria, polaquiuria, urgencia miccional, tenesmo vesical, orina espumosa, hematuria), posible factor relacionado; diagnóstico de sospecha realizado por el médico que le valoró; tratamiento realizado
- pérdida reciente de memoria y otros signos neurológicos (principalmente cefalea)

- molestias torácicas sugerentes de pleuritis o pericarditis (dolor tipo pleurítico, disnea), duración, probable factor desencadenante, asistencia médica solicitada y tratamiento instaurado/ modificado
- cambios realizados en la medicación habitual, no explicado por la presencia de los síntomas o signos antes preguntados

Se recogieron además otras variables, tales como: año en que se hizo el diagnóstico del lupus, existencia de diagnósticos de otras enfermedades, fármacos habituales y dosis acumulada de ellos, fecha del último brote de la enfermedad y número de brotes por años (histórico de brotes).

### **3. PROCEDIMIENTO.**

El primer contacto para iniciar la selección de los pacientes participantes se hizo a través de dos vías: telefónica y postal.

Contactamos telefónicamente con cada uno de los pacientes atendidos en las consultas, obteniendo sus datos a partir de la base de datos de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”. Durante esa primera conversación telefónica se repasó brevemente y de forma “práctica”, para facilitar su comprensión, los antecedentes del tema de investigación y a continuación se hizo una exposición concisa de los objetivos del trabajo así como las pautas de actuación. A continuación se les animó a realizar las preguntas que en ese momento consideraran respecto al tema recién planteado y, por último, se les invitó a acudir a una reunión informativa que tendrá lugar en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el plazo de unos pocos días.

Por otro lado, a través de la Asociación de Pacientes con Lupus de Granada: junto con la revista trimestral que reciben en sus domicilios se envió a cada uno de los pacientes una nota informativa firmada por nuestro grupo de investigación, informándoles sobre el propósito de la investigación y emplazándoles para la reunión que se celebraría unas semanas más tarde en nuestro hospital.

Una vez convocados e informados los pacientes, hubo una reunión entre los pacientes que voluntariamente decidieron acudir y el equipo investigador (psicólogos y médicos). En este primer encuentro los pacientes fueron informados de los puntos que consideramos básicos y más importantes de proyecto, tales como los objetivos que se querían alcanzar, los métodos que se emplearían y las determinaciones sanguíneas y psicológicas que se iban a realizar.

En esta primera reunión, tras firmar el documento de consentimiento informado, todos los pacientes cumplieron una encuesta de cribaje para valorar el grado de estrés cotidiano que habían experimentado en el último mes. Para ello utilizamos la Escala de Estrés Percibido (Cohen *et al.*, 1983; Remor, 2006). De los 70 pacientes que aceptaron participar en el estudio, 20 no presentaban niveles significativos de estrés y 2 cumplían algún criterio de exclusión (analfabetismo y dificultad física para asistir a las sesiones).

Posteriormente, se realizó la distribución de los pacientes seleccionados con el programa de aleatorización del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (versión 12.0). Los 48 pacientes finalmente seleccionados (43 (89%) mujeres, 39 LES (81%)) quedaron distribuidos en 2 grupos:

- un grupo experimental, formado por 24 enfermos con lupus y estrés que recibirían la terapia cognitivo-conductual de afrontamiento del estrés (GT).

- un grupo control, formado por 24 enfermos con lupus y estrés que recibirían los cuidados habituales (GC).

A lo largo del estudio hubo 3 pérdidas, todas pertenecientes al TCC: una paciente por embarazo y cambio en la disposición para participar en el estudio, otra paciente por diagnóstico de enfermedad grave intercurrente y un tercer paciente por presentar valores permanentemente elevados de ADNn que provocaban artefactos en los resultados (“outlier”). Finalmente, el estudio contó con 45 participantes, 42 (91%) mujeres, 36 pacientes con LES y 9 con LCC, distribuidos en 2 grupos: GT (n=21) y GC (n=24).

Antes de comenzar la terapia se evaluó en todos los pacientes, además del estrés, todas las variables de estudio: niveles de depresión, ansiedad, autoeficacia, actividad de la enfermedad, síntomas somáticos, calidad de vida.

Ambos grupos resultaron homogéneos en proporción de sexos, nivel cultural, prevalencia de ambos tipos de lupus, nivel basal de vulnerabilidad al estrés y estrés percibido, ansiedad, depresión, autoeficacia, grado de actividad de actividad de la enfermedad y referencia de síntomas somáticos. Diferían únicamente en la recepción o no de la terapia.

Posteriormente se llevó a cabo la “**Terapia de Afrontamiento del Estrés de Meichenbaum**” (1993, 1996), que se aplicó a los pacientes del grupo experimental.

La terapia de Afrontamiento del estrés de Meichenbaum, como ya se comentó (capítulo 2), es una técnica de tipo cognitivo-conductual que tiene el objetivo general de minimizar los estímulos generadores de estrés que percibe el sujeto y disminuir la respuesta fisiológica y emocional que se deriva de ellos.

Para mejorar la eficacia de la terapia (favorecer la integración de los participantes, promover su participación activa, favorecer la comunicación entre

terapeuta y pacientes y de éstos entre sí, etc), el grupo experimental se dividió en tres subgrupos, con 7 personas cada uno. La terapia se impartió en una sala habilitada para ello en el Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”.

La terapia se desarrolló en diez sesiones, de dos horas de duración cada una (desde el 7 de abril hasta el 17 de junio de 2004).

Cada una de las sesiones disponía de un contenido y unos objetivos específicos. Los primeros quince minutos de cada sesión se destinaban a recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en relación con él a lo largo de la semana. A continuación el psicólogo clínico exponía de forma breve y didáctica el tema central de la sesión correspondiente a esa semana. En todas las sesiones se dio a los pacientes material escrito con el tema que se iba a exponer para facilitar el seguimiento de la parte más teórica y para que pudieran releerlo en sus domicilios. Para facilitar la comprensión de los temas de las sesiones y amenizarlas, se prepararon presentaciones de diapositivas en *Power Point*.

Dentro del material existían las “Hojas de Autorregistro”, en las que cada paciente debía anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, situaciones en las que se había expuesto a estímulos estresantes, respuestas, etc. Se les insistía en que este trabajo encargado entre sesiones era muy importante, ya que permitía el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas. El paciente asumía así un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud. Cada semana, el terapeuta se encargaba de recogerlos y analizarlos. De este modo, obteníamos información adicional de cada uno de los sujetos del estudio. A modo de resumen, todas las sesiones se organizaron según el siguiente esquema:

1º. Revisión de las tareas realizadas en casa y recogida de las hojas de autorregistro

2º. Presentación del tema específico de la sesión:

- Abordaje del problema concreto
- Planteamiento de las técnicas específicas de afrontamiento

3º. Práctica de la técnica en el grupo. Aclaración de las dudas surgidas

4º. Asignación de tareas:

- Práctica de las técnicas aprendidas en casa
- Cumplimentación de las hojas de autorregistro

Los contenidos de las reuniones de la terapia fueron los siguientes:

1ª. Conceptualización del estrés.

2ª. Reestructuración cognitiva (I): Principales errores de pensamiento.

3ª. Reestructuración cognitiva (II): Principales creencias centrales.

4ª. Reestructuración cognitiva (III): El proceso del debate.

5ª. Estrategias alternativas del control del pensamiento: Entrenamiento autoinstruccional y parada de pensamiento.

6ª. Técnicas de desactivación: Respiración diafragmática y relajación muscular profunda. Los cortocircuitos.

7ª. Acercamiento al autodomnio del dolor.

8ª. Entrenamiento en habilidades sociales: Técnicas de asertividad y derechos asertivos básicos.

9ª: Entrenamiento en habilidades sociales: Cómo decir no sin sentirse mal, solicitar cambio de conducta a otra persona.

10ª. El humor y el optimismo como estrategias de afrontamiento.

A continuación describimos el desarrollo de las sesiones:

1ª: **Conceptualización del estrés:** El objetivo de esta sesión fue, en primer lugar, describir exhaustivamente la duración de la intervención, así como los contenidos de las diferentes sesiones. Un segundo objetivo fue que el paciente con lupus tomara contacto con el concepto “estrés”. Para ello describimos los diferentes tipos de estresores: eventos vitales estresantes extraordinarios, estrés cotidiano y estrés crónico mantenido. Los primeros se caracterizan por ser sucesos de alta intensidad y corta duración (ej. divorcio, muerte de un familiar, intervención quirúrgica, etc); el estrés cotidiano se caracteriza por su baja intensidad y su duración mantenida (ej. padecimiento de una enfermedad crónica, dificultades económicas, tráfico, etc); el estrés crónico mantenido aparece ante situaciones de alta intensidad y larga duración (ej. mujer/ hombre maltratado, cuidador de un familiar con enfermedad de Alzheimer). Posteriormente, describimos las diferentes consecuencias negativas físicas y psicológicas derivadas del efecto del estrés y su relación con el lupus. Para concluir, hicimos especial énfasis en la necesidad de que los pacientes se concientiaran de la importancia del cambio en su actitud frente al estrés. Para ello, como material complementario, les proporcionamos el libro “¿Quién se ha llevado mi queso?”, de Spencer Johnson, que debían leerse para la siguiente semana.

**2ª. Reestructuración cognitiva (I) Principales errores de pensamiento.** (Ver anexo 12) La técnica de reestructuración cognitiva utilizada fue la terapia racional emotivo-conductual (TREC) (Ellis, 1992), que fue desglosada en 3 sesiones. En la primera de ellas trabajamos la importancia del pensamiento como generador de la emoción. Para ello nos basamos en el modelo teórico ABC de Ellis, donde A es el acontecimiento, B es el pensamiento y C es la emoción, siendo el objetivo que los pacientes comprendieran que es el pensamiento el agente mediador entre el acontecimiento y la emoción (tristeza, alegría, depresión, ansiedad). Posteriormente, describimos los diferentes niveles de pensamiento o creencias de este modelo, según el cual éstos se dividen en dos tipos: distorsiones cognitivas o errores de pensamiento y creencias centrales. Las distorsiones cognitivas son pensamientos automáticos y erróneos que se derivan de determinadas creencias irracionales y se caracterizan por generar malestar emocional. Por otro lado, las creencias centrales están a un nivel más profundo de la conciencia y constituyen nuestros valores fundamentales, nuestra identidad, afirmaciones globales y rotundas acerca de nosotros mismos, del mundo y de los demás. Las creencias centrales negativas son globales, rígidas y poco realistas.

La segunda parte de esta sesión la dedicamos a trabajar las distorsiones cognitivas más comunes que suelen presentar nuestros pensamientos automáticos negativos: pensamiento todo o nada, generalización excesiva, filtro mental, descalificación de lo positivo, conclusiones precipitadas, lectura de pensamiento, error del adivino, magnificación de lo negativo o minimización de lo positivo, razonamiento emocional, etiquetación, personalización y los “deberías”. Para terminar, les asignamos tareas para casa consistentes en autorregistros de pensamiento y lecturas complementarias.

### 3ª Reestructuración cognitiva (I) Principales creencias centrales.

Esta

sesión la dedicamos a trabajar las posibles creencias base negativas que los pacientes pudieran presentar. Para ello abordamos 13 de las principales creencias, que a continuación describimos:

- Necesito ser querido/a y aceptado/a siempre por todas las personas que considero importantes. Necesito la aprobación de todo el mundo. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos. Por tanto, cuando la gente desapruueba lo que haces significa invariablemente que estás equivocado y que no eres bueno.
- Para considerarme valioso/a y para aceptarme debo ser siempre adecuado/a, competente e inteligente en todas aquellas cosas importantes. Debo ser casi perfecto/a, tengo que demostrar que entiendo de todo.
- Es horrible, es insoportable que las cosas no salgan como uno quiere.
- La felicidad o infelicidad está causada por factores externos y no se puede hacer nada para controlarla.
- Las cosas deben ser fáciles y si no es mejor evitarlas. Es más fácil evitar las dificultades que hacerles frente.
- El pasado determina el presente y una vez que ha pasado, siempre va a pasar. Algo que me ocurrió una vez seguirá afectándome. “El pasado es la estela que deja el barco y la estela no mueve el barco”.
- Uno debe asumir los problemas de los demás como propios y debe apenarse y preocuparse constantemente por ellos.
- Ante cualquier problema existe una solución perfecta y es catastrófico si esa solución no se alcanza.
- Se necesita contar con alguien más fuerte y más grande que uno mismo.

- Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieto/a o preocuparme constantemente por la probabilidad de que ocurra lo peor.
- Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas por sus defectos y malas acciones.
- No tendríamos que sentir dolor, tenemos derecho a una buena vida.
- Está mal ser egoísta; es un error ser egoísta.

Finalizamos la sesión explicando cómo se genera la sensación de agobio y, una vez más, mandamos tareas para realizar en casa.

**4ª. Reestructuración cognitiva (II) El proceso del debate.** En esta sesión terminamos el módulo de reestructuración cognitiva. Para ello completamos el modelo ABC de Ellis añadiendo 2 subapartados: D y E. D se refiere al debate que podemos hacer a nuestros pensamientos o creencias centrales. Se trata de cuestionar los pensamientos. E es la respuesta emocional más positiva derivada del debate. Planteamos 3 tipos de debates: Análisis Lógico, que busca identificar las distorsiones cognitivas o ideas irracionales sobre las que se sustenta el pensamiento y modificarlas; Análisis Empírico, que discute la validez del pensamiento, para ello se proporcionó a los participantes de la sesión una serie de preguntas tales como cuál es la evidencia a favor y en contra del pensamiento, si existe sobreestimación de la propia responsabilidad de los sucesos, etc.; por último, Análisis Adaptativo, que cuestiona la utilidad del pensamiento, sus ventajas e inconvenientes.

**5ª. Estrategias alternativas del control del pensamiento: Entrenamiento autoinstruccional y parada de pensamiento.** El objetivo de esta sesión fue completar el abordaje cognitivo de los pacientes con lupus. Para ello añadimos 2 estrategias alternativas a la TREC de Ellis siguiendo con el objetivo del control de pensamiento.

a) *Entrenamiento autoinstruccional*: Siempre estamos en conversación “interior” con nosotros mismos, incentivándonos a llevar a cabo intenciones, reprochándonos, justificándonos por algo, etc. De modo que las auto-instrucciones influyen de forma clave en cómo se sienten y comportan los individuos. Las auto-instrucciones positivas pueden generar sentimientos de bienestar y comportamientos adaptativos que permitan a los sujetos enfrentarse mejor a las situaciones que les producen estrés.

El objetivo es afrontar la emoción en situaciones que desencadenan emociones negativas. Para ello se recomienda seguir un esquema de varias fases: preparación para el estímulo estresante (ya conocido), enfrentamiento a él y reforzamiento una vez superado.

b) *Parada del pensamiento*: Consiste en la interrupción enérgica del pensamiento centrado en un estímulo negativo, creando otro que requiera toda la atención, de modo que el anterior quede desplazado y no aparezca o dure el menor tiempo posible en el pensamiento. Técnicas recomendadas para ello son pensar de forma enérgica en una situación agradable conocida, en algo que produzca placer tras interrumpir el pensamiento negativo, repetirse palabras tales como “basta”, “stop”, etc.

#### 6ª. **Técnicas de desactivación: Respiración diafragmática y relajación**

**muscular profunda. Los cortocircuitos** . Una vez que hemos dotado a los pacientes de las habilidades cognitivas necesarias para afrontar una situación estresante, pasamos a entrenarles en el control de la activación fisiológica derivada de estas situaciones. Para ello utilizamos 3 técnicas: respiración diafragmática, técnica que entrena a los pacientes en el descenso del diafragma durante la respiración con el objetivo de que entre mayor volumen de oxígeno en los pulmones; relajación muscular profunda, que consiste en que

el paciente aprenda a destensar los músculos con mayor tendencia a la contracción durante las situaciones de estrés; cortocircuitos, con el objetivo de que el paciente disminuya su nivel de activación fisiológica a lo largo del día, instruyéndole para que realice dos paradas de 3 minutos de su actividad habitual cotidiana y practique alguna técnica de desactivación de las anteriormente descritas.

7<sup>a</sup>. **Acercamiento al autodomnio del dolor.** En esta sesión se llevó a cabo la exposición de los dos tipos de dolor físico posibles en los sujetos participantes, el dolor agudo y el crónico y del mecanismo de producción de ambos. Modificar la percepción y actitud frente al dolor crónico es el gran objetivo de esta sesión, por su alta prevalencia entre los sujetos de nuestros grupos de estudio. Se enseñaron y practicaron técnicas destinadas a controlar el dolor, rompiendo los círculos viciosos mantenedores de éste y disminuyendo la experiencia dolorosa. Se llevó a cabo el aprendizaje de una técnica de relajación activa y progresiva de distintos grupos musculares por medio de la cual el paciente aprendería a relajarse y además incrementaría su capacidad de percepción propioceptiva sobre los niveles de tensión muscular, con el objetivo de que fuera finalmente capaz de efectuar una relajación diferencial en función de sus necesidades. Se desarrollaron técnicas guiadas de imaginación, para concentrar la atención en imágenes confortables y relajantes que estimularan una respuesta similar en los músculos. Para evaluar los resultados de la aplicación de las técnicas aprendidas se proporcionó una escala analógica visual y se solicitó a cada sujeto que señalase cómo percibía el dolor antes y después de realizar las técnicas descritas durante todos los días de una semana. 0= no tener dolor, 10= tener el peor dolor posible.

8<sup>a</sup>: **Habilidades sociales (assertividad y derechos asertivos)** En esta sesión se explicó a los pacientes los 3 estilos de relaciones interpersonales: agresivo, pasivo, asertivo. En concreto, hicimos énfasis en el concepto de asertividad, que se definió como

la conducta que permite a las personas comunicarse de la forma más adecuada, conociendo y respetando siempre los derechos propios y los de los demás.

Se insistió en la existencia de los llamados “derechos asertivos” y se hizo un análisis de los mismos, de modo que se facilitase la asimilación y defensa de ellos por parte de los sujetos. Los principales derechos asertivos trabajados fueron: derecho a ser el primero; a ser escuchado; a cometer errores; a cambiar de opinión; a ser independiente; a juzgar los sentimientos propios y aceptarlos como válidos; a hablar de uno mismo sin sentirse cohibido; a demandar ayuda emocional; a sentir malestar y a expresarlo; a decir no sin sentirse culpable; a pedir a los demás lo que se quiere (respetando que los demás pueden decir “no”); a expresar los gustos e intereses; a no justificarse ante los demás; a no obedecer los consejos de los demás; al descanso y a estar solo; a la crítica y a la protesta; a ser informado.

Por último, los pacientes fueron estimulados para recordar los derechos más significativos desde su punto de vista y reflexionar sobre ellos. Para ello rellenaron una serie de preguntas cortas al final de la sesión.

9ª: **Decir no.** (Ver anexo 13). La dificultad para rechazar una propuesta, una situación, una carga, etc., que no es conveniente aceptar en determinados momentos de la vida por distintas razones, puede suponer para el paciente de lupus una fuente de estrés añadida a las cotidianas que, con frecuencia, no maneja de forma eficaz. En esta sesión se dieron claves y pautas de actuación para aprender a decir “no” sin sentirse mal por hacerlo, reconociendo el derecho a ello de todas las personas. La técnica de petición de cambio de conducta a otra persona consiste en que el paciente aprenda la manera adecuada de pedir a otra persona vinculada a él que modifique alguna pauta de su conducta que le resulta molesta o dañina. Esta técnica tiene 4 pasos: 1º describir la situación molesta, 2º exponer los sentimientos asociados a ella, 3º describir la conducta

alternativa que se propone como más adecuada y 4º. pedir a la persona implicada que exprese su opinión al respecto.

Por último, se enseñaron diversas técnicas de habilidades sociales que se emplean en la práctica de la psicología clínica para enseñar a los sujetos a evitar la manipulación y anulación de sus derechos básicos o asertivos. Entre ellas destacan: “Técnica del disco rayado”, consistente en reiterar la opinión o actitud ya decidida, sin ceder pero evitando la actitud agresiva o violenta; “Técnica del banco de niebla”, en la que el sujeto se muestra aparentemente de acuerdo con el interlocutor pero no cede en su intención.

10ª: **La estrategia del humor y del optimismo.** (Ver anexo 14) Actualmente el humor y el optimismo son considerados como otra de las estrategias de afrontamiento del estrés, ya que tienen un papel amortiguador del estrés, además de ser generadores de bienestar físico. Está demostrado que el humor ayuda a mantener el equilibrio, permite el distanciamiento de los problemas y los diluye, aportando posibles soluciones y nuevas perspectivas. Por tanto, en esta sesión se intentó concienciar a los pacientes de la importancia de afrontar las situaciones con sentido del humor, por lo que se proporcionaron distintas formas de adquirirlo y mantenerlo.

La recogida de las variables psicológicas y físicas antes descritas se hizo en cuatro momentos a lo largo del estudio:

- **basal**, en abril 2004 (al inicio del estudio)
- **al terminar la terapia**, en julio 2004 (es decir a los 3 meses del inicio del estudio)
- en enero 2005 (**a los 9 meses** del inicio del estudio) y
- en julio 2005 (**a los 15 meses** del inicio del estudio, es decir, un año después de haber finalizado la terapia).

Para ello nos pusimos en contacto telefónicamente con cada uno de los pacientes, para indicarles cuándo debían venir, pues les distribuimos a lo largo de 3 ó 4 días consecutivos en cada momento para organizar mejor la recogida de los datos.

Por último, para recordar los conceptos básicos de las sesiones de la terapia, impartimos una serie de sesiones “booster” o de recuerdo, con el objetivo de reforzar el efecto de la terapia. Se realizaron 3, una cada 2 meses tras el 2º momento de evaluación, siendo la primera en febrero 2005, momento a partir del cual estimamos que podía iniciarse el agotamiento del efecto completo de la terapia. Las siguientes fueron en abril 2005 y junio 2005.

#### **4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se trata de un estudio prospectivo aleatorizado y controlado que se inició en diciembre de 2003 y concluyó en julio 2005.

Para comprobar si estaban igualadas las características basales de los pacientes de ambos grupos, éstas se compararon mediante análisis de la varianza (ANOVA). Los resultados obtenidos, tanto de las variables psicológicas como físicas, mostraron la ausencia de diferencias significativas en todas ellas entre los dos grupos.

Para comprobar el efecto de la terapia sobre las variables descritas realizamos sucesivos análisis estadísticos. En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), para cada una de las variables analizadas, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (grupo GT y grupo GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). Las variables dependientes fueron las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés, percepción de estrés, ansiedad, depresión,

autoeficacia, síntomas somáticos, niveles de antiADNn, complemento C3 y C4 y SLEDAI. Para el análisis de los brotes consideramos 2 niveles para el primer factor y otros dos niveles el segundo factor (número de brotes en los quince meses antes de la terapia y número de brotes en los 15 meses tras la terapia). En los factores de medidas repetidas se aplicó la corrección de Greenhouse-Geisser. Posteriormente, en el caso de las variables en que existía interacción entre la variable terapia y grupo, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (intergrupo) en los diferentes momentos evaluados se realizaron diferentes análisis de varianza (ANOVA), siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente los valores de las distintas variables. Finalmente, se realizaron análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de cada uno de los dos grupos (intrasujeto) en las distintas variables registradas en el momento inicial del estudio y los 3 momentos posteriores.

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

#### **1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO.**

De los 70 pacientes que asistieron a la reunión informativa inicial en el proceso de captación, 20 de ellos no presentaban niveles significativos de estrés y 2 cumplían algún criterio de exclusión (analfabetismo y dificultad física para asistir a las sesiones). Los 48 pacientes que quedaron seleccionadas se distribuyeron de forma aleatoria, quedando clasificados en dos grupos: un grupo de pacientes con lupus y estrés que recibirían la terapia (GT) (n= 24) y otro grupo control de pacientes con lupus y estrés que recibirían los cuidados habituales (GC) (n= 24). Posteriormente, 3 pacientes fueron excluidos del estudio: una paciente por embarazo y cambio en la disposición para participar en el estudio, otra por diagnóstico de enfermedad grave intercurrente y, por último, un paciente que presentaba valores habituales de antiADNn demasiado altos fue considerado “outlier” o “valor atípico”, por lo que se excluyó para evitar artefactos en los resultados. Estos pacientes pertenecían al grupo de terapia. De modo que, finalmente, el estudio contó con 45 participantes, 42 mujeres (91.3%) y 3 hombres (8.7%), que quedaron distribuidos en los dos grupos: un grupo de pacientes con lupus y estrés que

recibirían la terapia (n= 21) y otro grupo control de pacientes con lupus y estrés que recibirían los cuidados habituales (n= 24). De ellos, 36 sujetos padecían LES y 9 tenían LCC.

En el momento basal, ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a edad, proporción de sexos, nivel de estudios y proporción de ambos subgrupos de lupus. Fueron también homogéneos en los niveles de vulnerabilidad al estrés, cantidad de estrés y tipos de estresantes, niveles de depresión, ansiedad y percepción de síntomas, niveles de autoeficacia, incidencia de brotes de la enfermedad y SLEDAI basal (tabla 1).

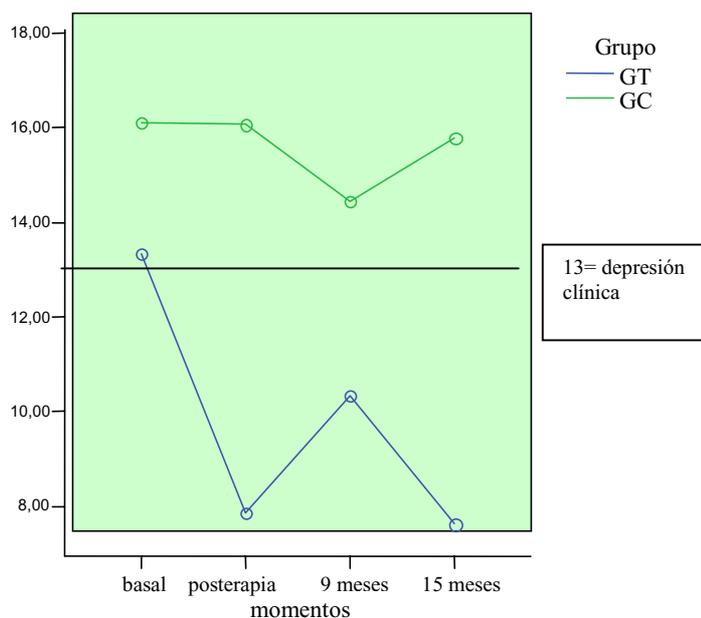
**Tabla 1:** Características basales de los pacientes del estudio. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

CARACTERÍSTICAS	G. TERAPIA (GT) N= 21	G. CUIDADOS HABITUALES (GC) N= 24	P
Edad (años)	43,77 ± 9,88	40,41 ± 10,67	0,276
% sexos (mujeres)	81,8%	95,8%	
Nivel de estudios (años)	9,38±3,23	9,90±3,62	0,656
SLEDAI	3,58 ± 3,75	3,93 ± 2,93	0,777
Incidencia brotes	0,73 ± 1,09	0,35 ± 0,48	0,174
C3 (mg/ dL)	96,91 ± 20,26	96,22 ± 23,52	0,999
C4 (mg/ dL)	18,52 ± 12,53	18,11 ± 5,54	0,902
AntiDNAn (UI/ mL)	38,97 ± 69,54	21,81 ± 32,69	0,364
Vulnerabilidad estrés	12,59 ± 4,8	12,50 ± 5,02	0,953
Percepción de estrés	89,81 ± 21	90,69 ± 19,28	0,895
Síntomas referidos	119,45 ± 42,57	129,16 ± 45,13	0,229
Autoeficacia	24,73 ± 4,99	25,16 ± 5,21	0,812
Depresión	14,57 ± 9,92	16,61 ± 11,27	0,308
Ansiedad	64,52 ± 28,65	68,55 ± 24,77	0,642

## 2. VARIABLES EMOCIONALES.

### 2.1. Depresión.

Tal como se puede apreciar en la figura 1, el grupo que recibió la terapia presentó una disminución en los niveles de depresión al final de la misma. Tal disminución se mantuvo a los 9 y a los 15 meses del estudio. Sin embargo, no se observó tal efecto en el grupo control, cuyos pacientes mostraron puntuaciones de depresión constantes y próximas a la depresión clínica en todos los momentos de evaluación.



**Fig. 1:** Representación de las puntuaciones de depresión en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En la tabla 2 se presentan los resultados del

análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo ( $F(1,30)= 5,630$ ;  $p=0,002$ ).

**Tabla 2:** ANOVA momento\*grupo para la variable depresión.

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	$F(1, 30)= 3.055$	0.090
Momento	$F(3, 30)= 4.730$	0.006
Momento*grupo	$F(3, 30)= 5.63$	0.002

Posteriormente, y dado que existía interacción entre la variable terapia y grupo, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, se realizaron cuatro análisis de varianza (ANOVA), siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario de depresión. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia ( $F(1, 40)= 8,327$ ;  $p= 0,006$ ), y a los 15 meses del estudio ( $F(1, 40)= 9,686$ ;  $p= 0,003$ ), siendo las diferencias halladas no significativas a los 9 meses ( $F(1, 40)= 2,039$ ;  $p= 0,161$ ). No existían diferencias al comienzo del estudio. Las medias del GT (7,85, 10,33, 7,61 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron menores que las del GC (17,09, 14,85, 16,55 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente).

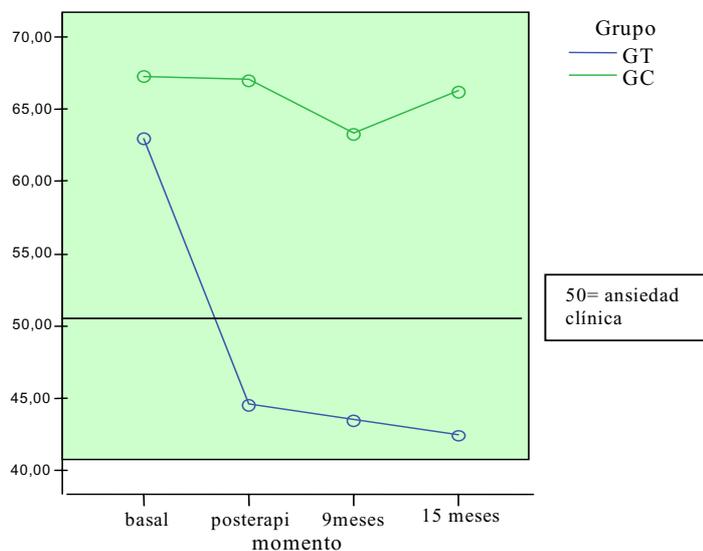
Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión registradas en el momento inicial del estudio y los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos. Los resultados se representan en la tabla 3.

**Tabla 3:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable depresión. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
GT	Basal- 3 meses	6,500	1,351	0,001**
	9 meses	3,500	1,216	0,063
	15 meses	6,611	1,788	0,011**
GC	Basal- 3 meses	0,143	1,300	1,000
	9 meses	2,194	2,194	1,000
	15 meses	1,494	1,494	1,000

## 2.2. Ansiedad

Tal como se puede apreciar en la figura 2, el GT presentó una disminución en los niveles de ansiedad al final de la terapia. Tal disminución se mantuvo a los 9 y a los 15 meses del estudio por debajo de la media de la población normal. Sin embargo, no se observó tal efecto en el GC. Los pacientes de este grupo presentaron puntuaciones de ansiedad constantes en todos los momentos de evaluación, estando éstas por encima del 65% de la población normal.



**Fig. 2:** Representación de las puntuaciones de ansiedad en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En los factores de medidas repetidas se aplicó la corrección de Greenhouse-Geisser. Los resultados se presentan con los grados de libertad originales y los valores de probabilidad corregidos. En la tabla 4 se presentan los resultados del análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo ( $F(3,38)= 6,285$ ;  $p= 0,001$ ).

**Tabla 4:** ANOVA momento\*grupo para la variable ansiedad. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	$F(1, 38)= 4,600$	0,038
Momento	$F(3, 38)= 6,285$	0,001
Momento*grupo	$F(3, 38)= 6,285$	0,001

Posteriormente, dado que existía interacción entre la variable terapia y grupo, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario de ansiedad. Los resultados encontrados fueron los siguientes:  $F(1, 44) = 7,856$ ;  $p = 0,008$  tras la terapia,  $F(1, 44) = 3,616$ ;  $p = 0,064$  a los 9 meses y  $F(1, 44) = 8,197$ ;  $p = 0,007$  a los 15 meses del estudio. Las medias del GT (44,57; 43,47; 42,42 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron menores que las del GC (69,14; 62,28; 66,50 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente). No existían diferencias al comienzo del estudio.

Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad registradas en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos.

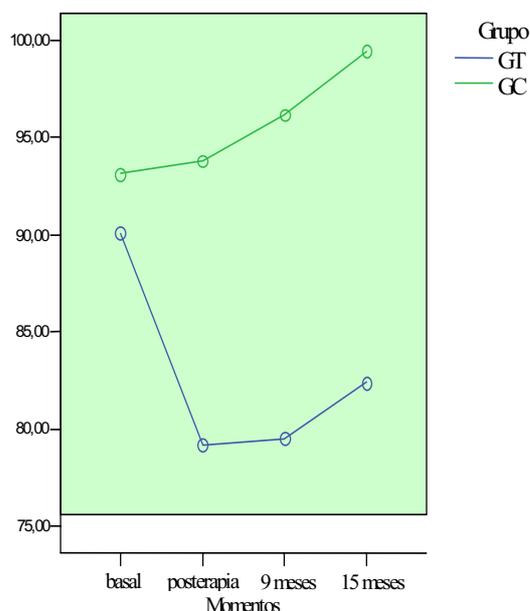
**Tabla 5:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable ansiedad. \* $p < 0,05$ . \*\* $P < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
GT	Basal- 3 meses	18,429	6,179	0,046*
	9 meses	19,524	6,207	0,030*
	15 meses	20,571	5,755	0,011**
GC	Basal- 3 meses	0,026	2,916	1,000
	9 meses	4,000	3,405	1,000
	15 meses	1,053	2,944	1,000

### 3. VARIABLES PSICOLÓGICAS.

#### 3.1. Percepción de Estrés.

Tal como se aprecia en la figura 3, el GT presentó una disminución en la percepción de estrés al final de la misma. A los 9 y a los 15 meses del estudio se mantuvo dicha disminución. Sin embargo, no se observó tal efecto en el GC. Los pacientes de este grupo presentaron puntuaciones de percepción de estrés constantes en todos los momentos de evaluación.



**Fig. 3:** Representación de las puntuaciones de estrés percibido en los diferentes momentos del estudio en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En la tabla 6 se presentan los resultados del

análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo ( $F(3,40)= 3,001$ ;  $p=0,042$ ).

**Tabla 6:** ANOVA momento\*grupo para la variable percepción de estrés. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	$F(1,40)= 6,541$	0,014
Momento	$F(3,40)= 1,633$	0,193
Momento*grupo	$F(3,40)= 3,001$	0,042

Posteriormente, dado que existía interacción entre la variable terapia y grupo, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario de percepción de estrés. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia ( $F(1,43)= 6,965$ ;  $p= 0,012$ ), a los 9 meses ( $F(1,43)= 7,081$ ;  $p= 0,011$ ) y a los 15 meses del estudio ( $F(1, 43)= 6,327$ ;  $p= 0,016$ ). Las medias del GT (79,19; 79,52; 82,38 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron menores que las del GC (92,91; 94,47; 99,26 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente). No existían diferencias al comienzo del estudio.

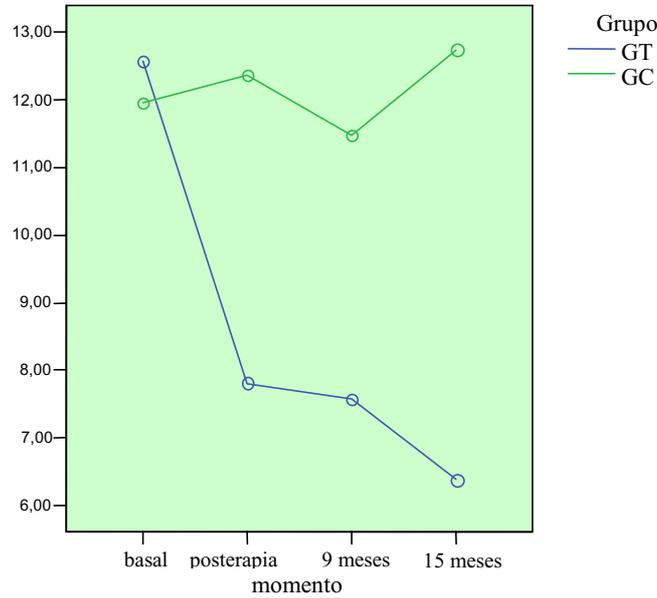
Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de percepción de estrés registradas en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos. Estos resultados se representan en la tabla 7.

**Tabla 7:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable percepción de estrés. \* $p < 0,05$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
GT	Basal - 3 meses	10,905	3,788	0,050*
	9 meses	10,571	4,054	0,101
	15 meses	7,714	4,590	0,650
GC	Basal- 3 meses	-0,667	3,608	1,000
	9 meses	-3,048	3,898	1,000
	15 meses	-6,333	4,318	0,948

### 3.2.Vulnerabilidad al Estrés.

Tal como se puede observar en la figura 4, el GT presentó una disminución en los niveles de vulnerabilidad al estrés al final de la misma. A los 9 y a los 15 meses del estudio se mantuvo dicha disminución. Sin embargo, no se observó tal efecto en el grupo GC. Los pacientes de este grupo presentaron puntuaciones de vulnerabilidad al estrés constantes en todos los momentos de evaluación.



**Fig. 4:** Representación de las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés percibido en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas de vulnerabilidad al estrés con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En la tabla 8 se presentan los resultados del análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo ( $F(3,38)= 12,800$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 8:** ANOVA momento\*grupo para la variable vulnerabilidad al estrés. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	$F(3,38)= 5,471$	0,025
Momento	$F(3,38)= 9,730$	0,000
Momento*grupo	$F(3,38)= 12,800$	0,000

Posteriormente, dado que existía interacción entre la variable terapia y grupo, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario de vulnerabilidad al estrés. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia ( $F(1,42)= 6,196$ ;  $p= 0,017$ ), a los 9 meses ( $F(1,42)= 3,766$ ;  $p= 0,059$ ) y a los 15 meses del estudio ( $F(1,42)= 14,035$ ;  $p= 0,001$ ). Las medias del GT (7,80; 7,57; 6,38 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron menores que las del GC (11,68; 11,30; 12,14 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente). No se observaron diferencias al comienzo del estudio.

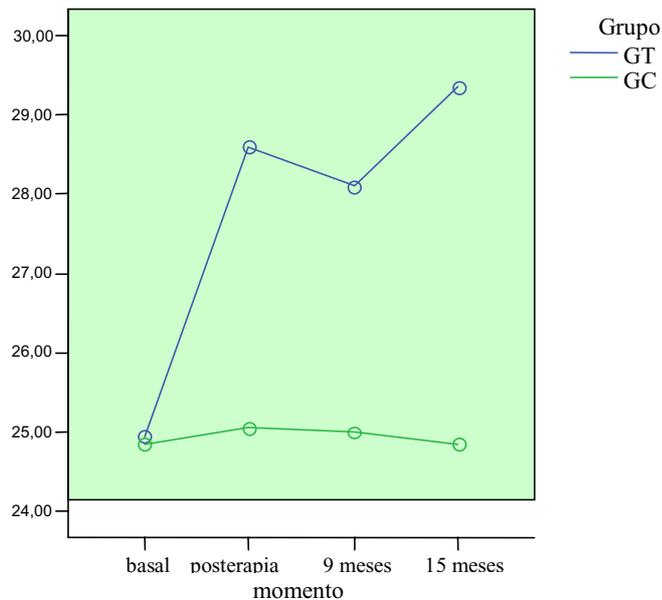
Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de percepción de estrés registradas en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos (análisis intrasujeto). Estos resultados se ven en la tabla 9.

**Tabla 9:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable vulnerabilidad al estrés. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
GT	Basal - 3 meses	4,762	0,886	0,000**
	9 meses	5,000	1,257	0,004**
	15 meses	6,190	1,018	0,000**
GC	Basal - 3 meses	-0,421	0,632	1,000
	9 meses	0,474	0,796	1,000
	15 meses	-0,789	0,580	1,000

#### 4. VARIABLE MODULADORA DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO: AUTOEFICACIA

Tal como se puede apreciar en la figura 5, el GT presentó un aumento en los niveles de autoeficacia al final de la misma. Tal tendencia al aumento se mantuvo a los 9 y a los 15 meses del estudio. Sin embargo, no se observó tal efecto en el GC, cuyos pacientes mostraron puntuaciones de autoeficacia bajas en todos los momentos de evaluación.



**Fig. 5:** Representación de la evolución de los niveles de autoeficacia en los diferentes momentos del estudio en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4), teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas de autoeficacia con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En la tabla 10 se

presentan los resultados del análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo ( $F(3,35)= 3,146$ ;  $p=0,045$ ).

**Tabla 10:** ANOVA momento\*grupo para la variable autoeficacia. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	$F(3,35)= 2,316$	0,137
Momento	$F(3,35)= 4,070$	0,018
Momento*grupo	$F(3,35)= 3,146$	0,045

Posteriormente, dado que existía interacción entre la variable terapia y grupo, se realizaron cuatro ANOVAs para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, siendo el factor el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario de autoeficacia. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia ( $F(1,43)= 4,262$ ;  $p= 0,046$ ), a los 9 meses ( $F(1,42)= 5,010$ ;  $p= 0,030$ ) y a los 15 meses del estudio ( $F(1,42)= 6,012$ ;  $p= 0,019$ ). Las medias del GT (28,60; 28,33; 29,62 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron mayores que las del GC (25,05; 25,16; 24,85 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente). No se observaron diferencias al comienzo del estudio.

Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de autoeficacia registradas en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos (análisis intrasujeto). Estos resultados se representan en la tabla 11.

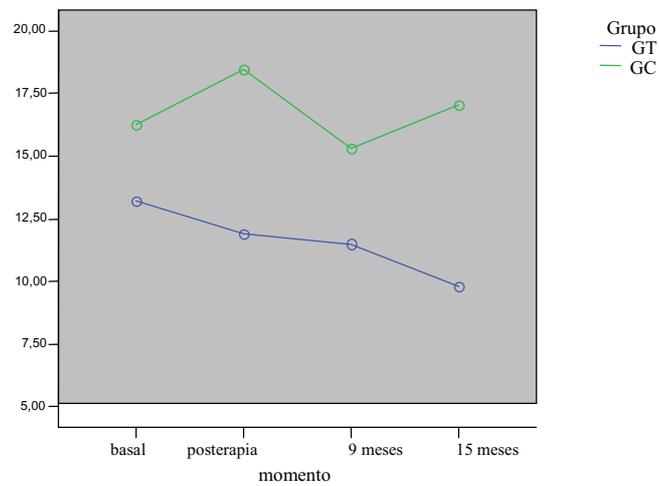
**Tabla 11:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable autoeficacia. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
GT	Basal - 3 meses	-3,650	1,101	0,022*
	9 meses	-3,150	0,802	0,005**
	15 meses	-4,400	0,884	0,001**
GC	Basal - 3 meses	-0,200	1,007	1,000
	9 meses	-0,150	0,563	1,000
	15 meses	0,000	0,548	1,000

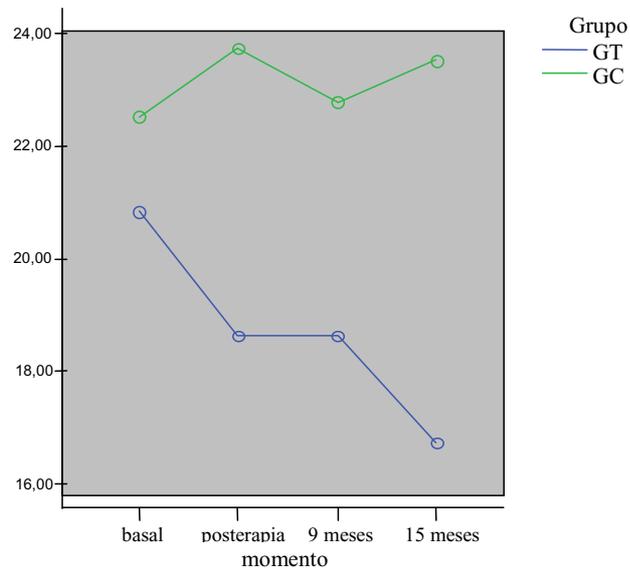
## 5. VARIABLES FÍSICAS.

### 5.1. Síntomas somáticos.

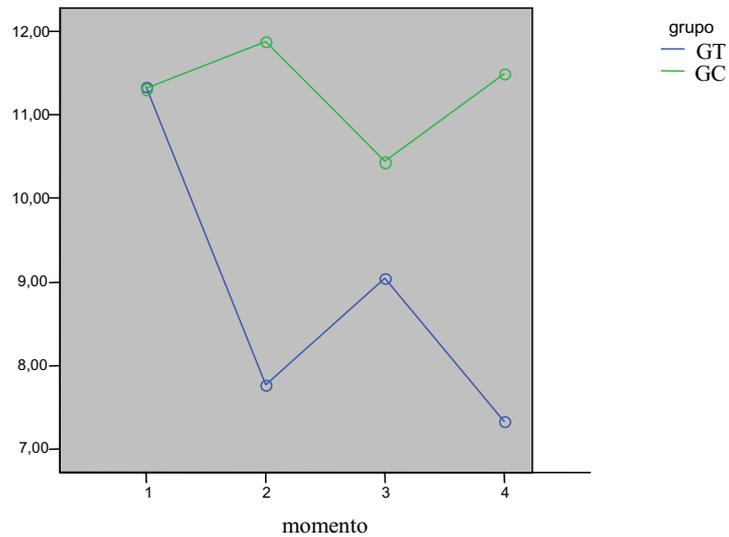
De las 8 subescalas del cuestionario que recogió los síntomas referidos por los pacientes, en 4 de ellos encontramos interacción momento\*grupo. Tal como se puede apreciar en las figuras 6, 7, 8 y 9 el GT presentó mejoría de los síntomas relacionados con la piel y los síntomas músculo-esqueléticos, así como de los relacionados con el área cardiovascular y respiratoria al final de la terapia. Esta mejoría se mantuvo a los 9 y a los 15 meses del estudio. Sin embargo, no se observó tal efecto en el GC, cuyos pacientes mostraron puntuaciones similares en todos los momentos del estudio. Los síntomas referidos al área inmunológica, genitourinaria, gastrointestinal y neurológica no experimentaron modificación significativa atribuible a la terapia.



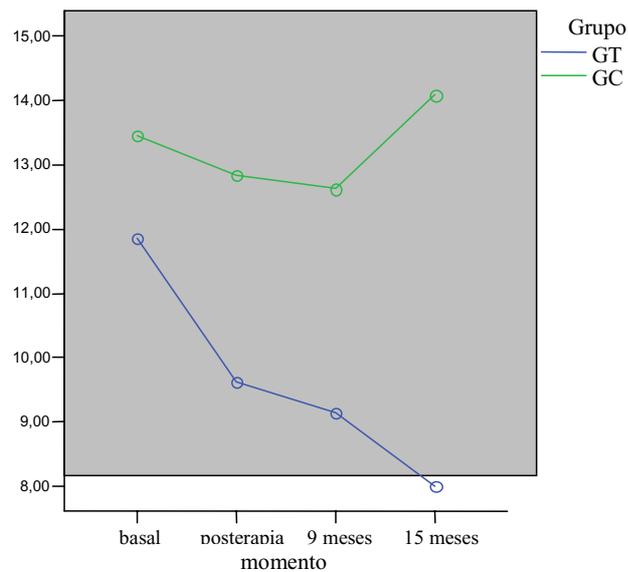
**Fig. 6:** Representación de las puntuaciones de las **manifestaciones cutáneas** en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



**Fig. 7:** Representación de las puntuaciones de las **manifestaciones músculo-esqueléticas** en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



**Fig. 8:** Representación de las puntuaciones de las **manifestaciones cardiovasculares** en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



**Fig. 9:** Representación de las puntuaciones de las **manifestaciones respiratorias** en los diferentes momentos en ambos grupos. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4) para cada una de las variables, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En la tabla 12 se presentan los resultados del análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo en cada una de las variables.

**Tabla 12:** ANOVA momento\*grupo para las variables de síntomas referidos. \*p< 0,05; \*\*p<0,02. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

SÍNTOMAS	FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Cutáneos	Grupo	F(1,36)= 5,807	0,022*
	Momento	F(3,36)= 2,257	0,099
	Momento*grupo	F(3,33)= 2,889	0,050*
Músculo-esqueléticos	Grupo	F(1,36)= 2,955	0,094
	Momento	F(3,36)= 1,105	0,347
	Momento*grupo	F(3,36)= 2,855	0,048*
Cardiovasculares	Grupo	F(3,41)= 1,144	0,191
	Momento	F(3,41)= 2,597	0,065
	Momento*grupo	F(3,41)= 3,216	0,032*
Respiratorios	Grupo	F(1,43)= 2,654	0,111
	Momento	F(3,43)= 2,252	0,097
	Momento*grupo	F(3,43)= 2,912	0,047*
Inmunológicos	Grupo	F(1,40)= 3,281	0,078
	Momento	F(3,40)= 1,316	0,273
	Momento*grupo	F(3,40)= 0,362	0,765
Gastrointestinales	Grupo	F(1,40)= 0,237	0,629
	Momento	F(3,40)= 1,678	0,187
	Momento*grupo	F(3,40)= 0,512	0,635
Neurológicos	Grupo	F(1,40)= 1,792	0,188
	Momento	F(3,40)= 8,179	0,000**
	Momento*grupo	F(3,40)= 1,675	0,189
Genitourinarios	Grupo	F(1,40)= 3,563	0,067
	Momento	F(3,40)= 0,657	0,571
	Momento*grupo	F(3,40)= 1,333	0,268

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados se realizaron cuatro ANOVAs para cada uno de los grupos de síntomas referidos en los que se encontró interacción de la terapia. El factor fue el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente fue la puntuación obtenida en cada una de las subescalas de síntomas. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia, tal como se puede ver en la tabla 13.

**Tabla 13:** ANOVAs de los síntomas que presentaban interacción con la terapia. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

SÍNTOMAS	GRUPO	MEDIAS			SIGNIFICACIÓN		
		Tras terapia	9 meses	15 meses	Tras terapia	9 meses	15 meses
Cutáneos	GT	11,90±6,44	12,19±7,59	10,38±7,14	F(1,41)=4,064; p= 0,051*	F(1,41)=1,307; p= 0,259	F(1,41)=7,126; p=0,011**
	GC	16,42±8,00	14,83±7,86	16,52±7,75			
Músculo-esqueléticos	GT	18,80±8,32	18,85±9,78	17,00±9,42	F(1,43)=2,337; p= 0,134	F(1,43)=0,471; p=0,496	F(1,43)=3,780; p=0,050*
	GC	23,09±9,92	20,95±10,44	22,72±9,87			
Cardiovasculares	GT	7,76±6,41	9,04±7,69	7,33±6,51	F(1,43)=2,476; p= 0,123	F(1,42)=0,959; p=0,333	F(1,43)=3,552; p=0,067
	GC	11,09±7,39	11,33±7,91	11,31±7,30			
Respiratorios	GT	9,61± 7,07	9,14± 8,39	8,04±6,12	F(1,44)=1,976; p= 0,167	F(1,44)=1,851; p= 0,181	F(1,44)=7,012; p=0,011**
	GC	12,83±8,12	12,62±8,71	14,08±8,82			

Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para cada uno de los síntomas que presentaron interacción con la terapia, con el objetivo de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los cuestionarios de síntomas registrados en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos (análisis intragrupo). Estos resultados se pueden ver en la tabla 14.

**Tabla 14:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para las variable de referencia de síntomas. \* $p < 0,05$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

SÍNTOMAS	GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
Cardiovasculares	GT	Basal-3meses	3,571	1,234	0,054*
		9 meses	2,286	1,483	0,834
		15 meses	4,000	1,423	0,050*
	GC	Basal-3meses	-0,045	0,791	1,000
		9 meses	-0,318	-0,045	1,000
		15 meses	-0,273	0,958	1,000
Músculo-esqueléticos	GT	Basal-3meses	2,211	1,358	0,726
		9 meses	2,211	1,511	0,965
		15 meses	4,105	1,567	0,104
	GC	Basal-3meses	-1,211	0,786	0,845
		9 meses	-0,263	1,315	1,000
		15 meses	-1,000	1,333	1,000
Cutáneos	GT	Basal-3meses	1,300	1,342	1,000
		9 meses	1,700	1,290	1,000
		15 meses	3,400	1,466	0,190
	GC	Basal-3meses	-2,200	1,126	0,426
		9 meses	0,933	1,255	1,000
		15 meses	-0,800	1,335	1,000
Respiratorios	GT	Basal-3meses	2,238	1,228	0,501
		9 meses	2,714	1,568	0,593
		15 meses	3,857	1,642	0,175
	GC	Basal-3meses	0,625	0,916	1,000
		9 meses	0,833	0,706	1,000
		15 meses	-0,625	1,061	1,000

### **5.2. Actividad de la Enfermedad: SLEDAI y brotes.**

La actividad de la enfermedad mostró valores similares en ambos grupos en el momento inicial del estudio. El valor de SLEDAI del GT era  $3,58 \pm 3,75$ , mientras que el del grupo GC era  $3,93 \pm 2,93$  ( $p=0,777$ ).

El ANOVA mixto  $2 \times (4)$  no mostró interacción momento\*grupo,  $F(3,30)=1,146$ ;  $p=0,330$ ). Sin embargo, los análisis de varianza univariante (ANOVA), donde el factor fue el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente fue la puntuación obtenida en el SLEDAI, mostraron que las medias del GT (2,61, 2,50, 2,58 tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente) fueron menores que las del GC (4,60, 3,80, 3,00) tras la terapia y a los 9 y 15 meses respectivamente), sin evidencias de diferencias estadísticamente significativas.

La incidencia de brotes clínicos a lo largo del año previo al inicio del estudio fue similar en ambos grupos, siendo  $0,73 \pm 1,09$  en el GT y  $0,35 \pm 0,48$  en el GC. El ANOVA mixto  $2 \times (2)$ , siendo el primer factor el grupo con 2 niveles (GT y GC) y el segundo factor el momento con 2 niveles (antes de la terapia y después de la terapia), no mostró interacción momento\*grupo ( $F(1,33)=0,874$ ;  $p=0,357$ ), significando esto que no existía cambio en la evolución de la incidencia de brotes clínicos atribuible al efecto de la terapia.

### **5.3. ADNn, Complemento sérico C3 y C4**

Los niveles serológicos de ADNn fueron similares en los dos grupos al inicio del estudio. El ANOVA mixto  $2 \times (4)$ , siendo el primer factor el grupo con 2 niveles (GT y GC) y el segundo factor el momento de la determinación de ADNn, con 4 niveles (basal, postterapia, 9 meses, 15 meses) no mostró interacción momento\*grupo en esta variable

( $F(3,35) = 2,498$ ;  $p = 0,071$ ). Por tanto, no se encontraron diferencias significativas a lo largo del estudio atribuibles al efecto de la terapia.

Así mismo, los niveles de complemento C3 y C4 también fueron homogéneos en ambos grupos al inicio del estudio. No se ha encontrado interacción en los ANOVAs realizados sobre el complemento sérico, siendo  $F(3,36) = 0,761$ ;  $p = 0,479$  para C3 y  $F(3,36) = 2,018$ ;  $p = 0,124$  para C4. Estos resultados se exponen a continuación, en la tabla 15.

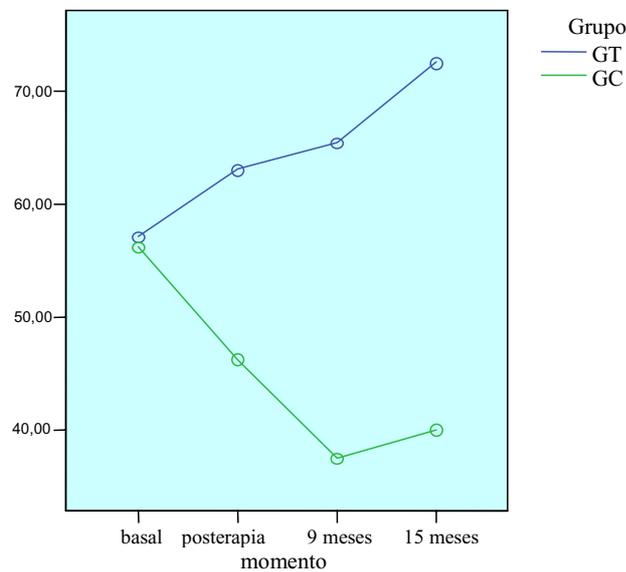


**Tabla 15:** Representación de los ANOVAs de los niveles de complemento sérico y de ADNn. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

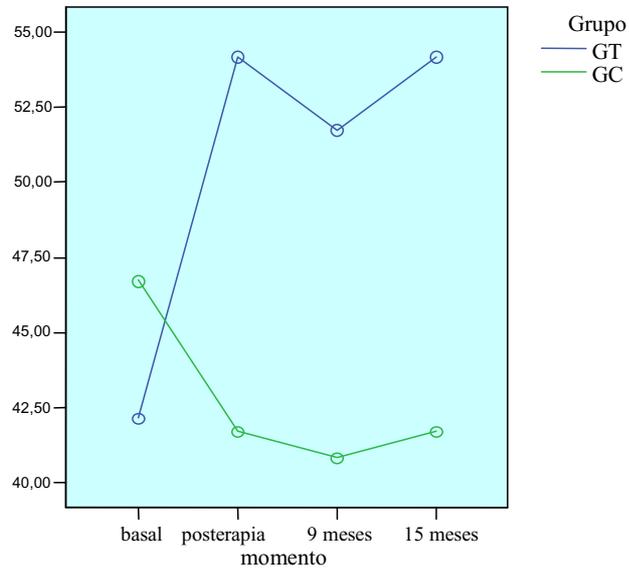
MEDIDA	GRUPO	MOMENTOS DE EVALUACIÓN					
		Tras terapia		9 meses		15 meses	
		Valores medios	p	Valores medios	P	Valores medios	p
C 3	GT	96,03±22,83	F(1,44)=1,192; p=0,281	97,25±20,44	F(1,44)=0,015; p=0,903	93,29±16,60	F(1,44)=0,002; p=0,965
	GC	103,47±22,81		98,20±28,46		93,02±23,30	
C4	GT	20,29±13,49	F(1,44)=0,047; p=0,829	22,34±13,73	F(1,44)=0,116; p=0,735	23,20±14,21	F(1,44)=0,058; p=0,810
	GC	20,99±7,93		23,20±14,31		22,32±7,34	
ADNn	GT	40,30±62,17	F(1,41)=2,641; p=0,112	30,18±59,71	F(1,44)=1,629; p=0,209	23,78±42,53	F(1,44)=0,120; p=0,731
	GC	16,35±28,94		13,16±21,48		19,60±35,82	

## 6. CALIDAD DE VIDA

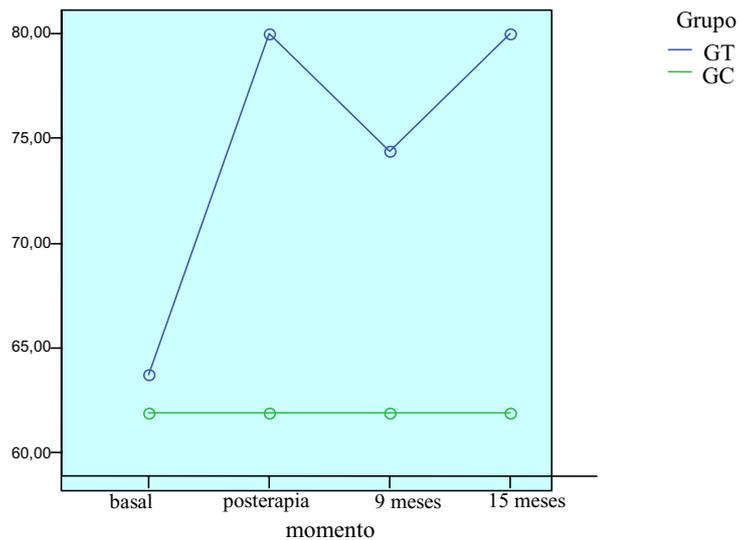
Tal como se puede apreciar en las figuras 10, 11, 12, 13 y 14, el grupo que recibió la terapia presentó un aumento en su calidad de vida: menores problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física, así como menor interferencia de sus problemas físicos o emocionales sobre sus actividades sociales, disminución del dolor y de las limitaciones relacionadas con el mismo. Los sujetos del GT experimentaron además mayor salud mental, representada por mayor sensación de felicidad y menor depresión y nerviosismo y mejor evaluación de su estado de salud general. Por último, las puntuaciones en salud global tanto física como psíquica mejoraron en los sujetos tratados. Ninguno de estos parámetros experimentó cambios a lo largo del estudio en los pacientes del GC.



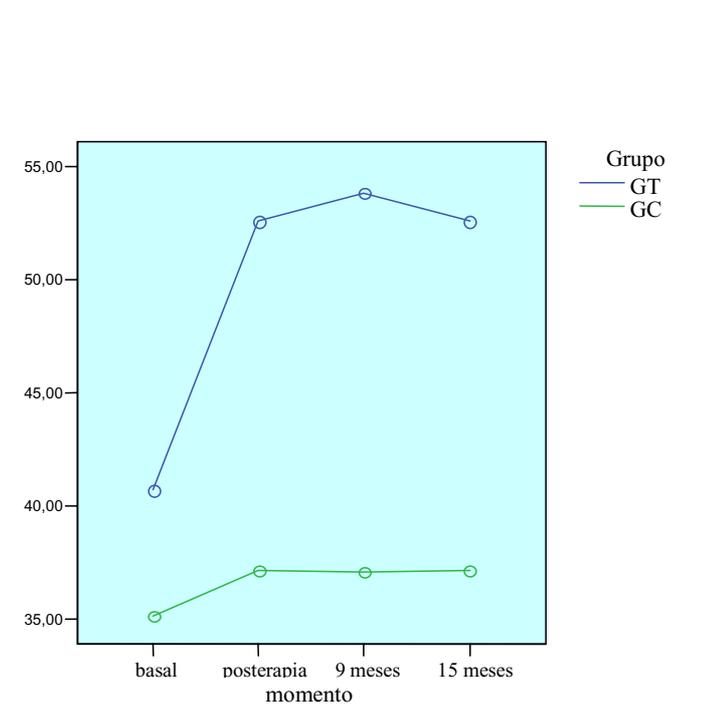
**Fig. 10:** Representación de la evolución del **rol físico** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



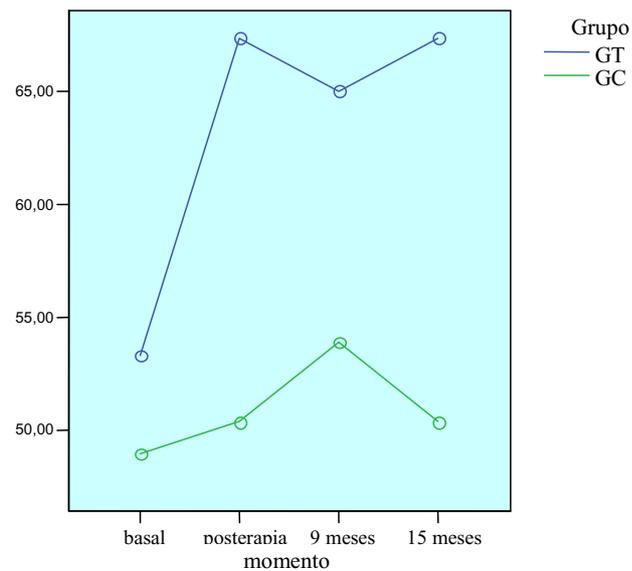
**Fig. 11:** Representación de la evolución del **dolor corporal** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



**Fig. 12:** Representación de la evolución de la **función social** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

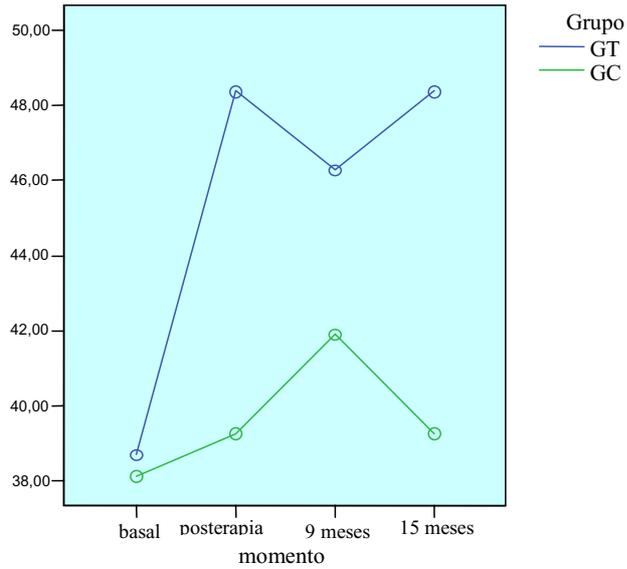


**Fig. 13:** Representación de la evolución de la **salud general** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

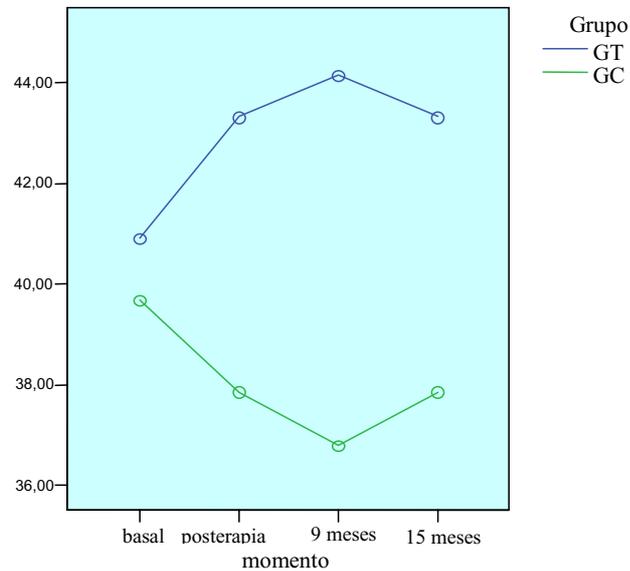


**Fig. 14:** Representación de la evolución de la **salud mental** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

Así mismo, observamos una mejoría significativa en los índices generales de salud física y psíquica en el grupo de pacientes tratados, tal como se representa en las figuras 15 y 16.



**Fig. 15:** Representación de la evolución del índice general de **salud psíquica** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.



**Fig. 16:** Representación de la evolución del índice general de **salud física** en los diferentes momentos en los dos grupos de pacientes. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

En primer lugar, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2 x (4) para cada una de las subescalas de calidad de vida, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (GT y GC) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas de cada una de las subescalas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 9 meses y a los 15 meses). En los factores de medidas repetidas se aplicó la corrección de Greenhouse-Geisser. Los resultados se presentan con los grados de libertad originales y los valores de probabilidad corregidos. En las tablas 16 y 17 se presentan los resultados del análisis de varianza, siendo significativa la interacción momento\*grupo en las subescalas rol físico, función social, dolor corporal, salud mental y salud general, así como en los índices globales de salud física y psíquica.

**Tabla 16:** ANOVA momento\*grupo para las subescalas de calidad de vida. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

	FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Rol físico	Grupo	F(1,39)= 2,762	0,105
	Momento	F(3,39)= 0,314	0,765
	Momento*grupo	F(3,39)= 2,778	0,050*
Función social	Grupo	F(1,39)= 2,544	0,119
	Momento	F(3,39)= 3,431	0,044
	Momento*grupo	F(3,39)= 3,431	0,044*
Dolor corporal	Grupo	F(1,39)= 1,187	0,283
	Momento	F(3,39)= 0,780	0,454
	Momento*grupo	F(3,39)= 4,758	0,013**
Salud mental	Grupo	F(1,39)= 2,730	0,107
	Momento	F(3,39)= 6,727	0,002**
	Momento*grupo	F(3,39)= 3,859	0,023*
Salud general	Grupo	F(1,39)= 4,613	0,038*
	Momento	F(3,39)= 6,164	0,006**
	Momento*grupo	F(3,39)= 3,248	0,050*
Rol emocional	Grupo	F(1,40)= 1,496	0,228
	Momento	F(3,40)= 4,092	0,021*
	Momento*grupo	F(3,40)= 0,539	0,584
Vitalidad	Grupo	F(1,34)= 3,105	0,087
	Momento	F(3,34)= 2,606	0,083
	Momento*grupo	F(3,34)= 1,657	0,159
Función física	Grupo	F(1,36)= 2,426	0,128
	Momento	F(3,36)= 3,658	0,018**
	Momento*grupo	F(3,36)= 0,236	0,856

**Tabla 17:** ANOVA momento\*grupo para los índices globales de calidad de vida. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

	FUENTES DE VARIABILIDAD	F	SIGNIFICACIÓN
Salud global física	Grupo	F(1,41)= 2,698	0,108
	Momento	F(3,41)= 0,032	0,961
	Momento*grupo	F(3,41)= 2,757	0,050*
Salud global psíquica	Grupo	F(1,41)= 2,344	0,133
	Momento	F(3,41)= 5,403	0,006**
	Momento*grupo	F(3,41)= 3,058	0,050*

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados se realizaron cuatro análisis de varianza univariante (ANOVA) para cada una de las subescalas del cuestionario de calidad de vida SF-36. El factor fue el grupo, con dos niveles (GT y GC) y la variable dependiente fue la puntuación obtenida en cada una de estas subescalas. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos tras la terapia. En cuanto al índice global de salud física, las medias del GT mantuvieron valores similares tras la finalización de la misma, siendo mayores que las basales. Las puntuaciones del grupo GC fueron menores que las del grupo terapia, y menores que las registradas al inicio del estudio. Estos datos se representan en la tabla 18.

Para comprobar el efecto de la terapia en los diferentes momentos evaluados se realizó la prueba de contrastes de Bonferroni en ambos grupos, que compara las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de calidad de vida en cada una de las subescalas en el momento basal del estudio y las obtenidas después al final de la terapia y a los 9 y 15 meses del estudio (Tabla 19).

**Tabla 18:** Representación de los ANOVAs de la calidad de vida. \* p< 0,05; \*\*p< 0,02. GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

CALIDAD DE VIDA	GRUPO	MEDIAS			P TRAS TERAPIA	P 9 MESES	P 15 MESES
		Tras terapia	9 meses	15 meses			
Rol físico	GT	63,09±39,22	65,47±47,74	72,61±40,23	F(1,43)=2,548; p= 0,118	F(1,43)=4,472; p=0,040*	F(1,43)=8,707; p=0,005**
	GC	42,39±46,11	35,86±45,11	34,78±44,42			
Función social	GT	79,76±24,51	75,59±25,76	79,76±24,51	F(1,43)=5,331; p= 0,026*	F(1,43)=2,843; p=0,099	F(1,43)=5,331; p=0,026*
	GC	60,86±29,26	61,41±29,65	60,86±29,26			
Dolor corporal	GT	54,04±22,69	52,19±23,28	54,04±22,69	F(1,43)=2,474; p=0,123	F(1,43)=0,094; p=0,155	F(1,43)=2,474; p=0,123
	GC	16,42± 8,00	14,83± 7,86	16,52± 7,75			
Salud mental	GT	67,42±23,05	65,38±23,05	67,42±23,05	F(1,42)=4,802; p=0,034*	F(1,42)=2,347; p=0,133	F(1,42)=4,802; p=0,034*
	GC	51,09±25,68	54,36±24,05	51,09±25,68			
Salud general	GT	52,57±24,25	53,42±22,53	52,57±24,25	F(1,41)=5,423; p=0,025*	F(1,41)=6,643; p=0,014**	F(1,41)=5,423; p=0,025*
	GC	36,35±20,87	37,09±18,95	36,35±20,87			
Índice global de salud psíquica	GT	48,38±12,35	45,49±14,08	48,38±12,35	F(1,42)=4,480; p=0,033*	F(1,42)=0,662; p=0,420	F(1,42)=4,480; p=0,033*
	GC	39,27±14,40	41,91±15,00	39,27±14,40			
Índice global de salud física	GT	43,32± 8,73	43,32±11,13	43,32± 8,73	F(1,43)=3,087; p=0,086	F(1,43)=3,424; p=0,071	F(1,43)=3,087; p=0,086
	GC	37,85±11,29	36,79±11,27	37,85±11,29			

**Tabla 19:** Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para las variables de calidad de vida. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,02$ . GT: grupo de terapia, GC: grupo de cuidados habituales.

ÍTEMS	GRUPOS	MOMENTOS EVALUACIÓN	DIFERENCIAS MEDIAS	ERROR TÍPICO	SIGNIFICACIÓN
Rol físico	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-5,952 -8,333 -15,476	11,815 10,109 11,887	1,000 1,000 1,000
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	10,000 18,750 16,250	7,117 6,756 7,538	1,000 0,072 0,265
Función social	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	0,000 0,000 0,000	4,226 4,046 4,226	1,000 1,000 1,000
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-1,211 -0,263 -1,000	0,786 1,315 1,333	0,845 1,000 1,000
Dolor corporal	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-12,050 -9,600 -12,050	5,522 4,192 5,522	0,251 0,202 0,251
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	5,000 5,889 5,000	2,610 4,006 2,610	0,434 0,959 0,434
Salud mental	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-14,100 -11,750 -14,100	3,754 3,351 3,754	0,008** 0,014* 0,008**
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-1,412 -4,941 -1,412	2,764 3,557 2,764	1,000 1,000 1,000
Salud general	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-11,875 -13,150 -11,875	4,187 2,646 4,187	0,063 0,001** 0,063
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-1,988 -1,952 -1,988	2,441 2,541 2,441	1,000 1,000 1,000
Salud global física	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-2,418 -3,255 -2,418	2,311 2,067 2,311	1,000 0,791 1,000
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	1,824 2,881 1,824	1,308 1,224 1,308	1,000 0,168 1,000
Salud global psíquica	GT	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-9,675 -7,571 -9,675	3,128 3,249 3,128	0,036* 0,186 0,036*
	GC	Basal- 3meses 9 meses 15 meses	-1,133 -3,775 -1,133	1,753 2,337 1,753	1,000 0,723 1,000



## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSIÓN**

En este estudio hemos evaluado el efecto de una terapia de afrontamiento del estrés de tipo cognitivo-conductual en un grupo de pacientes con lupus, respecto a otro grupo de pacientes que recibió los cuidados habituales.

Hemos encontrado cambios muy significativos entre los pacientes tratados, en aspectos físicos, psicológicos y emocionales, que ponen de manifiesto la eficacia de la terapia.

#### **1. EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LAS VARIABLES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON LUPUS.**

Con respecto a las variables emocionales, la intervención se ha mostrado muy eficaz, al reducir los niveles de estrés, depresión y ansiedad a corto y a largo plazo en los pacientes que recibieron la terapia. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo de terapia y los del grupo asignado a los cuidados habituales, en las 3 evaluaciones posteriores a la terapia. Cabe destacar que, antes de iniciar el tratamiento, los pacientes de ambos grupos presentaban niveles de

ansiedad superiores a la media, así como niveles de depresión moderada; sin embargo, tras finalizar la terapia, los pacientes tratados presentaban niveles de ansiedad inferiores a los de la población normal, así como desaparición de la depresión. Estos resultados no se encontraron en el grupo control, que no presentó ningún cambio.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Dobkin et al. (2002), que tras aplicar una terapia de tipo psicoeducacional a un grupo de pacientes con lupus concluyeron la falta de eficacia de la intervención, dado que no encontraron mejoría en las variables analizadas en el grupo de pacientes incluido en el tratamiento respecto al grupo control que recibió los cuidados habituales. Sin embargo, nuestros datos presentan similitud con los descritos por Greco et al. (2004), quienes describieron que otras técnicas de tipo cognitivo-conductual produjeron mejoría en el estrés percibido y en los niveles de depresión en las personas con lupus que padecían artritis y dolor al cabo de 9 meses. Hay que destacar que los resultados de nuestro estudio, además de ser más prolongados en el tiempo, se refieren a una población más amplia de pacientes, no sólo a aquellos pacientes que refieren dolor (como el estudio de Greco), siendo, por tanto, más generalizables a la población de pacientes de lupus. Otro aspecto importante de nuestro estudio con respecto a otros es la inclusión de pacientes de ambos sexos, en una proporción similar a la existente en la población lúpica; la mayoría de otros trabajos realizados sobre lupus en general y sobre lupus y estrés en particular, se han llevado a cabo sólo con mujeres. Esta singularidad nos permite hacer extensibles los resultados obtenidos al total de la misma.

Si bien el diagnóstico de la enfermedad puede convertirse en un estresante intenso y extraordinario, son las situaciones de la vida cotidiana y la vivencia de una enfermedad crónica las que mantienen la generación de estrés y determinan el desarrollo de trastornos psicofisiológicos (Peralta *et al.*, 2004). Unos pacientes se adaptan bien el

padecimiento de esta enfermedad crónica; sin embargo, bastantes pacientes carecen de los recursos para hacerlo y como consecuencia pueden presentar diferentes trastornos psicológicos, como estrés, ansiedad y depresión (Pimm *et al.*, 1998; Turner *et al.*, 2000). Con frecuencia, la percepción que tiene el paciente de lupus de su enfermedad difiere de la que tiene el médico que le trata, de modo que el paciente puede entender que el tratamiento de su enfermedad no es todo lo efectivo que sería deseable. De hecho, hasta tal punto son prevalentes el estrés, el trastorno de ansiedad y la depresión, que se encuentran entre las necesidades no cubiertas más importantes referidas por las personas con lupus (Maisiak *et al.*, 1996). Por esto, consideramos esencial la integración de medidas farmacológicas y no farmacológicas en la intervención terapéutica en estos pacientes.

Con respecto a la autoeficacia, en nuestro estudio hemos encontrado que esta variable psicológica, moduladora de la eficacia del tratamiento, mejoró de forma significativa. Además, esa mejoría se mantuvo en niveles similares a lo largo de todo el estudio entre los pacientes que recibieron la terapia. En cuanto a la autoeficacia, Krilson *et al.* (1997) habían demostrado que se trata de un factor psicosocial modificable, y encontró mejoría de la misma al cabo de un año en un grupo al que se le aplicó una terapia psicoeducacional, respecto a un grupo control. La intervención se realizó al mismo tiempo sobre las parejas de los pacientes lúpicos, que asistieron con éstos, de modo que se reforzaba el soporte social. La terapia que empleamos en nuestro trabajo aporta técnicas de mejoría de la autoeficacia que deben desarrollarse a nivel individual por lo que, a diferencia de otros estudios que evaluaron la autoeficacia, no fue necesaria la presencia de los familiares de los pacientes en ninguna de las sesiones. De este modo, probablemente, se refuerza la autoeficacia, en tanto que el paciente aprende que depende de sí mismo.

Podemos concluir que la terapia fue eficaz en la consecución de una mejoría en la capacidad de hacer frente a las situaciones diarias, una mejor percepción de los recursos propios y una menor influencia desestabilizante de los problemas. Esto conduce a un equilibrio emocional consecuencia de la reducción de variables como la ansiedad, la depresión y el estrés y un aumento de la autoeficacia .

## **2. EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LAS VARIABLES FÍSICAS DE LOS PACIENTES CON LUPUS.**

Uno de los objetivos del estudio fue investigar el efecto de la terapia sobre los aspectos físicos de la enfermedad. Una medida específica de la repercusión física de la enfermedad es la representada por la percepción y manifestación de síntomas relacionados con el lupus. Nuestros resultados mostraron que existían diferencias significativas en la manifestación de síntomas entre los dos grupos de estudio. Así, el análisis de los datos mostró que la percepción de síntomas tras la finalización de la terapia fue significativamente menor en los pacientes que habían recibido la terapia, respecto al grupo de pacientes que sólo recibió los cuidados habituales. Los pacientes lúpicos pueden presentar una amplia variedad de síntomas en relación con su enfermedad de base, si bien los más frecuentes son los generales y los referidos al área músculo-esquelética y cutáneos. Nuestro estudio muestra que, tras la terapia de afrontamiento del estrés, se produce una mejoría clara y significativa de estos síntomas, que se mantiene al final del estudio. Así, los pacientes que recibieron la terapia refirieron menos síntomas cutáneos, tales como úlceras o aftas orales, erupciones cutáneas y músculo-esqueléticos, como dolores articulares o musculares, inflamación articular, etc. Aunque menos frecuentemente que los anteriores, las personas con lupus pueden referir también síntomas relativos al área cardiovascular y respiratorio. En nuestro estudio

hemos encontrado que los pacientes que recibieron la terapia también experimentaron mejoría de ambos grupos de síntomas, mientras que los pacientes del grupo control no mostraron dichos cambios. Así, mejoraron síntomas como sensación opresiva precordial, taquicardias, sensación disneica, tos repetitiva, etc.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por Peralta-Ramírez *et al.* (2004), quienes observaron que el incremento del estrés cotidiano producía un empeoramiento de la sintomatología clínica percibida. En esta línea, hemos comprobado que el control del estrés cotidiano en los pacientes con lupus influye sobre los síntomas habituales, reduciendo la percepción y por tanto el padecimiento de los mismos. Cabe destacar la importancia de la reducción de dichos síntomas, ya que, al mismo tiempo que consecuencia del estrés, los síntomas experimentados por los pacientes pueden ser también potentes estresores, de modo que se produce un círculo estrés-síntomas-estrés mantenedor del malestar físico y emocional.

En cuanto al índice de actividad de la enfermedad, a lo largo de los 15 meses de seguimiento, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, hemos observado que los pacientes que recibieron la terapia tendieron a mostrar niveles medios de SLEDAI menores que los pacientes del grupo control en los tres momentos de evaluación tras la terapia. De modo similar, no encontramos diferencias en los valores séricos de complemento C3 y C4 atribuibles a la recepción de la terapia.

Una posible explicación de estos resultados es que actualmente disponemos de un amplio arsenal terapéutico (antipalúdicos, antiinflamatorios, corticosteroides y otros inmunosupresores) que nos permite controlar mejor la actividad de la enfermedad, incluso de forma precoz. Así mismo, realizamos un seguimiento estrecho de los pacientes en las consultas específicas. Por ambas razones, los pacientes mantienen

habitualmente una baja actividad de la enfermedad. Esto podría explicar la falta de disminución significativa en este índice, pues partiendo de bajos niveles de actividad de la enfermedad es más difícil apreciar cambios en la misma.

En este sentido, nuestros resultados son similares a los descritos por otros autores. Wilson *et al.* (2004) aplicaron una intervención psicoeducacional (consistente en una reunión entre el terapeuta y el paciente y su acompañante, seguida de una llamada telefónica mensual durante 5 meses). El objetivo era mejorar el manejo del lupus, a través de la mejoría de la autoeficacia y el soporte social-familiar de los pacientes. Como se sabe, un adecuado soporte social se asocia con un mejor estado de salud (Holden, 1991) y, en el caso de los pacientes con lupus, puede actuar como mediador entre los sucesos estresantes y la enfermedad, reduciendo el impacto del estrés (Sandín *et al.*, 1993). Estos autores no encontraron cambios en la actividad de la enfermedad tras la intervención. Es posible que la falta de relación independiente entre el soporte social y la autoeficacia y la actividad de la enfermedad, justifique la ausencia de cambios significativos en dicha actividad, a pesar de la mejoría significativa de ambos factores.

Por otro lado, Edworthy *et al.* (2003), que consideraban la interferencia de la enfermedad sobre la vida cotidiana (“illness intrusiveness”) como un potente estresor, desarrollaron una terapia soporte-expresiva con el objetivo de facilitar la adaptación del paciente lúpico a su enfermedad, y comprobar si se producía disminución de la interferencia de la enfermedad sobre las actividades cotidianas. Si bien observaron que una mayor interferencia de la enfermedad se relacionaba con niveles mayores de actividad de la misma (medida con SLEDAI), estos autores no encontraron disminución en tales al cabo de 12 meses de seguimiento. Es posible que la influencia persistente de otros factores psicosociales no contemplados en el trabajo descrito (falta de conocimiento de la enfermedad, falta de autoeficacia, etc.) sean los responsables de este

hallazgo. Del mismo modo, Greco *et al.* (2004) no observaron cambios significativos en la actividad de la enfermedad en un grupo de pacientes con lupus y dolor que asistieron a un programa de reducción del estrés con una estrategia de tipo cognitivo-conductual. Los autores reconocen la problemática de medir los efectos de la intervención sobre la actividad del lupus, cuyo curso es fluctuante, en los momentos puntuales predeterminados de evaluación del estudio. Por otro lado, de modo similar a lo que ocurre con nuestro trabajo, los pacientes presentaban bajos niveles de actividad al inicio del estudio, lo que limita la relevancia clínica de cualquier cambio en la actividad.

### **3. EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON LUPUS.**

Por último, evaluamos el efecto de la terapia sobre el nivel global de salud y bienestar, representado por la calidad de vida. El análisis de los resultados del cuestionario de calidad de vida SF-36 ha mostrado que los pacientes del grupo que recibió la terapia mejoraron de forma significativa su salud global psíquica y física, indicando que los pacientes manifestaban menor interferencia de su enfermedad sobre sus actividades diarias y laborales, menor influencia de los problemas físicos o emocionales sobre sus actividades sociales, mayor sensación de tranquilidad y sosiego y en general percepción de una mejor salud.

En nuestro estudio hemos observado mejoría significativa y mantenida a largo plazo en 5 de las 8 subescalas de la calidad de vida (rol físico, dolor corporal, función social, salud mental y salud general), así como en los índices globales de salud física y psíquica. Esto significa que, tras la recepción de la terapia, los pacientes experimentaron menos problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física; mejoría en el dolor y menos limitaciones debidas al mismo; menos interferencia y

limitación en sus actividades sociales debidas a problemas físicos o emocionales; menos sensación de nerviosismo y mayor sensación de paz, calma y tranquilidad durante más tiempo y, por último, los pacientes que recibieron la terapia experimentaron de forma sostenida una mejor percepción de su salud general.

Estos resultados son mejores que los obtenidos por otros autores. Por ejemplo, Wilson *et al.* (2004), que evaluaron la función física en un grupo de pacientes con lupus tras aplicar una intervención psicoeducacional, no encontraron mejoría en el grupo tratado respecto al grupo control a los 6 y a los 12 meses de seguimiento, de modo que la eficacia de la intervención quedó limitada a otros dos aspectos psicosociales evaluados, la autoeficacia y el soporte social. Por otro lado, Dobkin *et al.* (2002) evaluaron la eficacia de una técnica de tipo soporte-expresiva sobre la calidad de vida y, tras 12 semanas de seguimiento, no encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control en la calidad de vida, tampoco en las variables psicológicas medidas ni en los aspectos físicos de la enfermedad.

El hallazgo de un incremento en la calidad de vida de estos pacientes es importante ya que, en estudios previos que han analizado de forma comparativa la calidad de vida en los pacientes con LES respecto a pacientes afectados de otras enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, diabetes mellitus, depresión), se ha visto que las personas que padecen lupus presentan peor calidad de vida que el resto de los enfermos crónicos y a edades más tempranas. En un estudio reciente (Ølly, 2006) se confirmó que la calidad de vida en los pacientes con LES fue significativamente peor en todas las áreas de salud que la de los pacientes con hipertensión arterial, infarto de miocardio o diabetes. En este estudio, los pacientes con depresión presentaron mejor función física y salud general que los pacientes con LES.

En conclusión, la salud general de los pacientes con LES fue significativamente peor que el resto de los grupos de comparación.

La afectación de la calidad de vida de los pacientes lúpicos es con frecuencia independiente de los indicadores de actividad clínica de la enfermedad (Dobkin *et al.*, 1999), pudiendo existir discordancia entre ambas. El afrontamiento del estrés en estos pacientes determina en parte su calidad de vida. En concreto, como demuestran Rinaldi *et al.* (2006), el uso de actitudes pasivas frente a los problemas y la percepción de las situaciones como no modificables empeora su calidad de vida. Esto, junto con el hecho de que los pacientes con lupus disponen en general de menos estrategias de afrontamiento que la población general, y con frecuencia menos eficaces (Schartz *et al.*, 1998), apoyan nuestros resultados en el sentido del efecto beneficioso que ejerce la terapia sobre la calidad de vida de los pacientes.

#### **4. DISCUSIÓN GENERAL**

En nuestra investigación aplicamos una técnica capaz de ofrecer nuevas estrategias de afrontamiento del estrés a los pacientes de lupus, ya que se sabe son menos variadas que en las personas pacientes adultas sanas (Schartz *et al.*, 1998). El estudio descrito ha demostrado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual de afrontamiento del estrés en pacientes con lupus y alto estrés cotidiano, disminuyendo la incidencia de estrés cotidiano, de trastornos emocionales (depresión, ansiedad) y de síntomas físicos percibidos y, en definitiva, mejorando la calidad de vida de los pacientes lúpicos.

Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones, entre las que destacan las siguientes. En primer lugar, el tamaño de nuestra muestra, si bien la investigación en lupus con frecuencia está obligada a hacerse con muestras pequeñas, lo que en algunos

casos puede limitar el poder estadístico y la generalización de los datos. En este sentido, es posible que el tamaño de muestra, además del bajo índice de actividad de la enfermedad, justifique la falta de significación a largo plazo en algunas de las variables físicas medidas. La baja prevalencia de la enfermedad lúpica y los exigentes criterios de selección de pacientes establecidos en nuestro estudio justificaron en gran medida el tamaño de muestra final. Sin embargo, el gran número de variables medidas a lo largo del estudio nos permitió obtener resultados con adecuada fiabilidad y poder de significación estadísticos.

Por otro lado, la inclusión de pacientes con lupus cutáneo crónico, se justifica en nuestro estudio por el conocimiento previo de que los pacientes con lupus cutáneo, como ocurre en los pacientes con LES, empeoran su sintomatología en relación con el padecimiento de estrés cotidiano (Peralta *et al.*, 2004). Consideramos indicada, incluso desde un punto de vista ético, la participación en el estudio de este grupo de pacientes, de modo que pudiéramos comprobar si la terapia era eficaz en ellos.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio cumple los criterios metodológicos de investigación esenciales en un estudio sobre programas de intervención para el manejo de estrés (Basler *et al.*, 2003): 1. Diseño con grupo control y asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales; 2. Periodo de observación suficientemente largo después de finalizar el entrenamiento, que permita comprobar la efectividad del programa a largo plazo; 3. Consideración de los efectos producidos respecto al cambio en el uso de estrategias de afrontamiento así como en el estado de salud

Es importante señalar que, de acuerdo con Goodman *et al.* (2005) la percepción que los pacientes lúpicos tienen de su enfermedad no es estática, sino que puede variar a

lo largo del tiempo, en función de distintas circunstancias personales o externas al individuo. Por ello, creemos que el mantenimiento prolongado de la intervención psicoterapéutica en estos pacientes podría mantener los resultados descritos a lo largo del curso de la enfermedad, de modo que se conservasen bajos niveles de estrés, ansiedad y depresión y altos niveles de autoeficacia.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren, por tanto, una nueva línea eficaz en el tratamiento del lupus, siendo esencial la consideración de los factores psicosociales asociados para comprender cómo experimentan su enfermedad y determinar estrategias de tratamiento (Moses *et al.*, 2005). Las consecuencias del estrés en las personas con lupus pueden ser negativas e inevitables, resultando fundamental la investigación de la eficacia de las estrategias de afrontamiento adecuadas (Seawall *et al.*, 2004; Schattner *et al.*, 2005). No debemos olvidar que, dada la interrelación entre los sistemas neurológico, endocrinológico, psíquico e inmunológico, se hace necesario el abordaje terapéutico multidisciplinar del lupus en particular y de las enfermedades crónicas en general. En este sentido, nuestro estudio muestra que una terapia eficaz dirigida a enseñar al paciente a reconocer los factores estresores que desencadenan respuestas de estrés permitiría a éste predecir su respuesta y minimizar la activación fisiológica y, por tanto, la influencia negativa de la enfermedad sobre su vida cotidiana.

La percepción del paciente de una mejor calidad de vida y de una menor interferencia de la enfermedad sobre su actividad diaria refleja la eficacia de la intervención. Además, la percepción de mejoría por parte del paciente, independientemente de los niveles de actividad de la enfermedad, satisface gran parte de sus demandas y ello probablemente repercutirá en una mejor adhesión al tratamiento farmacológico, con frecuencia insuficiente en los pacientes con enfermedades crónicas (Wingarten *et al.*, 2002), mayor compromiso con el seguimiento en consultas,

asistencia regular a las visitas, mejor interrelación con su ambiente, entorno social, etc. Creemos que el mantenimiento de una buena calidad de vida sería el mejor resultado del tratamiento en estos pacientes. En definitiva, es necesaria una visión global integrada del paciente con lupus, de modo que el tratamiento de los aspectos físico y psíquico se unifiquen con el objetivo común de mejorar su calidad de vida y por tanto su pronóstico.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.**

#### **1. CONCLUSIONES**

1. Los enfermos de lupus con alto estrés cotidiano que recibieron la terapia de afrontamiento del estrés tuvieron una disminución en la percepción de estrés y vulnerabilidad al estrés.

2. Los enfermos de lupus con estrés cotidiano que recibieron la terapia de afrontamiento del estrés presentaron disminución de la ansiedad y depresión hasta niveles por debajo de la media de la población normal, tanto al terminar la terapia como a los 15 meses del estudio.

3. La terapia de afrontamiento del estrés ha demostrado su eficacia sobre variables relacionadas con el ámbito físico de la enfermedad, con mejoría de los síntomas cutáneos y músculo-esqueléticos, cardiovasculares y respiratorios.

4. La calidad de vida de los pacientes que recibieron la terapia de afrontamiento del estrés fue significativamente mayor que la de los pacientes que recibieron únicamente los cuidados habituales, destacando mejoría en la salud mental, función social, rol físico, dolor corporal y salud general.

## **2. PERSPECTIVAS FUTURAS**

Por último, creemos que la investigación en esta línea de enfoque multidisciplinar del lupus (y, en general, de las demás enfermedades crónicas autoinmunes sistémicas) es esencial. Hacemos una serie de propuestas que pensamos sería interesante realizar en un futuro:

1. Realización de un estudio con terapia cognitivo-conductual y objetivos similares a los descritos, con un mayor tamaño de muestra en pacientes con lupus eritematoso sistémico y lupus cutáneo crónico, separadamente.

2. Aumentar la frecuencia de sesiones recuerdo o “booster” para comprobar si se mantienen a largo plazo las diferencias observadas entre ambos grupos en las variables medidas con la misma intensidad que al finalizar la terapia.

3. Investigar la eficacia de la técnica empleada en este estudio en otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

4. Investigar qué mecanismos podrían estar mediando entre la disminución del estrés producida por la terapia aplicada y la disminución de la sintomatología referida por los pacientes.

5. Aplicar la terapia a pacientes con diagnóstico reciente de LES, para evaluar si la intervención podría ser útil desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, pues ya en ese momento puede ser necesario el afrontamiento eficaz del estrés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Abu-Shaka M., Mader R., Langevitz P., Friger M., Codish S., Neumann L. *et al.* Quality of life in systemic lupus erythematosus: a controlled study. *JRheumatol* 1999; 26: 306-309
2. Adams S.J, Dammers P.M., Saia T.L., Brantley P.J, Gaydos G.R. Stress, Depression and Anxiety Predict Average Symptom Severity and Daily Symptom Fluctuation in Systemic Lupus Erythematosus. *JBehav Med* 1994; 17: 459-477
3. Ader R. (1981) An historical account of conditioned immunobiologic responses. En Ader R. *Psychoneuroimmunology* (321-354). New York Academic Press
4. Ader R., Dantzer R., Glaser R., Heijnen C., Irwin M., Padgett D., Sheridan J (2006) *Psychoneuroimmunology, Fourth Edition*. New York Elsevier
5. Bae S.C., Hashimoto H., Wilson E.W, Liang M.H., Daltroy H.L. Variable effects of social support by race, economic status and disease activity in systemic lupus erythematosus. *JRheumatol* 2001; 28: 1245-1251
6. Ballestar E., Esteller M., Richardson B.C. The epigenetic face of systemic lupus erythematosus. *Jimmunol*, 2006; 176: 7143-7147

7. Basler H.D., Kluz G., Lledó-Boyer A. Evaluación de un programa de salud de afrontamiento al estrés. *Ansiedad y Estrés* 2003; 9: 85-91
8. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés* 1996; 2: 1-96
9. Beck A.K. and C.H., Mendelson M., Mock J, Erbaugh J An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571
10. Beck A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York International University Press
11. Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. Psychometric properties of the beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100
12. Beech H.R., Burns L.E., Sheffield B.F. (1982). *A behavioural approach to the management of stress: A practical guide to techniques*. Chichester: Wiley
13. Bertoli A.M., Fernández M., Calvo-Alen J, Vila L.M., Sánchez M.L., Reveille JD., Alarcón G.S.; LUMINA Study Group. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic U.S. cohort (LUMINA) Risk factors associated with patients being lost to followup. *Lupus* 2006; 15: 19-25
14. Biondi M., Constantini A., Parisi A.M. Can loss and grief activate latent neoplasia? *Psychother Psychosom* 1996; 65: 102-105
15. Biondi M., Zinnino L.G. Psychological stress, neuroimmunomodulation and susceptibility to infectious diseases in animal and man, a review *Psychother Psychosom* 1997; 66: 3-26
16. Bombardier C. Gladman D.D., Urowitz M.B., Caron D., Chang C.H., The Committee on Prognosis Studies in SLE. Derivation of the SLEDAI: a disease activity index for lupus patients. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 630-640

17. Boone J.L., Anthony J.P. Evaluating the Impact of Stress on Systemic Disease: The MOST Protocol in Primary Care. *AOA* 2003; 103: 239-246
18. Braden C.J, McGlone K, Pennington F. Specific psychosocial and behavioural outcomes from the systemic lupus erythematosus self-help-course. *Health Educ Q* 1993; 20: 29-41
19. Brey R.L., Holliday S.L., Sakad A.R., Navarrete M.G., Hermosillo-Romo D., Stallworth C.L. *et al.* Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. *Neurology* 2002; 58: 1214-1220
20. Bruce I.N., Gladman D.D., Urowitz M.B. Detection and Modification of Risk Factors for coronary Artery Disease in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: a Quality Improvement Study. *Clin Exp Rheumatol* 1998; 16: 435-440
21. Bruce I.N. Not only...but also! factors that contribute to accelerated atherosclerosis and premature coronary heart disease in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)* 2005 ; 44: 1492-1502
22. Buckingham J.C., Gillies G.E., Cowell A. M. (1997) Stress, stress hormones and the Immune System. Chichester: John Wiley & Sons
23. Burckhardt C.S., Archenholtz B., Bjelle A. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 977-981
24. Burckhardt C.S. Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia. *Curr Pharm Des.* 2006; 12: 59-66
25. Byrne D. The repression-sensitisation as a dimension of personality. En B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (169-200). Nueva York Academic Press

26. Chambers S.A., Isenberg D. Anti-B cell therapy (rituximab) in the treatment of autoimmune diseases. *Lupus* 2005; 14: 210-214
27. Chen C.C., David A.S., Nunnerley H., Michell M., Dawson J.L., Berry H. *et al.* Adverse life events and breast cancer: case control study. *BMJ* 1995; 311: 1527-1530
28. Christian S., Lampe A. The influence of daily psychosocial stressors and associated emotions on the dynamic course of urine cortisol and urine neopterin in systemic lupus erythematosus: Experience taken from two "integrative-single cases studies". *Psychosom Med Psychother* 2001; 47: 58-79
29. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. Perceived Stress Scale- PSS. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 285-396
30. Courtney J.G., Longnecker M.P., Theorell T., Gerhardsson-de-Verdier M. Stressful life events and the risk of colorectal cancer. *Epidemiology* 1993; 4: 407-414
31. Cruzado J.A. Psiconeuroinmunología, estrés y salud. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7: 175-194
32. Drilla T.S., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971; 73: 117-126
33. Da Costa D., Dobson P., Pinard L., Fortin P.R., Danoff D.S., Esdaile J.M. *et al.* The role of stress in functional disability among women with systemic lupus erythematosus: A prospective study. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 112-119
34. Da Costa D., Dobson P.L., Fitzcharles M.A., Fortin P.R., Beaulieu A., Zimmer M. *et al.* Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2000; 27: 365-372
35. Danchenko N., Satia J.A., Anthony M.S. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. *Lupus* 2006; 15: 308-318

36. Dobkin P.L., Fortin P.R., Joseph L., Esdaile J.M., Danoff D.S., Clark A.E. Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 23-31
37. Dobkin P.L., Fortin P.R., Joseph L., Esdaile J.M., Danoff D.S., Clark A.E. Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 23-31
38. Dobkin P.L., Da Costa D., Dritsa M., Fortin P.R., Senecal J.L., Goulet J.R. *et al*, Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 401-410
39. Dobkin P.L., Da Costa D., Fortin P.R., Edworthy S., Barr S., Esdaile J.M. *et al*. Living with lupus: a prospective pan Canadian study. *Rheumatology* 2001; 28: 2442-2448
40. Dobkin P.L., Da Costa D. Counterbalancing patients demands with evidence: results from a pan-Canadian randomised clinical trial of brief supportive-expressive group psychotherapy for women with systemic lupus erythematosus. *Ann Behav Med* 2002; 24: 88-99
41. Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. Some issues in research on stressful life events. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166: 7-15
42. Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P., Deodson M., Shroot P.E. Symptoms, hassles, social supports and life events: The problem of confounded measures. *J Abnorm Psychol* 1984; 93: 222-230
43. Edinger J.D., Vilijemuth W., Kystal A.D., Rice J.R. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2527-2535

44. Edworthy S.M., Dobkin P.L., Clark A.E., Da Costa D., Dritsa M, Fortin P.R. *et al.* Group psychotherapy reduces illness intrusiveness in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2003; 30: 1011-1016
45. Eich W, Blumenstiel K, Lensche H., Fiehn C., Bieber C. Psychosomatics in Rheumatology. *Rheumatol* 2004; 63: 113-121
46. Ellis A. Rational emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognit Ther Res* 1980; 4: 325-340
47. Ellis A. Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 1992; 42: 63-80
48. Friedman M., Rosenman R. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf
49. Frostegard J SLE, atherosclerosis and cardiovascular disease. *J Intern Med* 2005; 257: 485-495
50. Ginsberg A., Price S., Ingram D., Nottage E. Life events and the risk of breast cancer: a case-control study. *Eur J Cancer* 1996; 32: 2049-2052
51. Glaser R. Keicolt-Glaser JK, Malarkey WB., Sheridan JF. The influence of psychological stress on the immune response to vaccines. *Ann N Y Acad Sci* 1998; 840: 649-655
52. Greco C.M., Rudy T.H. and Manzi S. Effects of a Stress-Reduction Program on Psychological function, Pain and Physical Function of Systemic Lupus Erythematosus Patients: a Randomized Controlled Trial. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 625-634
53. Gómez, V. Relación entre estrés e inmunidad: una visión crítica de la investigación. *Rev Latinoam Psicol* 2000; 32: 31-45
54. Goodman D., Morrisey S., Graham D., Bossingham D. Illness representation of systemic lupus erythematosus. *Qual Health Res* 2005; 15: 606-619

55. Hanly JG., McCurdy G., Fougere L., Douglas JA., Thompson K  
Neuropsychiatric events in SLE: attribution and clinical significance. *JRheumatol* 2004;  
31: 2156-2162
56. Haupt M. Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic  
lupus erythematosus (SLE). *Rheumatol.* 2004; 63: 122-130
57. Haupt M., Millen S., Jäner M., Falagan D., Fischer-Betz R., Schneider M.  
Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a  
prospective study. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1618-1623
58. Herrmann M., Scholmerich J Stress and Rheumatic diseases. *Rheumat Dis Clin  
North Am* 2000; 26: 737-763
59. Hidalgo-Tenorio C., Jiménez-Alonso J, de Dios Luna J, Tallada M., Martínez-  
Brocal A., Sabio JM.; Virgen de las Niervas Lupus Research Group. Urinary tract  
infections and lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 431-437
60. Holden G. The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health  
related outcomes: a meta-analysis. *Soc Sci Health Care* 1991; 16: 53-93
61. Hochberg M.C. Updating the American College of Rheumatology revised  
criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:  
1725
62. HowA., Dent P.B., Liao S., Denburg JA. Antineuronal antibodies in  
neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 789-795
63. Jiménez L., Jiménez-Alonso J (2003) Manifestaciones clínico-analíticas de las  
enfermedades sistémicas autoinmunes. Madrid: Ergón
64. James JA., Neas B.R., Moser K., Hall T., Bruner G.R., Sestak A.L., et al.  
Systemic Lupus Erythematosus in Adults is Associated with Previous Epstein-Barr  
Exposure. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 1122-1126

65. Jiménez-Alonso J, Tercedor J, Reche I. ; Grupo Lupus Virgen de las Nieves. *Acta Derm Venereol* 1999; 79: 333
66. Jiménez-Alonso J, Sabio JM., Pérez-Ávarez F., Reche I., Hidalgo C., Jiménez L.; Grupo Lupus Virgen de las Nieves. Hair dye treatment use and clinical course in patients with systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus. *Lupus* 2002; 11: 430-434
67. Jiménez-Alonso J, Sabio JM., Carrillo-Alascio P.L., Jiménez-Jiménez J, Ortego-Centeno N., Jiménez-Jiménez E. *et al.*; Grupo LUPUS Virgen de las Nieves. Intolerance to hydroxychloroquine marketed in Spain (Dolquine) in patients with autoimmune conditions. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 588-591
68. Dilly M. How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *J Rheumatol* 2005; 32: 1706-1708
69. KmarckT.W Annunziato B., Amateu L.M. Affiliation moderates the effects of social threat on stress-related cardiovascular responses: boundary conditions for a laboratory model of social support. *Psychosom Med* 1995; 57:183-194
70. Krassa F.B., Magliano M., Isenberg D.A. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 58-60
71. Wilson E.W Daltroy L.H., LevR.A., W ght E.A., Partridge A.J, Fossel A.H. *et al.* The relationship of socioeconomic status, race and modifiable riskfactors to outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:47-56
72. Wilson E.W Liang M.H., Eaton H., Huang J, Fitzgerald L., Rogers M.P. *et al.* A Randomized Clinical Trial of a Psychoeducational Intervention to Improve Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum* 2004; 50; 1832-1841

73. Kufmann J, Wener W., Horak I.D., Qian M.U., Ding C., Coldenberg D.M. *et al.* Initial clinical study of immunotherapy in SLE using Epratuzumab. *Arthritis Rheum* 2005; 50: 447
74. Kzidin A.E. (1974). Self-monitoring and behavior change. En M.J Mahoney y C.E. Thoresen (Eds.), *Self-control: Power to the person*. Monterrey, CA: Brooks/Cole
75. Kcolt-Glaser JK Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 9090-9095
76. Kohn P.M, MacDonald JE. The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated Hassles scale for adults. *J Behav Medic* 1992; 15: 221-236
77. Kzora E., Ellison M.C., Womonski JA., Wmboldt F.S., Patterson T.L. Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14: 363-372
78. Labrador F.J (1996). *El estrés: Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Planeta Agostini
79. Lazarus R.S., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
80. Lepore S.J, Allen KM., Evans G.W. Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosom Med* 1999; 55: 518-524
81. Lindal E., Thorlacius S., Steinsson K Stefansson JG. Psychiatric disorders among subjects with systemic lupus erythematosus in an unselected population. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 346-351
82. Linker-Israeli M., Deans R.J., Mace D.J, Prehn J, Ozeri-Chen T., Knenberg JR. Elevated levels of endogenous IL-6 in systemic lupus erythematosus: A putative role in pathogenesis. *J Immunol* 1991; 147: 117-123

83. Lotstein D.S., ~~Wd~~ M.M., Bush T. M., Lambert R.E., van Vollenhoven R., Neurt C.M. Socioeconomic status and health in ~~women~~ ~~wh~~ systemic lupus erythematosus. *JRheumatol* 1998; 25: 1720-172
84. Magadmi M.E., Ahmad Y, ~~Turke~~ ~~W~~ ~~A~~ ~~tes~~ A.P., SheikN., Bernstein R.M. *et al.* Hyperinsulinemia, insulin resistance, and circulating oxidized lowdensity lipoprotein in ~~women~~ ~~wh~~ systemic lupus erythematosus. *JRheumatol* 2006; 33: 50-56
85. Mahoney M.J Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognit Ther Res* 1977; 1: 5-16
86. Mahoney M.J, Arnoff D. (1978). Cognitive a nd self-control therapies. En S.J Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbookof Psychotherapy and Behavior Change* (689-722). Nueva ~~York~~ ~~W~~ ~~e~~ ~~y~~.
87. MaisiakR, Austin J ~~W~~ ~~t~~ SG, HeckL. The effect of person-centered counseling on the psychological status of persons ~~wh~~ ~~sy~~ stemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 60-66.
88. McCarty D.J, Manzi S., Medsger T.A ., Ramsey-Goldman R., Laporte R.E., ~~Wh~~ C.K Incidence of Systemic Lupus Er ythematosus. Race and Gender Differences. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1260-1270
89. McCra~~n~~ L.M., Semenchuk E.M., Goetsch V.L. Cross-sectional and longitudinal analyses of coping responses and health status in persons ~~wh~~ systemic lupus erythematosus. *Behav Med* 1995; 20: 179-187
90. Meichenbaum D. (1977) *Cognitive behavior modification: An integrative approach.* Nueva ~~York~~ ~~P~~ ~~l~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~u~~ ~~m~~ ~~P~~ ~~r~~ ~~e~~ ~~s~~
91. Meichenbaum D. (1983) *Stress inoculation train: Towrd a general paradigm for training coping skls.* En Meichenbaum D. y ~~arenk~~ ~~M~~ ~~E~~. *Stress reduction and prevention.* Nueva ~~York~~ ~~P~~ ~~l~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~u~~ ~~m~~ ~~P~~ ~~r~~ ~~e~~ ~~s~~

92. Meichenbaum D. (1996) Stress inoculation training: A twenty year update. En Wilfolk R.L. and Lehrer P.M. Principles and practices of stress management. New York Guilford Press
93. Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. Clin Psychol 1996; 49: 4-7
94. Méndez F. Olivares J Moreno P. (1998) Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares J y Méndez F. Técnicas de modificación de conducta (409-442). Madrid: Biblioteca Nueva
95. Miller S. Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. J Pers Social Psychol 1987; 52: 345-353
96. Miller G.E., Cohen S., Ritchey A.K. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. Health Psychol 2002; 2: 531-541
97. Moses N., Wegers J, Nicholas C., Cockburn J. Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. Patient Educ Couns 2005; 57: 30-38
98. Naliboff, B.D., Benton D., Solomon G.F., Morley JE., Fahey JL., Bloom E.T. *et al.* Immunological changes in young and old adults during brief laboratory stress. Psychosom Med 1991; 53: 121-132
99. Omdal R., Husby G., Mellgren S.I. Mental health status in systemic lupus erythematosus. Scand J Rheumatol 1995; 24: 142-145
100. Pacák K Palkovits, M. Stressor Specificity of Central Neuroendocrine Response: Implications for Stress-Related Disorders. Endocr Rev 2001; 22: 502-548
101. Palmero F., Brea A. (1998). Estrés: de la adaptación a la enfermedad. Valencia: Promolibro

102. Palack C.R., We T., Heikn H ., Hundt M., Schubert J, We B. *et al.* Flares in patients with Systemic Lupus Erythematosus are associated with daily psychological stress. *Psychoter Psychosom* 2003; 72: 159-165
103. Peralta-Ramírez M.I., Jiménez-Alonso J, Godoy-García JF., Pérez-García M., Group Lupus Virgen de las Nieves. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med* 2004; 66: 788-794
104. Pimm T.J, Whman J Applying Leventhal's self-regulation model to adaptation and intervention in rheumatic diseases. *Clin Psychol Psychother* 1998; 5: 62-75
105. Ramal L.M., de Pablo R., Guadix M.I., Sánchez J, Garrido A., Garrido F, *et al.* HLA Class II Allele Distribution in the Gypsy Community of Andalusia, Southern Spain. *Tissue Antigens* 2001; 57: 138-143
106. Ramal L.M., López-Nevot M.A., Sabio JM., Jiménez L., Paco L., Sánchez J *et al.*; Grupo Lupus Virgen de las Nieves. Systemic lupus erythematosus in southern Spain: a comparative clinical and genetic study between Caucasian and Gypsy patients. *Lupus* 2004; 13: 934-940
107. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol* 2006; 9: 86-93
108. Rhee S.H., Park JC., Smarr K., Petrosk G.F., Jonson JC., Hewitt JE. *et al.* Stress management in rheumatoid arthritis: what is the underlying mechanism? *Arthritis Care Res* 2000; 13: 435-442
109. Robles H., Peralta M.I., Navarrete N. (2006) Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burn y Sheffield. En *Avances en Psicología de la Salud* (p. 62). Cienfuegos: Ed Sider s.c

110. Roman M.J, Shanker B.A., Davis A., Lockhin M.D., Sammaritano L., Simantov R. *et al.* Prevalence and correlates of Accelerated Atherosclerosis in Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 2399-2406
111. Rozanski A., Blumenthal J.A., Koplan J Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 13: 2192-2217
112. Sabio JM., Mediavilla JD., Fernández-Torres C., Aliaga L., Jiménez-Alonso J Riskfactors related to hypertension in a Spanish systemic lupus erythematosus cohort. *Lupus* 2001; 10: 451-452
113. Sánchez E., Sabio JM., Callejas JL., de Ramón E., García-Portales R., García-Hernández F.J *et al.* Association study of genetic variants of pro-inflammatory chemokine and cytokine genes in systemic lupus erythematosus. *BMC Med Genet* 2006 23; 7: 48
114. Sandin B., Chorot P., Santed M.A. (1999) Escala SRLE de Klein-MacDonald; 1992. *El Estrés Psicosocial: Conceptos y Consecuencias Clínicas*. Madrid: UNED-FUE
115. Sandin B., Chorot P. Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis* 1993; 14: 178-184
116. Schattner A, Naparstek Y The future or the treatment of systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23: 254-260
117. Schubert C., Lampe A., Rumpold G., Fuchs D., König P., Chamson E. *et al.* Daily psychosocial stressors interfere with the dynamics of urine neopterin in a patient with systemic lupus erythematosus: An integrative Single-Case Study. *Psychosom Med* 1999; 61: 876-882

118. Schwartz C.E., Peng C.K, Lester N., Daltroy L.H., Goldberger A.L. Self-reported coping behavior in health and disease: assessment with a card sort game. *Behav Med* 1998; 24: 41-44
119. Seawall A.H, Danoff-Burg S. Psychosocial research on systemic lupus erythematosus: a literature review *Lupus* 2004; 13: 891- 899
120. Seguí J, Ramos-Casals M., García-Carrasc o M., de Flores T., Cervera R., Valdés M. *et al.* Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus* 2000; 9; 584-588
121. Selye H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica
122. Selye H. (1976). *The stress of life*. New York McGraw-Hill
123. Sharpe L, Sensky T., Ryan B., Timberlake N., Allard, S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment in recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42: 435-441
124. Shapiro H.S. (1997) Psychopathology in the patient with lupus. En Mace D.J y Hahn J Dubois' *lupus erythematosus (755-782)* Pensilvania: Williams and Wilkins
125. Shortall E., Isenberg D., Newman S.P. Factors associated with mood and mood disorders in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1995; 4: 272-279
126. Singer J, Denburg JA., and the Ad Hoc Neuropsychiatric Lupus Workshop Group. Diagnostic criteria for neuropsychiatric system lupus erythematosus: the results of a consensus meeting. *JRheumatol* 1990; 17: 1397-1402
127. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid, marzo 2001
128. Sohng K Effects of a self-management course for patients with systemic lupus erythematosus. *JAdv Nurs* 2003; 42: 479-486

129. Solomon G.F. Emotional and personality factors in the onset and course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. *Psychoneuroimmunology* 1981; 159-182
130. Solomon G.F. *Immune & Nervous System Interactions*. Malibu: Fund for Psychoneuroimmunology, 1998
131. Spielberg C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1993) STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. Madrid: TEA Ediciones
132. Spivack G., Platt J., Shure M.D. (1976) *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco CA: Jossey Bass
133. Suin R.M., Richardson F. Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control. *Behav Ther* 1971; 2: 498-511
134. Sutcliffe N., Clarke A.E., Levinton C., Frost C., Gordon C., Isenberg D.A. Associates of health status in patients with systemic lupus erythematosus. *JRheumatol* 1999; 26: 2352-2356
135. Tayer W., Nicassio P.M., Radojevic V., Kall T. Pain and helplessness as correlates of depression in systemic lupus erythematosus. *Br J Health Psychol* 1996; 1: 253-262
136. Tench C., Bentley D., Vleck V., McCurdie I., White P., DCruz D. Aerobic fitness fatigue and physical disability in systemic lupus erythematosus. *JRheumatol* 2002; 29: 474-481
137. Teofilopoulos A.N. Genetics of systemic autoimmunity. *JAutoimmunity* 1996; 9: 207-210
138. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 599-608

139. Thumbo J, Fong K, Chan S.P., Leong H., Feng P.H., Thio S.T. *et al.* A prospective study of factors affecting quality of life in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2000; 27: 1414-1420
140. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic diseases. *West J Med* 2000; 172: 124-128
141. Valencia-Flores M., Resendiz M., Castaño V.A., Campos R.M., Sandino S., Valencia X *et al.* Objective and subjective sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 2189-2193
142. Van Lankveld W, van Helmond T., Naring G., de Rooij D.J, van den Hoogen F. Partner participation in cognitive-behavioral self-management group treatment for patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004; 31: 1738-1745
143. Vasoo S., Hughes G.R.V. Theory, targets and therapy in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14: 181-188
144. Vázquez C., Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario de depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud* 1997; 8: 403-422
145. Vila J, Fernández-Santaella M.C. (2004). *Tratamientos Psicológicos: La perspectiva Experimental*. Madrid: Ed. Psicología Pirámide
146. Mace D., Hahn B.H. (2001) *Dubois's Lupus Erythematosus*. Baltimore: Williams and Wilkins
147. We JE., Sherbourne C.D. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483
148. We JE., Snow KK, Ksinsk M., Gandek B. (1993) *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Boston: Health Institute, New England Medical Center
149. Whgarten S.R., Henning JM., Badamgarav E., Kight K, Hasselblad V., Gano A. J. *et al.* Interventions used in disease management programmes for patients with

chronic illness -- which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925-928

150. King E.M., Vingerhoets A.J, Van Dam A.P., Nossent J.C., Smeets A.J Daily stressor and systemic lupus erythematosus: a longitudinal analysis-first findings. *Psychother Psychosom* 1991; 55: 108-113

151. Williams D.A., Cary M.A., Groner H., Chaplin W, Glazer L.J, Rodríguez A.L. *et al.* Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol* 2002; 29: 1280-1286

# **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS:

<b>ANEXO 1:</b> HOJA DE INFORMACIÓN.....	<b>III</b>
<b>ANEXO 2:</b> DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	<b>V</b>
<b>ANEXO 3:</b> COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....	<b>VI</b>
<b>ANEXO 4:</b> INVENTARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS.....	<b>VII</b>
<b>ANEXO 5:</b> INVENTARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO (SRLE).....	<b>VIII</b>
<b>ANEXO 6:</b> INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	<b>X</b>
<b>ANEXO 7:</b> INVENTARIO DE ANSIEDAD (STAI-R).....	<b>XIII</b>
<b>ANEXO 8:</b> CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (SF-36).....	<b>XIV</b>
<b>ANEXO 9:</b> ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (EAG).....	<b>XVIII</b>
<b>ANEXO 10:</b> ESCALA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS (ESS-R).....	<b>XIX</b>
<b>ANEXO 11:</b> CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS.....	<b>XXII</b>
<b>ANEXO 12:</b> SESIÓN N° 2: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: PRINCIPALES ERRORES DE PENSAMIENTO.....	<b>XXV</b>
<b>ANEXO 13:</b> SESIÓN N°9: DECIR NO.....	<b>XXXIV</b>
<b>ANEXO 14:</b> SESIÓN N°10: LA ESTRATEGIA DEL HUMOR.....	<b>XL</b>

## **ANEXO 1**

### **HOJA DE INFORMACIÓN ENTREGADA A LOS PACIENTES**

Título del Estudio: EFECTOS DE LA TERAPIA FRENTE AL ESTRÉS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON LUPUS.

Los objetivos de nuestro trabajo son los siguientes:

Objetivo general: Comprobar la eficacia de la terapia frente al estrés en un grupo de pacientes con lupus.

Objetivos específicos:

-Comparar la evolución de la actividad de la enfermedad en los pacientes con estrés que reciben terapia contra el estrés frente a un grupo control de pacientes con estrés que no recibe terapia

-Comparar la evolución del estado psicológico en los pacientes con estrés que reciben terapia frente a un grupo control de pacientes con estrés que no recibe terapia

La realización del estudio tendrá lugar del siguiente modo:

En una primera visita se cumplimentará una encuesta con el objetivo de conocer cuál es el nivel de estrés de los pacientes.

Tras analizar los niveles de estrés, los pacientes con niveles significativos de estrés serán incluidos en uno de los dos grupos del estudio. Esta asignación a cada uno de los dos grupos se hará al azar, de modo que la mitad de ellos recibirán terapia frente al estrés y los demás pacientes formarán parte de un grupo control, que recibirá dicha terapia, si lo desea, al finalizar el estudio.

A lo largo de un año y medio, con una periodicidad de 3 meses, los pacientes asistirán a cinco visitas médicas, en las que se llevará a cabo realización de historia clínica, exploración física completa, analítica de sangre y valoración psicológica, con el objetivo de valorar los cambios producidos.

En la primera visita, se realizará una entrevista clínica, una exploración física completa y se extraerá una muestra de sangre mediante punción de vena en un brazo para determinar datos analíticos habituales. (Las muestras sanguíneas serán oportunamente almacenadas hasta su procesamiento, se analizarán en el laboratorio del hospital Virgen

de las Nieves y después serán eliminadas de acuerdo con la normativa vigente. Existe el derecho a destruir la muestra si el paciente así lo cree conveniente.

También en este primer momento se cumplimentarán varios cuestionarios que permitirán conocer al investigador el nivel de ansiedad, depresión, calidad de vida del paciente, así como cuáles son los estímulos que le provocan más estrés en su vida cotidiana, las defensas que emplea y si éstas son eficaces.

Si el paciente es incluido en el grupo que recibirá el tratamiento, asistirá a ocho sesiones (una por semana) de una hora y media de duración cada una. Se llevarán a cabo en grupos pequeños de diez personas en un espacio tranquilo y habilitado para ello en el hospital Virgen de las Nieves (CMQ). El objetivo de estas sesiones será reconocer aquéllos estímulos que producen estrés, potenciar los mecanismos de defensa frente a ellos y aprender otros nuevos, así como aprender a controlar las reacciones que tales estímulos provocan en el paciente.

Es posible que no se produzca beneficio directo alguno para el paciente por participar en el estudio. Sin embargo, puede obtener beneficio de la terapia y experimentar un mejor control de la enfermedad, un mejor pronóstico objetivo y una mayor sensación de salud física y psíquica. En cualquier caso, los participantes del estudio serán sometidos a un control más frecuente de su enfermedad.

Los participantes que no pertenezcan al grupo designado para seguir la terapia frente al estrés recibirán las indicaciones médicas habituales frente a éste que, por supuesto, están disponibles para todos los pacientes.

La participación en el estudio que proponemos es totalmente voluntaria. Además, las personas participantes tienen el derecho de revocar su consentimiento y abandonar en cualquier momento si lo estiman conveniente, sin necesidad de explicaciones.

## ANEXO 2

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### EFFECTOS DE LA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON LUPUS

Yo,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con los investigadores (Dr. Juan Jiménez Alonso, Dra. Isabel Peralta Ramírez, Dra. Nuria Navarrete Navarrete).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones

3º Sin que ello repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

## **ANEXO 3**

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Los datos que se obtengan a lo largo del estudio así como los extraídos de su historial clínico son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que representantes del promotor del estudio y, eventualmente, las autoridades sanitarias y/o miembros del Comité Ético de Investigación Clínica tengan acceso a su historia clínica comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Sus datos podrán ser transferidos a otros países garantizando la información incluso en aquellos países cuya legislación es menos restrictiva que la española.

De acuerdo con la ley vigente, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación, solicitándolo al médico que le atiende en este estudio.

## ANEXO 4

### INVENTARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una lista de problemas que las personas a veces tenemos, léalos atentamente y escriba una S, cuando considere que el problema en cuestión le afecta habitualmente, y una N en caso de que el problema no le afecte en absoluto o lo haga raramente.

1)	Tendencia a sufrir frecuentes dolores de cabeza	
2)	Sensación de estar constantemente en estado de tensión y de no hallarse relajado	
3)	Estar excesivamente cansado la mayor parte del tiempo; no sentirse lo suficientemente descansado y fresco después de dormir	
4)	Sensación de presión en la cabeza, como si se tuvieran gomas muy tensas alrededor de ella	
5)	Sensación de falta de energía e impulso; necesidad de todas las reservas de energía para realizar las tareas ordinarias	
6)	Temblores, excesivo sudor, taquicardia	
7)	Problemas de sueño, pesadillas, sueños sin descansar	
8)	Sensación de ahogo y tensión sin razón para ello	
9)	Llegar a la conclusión de que las situaciones nos superan demasiado fácilmente; hacer una montaña de un grano de arena	
10)	Darse cuenta de que los propios sentimientos se hieren con facilidad; ser excesivamente sensible	
11)	Encontrar siempre algo por lo que preocuparse	
12)	Sentarse para tener un momento de relax y pensar en aspectos negativos del pasado y el futuro	
13)	Ser bastante consciente de los procesos del propio organismo; tales como latidos violentos del corazón, pinchazos, etc,	
14)	Reaccionar en exceso ante pequeños problemas diarios, tanto en casa como en el trabajo	
15)	Crear que sucederá lo peor, aun cuando el riesgo es muy pequeño; por ejemplo, no sentirse tranquilo hasta que toda la familia se encuentra segura en casa	
16)	Querer llamar a la oficina durante las vacaciones para asegurarse de que todo va bien	
17)	Tomarse a nivel personal todo aquello que sale mal	
18)	Experimentar sobresaltos cuando suena el teléfono o se produce algún pequeño ruido extraño	
19)	No ser capaz de concentrarse en casa o en el trabajo; distraerse fácilmente por problemas irrelevantes y poco deseados	
20)	Experimentar oleadas de miedo, ansiedad o sensaciones de pánico sin razón aparente	
21)	Encontrarse muy indeciso; emplear demasiado tiempo para tomar decisiones, dejando a un lado cosas que tienen que hacerse	
22)	Sentirse que se está perdiendo el control sobre muchas situaciones de la vida propia; que uno es víctima desvalida de las circunstancias	

## ANEXO 5

### INVENTARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO (SRLE)

*Instrucciones:* A continuación presentamos una lista de experiencias que la gente tiene en un momento u otro de su vida. Por favor, indique en que medida ha formado parte de su vida cada una de dichas experiencias en el *último mes*. Para contestar debe poner una **X** en el espacio reservado para cada experiencia utilizando el siguiente criterio:

- 1: No ha formado parte de mi vida en absoluto
- 2: Sólo débilmente ha forma parte de mi vida
- 3: Ha formado parte de mi vida de forma marcada
- 4: Ha formado parte de mi vida de forma muy intensa

	1	2	3	4
1. Desagrado por sus actividades diarias				
2. Falta de intimidad				
3. Desagrado por su trabajo				
4. Conflictos étnicos o raciales				
5. Conflictos con su familia política o la de su novio o novia				
6. Haber sido defraudado o decepcionado por los amigos				
7. Conflictos con su superior en el trabajo				
8. Rechazo social				
9. Tener demasiadas cosas que hacer al mismo tiempo				
10. No ser valorado suficientemente				
11. Conflictos económicos con miembros de la familia				
12. Un amigo traiciona su confianza				
13. Separación de gente querida				
14. <del>Qe</del> no valoren o aprecien sus aportaciones				
15. Tener problemas para rendir de acuerdo con sus propias metas				
16. La gente se aprovecha de usted				
17. No disponer de tiempo libre				
18. Conflictos económicos con amigos o compañeros de trabajo				
19. Tener problemas para rendir con otra gente				

20. Sus acciones no son bien interpretadas por otros				
21. Problemas para disponer de dinero en efectivo				
22. Tener muchas responsabilidades				
23. Insatisfacción con el trabajo				
24. Tomar decisiones sobre relaciones íntimas				
25. No disponer de tiempo suficiente para atender las obligaciones				
26. Insatisfacción para sus habilidades con las matemáticas				
27. Tener cargas económicas				
28. Evaluación de su trabajo inferior a la que usted piensa que merece				
29. Experimentar altos niveles de ruido				
30. Adaptarse a vivir con una persona con la que no guarda parentesco (por ej. compañero de cuarto)				
31. Evaluación de su trabajo inferior a lo esperado por usted				
32. Conflictos con miembros de la familia				
33. Encontrar su trabajo agotador				
34. Conflictos con amigos				
35. Duro esfuerzo por mantenerse en cabeza				
36. Intentar conseguir un préstamo				
37. Ser timado o estafado en la compra de bienes				
38. Insatisfacción con su habilidad para la expresión escrita				
39. Interrupciones indeseadas en su trabajo				
40. Estar aislado socialmente				
41. Ser ignorado				
42. Insatisfacción con su apariencia física				
43. Insatisfactorias condiciones de la vivienda				
44. Encontrar el trabajo aburrido				
45. Fracaso para conseguir el dinero que esperaba				
46. Chismorreos sobre una persona querida				
47. Insatisfacción con su bienestar físico				
48. Chismorreos sobre usted				
49. Dificultad para manejar la moderna tecnología				
50. Problemas con el coche				
51. Trabajo duro para cuidar y mantener la casa				

## ANEXO 6

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Por favor, lea con atención cada una de las siguientes afirmaciones y señale cuál de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana. Señale con un  la derecha de la afirmación que ha elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, señálela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1)	No me siento triste	
	Me siento triste	
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	
2)	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	
	Me siento desanimado de cara al futuro	
	Siento que no hay nada por lo que luchar	
	El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	
3)	No me siento como un fracasado	
	He fracasado más que la mayoría de las personas	
	Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro	
	Soy un fracaso total como persona	
4)	Las cosas me satisfacen tanto como antes	
	No disfruto de las cosas tanto como antes	
	<input checked="" type="checkbox"/> No tengo ninguna satisfacción de las cosas	
	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	
5)	No me siento especialmente culpable	
	Me siento culpable en bastantes ocasiones	
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	
	Me siento culpable constantemente	
6)	No creo que esté siendo castigado	
	Siento que quizá esté siendo castigado	
	Espero ser castigado	
	Siento que estoy siendo castigado	
7)	No estoy descontento de mi mismo	
	Estoy descontento de mi mismo	
	Estoy a disgusto conmigo mismo	
	Me detesto	
8)	No me considero peor que cualquier otro	
	Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores	
	Continuamente me culpo por mis faltas	
	Me culpo por todo lo malo que sucede	
9)	No tengo ningún pensamiento de suicidio	
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré	

	Desearía poner fin a mi vida	
	Me suicidaría si tuviese oportunidad	
10)	No lloro más de lo normal	
	Ahora lloro más que antes	
	Lloro continuamente	
	No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	
11)	No estoy especialmente irritado	
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes	
	Me siento irritado continuamente	
	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	
12)	No he perdido el interés por los demás	
	Estoy menos interesado en los demás que antes	
	He perdido gran parte del interés por los demás	
	He perdido todo el interés por los demás	
13)	Tomo mis propias decisiones igual que antes	
	Evito tomar decisiones más que antes	
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	
	Me es imposible tomar decisiones	
14)	No creo tener peor aspecto que antes	
	Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	
	Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	
	Creo que tengo un aspecto horrible	
15)	Trabajo igual que antes	
	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	
	Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo	
	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	
16)	Duermo tan bien como antes	
	No duermo tan bien como antes	
	Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir	
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir	
17)	No me siento más cansado de lo normal	
	Me canso más que antes	
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa	
	Estoy demasiado cansado para hacer nada	
18)	Mi apetito no ha disminuido	
	No tengo tan buen apetito como antes	
	Ahora tengo mucho menos apetito	
	He perdido completamente el apetito	
19)	No he perdido peso últimamente	
	He perdido más de 2 kgs	
	He perdido más de 4 kgs	
	He perdido más de 7 kgs	
	Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos	SI NO
20)	No estoy preocupado por mi salud	
	Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de	

	estómago o los catarros	
	Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	
	Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	
21)	No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	
	La relación sexual me atrae menos que antes	
	Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	
	He perdido totalmente el interés sexual	

## ANEXO 7

### INVENTARIO DE ANSIEDAD (STAI-R)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

## ANEXO 8

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

<b>MARQUE UNA SOLA RESPUESTA</b>
----------------------------------

1. En general, usted diría que su salud es:
  1. Excelente
  2. Muy buena
  3. Buena
  4. Regular
  5. Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
  1. Mucho mejor ahora que hace un año
  2. Algo mejor ahora que hace un año
  3. Más o menos igual que hace un año
  4. Algo peor ahora que hace un año
  5. Mucho peor ahora que hace un año

	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer <b>esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer <b>esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5. Su salud actual, ¿le limita para <b>coger o llevar la bolsa de la compra</b> ?			
6. Su salud actual, ¿le limita para <b>subir varios pisos</b> por la escalera?			
7. Su salud actual, ¿le limita para <b>subir un solo piso</b> por la escalera?			
8. Su salud actual, ¿le limita para <b>agacharse o arrodillarse</b> ?			
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>un kilómetro o más</b> ?			
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)?			
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>una sola manzana</b>			

(unos 100 metros)?			
12. Su salud actual, ¿le limita para <b>bañarse o vestirse por sí mismo</b> ?			

	Si	No
13. Durante las <u>4 últimas semanas</u> tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a <u>causa de su salud física</u> ?		
14. Durante las <u>4 últimas semanas</u> ¿ <b>hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, a <u>causa de su salud física</u> ?		
15. Durante las <u>4 últimas semanas</u> tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o actividades cotidianas, a <u>causa de su salud física</u> ?		
16. Durante las <u>4 últimas semanas</u> tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por, ejemplo, le costó más de lo normal), a <u>causa de su salud física</u> ?		
17. Durante las <u>4 últimas semanas</u> tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a <u>causa un problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18. Durante las <u>4 últimas semanas</u> ¿ <b>hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, a <u>causa de un problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19. Durante las <u>4 últimas semanas</u> no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a <u>causa un problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

20. Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUE SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28. Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo se sintió agotado?						
30. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo se sintió feliz?						
31. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo se sintió cansado?						

32. Durante las 4 últimas semanas con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

	Totalmente Cierto	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
33. Creo que me pongo enfermo					

más fácilmente que otras personas					
34. Estoy tan sano como cualquiera					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente.					

## ANEXO 9

### ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

#### E.A.G.

##### Instrucciones:

Las siguientes frases describen actitudes personales en relación con lo que pensamos sobre nosotros mismos cuando nos enfrentamos a un problema, a una tarea o a cualquier actividad. Lee cada frase y decide en qué grado te describe. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, sé muy sincero y descríbete como eres realmente y no como quisieras ser. Utiliza la siguiente escala de valoración:

1: Incorrecto      2: Apenas cierto      3: Más bien cierto      4: Cierto

	1	2	3	4
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se oponga				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

## ANEXO 10

### ESCALA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS (ESS-R)

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodee con un círculo el número que mejor refleje la frecuencia con que Vs. ha tenido cada síntoma de la lista durante los dos últimos meses. No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

0	1	2	3	4
Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre

1.	Catarros o resfriados comunes	0	1	2	3	4
2.	Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco)	0	1	2	3	4
3.	Respiración dificultosa o molesta	0	1	2	3	4
4.	Molestias o sensación de malestar en el estómago	0	1	2	3	4
5.	Mareos	0	1	2	3	4
6.	Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión	0	1	2	3	4
7.	Picores en la nariz de tipo alérgico	0	1	2	3	4
8.	Dificultades para orinar	0	1	2	3	4
9.	Fiebre	0	1	2	3	4
10.	Taquicardias	0	1	2	3	4
11.	Dificultades para respirar durante el esfuerzo	0	1	2	3	4
12.	Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa")	0	1	2	3	4
13.	Sensaciones de oleadas de frío y calor	0	1	2	3	4
14.	Dolores de espalda	0	1	2	3	4
15.	Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos)	0	1	2	3	4
16.	Necesidad de orinar con frecuencia	0	1	2	3	4
17.	Ulceraciones o llagas	0	1	2	3	4
18.	Sensaciones de opresión o molestias en el pecho	0	1	2	3	4
19.	Sensaciones de ahogo o falta de respiración	0	1	2	3	4
20.	Colitis	0	1	2	3	4
21.	Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)	0	1	2	3	4
22.	Dolores en la nuca o zona cervical	0	1	2	3	4
23.	Erupciones en la piel (enrojecimiento, sarpullidos, ronchas, etc.)	0	1	2	3	4
24.	Molestias al orinar	0	1	2	3	4
25.	Herpes (por ejemplo, erupciones en los labios)	0	1	2	3	4
26.	Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico	0	1	2	3	4
27.	Tos repetitiva	0	1	2	3	4
28.	Nauseas o sensación de vómitos	0	1	2	3	4
29.	Vértigos	0	1	2	3	4
30.	Temblor muscular	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre

31.	Síntomas de conjuntivitis alérgica	0	1	2	3	4
32.	Necesidad de orinar con urgencia	0	1	2	3	4
33.	Gripe	0	1	2	3	4
34.	Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa	0	1	2	3	4
35.	Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes	0	1	2	3	4
36.	Acidez de estómago	0	1	2	3	4

37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.)	0	1	2	3	4
38. Calambres o dolor en las piernas	0	1	2	3	4
39. Estornudos repetitivos	0	1	2	3	4
40. Molestias o dolor de riñones (no debidas a ejercicio)	0	1	2	3	4
41. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen	0	1	2	3	4
42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia)	0	1	2	3	4
43. Respiración dificultosa acompañada de tos	0	1	2	3	4
44. Estreñimiento o dificultades para defecar (“hacer de vientre”)	0	1	2	3	4
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas	0	1	2	3	4
46. Contracciones o sacudidas musculares	0	1	2	3	4
47. Constipado o cogestión de tipo alérgico	0	1	2	3	4
48. Dolor en zonas genitales	0	1	2	3	4
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen	0	1	2	3	4
50. Necesidad de tomar medicina para reducir la tensión arterial	0	1	2	3	4
51. Dolor de garganta	0	1	2	3	4
52. Vómitos	0	1	2	3	4
53. Visión doble o deformada	0	1	2	3	4
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc.)	0	1	2	3	4
55. Eccema o problemas semejantes de la piel	0	1	2	3	4
56. Molestias en zonas genitales	0	1	2	3	4
57. Sensación general de debilidad	0	1	2	3	4
58. Dolor en el pecho	0	1	2	3	4
59. Sensación de falta de aire	0	1	2	3	4
60. Diarrea	0	1	2	3	4
61. Dificultades de coordinación (de movimientos)	0	1	2	3	4
62. Dolores musculares	0	1	2	3	4
63. Sensaciones de picor o escozor en la piel	0	1	2	3	4
64. Sangre en la orina	0	1	2	3	4
65. Cansancio o fatiga sin causa aparente	0	1	2	3	4
66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial	0	1	2	3	4
67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (p.ej., silbidos)	0	1	2	3	4
68. Gastritis	0	1	2	3	4
69. Sensación de hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
70. Torpeza en las manos	0	1	2	3	4
71. Picor en los ojos de tipo alérgico	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre

72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar	0	1	2	3	4
73. Estado general de baja energía	0	1	2	3	4
74. Tensión arterial ligeramente alta	0	1	2	3	4
75. Tos acompañada de flemas	0	1	2	3	4
76. Dolor de estómago	0	1	2	3	4
77. Sensación de inestabilidad en la marcha	0	1	2	3	4
78. Inflamación de las articulaciones	0	1	2	3	4
79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen	0	1	2	3	4
80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse	0	1	2	3	4

Conteste a los enunciados que vienen a continuación únicamente si usted es **mujer**. Se refieren a síntomas relacionados con el período menstrual. Por favor indique la frecuencia con que le ha ocurrido cada uno de ellos **durante los últimos doce meses**.

0	1	2	3	4
Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre

81.	Adelanto del período	0	1	2	3	4
82.	Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes del período	0	1	2	3	4
83.	Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) antes del período	0	1	2	3	4
84.	Flujo menstrual excesivo	0	1	2	3	4
85.	Retraso del período entre 10 y 20 días	0	1	2	3	4
86.	Retraso del período de más de 20 días	0	1	2	3	4
87.	Hemorragias fuera del período	0	1	2	3	4
88.	Aumento de peso o hinchazón (de piernas, vientre, etc.) antes o durante el período	0	1	2	3	4
89.	Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) durante el período.	0	1	2	3	4
90.	Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) durante el período.	0	1	2	3	4

## ANEXO 11

### CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

Indique si en las **2 ÚLTIMAS SEMANAS** ha presentado alguno de los siguientes síntomas:

#### **1. DOLOR “DE NUEVA APARICIÓN” O INCREMENTO EN LA INTENSIDAD EN UNA O VARIAS ARTICULACIONES DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**

¿Cuáles?

Relación posible con (subrayar la que proceda): ejercicio sol infección estrés otras

¿Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/autoinmunes):

Duración en días: 0-5 días 5-10 días 10-15 días

Tratamiento médico realizado para mejorar: nada paracetamol antiinflamatorios (ej. Neobrufen, Voltarén) aumento corticoides (Dacortin)

#### **2. INFLAMACIÓN ARTICULAR (calor + enrojecimiento + aumento de tamaño) DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**

¿Cuáles?

Relación posible con: ejercicio so 1 infección estrés otras

¿Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/autoinmunes):

Duración aprox. en días: 0-5 días 5-10 días 10-15 días. Indicar fecha aproximada:

Tratamiento realizado: nada paracetamol antiinflamatorios aumento corticoides (Dacortin)

#### **3. PIEL-MUCOSAS (erupción “alas de mariposa”, manchas en la piel, llagas en la boca, otras) DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**

Indicar tipo y localización:

¿Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/autoinmunes):

Relación posible con ejercicio sol infección estrés otras

Duración aprox. en días: 0-5 días 5-10 días 10-15 días.

Indicar fecha aproximada.

Tratamiento médico realizado para superar el brote: nada aumento corticoides (Dacortin) uso de corticoides en crema aumento Dolquine

#### **4. MOLESTIAS URINARIAS (escozor, aumento de la frecuencia, sensación de orina incompleta, orina espumosa, sangre en la orina, otras) DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**

Indicar cuál:

Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/ autoinmunes):

Relación posible con ejercicio\_ sol\_ infección\_ estrés\_ otras

Duración aprox. en días: 0-5 días\_ 5-10 días\_ 10-15 días

Tratamiento realizado (poner NO si no realizó): NO\_ Antibióticos (indicar cuál)\_  
aumento corticoides (Dacortin)

## **5. ALTERACIONES VISUALES DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS**

Indicar cuáles:

Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/ autoinmunes):

Diagnóstico probable que le dieron:

Duración aprox. en días: 0-5 días\_ 5-10 días\_ 10-15 días

Tratamiento realizado: NADA\_ Lágrimas artificiales\_ Gotas de corticoides\_ Gotas de antibiótico

## **6. MOLESTIAS TORÁCICAS (dolor en costados o en zona cardíaca, dificultad para respirar, otras) DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS**

Indicar cuál:

Requirió consulta médica? SI / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/ autoinmunes):

Relación posible con: ejercicio\_ so\_ l\_ infección\_ estrés\_ otras

Duración aprox. en días: 0-5 días\_ 5-10 días\_ 10-15 días

Tratamiento realizado: NADA\_ Paracetamol\_ antiinflamatorios\_ aumento de corticoides (Dacortin)

## **7. SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS (convulsiones, trastorno de orientación, pérdida de memoria, desviación de la cara o incapacidad para cerrar un párpado, dolor de cabeza, hormigueo en manos, pies, brazos o piernas, otras)**

*SÍ / NO*

Había tenido antes estos síntomas? SÍ / NO

En caso afirmativo, tratamiento que realiza:

## **8. FIEBRE DE APARICIÓN NUEVA EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS**

*SÍ / NO*

En caso afirmativo: ¿Se tomó la temperatura con un termómetro? SI (Cuántos grados)\_ NO

Requirió consulta médica? SÍ / NO

En caso afirmativo, dónde: (A. Primaria, Urgencias, Consulta enfermedades sistémicas/ autoinmunes):

Diagnóstico probable que le dieron:

**9. ¿HA REQUERIDO MODIFICAR LA DOSIS DE SU MEDICACIÓN HABITUAL EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?**

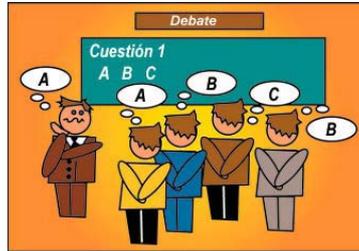
***SÍ/NO***

¿Qué fármaco?

¿Por qué razón?

## ANEXO 12

### SESIÓN N° 2: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: PRINCIPALES ERRORES DE PENSAMIENTO



Las personas nos comportamos de manera diferente ante las mismas situaciones. La mayor parte de nuestras conductas son aprendidas así como nuestros pensamientos y sentimientos. Y aprendemos a lo largo de toda la vida. Esto quiere decir que si la mayoría de las conductas se aprenden, también se pueden desaprender o modificar. Estamos en continua evolución. Nuestro comportamiento es adaptativo cuando buscamos soluciones a los cambios que van sucediendo en nuestro entorno o en nosotros-as, es adaptativo cuando nuestros comportamientos están basados en valoraciones realistas y flexibles de nuestras circunstancias.

Pero no siempre somos conscientes de nuestra forma de pensar, sentir o actuar. Estamos habituados a pensar de una determinada manera que nos parece correcta porque nos acompaña desde hace mucho tiempo. También algunas de nuestras emociones y conductas se van automatizando y nos resulta difícil tomar conciencia de ellas y de por qué se presenta.

Desde pequeños intentamos comprendernos a nosotros mismos, a los demás y al mundo y sacamos conclusiones en base a nuestra experiencia. A partir de esa interacción con el entorno y como respuesta a nuestras necesidades básicas (de ser querido, de pertenencia y aprobación,) desarrollamos ciertas creencias acerca de nosotros, de los demás y del mundo. Desarrollamos nuestra propia forma de pensar y creer. Estos pensamientos y creencias juegan un papel muy importante en nuestro funcionamiento, en nuestra respuesta al estrés.

Nuestras creencias e ideas forman nuestro lenguaje interno (autocharla, autodiálogo) Estamos siempre pensando y dialogando con nosotros mismos, aunque no

seamos conscientes. En ocasiones esta autocharla está plagada de pensamientos negativos que no reflejan adecuadamente la realidad.

Por otra parte, estamos convencidos de que son los hechos, los acontecimientos, los sucesos los que crean nuestras emociones y conductas, estamos convencidos de que nuestras emociones (positivas o negativas) son el resultado de los sucesos (buenos o malos) que nos ocurre. Así creemos que la causa de C es A:

A	C
SUCESO	EMOCIÓN

Creemos que la situación A produce la emoción C. Pero realmente lo que suele ocurrir es:

A	B	C
SUCESO	PENSAMIENTO	EMOCIÓN

Entre A y C está B (pensamientos, creencias). Así pues,

A	B	C
SUCESO	PENSAMIENTO NEGATIVO	EMOCIÓN NEGATIVA

A	B	C
SUCESO	PENSAMIENTO POSITIVO	EMOCIÓN POSITIVA

*Es importante la forma en que piensas de los hechos.*

*Tus pensamientos crean tus emociones*

Tendemos a confundir nuestros sentimientos, creencias, emociones, con los hechos.

Lo que pensamos e interpretamos acerca de los acontecimientos que ocurren en nuestro entorno (o en nosotros mismos) nos produce unas emociones y nos hace comportarnos de una forma determinada.

<b>A (situación)</b>	<b>B (pensamientos)</b>	<b>C (sentimientos)</b>
Una persona ha sido derivada por su medico de cabecera a un psicólogo	Nadie ni nada podrá ayudarme	Desesperación y ganas de salir de allí
Un chica espera en el bar a su pareja que se retrasa media hora	Si me quisiera de verdad no me haría esto..estúpido..se va a enterar!	Se irrita y se prepara para la bronca
Una persona se sienta en su sillón y observa una punzada en su pecho	¿ si me da un infarto?	Taquicardia, malestar, alarma a su pareja y pide irse para urgencias.

Pero recuerda que no todas las emociones negativas son inapropiadas ni debemos intentar eliminarlas. Así, se debe distinguir entre:

**a) Preocupación / ansiedad**

- *Espero que esto no suceda y sería mala suerte que esto sucediera* (ejemplo de preocupación)
- *Esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera* (ejemplo de ansiedad)

**b) Tristeza / depresión**

- *He tenido muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida; desearía que no hubiese ocurrido así* (ejemplo de tristeza)
- *No debería haber sufrido esta pérdida, es terrible que haya sucedido así* (ejemplo de depresión)

**c) Disgusto y enfado con uno mismo / culpabilidad**

- *No me he portado bien, le he hecho pasar un mal rato* (ejemplo de disgusto)
- *Es terrible que me haya portado así y ¡soy despreciable!*(ejemplo de culpabilidad)

**d) Apuro y fatiga /vergüenza**

- *He hecho el tonto y me he comportado de forma estúpida en público* (ejemplo de fatiga)

- *Soy idiota y nunca hago nada bien* (ejemplo de vergüenza)

#### **e) Enfado / ira**

- *No me gusta lo que ha hecho, desearía que no hubiera ocurrido* (ejemplo de enfado)
- *¡Cómo ha podido hacer una cosa así, es imbécil!* (ejemplo de ira)

Nos vamos a centrar en los **pensamientos**. Existen diversos niveles de profundidad (muy relacionados entre si) y distintos niveles de conciencia. Cuanto más profundo sea un pensamiento o una creencia, menos consciente somos de ellos.

CREENCIAS CENTRALES  $\Rightarrow$  PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS  
NEGATIVOS

#### **(1) PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS**

Son una charla interna de temas muy concretos. Están situados en el nivel más accesible de la conciencia. Es lo que nos decimos ante cada situación.

EEMPLOS: *¡Vaya día! No voy a poder terminar el trabajo. Esto no hay quien lo soporte*

Algunas de las **CARACTERÍSTICAS** de estos pensamientos son:

- Son automáticos (se disparan sin que nosotros lo pretendamos), se viven como espontáneos, parecen ir y venir con voluntad propia. Son difíciles de evitar
- Aparecen como mensajes recortados en forma de “palabras clave” (resumidos, en ocasiones, una o dos palabras). Ej. Si notas una punzada...”me va ha dar” o Un estudiante entrando a un examen “voy a suspender” soy un fracasado.
- Son idiosincrásicos (cada persona tiene los suyos propios)
- Parecen evidentes y muy naturales. Se dan por verdaderos. No se cuestiona su validez empírica. Ni sus implicaciones y conclusiones son sometidas a un análisis lógico
- Van acompañados de gran carga emocional. Son difíciles de separar del sentimiento que provocan

- Tienen a dramatizar o “exagerar las cosas”. Ej. Viaje...”¿y si tengo un accidente?
- Son aprendidos en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, escuela o influencias sociales.

## (2) CREENCIAS CENTRALES

Están a un nivel más profundo de la conciencia. Constituyen nuestros valores fundamentales, nuestra identidad, afirmaciones globales y rotundas acerca de nosotros mismos, del mundo y de los demás:

- Acerca de nosotros mismos, relacionadas con el desamparo (*soy débil, soy incompetente, los demás no me respetan*) o la incapacidad de ser amado (*soy inferior, me rechazarán*)
- Acerca de los demás (*la gente no es de fiar, la gente me puede hacer daño*)
- Acerca de la vida (*la vida es muy difícil, la vida es absurda*) y del mundo (*este mundo es un caos, este mundo es una vergüenza*).

Cuando las ideas centrales se instalan en nuestra mente, muchas veces sin ser conscientes de ellas, nos generan unos pensamientos negativos y distorsionados sobre nuestras realidades que se automatizan con el tiempo, originando un sufrimiento emocional y unas respuestas desadaptativas ante las situaciones. Las creencias centrales negativas son **globales, rígidas y poco realistas**.

¿Cuándo nuestros pensamientos o creencias son irracionales o por el contrario son racionales?

### SON RACIONALES CUANDO SON:

- **LÓGICOS**. Se apoyan en datos de nuestras experiencias y, por tanto, son contrastables
- **CONSISTENTES CON LA REALIDAD**. Describen la realidad vivimos sin exageraciones, sin distorsiones
- **RELATIVAS/ NO DOGMÁTICAS**. Se expresan en términos de deseos o preferencias
- **EMOCIONES FUNCIONALES**. Produce emociones moderadas, de baja intensidad y corta duración, siempre en consonancia con lo ocurrido

- **CONSIGUEN OBJETIVOS.** Facilitan la resolución de nuestros problemas y ayudan a conseguir nuestras metas y objetivos

#### SON IRRACIONALES CUANDO SON:

- **ILÓGICO.** No se apoyan en datos de la experiencia. Utiliza suposiciones no demostrables
- **NO CONSISTENTES CON LA REALIDAD.** Describen la realidad de forma distorsionada, dramática o catastrófica
- **DOGMÁTICAS/ INFLEXIBLES.** Se expresan en términos de necesidades y exigencias
- **EMOCIONES DISFUNCIONALES.** Producen emociones negativas de fuerte intensidad y larga duración
- **NO CONSIGUEN OBJETIVOS.** Obstaculizan la resolución de nuestros problemas y la consecución de metas y objetivos

A continuación vamos a ver las **DISTORSIONES O SESGOS DE PENSAMIENTO**

más comunes que suelen presentar nuestros pensamientos automáticos negativos:

- **PENSAMIENTO TODO O NADA** (dicotómico o polarizado). Consiste en ser extremista, ver las cosas en blanco o negro, sin apreciar la existencia de categorías intermedias. Si algo no es perfecto, está mal. Esta forma de pensamiento constituye la base del perfeccionismo. Temes cometer cualquier error o imperfección porque entonces te considerarás un perdedor, te sentirás inútil, sin valor.
- **GENERALIZACIÓN EXCESIVA.** Sacar una conclusión general de un hecho en particular sin base suficiente. Ser derrotista. Por un solo hecho negativo que ocurre, considerar que siempre saldrá todo igual de mal, desesperanzarse. Se suelen utilizar palabras como “siempre” “nunca”, “todo”, “nada”. *Ej. El medico me prescribe un aumento en la medicación y pienso “nunca voy a estar bien” o “No voy a mejorar nunca”*
- **FILTRO MENTAL o visión de túnel.** Se filtra lo negativo y lo positivo se olvida. Un detalle negativo nubla los demás aspectos de la realidad. Es como una gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua. (Ejemplo: *He llegado tarde a una reunión y pienso “Ya lo he estropeado todo”, o hablas con un amigo sobre cosas muy*

*agradables durante dos horas y en un momento puntual discutir durante cinco minutos de política y piensas “Juan es un desastre” “¡ya no quedo más con él!” “¡como puede estar a favor de la pena de muerte!*

- **DESCALIFICACIÓN DE LO POSITIVO.** Ver nuestros comportamientos positivos como “lo normal”, pensar que las cosas agradables, los logros alcanzados no hay que tenerlos en cuenta. Mantener una creencia negativa que se contradice con las experiencias diarias (ejemplo, *Mi profesora ha elogiado mis ejercicios y pienso “lo ha hecho para animarme, no porque esté bien”*)
  
- **CONCLUSIONES PRECIPITADAS.** Interpretas las cosas de forma negativa sin datos que fundamenten las conclusiones. Los dos tipos de conclusiones precipitadas más frecuentes son:
  - **LECTURA DEL PENSAMIENTO** (pensar mal): Interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. (Ejemplos *Ha pasado por mi lado y no me ha saludado, habrá querido ignorarme. “Lo ha hecho para fastidiarme” o estas en la consulta esperando entrar el medico y me miran y pienso “se que piensan mal de mi”*).
  
  - **ERROR DEL ADIVINO** (anticipación negativa): esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes para ello. Transformar una posibilidad en un hecho cierto y actuar en consecuencia (por ejemplo, *No voy a organizar la fiesta porque todos se aburrirán*)
  
- **MAGNIFICACIÓN (CATÁSTROFE) O MINIMIZACIÓN.** Exagerar la importancia de las situaciones o los hechos, o por el contrario reducirlas hasta que parezcan diminutas. Adelantar acontecimientos de un modo catastrófico. Por ejemplo, minimizar mis cualidades y exagerar mis defectos (*Dios mío, he cometido un error ¡qué horrible!*).
  
- **RAZONAMIENTO EMOCIONAL.** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si lo siento, será verdad. Tomas tus emociones como prueba de la verdad. Por ejemplo: *Siento miedo a viajar en avión,*

*luego viajar en avión es peligroso, o bien Me siento incompetente, luego soy un inútil. Si me siento así...es porque soy/ ha ocurrido.*

- **ETIQUETACIÓN.** Hacer una valoración global del ser humano basado en algunos aspectos negativos. Es una generalización excesiva aplicada al comportamiento humano. No describe comportamientos concretos, sino que hace evaluaciones globales. Por ejemplo, *soy torpe, eres un desastre.*
- **PERSONALIZACIÓN.** Atribuirse toda la responsabilidad de los sucesos que tienen consecuencias negativas para los demás, sin base para ello. Genera sentimientos de culpa. Por ejemplo *El médico en una conferencia dice que hay pacientes que no se protegen del sol y uno piensa “seguro que lo está diciendo por mí”. Si tu pareja se aburre tú piensas “seguro que es por mi culpa”*
- **LOS DEBERÍAS** (imperativos). Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas o exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de estas reglas o normas acerca de uno/ a mismo/ a (*debo de, tengo que*), acerca de los demás (*deben de, tienen que*) o acerca de la vida (*la vida no debería ser así*) se considera insoportable, intolerable y conlleva a una alteración emocional extrema dogmas. Cuando dirijo los “deberías” hacia mí mismo, la consecuencia emocional es la culpa; cuando los dirijo hacia los demás, generan ira y resentimiento; cuando es hacia la vida, producen poca tolerancia o frustración. (Ejemplo, *Mi pareja debe apoyarme en todo si me quiere*).

Veamos la lista de **DEBERÍA** irracionales más habituales:

- Debería ser generoso, considerado, valiente, altruista,..
- Debería ser el amante, amigo, padre, hijo, profesor, estudiante, esposo, perfecto.
- Debería ser capaz de soportar cualquier penalidad con imparcialidad, con ecuanimidad.
- Debería ser capaz de encontrar una rápida solución a cualquier problema.
- No debería sentirme herido nunca, siempre debería estar feliz y sereno.
- Debería conocer, entender y preverlo todo.

- Debería ser siempre espontáneo y al mismo tiempo, debería controlar siempre mis sentimientos.
- No debería sentir nunca ciertas emociones, tales como cólera o celos.
- No debería equivocarme nunca.
- Mis emociones deberían ser siempre constantes (sentir siempre amor, y no algunas veces)
- Debería defender siempre mis derechos, sin herir nunca a nadie
- No debería estar cansado o enfermo nunca
- Debería ser siempre eficiente.
- Debería confiar totalmente en mi mismo.

## ANEXO 13

### SESIÓN N° 9: DECIR NO

A veces no tenemos tiempo de completar las actividades que teníamos planeadas porque no hemos sido capaces de DECIR NO a diversas peticiones. O nos sentimos muy estresados por estar sobrecargados de trabajo, por el mismo motivo, no haber sido capaces de DECIR NO. Existe un dicho que dice: "Si quieres que alguien te haga un favor, pídeselo a quien esté más ocupado!"

Esta habilidad tiene una serie de ventajas:

1. Conseguimos que los demás sepan cómo pensamos y cuáles son nuestros sentimientos
2. Nos sentimos bien porque **no hacemos algo que no queríamos hacer**
3. Evitamos que otras personas puedan aprovecharse de nosotros
4. Es menos probable que en el futuro nos pidan de nuevo que hagamos algo que no queremos hacer, **nos respetarán más**

Para rechazar peticiones:

- Decir simplemente NO. Se puede dar una razón, pero no existe una obligación de justificar la respuesta.
- Pedir tiempo, si es necesario, para pensar sobre la petición.
- Pedir más información/ clarificación.
- Cargar con la responsabilidad de las propias decisiones
- Si uno es presionado, se puede repetir el "no", pero no existe la obligación de dar una razón o justificar la respuesta
- Si insisten en la petición, se puede utilizar el procedimiento del DISCO RAYDO

Los rechazos apropiados pueden acompañarse por razones y nunca por excusas. Una razón es un hecho que, si cambiase, cambiaría la respuesta. Así, si rechazas una petición porque estás ocupado, pero hubieras dicho que sí en caso de no estar ocupado, el "estar ocupado", es una razón. Sin embargo, si estás ocupado y rechazas una petición, pero querías seguir rechazando incluso si no estuvieses ocupado, el "estar ocupado" en este caso, es una excusa que simplemente sirve para justificar el rechazo. **Los rechazos**

**de peticiones adecuados tienen que expresarse de forma clara, concisa y sin excusas.**

En muchos casos, las dificultades para DECIR NO pueden deberse a que estamos haciendo **predicciones poco razonables de qué es lo que ocurriría si nos negáramos** a lo que nos piden. Podemos anticipar que si decimos que no la otra persona va a rechazarnos o se va a sentir muy molesta con nosotros. Podemos evaluar estas predicciones, y es muy probable que cuando lo hagamos encontremos que en realidad no va a ocurrir lo que estamos anticipando.

Es posible que aparezcan **pensamientos automáticos negativos** (o que tengas ideas irracionales) sobre el hecho de decir NO, como por ejemplo *Si soy un buen amigo, debería acceder a su petición*, o quizás *Es más fácil acceder a la petición de esta persona que enfrentarme a cómo se sentirá si no accedo*. Recuerda, que ante los pensamientos negativos, lo adecuado puede ser la reestructuración cognitiva, que ya hemos visto.

Decir que no es un buen ejercicio para prevenir sensación de agobio. Probablemente te des cuenta de que no vas a herir a nadie diciéndole que no. Generalmente, **decir que no (de la forma apropiada) contribuye al desarrollo del respeto mutuo entre dos personas.**

⇒ Veamos el procedimiento de **DISCO RAYADO**:

Este procedimiento se suele utilizar para hacer peticiones y/o rechazar una petición poco razonable o a la que no queremos acceder. De este modo, no tenemos que dar largas explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o hacer algo.

El DISCO RAYADO consiste en repetir , una y otra vez, lo que queremos expresar. Ha sido descrito como “el procedimiento que mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, enseña la virtud de la persistencia”. Nos permite ser persistentes repitiendo una y otra vez lo que queremos sin enfadarnos, irritarnos ni levantar la voz.

- Repite una y otra vez lo que quieres, sin irritarte, sin enojarte, sin levantar la voz.
- No prestes atención a otros temas de la conversación, que no sea la cuestión que te interesa. Escucha pero no respondas a algo que se salga fuera de la cuestión
- Date permiso para no justificarte, si así lo quieres
- Para que parezca más humano y menos mecánico, puedes decir frases como:
  - “Entiendo lo que me dices, pero.DISCO RAJDO”.
  - “Si, pero DISCO RAJDO”.

Aunque esta técnica parece fácil de usar, se necesita práctica para superar las tácticas manipuladoras

⇒ Ahora, veamos el procedimiento de **BANCO DE NIEBLA:**

Se trata de una técnica para aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello se renuncie a ser “nuestro propio juez” (recuerda uno de los derechos asertivos). Se trata de hacer frente a la crítica manipulativa sin ceder a ella ni entrar en justificaciones o discusiones

Consiste en reconocer serenamente la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dice nuestro crítico, reservándonos el derecho a ser nuestros propios jueces en cuanto a nuestro comportamiento. En este procedimiento, la persona refleja o parafrasea lo que acaba de decir la otra persona, añadiendo luego: “.. pero lo siento, no puedo hacer eso”

La persona que utiliza el banco de niebla, parece estar de acuerdo con la otra persona (*puede tener razón o que probablemente esté en lo cierto*), pero no dice que tenga razón.

Existen varias formas:

1. Convenir con la verdad:

Se trata de reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones que emplean para criticarnos

AMIGO: *¿Cómo puedes dejarme así, con la de veces que lo he hecho yo por ti?*

∅: *Es verdad que muchas veces tu me has acompañado, pero esta vez no voy a ir*

Observa como ante la intención de hacernos responsables de una situación, no se responde nada, se extiende un banco de niebla.

2. Convenir con la posibilidad:

AMIGO: *Creo que eres un egoísta*

∅: *Puede que a veces me porte egoístamente. Puede que tengas razón*

Observa que la aceptación no es de ser, sino de comportarse como...

3. Convenir con el principio:

AMIGO: *"Tu no entiendes lo que esto significa para mí"*

∅: *"Estoy segura de que doy esa impresión, pero no voy a aceptar"*

Recuerda que esta técnica obliga a:

- 1) Escuchar y responder sólo a lo que el crítico dice, no a lo que podemos pensar que esté implícito en sus críticas
- 2) Pensar en términos de probabilidades y no en términos de evidencias absolutas (Blanco-Negro). Si lo vemos así, siempre podemos convenir con lo que haya de verdad en sus afirmaciones.

**Y SOBRE TODO, PENSAR ¿QUÉ SERÍA LO PEOR QUE PODRÍA OCURRIR SI DIGO NO? ¿SERÍAN PEOR LAS CONSECUENCIAS QUE SEGUIR AGUANTÁNDOME? ¿QUÉ PASARÁ SI SIGO AGUANTANDO ESTA SITUACIÓN?**

Ejercicios de rol-playing:

\* mi madre me pide que dedique mis vacaciones a pintar su casa, como he hecho cada año, pero este año tengo otros planes y no me apetece. Además, tengo más hermanos que podrían ayudarle.

\*mi hermano me pide 1000E y todavía no me ha devuelto otros 1000 que le dejé hace tiempo.

\*Me invitan a una boda de un conocido; yo no quiero ir, pero me encuentro en un compromiso.

\*una amiga quiere venir a vivir conmigo; yo la quiero mucho, pero estoy segura de que tendremos problemas.

\* PEDIR UN CAMBIO DE CONDUCTA

Recuerda que tienes derecho a pedir un cambio de conducta a otra persona, y ella tiene derecho a negarse. La fórmula más sencilla es:

*Cuándo tu. . . . . yo me siento . . . . . me gustaría . . . . .*

Otra posible fórmula puede ser:

❖ **EMPATIZAR CON LA OTRA PERSONA O SUGERIR ALGO QUE VALORAS DE LA RELACIÓN** (con objeto de no deteriorar la relación):

Por ejemplo: *"Entiendo que estés enfadado...", "Me gusta que me cuentes tus problemas..."*

❖ **ACEPTAR ALGUNA PARTE DE LA RESPONSABILIDAD** (SI ES OPORTUNO) (este elemento tiene como objetivo no deteriorar la relación):

Por ejemplo: *"A veces yo también hago...", "Tal vez yo..."*

❖ **SEÑALAR LA CONDUCTA QUE TE MOLESTA Y COMO TE HACE SENTIR**

Por ejemplo: *"...Sin embargo, me siento muy mal cuando me hablas a voces...", "...Me molesta que me cortes cuando hablo porque siento que no me dejas participar en la reunión..."*

❖ **SUGERIR UNA CONDUCTA ALTERNATIVA:**

Por ejemplo: *"...Creo que sería mejor si charláramos tranquilamente del tema e intentáramos buscar una solución...", "Me sentiría mejor si de vez en cuando me cedieras el turno y me prestaras un poco de atención porque a mi también me gusta participar..." "Me gustaría..."*

❖ **PROPONER ALGUNA SOLUCIÓN:**

Por ejemplo: *"Podríamos solucionarlo así..."*

❖ **COMPROBAR SI LA OTRA PERSONA ESTÁ DE ACUERDO:**

Por ejemplo: *"...¿Qué piensas tu sobre esto?... ¿Estás de acuerdo?... ¿A ti que te parece?..."*

Otra fórmula posible puede ser:

- ❖ **DEFINO MIS OBJETIVOS.** Me planteo qué quiero conseguir?
- ❖ Intento **AUTOCONTROLARME Y MANTENER LA CALMA** para que mis emociones no interfieran con mis objetivos
- ❖ **DESCRIBO** la situación y/o la conducta que deseo cambiar. Por ejemplo:  
*"Rafa, cuando te veo leer tranquilamente mientras la cocina está si recoger..."*
- ❖ **EXPRESO MIS SENTIMIENTOS** con mensajes en primera persona.  
Ejemplo: *"Empiezo a enfadarme ya que me parece injusto que tenga que ordenarla yo solo..."*
- ❖ **SUGIERO O PIDO CAMBIOS** con mensajes **YO**. Por ejemplo: *"Yo te pediría que por favor colabores conmigo..."*
- ❖ **ELOGIO Y AGRADEZCO.** Ej., *"Me alegraría mucho que lo entendieras y que cambiaras"*.
- ❖ **REFUERZO EL CAMBIO CUANDO OCURRA.**

Cuando intentes un cambio de conducta en otra persona, RECUERDA:

- \* Intenta ser **CONCRETO, ESPECÍFICO, DESCRIPTIVO** con respecto al comportamiento que te molesta
- \* Evita las **GENERALIZACIONES** ("*Siempre te desentendes de las tareas domésticas*", "*Nunca me escuchas..*", "*Siempre quieres controlarme*")
- \* Evita **CULPABILIZAR, AMENAZAR, DESCALIFICAR, DOTAR DE INTENCIONALIDAD NEGATIVA, IRONIZAR,..** ("*Lo haces para fastidiarme*".... *¡Me encantó que fueras tan considerado conmigo!*".... *"Ya verás cuando tu me necesites"*... *"Eres una egoísta"*)
- \* No olvides que a menos que tengas un contrato que diga lo contrario tus **DERECHOS SON IGUALES QUE LOS DE OTRAS PERSONAS.** Compruebas si estás siendo más considerado con el otro que contigo mismo.

### **Ejercicios de rol-playing:**

- \*Mi pareja siempre deja la casa hecha un desastre. Me molesta muchísimo pero me da miedo que discutamos.
- \*Mis hijos me hablan sin respeto
- \*Mi compañero de trabajo fuma sin parar y no soporto más la habitación llena de humo todo el día.
- \*Mi vecino pone cada noche la lavadora y no me deja dormir.

## ANEXO 14

### SESIÓN N° 10: LA ESTRATEGIA DEL HUMOR



La risa, a la que Sir ~~W~~iam Osler consideraba la “música de la vida” hace soportable lo insoportable. El humor ha sido propuesto como otra estrategia de afrontamiento a las situaciones estresantes. ¿Qué beneficios puede proporcionar el humor?

#### BENEFICIOS DEL HUMOR:

◆ Nos ayuda a mantener el equilibrio: Tomarse a uno mismo y al mundo demasiado en serio, nos puede hacer caer en la enfermedad (tanto físico como psicológica). Las personas que son capaces de reírse ante los contratiempos, dejan de sentir lástima de sí mismos.

Para mí el humor es como un alimento. ¿Acaso debemos alimentarnos sólo cuando estamos enfermos? El humor y la risa deben constituir una parte importante en la dieta de toda persona sana.

Norman Cousins

◆ Nos proporciona perspectivas:

- Nos ayuda a distanciarnos de los problemas
- Nos hace ver más allá del problema
- Nos ayuda a detenernos un momento y observarnos a nosotros mismos y a nuestros contratiempos de una manera distinta. La más importante función psicológica del humor es la de sacarnos bruscamente de nuestro marco mental habitual y promover nuevas perspectivas. El psicólogo Allport planteó la teoría de que el humor, lo mismo que la religión o que escalar montañas, le da a uno una visión nueva del lugar que ocupa en la sociedad.

◆ Nos ayuda a enfrentar las dificultades:

- Atrae la atención hacia otro lugar
- Puede amortiguar y diluir el estrés: libera la tensión acumulada y hace saltar el tapón formado por el temor, la hostilidad, la cólera.... Como dice Gerard Ignot:

*La risa es como los limpiaparabrisas.*

*Nos permite avanzar, aunque no detenga la lluvia*

- Muchos conflictos interpersonales surgen por tomar demasiado en serio y exagerar la importancia de las pequeñas o grandes contrariedades que aparecen en el seno de las mismas.
- Muchas situaciones interpersonales difíciles y comprometidas dejan de serlo cuando introducimos el sentido del humor.

◆ Incluso el humor proporcionar beneficio físico: aumenta la energía y hace que se ejerciten los sistemas de nuestro cuerpo (cardiovascular, respiratorio, muscular, liberación de opiáceos en el sistema circulatorio). También, alivia el dolor. Varios estudios han demostrado que la exposición de las personas a experiencias humorísticas aumenta significativamente su capacidad para soportar el dolor. Cuando reímos, el cerebro libera endorfinas (analgésicos naturales que produce nuestro cuerpo).

Norman Cousins defiende que al igual que las emociones negativas producen cambios químicos negativos en el cuerpo, las emociones positivas producen cambios positivos. Así, pues el amor, la esperanza, la fe, la alegría, la confianza y la voluntad de vivir tienen un valor terapéutico. Por lo tanto, las emociones positivas son experiencias que **dan vida**. Lo importante de la risa es que crea las condiciones necesarias para que las otras emociones entren a su vez en acción. Hay en la risa y en el sentido del humor algo que es extraordinariamente saludable. Decía Voltaire que “En la risa siempre hay una especie de júbilo que es incompatible con el desprecio o la indignación?”. .

Por qué no utilizamos el humor con más frecuencia, por qué no nos reímos más? ¿Qué lo impide? Según Edward Dunkel-Schetter, presidente de la Asociación Americana de Humor Terapéutico, las investigaciones muestran que los niños ríen más de doscientas veces al día, y los adultos ríen una media de quince veces al día. Hemos aprendido a que hay que ser serios; que la risa significa ser inmaduros. Aspectos como

el dolor, la preocupación, el miedo a la crítica, al rechazo, al peligro, a la ira, a parecer tonto, limitan la risa, son elementos disuasorios.

## **TÉCNICAS PARA SUPERAR LOS MOMENTOS DIFÍCILES, LOS MOMENTOS DE ESTRÉS**

Recuerda que la **actitud** que tomamos ante la vida, juega un papel fundamental. Elegimos el color del cristal con que miramos las cosas. Nuestra predisposición mental, nuestras intenciones, nos llevan en la dirección hacia la que queremos dirigirnos.

Se sabe que el humor y la risa son un medio muy efectivo para contrarrestar las consecuencias del estrés, y que la capacidad de reírnos de una situación dada nos confiere poder y control sobre las mismas y nos libera de las emociones negativas y de sus desagradables consecuencias. Al revisar muchos estudios sobre el humor, Martin y Lefcourt (1983) han notado que los efectos negativos del estrés son menos pronunciados para los individuos que tienden a reír y a sonreír en una variedad de situaciones, para los que consideran el humor como un valor esencial y para los que usan el humor como una forma de afrontar el estrés.

¿Qué podemos hacer para apreciar el lado humorístico de uno mismo y del mundo en el que estamos metidos?

**(A)** Si te consideras una “persona seria” o alguien que no tiene sentido del humor, cambia la etiqueta ahora mismo. No tienes por qué seguir anclado en ningún molde sólo porque te has acostumbrado a él.

**(B)** Procura la compañía de quienes poseen ese talento especial que les permite ver siempre el lado humorístico de las cosas.

**(C)** Al menos una vez al día, ponte frente al espejo y cambia la expresión de tu rostro. Haz muecas. Sonríe. Con un poco de práctica surgirá de un modo espontáneo. Incluso en esos días que todos tenemos de vez en cuando, no dejes de hacer este ejercicio. El simple esfuerzo de sonreír ante el espejo genera cambios muy favorables en nuestras hormonas y neurotransmisores.

**(D)** Trata de entrar en contacto con tu “payaso interior”, ese ser infantil y divertido que todos llevamos dentro y al cual hemos coartado durante mucho tiempo, generalmente a causa de la seriedad de nuestro trabajo y de nuestro entorno en general.

**(E)** Busca materiales impresos o electrónicos (revistas, libros, vídeos, películas, etc.), susceptibles de propiciar la risa. Anotas los chistes y las anécdotas que te hagan reír y empieza a formar con ellos un pequeño archivo de material que luego podrás compartir con otros cuando se presente la ocasión.

Tras hacer un curso de lectura rápida, fui capaz de leerme “Guerra y Paz” en veinte minutos. Creo que decía algo sobre Rusia.

Wody Allen

**(F)** No desaproveches la ocasión de asistir a espectáculos de humor como películas, sobre todo, comedias y obras de teatro cómicas.

**(G)** Dos de las afirmaciones del humor positivo de Christian Hagaseth proponen:

- No me ofenderé por los intentos humorísticos de otros. En caso de duda, pensaré siempre que su intención es buena.
- Cuando la adversidad me golpee, utilizaré mi sentido del humor para soportarla, para sobrevivir, para crecer y para animar a los demás.

**(H)** Un elemento importante es la sonrisa. Sonreír es un comunicador instantáneo. Además, ésta es contagiosa. Es una forma veloz de librarse del abatimiento: cuando uno sonrío desencadena una serie de recuerdos alegres en su mente. Según un estudio realizado por el psicólogo Laird, las expresiones faciales pueden mejorar nuestro humor haciéndonos recordar acontecimientos más felices y a la inversa, cuando se frunce el ceño, se recuerdan más fácilmente acontecimientos sombríos.



Otras técnicas que podemos utilizar son:

### **(1) HACER DEL MUNDO EL LABORATORIO DEL HUMOR**

Trata conscientemente de buscar y de disfrutar del lado humorístico de las situaciones y circunstancias que te toca vivir. En la búsqueda del humor, ten presente que a veces se necesita algún tiempo para encontrar humor en los contratiempos; es posible que en un primer momento no tenga ninguna gracia, pero recuerda que la crisis de hoy es el chiste de mañana; los contratiempos de hoy son la sonrisa de mañana. A veces se necesitan 10 años para encontrar algo de humor en el contratiempo, a veces, 10 segundos. La distancia entre el contratiempo y el momento en el que nos genera risa, varía. La próxima vez que te halles en una situación problemática, detente un momento y pregúntate cómo la verás dentro de un mes, dentro de seis meses, dentro de un año o cuando tengas 85 años. Si puedes decirte, "Algún día me reiré al recordar esto," estarás más cerca de hacerlo realmente.

Tratar de no ser tan serios en nuestra vida diaria requiere un esfuerzo muy serio, especialmente cuando uno está pasando momentos difíciles; pero se puede lograr. El mayor impedimento a la hora de intentar reírnos más en nuestra vida, somos nosotros mismos. Nosotros mismos evitamos que surja cuando nos decimos "No puedo..." Un viejo proverbio francés dice:

*el día más completamente desperdiciado es aquel en el que no nos hemos reído.*

El mundo está plagado de situaciones absurdas. Si nuestros ojos buscan el humor, lo podemos encontrar en cualquier parte, en nuestro propio mundo.

### **(2) DESCUBRE LA IRONÍA DE LAS SITUACIONES. RÍETE DE LA IRONÍA:**

La vida no siempre nos da lo que hemos planeado. A veces se obtiene lo contrario de lo que esperaba. Eso se llama ironía. En sí misma, la ironía no es ni triste

ni divertida. Se convierte en cómica cuando vemos la irracionalidad entre dos elementos, cuando acabamos muy lejos de donde pretendíamos ir.

Como ejercicio, observa si eres capaz de ver lo irracional de una relación y eres capaz de reírte; observa la relación entre el modo en que algo ha empezado y la forma en que acaba

*. Ejemplos: la anécdota de Charlot (en un concurso de imitadores de Charlot, ganó el segundo premio)*

*El cuartel de bomberos que se incendia,*

*La cantidad de dinero que se gasta la gente con el pelo rizado para alisárselo y en cambio, los que tienen el pelo liso, se lo rizan;*

*Algunos de los grandes éxitos de venta son los libros de cocina y de dietas; unos te enseñan a preparar la comida y otros a no comértela,*

### **(3) JUEGO DE NIÑOS: HACER UN GRANO DE ARENA DE UNA MONTAÑA**

Para los niños todo es un juego. La imaginación es una maravillosa herramienta para dar la vuelta a nuestros problemas. Podemos utilizar nuestra imaginación infantil para jugar con cualquier acontecimiento desagradable o para convertir cualquier tarea en un juego. El juego puede aliviar nuestros problemas y ayudarnos a encontrar soluciones.

Este planteamiento va en la línea que ya hemos comentado anteriormente sobre uno de los errores de pensamiento, la *catastrofización*. Esta estrategia, trata de relativizar las cosas, de desdramatizarlas; la vida puede estar llena de aventuras; la visión que tiene un niño del mundo puede darnos perspectiva; mirar con los ojos de un niño, es mirar el mundo como si fuera por primera vez."

### **(4) EXAGERAR:**

A menudo, cuanto más nos esforzamos por librarnos de nuestros problemas, más difíciles nos resulta hacerlo. En cambio, si los exageramos, empezamos a ver su carácter

absurdo, logrando una nueva perspectiva. Se trata de una forma para hacer graciosos nuestros momentos difíciles. La exageración contribuye a la discriminación adecuada entre las demandas absolutistas e imperiosas y los deseos lógicos, entre la valoración catastrofista y la estimación lógica.

Para ilustrar esta idea, te sugerimos que examines las recomendaciones que dan los expertos sobre el arte de amargarse la vida:

Si tienes claro que quieres amargarte la vida, sigue al pie de la letra estas recomendaciones!

**(5) DESCUBRE LA VENTAJA DE LA DESVENTAJA: BUSCA LA BUENO DE LAS SITUACIONES MALAS**

Las cosas son mejores para aquellas personas que saben sacar el mejor partido de la forma en que le vienen las cosas. Después del sobresalto inicial, reúnen sus fuerzas, superan el problema y son capaces de ver oportunidades allí donde la mayoría no las ven. Ver algo de humor en nuestra desgracia, no hace que desaparezca, pero nos permite distanciarnos, de modo que no quedemos atrapados en ella.

La filosofía que subyace a esta técnica es que las pérdidas enriquecen nuestra vida en lugar de empobrecerla. En lugar de "¡qué mala pata!" surge un "¡Anda, fíjate en eso!"

*Ejemplo: "Desde que se quemó mi casa, puedo ver mucho mejor las estrellas"*

Cuenta el psicólogo Mc Guinnis (1993) que:

Charles, el hijo de Edison, corría frenéticamente por los alrededores tratando de encontrar a su padre. Finalmente dio con él; estaba de pie cerca del fuego con el rostro rubicundo por el resplandor y el cabello blanco echado hacia atrás por los vientos invernales. "Mi corazón estaba afligido por él", dijo Charles Edison. "Ya no era joven y todo se estaba destruyendo". Notó mi presencia. "¿Dónde está tu madre?", gritó. "Encuétrala. Tráela aquí. No va a volver a ver nada como esto mientras viva".

A la mañana siguiente, caminando entre las cenizas carbonizadas de tantos sueños y esperanzas, Edison, de sesenta y siete años, dijo: *“Existe un gran mérito en el desastre. Todos nuestros errores están quemados. Gracias a Dios que podemos comenzar de nuevo”*.

## **(6) SOLTAR EL LASTRE**

Cuando no logramos liberarnos de los contratiempos, dificultades y desengaños, éstos se convierten en CARGAS SOBRE NUESTROS HOMBROS. Su peso nos impide reír. Para dar ligereza a nuestra vida, tenemos que dejar de luchar con nuestras circunstancias y aceptarlas. Recuerda que hay cosas que podemos controlar y otras que no podemos controlar. Para aquellas que no podemos controlar, que no podemos cambiar, la clave está en aceptarlas.

El niño cuando nace, no tiene la idea de que el mundo pueda o deba ser distinto a como es. Pero de adultos, nos empeñamos, en cambiarlo; tratamos de cambiarlo en función de como tiene que ser, de como debe ser. Lógicamente esto dará lugar a la FRUSTRACIÓN; el mundo no puede ajustarse a lo que nosotros entendemos que debe ser o tiene que ser.

SOLTAR EL LASTRE: es adoptar una actitud de no interferencia que nos permita detenernos a observar un acontecimiento en lugar de quedar atrapado en él (darle vueltas una y otra vez; ejercicio que no nos lleva a ninguna parte).

## **(7) REÍRSE DE UNO MISMO**

Cuando uno es capaz de reírse de uno mismo o de su situación, es más probable que los demás se rían con uno y no de uno. Cualquier desventaja resulta menos incómoda cuando uno es capaz de reírse antes de que lo hagan los demás. Reírse de uno mismo no siempre es fácil, aunque:

**Bienaventurados los que se ríen de si mismos,  
porque nunca les faltará motivo de qué reírse**

Reírse de uno mismo no es lo mismo que echarse por los suelos. Echarse por los suelos puede minar tu autoestima y hacer que te sientas incómodo. Reírse de uno mismo te permite reconocer la situación de forma que alivie dicha situación.

## **(8) OTROS**

Usar recordatorios del humor. La rutina nos puede hacer olvidar la importancia del humor. Entre las técnicas psicológicas, están las de autocontrol: Si cambias algo en el ambiente, tu conducta cambiará. Por ello, se pueden usar recordatorios de humor, elementos decorativos humorísticos, letreros divertidos,...

Hacer algunas tonterías (según el diccionario: dicho o hecho sin importancia, nadería): Nos ayudan a escapar de nuestros problemas. Una pequeña tontería introducida en nuestro problema modifica instantáneamente el panorama y desvía el centro de nuestra atención.

Con frecuencia sentimos que los días se nos hacen aburridos porque hacemos las cosas una y otra vez de la misma forma. Haz algo distinto, alguna tontería incorporada a nuestra rutina diaria de vez en cuando le dará chispa a la vida.

*Ejemplos:* pedir una fuerte ovación, apartes (lo que dice un actor cuando abandona momentáneamente su personaje y habla para si mismo o para el público), como:

*\* Tu hijo de cuatro años entra en el salón y derrama el tazón de cereales. Te diriges a un público imaginario y dices:*

*- ¿Por qué no puede derramar los cereales en casa de ustedes? ¿No les gustaría quedárselo una semana? ¿Y qué tal por unos años? ¿Y para siempre?*

*\* Otra técnica es la de escribir una carta exagerada y responderla con otra carta.*

Como os comentamos el primer día del taller, deseamos que éste hubiese servido para que te plantees algunas cosas. Nos gustaría que te sirviera para que seas consciente

de que lo único que tenemos es **la vida**. Y que en nuestras manos (y en nuestra mente) está que sea más dichosa o más desgraciada. Que estés más o menos estresado/a depende en gran medida de ti. Por lo tanto, que el control del estrés está en ti. De nada servirá todo lo que hemos visto para controlar el estrés, si no lo pones en práctica. ¡Yjalá todas estas técnicas te sirvan para disfrutar más de la vida.

Yo gustaría acabar el taller con las palabras de **Jorge Luis Borges**, que en su poema *INSTANTES*, expresa magistralmente el mensaje que os queremos transmitir:

Si pudiera vivir nuevamente mi vida,  
en la próxima trataría de cometer más errores.  
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.  
Sería más tonto de lo que he sido,  
de hecho tomaría muy pocas cosas con seriedad.  
Sería menos higiénico.  
Correría más riesgos,  
haría más viajes,  
contemplaría más atardeceres,  
subiría más montañas, nadaría más ríos.  
Iría a más lugares adonde nunca he ido,  
comería más helados y menos habas  
tendría más problemas reales y menos imaginarios...  
Y era uno de esos que nunca iba a ninguna parte sin un termómetro,  
una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas.  
Si pudiera volver a viajar, viajaría más liviano.

### ¡MIRALÁ!

Esta es la historia de una persona, una persona profunda, grande, con sentimientos tan amplios que ningún ser humano logra entender, es la historia de una persona a los ojos de todos común y corriente, pero que si hacemos un alta la miramos fijamente e intentamos conocer, podremos ver lo especial de su ser.

Mírala, la tienes frente a ti, ella desea que tu la conozcas, contéplala, observa sus rasgos, sus ojos. ¿que crees que te expresa? ¿será que está triste? ¿quizá alegre? tal vez tenga angustia o miedo. Mira su boca, está en silencio, podría estar gritando! Quizá necesita un beso, un abrazo o sencillamente un TE QUIERO. Mira su nariz, sus mejillas, todo su rostro, toda ella tiene una historia. ¿Sabes cuantas penas ha tenido en su vida? ¿Sabes cuantas veces luchó hasta vencer los obstáculos? Pensad en algún momento en el que hayáis tenido necesidad de acudir a ella, es alguien incondicional. Esta persona que está enfrente de ti, sabe mucho más de lo que tu te crees, puede ayudarte a encontrar soluciones. Tengo que decirte que tú todos los días ves a esta persona, pero que los otros, los demás, reciben siempre más atención que ella misma. Fíjate en su cara, su cara refleja experiencia, pero y su cuerpo, ¿te has preguntado que expresa su cuerpo? cierra los ojos e intenta imaginar su cuerpo, sus manos, esas manos que siempre dan calor y amor, sus piernas pueden mostrar cuanto han caminado en su vida, cuanto peso cargaron, pero también muestran que aún quieren seguir caminando, sus caderas, míralas aún expresan sensualidad, vitalidad o feminidad.

Ella, la persona de enfrente, quiere decirte que no la olvides, que no la ignores, ella humildemente te ofrece en primer lugar cariño para ti y después para los demás, ella desea que tu la quieras y la cuides y quiere contarte sus expectativas e ilusiones, quiere que a partir de ahora la escuches, porque sabe que muchas veces ha permanecido muda. Ella quiere decirte sobre todo que el hecho de que se manifieste cambios físicos, no es razón para cambiar todo su ser, ella simplemente quiere vivir y continuar creciendo en espíritu, a tu lado y sin que tú la olvides. Ahora quiero que hagáis un trato con ella...