



Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Sistema de Información Científica

María Isabel Peralta-Ramírez, Humbelina Robles-Ortega, Nuria Navarrete-Navarrete, Juan Jiménez-Alonso
Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y
personas sanas

Salud Mental, vol. 32, núm. 3, mayo-junio, 2009, pp. 251-258,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212279009>



Salud Mental,
ISSN (Versión impresa): 0185-3325
perezrh@imp.edu.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz
México

[¿Cómo citar?](#)

[Fascículo completo](#)

[Más información del artículo](#)

[Página de la revista](#)

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas

María Isabel Peralta-Ramírez,¹ Humbelina Robles-Ortega,¹
Nuria Navarrete-Navarrete,² Juan Jiménez-Alonso²

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Stress is currently considered a health risk factor. Numerous studies have shown that people with high levels of perceived stress present a greater number of complaints at both the physical and psychological levels. In this context, programs have been developed directed toward adequately coping with stress, and the effectiveness of these programs on the symptomatology of a psychological nature in healthy persons with a high level of perceived stress has been shown. However, there have been fewer studies that have shown whether this type of therapy affects the somatic symptomatology of healthy people in any way.

On the other hand, programs for chronically ill patients directed toward achieving a better adaptation to their life conditions are equally effective. A population that presents considerably high levels of stress is the one consisting of people suffering from a chronic illness. Thus, through the immunological modulation it produces, the stress may be exacerbating the course of the disease. One prototype of this is systemic lupus erythematosus (SLE). SLE is a syndrome whose clinical expression depends on the degree to which there is a convergence of an immune regulation disorder and a strong genetic base, hormonal influence, and various exogenous agents. SLE can be manifested by general malaise, fever, fatigue, weight loss, skin rashes, joint inflammation, anemia, inflammation of the lymphatic glands, lowering of the defenses against infection, and cardiac, kidney, neurological, and pulmonary alterations. This autoimmune disease is usually associated with high levels of pain and impairment in different systems, producing high levels of stress in the patients who suffer from it. Nevertheless, although stress has already been shown to be one environmental factor that can produce a worsening in lupus symptoms, there have been no studies carried out with the objective of testing the effectiveness of stress management therapy and its physical and emotional consequences in these patients.

For this reason, this study has a double objective: on the one hand, to corroborate, once again, the efficacy of cognitive-behavioural stress management therapy in the control of certain psychological processes and, on the other hand, to take one more step by testing whether there is a reduction in the perception of self-reported somatic symptoms both in healthy people and in those with a chronic disease.

Material and method

Fifty-two people participated in this study. Twenty-two were patients with lupus from the University Hospital in Granada. The other 30 were people without chronic diseases who attended the Psychological Attention Service at the University of Granada to receive therapy for coping with stress, as they claimed to have high levels of it.

To evaluate the level of stress, we used the Stress Vulnerability Inventory by Beech, Burns and Scheefield, and the Scale of Recent Life Experiences (SRLE) by Kohn and Macdonald. To evaluate depression, we used the Beck Depression Inventory (BDI), and for anxiety, the Trait Anxiety Inventory (STAI-R) by Spielberger, Gorsuch and Lushene. For the self-reported somatic symptoms, we used the Revised Somatic Symptoms Scale (SSS-R) by Sandín, Valiente and Chorot. In addition, in the patients with SLE, the SLEDAI index, or Index of Activity of the Disease, was obtained.

The therapy received was cognitive-behavioural in nature, and it was carried out during 13 sessions which were grouped in the following blocks: Conceptualization of the stress, cognitive restructuring; Deactivation techniques; Approaching the self-management of the pain; Social skills; Time control and organization; Personality pattern and its relationship with health; Anger management; Humour and optimism as coping strategies.

Results

Results showed that both groups presented a statistically significant reduction in stressful life experiences [$F(1.50)=28.6$; $p<0.000$], vulnerability to stress [$F(1.50)=105.25$; $p<0.000$], depression [$F(1.50)=68.33$; $p<0.000$], and anxiety [$F(1.49)=54.53$; $p<0.000$] after the treatment. Moreover, the effect size of these variables was high in the group of patients with lupus and in the group of healthy patients, although it was higher in the latter group. Likewise, both groups presented a statistically significant improvement in the physical function, producing a reduction in the perceived somatic symptoms [$F(1.48)=37.7$; $p<0.000$] after the treatment. Furthermore, the effect of the treatment was high in both groups.

Discussion

This paper addresses a critically important issue: the effectiveness of cognitive-behavioural intervention in ameliorating psychosocial stress

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada, España.

² Unidad de Autoinmunes. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Granada, España.

Correspondencia: Profa. María Isabel Peralta Ramírez. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Campus de Cartuja s/n. Facultad de Psicología, Universidad de Granada, 18071 Granada, España. e-mail: mperalta@ugr.es Tel: 958 242948 Fax: 958 243739

Recibido primera versión: 7 de agosto de 2007. Segunda versión: 11 de agosto de 2008. Aceptado: 9 de febrero de 2009.

and enhancing the well-being of individuals with lupus and the group of people with high stress. In this improvement, there was not only a significant reduction in the score on vulnerability to stress and stressful life experiences, but a reduction in the levels of anxiety and depression and somatic symptoms.

The findings of improvements in somatic symptoms suggest that this intervention might facilitate coping and change the cognitive appraisals of symptoms. Likewise, the impact of the intervention on psychosocial outcomes (depression, anxiety and perceived vulnerability to stress) may have implications for longer-term health behaviors and health outcomes. Although this reduction is significant in both groups, the effect size is greater in the group of people with high stress than in the group of lupus patients. Specifically, the somatic symptoms where a lower effect of the therapy was observed were the immunological, respiratory, musculoskeletal, and dermatological symptoms, which coincide with the most characteristic symptoms of lupus.

This study supports, therefore, the importance of stress management programs not only to reduce the amount of stress, but also to improve the emotional variables and physical condition, both in people with chronic diseases and in healthy people with a high level of stress. The cognitive-behavior therapy is a new effective line of action in dealing with lupus, being necessary an overall integrated view of the patients with lupus, treating the clinical and psychological aspects.

Key words: Stress, cognitive-behavior therapy, somatic symptoms, lupus.

RESUMEN

Introducción

Actualmente, el estrés se considera un factor de riesgo para la salud. Diversos estudios ponen de manifiesto que altos niveles de estrés presentan mayor número de quejas, tanto en el nivel físico como psicológico. En este contexto, se han desarrollado programas dirigidos a un adecuado afrontamiento del estrés, que han resultado eficaces en la modificación de variables emocionales. Sin embargo, no se ha estudiado la eficacia de la terapia en la mejoría de síntomas somáticos.

Por otra parte, existen enfermedades en que, por la modulación inmunológica que produce, el estrés puede actuar exacerbando el curso de ésta. Un prototipo de lo anterior es el lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad de carácter autoinmune que suele conllevar importantes niveles de dolor y deterioro de diferentes sistemas, con lo que a su vez produce altos niveles de estrés en los pacientes que lo padecen. También está ampliamente demostrado que el estrés puede actuar como exacerbador de la enfermedad. Pese a ello, no se ha llevado a cabo ningún estudio que tenga como objetivo comprobar la eficacia de la terapia de afrontamiento al estrés por sus consecuencias físicas y emocionales.

Por ello, el objetivo de este estudio ha sido valorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el manejo del estrés para

comprobar si disminuye la percepción de los síntomas somáticos autoinformados, tanto en personas sanas como en personas con lupus.

Material y método

En este estudio han participado 52 personas, de las cuales 22 eran pacientes con lupus y 30 eran personas con alto estrés. Para evaluar el nivel de estrés hemos utilizado el Inventario de Vulnerabilidad al Estrés y la Escala de Experiencias Vitales Recientes (SRLE); para evaluar la depresión, el Inventario de Depresión de Beck (BDI); para la ansiedad, el Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R); y para los síntomas somáticos autoinformados, la Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R). Además, en los pacientes con LES, se obtuvo el índice SLEDAL o índice de actividad de la enfermedad.

Ambos grupos se evaluaron en las diferentes variables psicológicas descritas previamente antes y después del tratamiento.

La terapia recibida fue de tipo cognitivo-conductual y se desarrolló a lo largo de 13 sesiones de hora y media.

Resultados

Los resultados mostraron que ambos grupos presentaban una reducción estadísticamente significativa en experiencias vitales estresantes [$F(1.50)=28.6$; $p<0.000$], vulnerabilidad al estrés [$F(1.50)=105.25$; $p<0.000$], depresión [$F(1.50)=68.33$; $p<0.000$] y ansiedad [$F(1.49)=54.53$; $p<0.000$] después del tratamiento. El tamaño del efecto en estas variables fue alto tanto en el grupo de pacientes con lupus como en el grupo de personas sanas, siendo mayor en este último. Asimismo, ambos grupos presentaron una mejora estadísticamente significativa de la función física y se produjo una disminución de los síntomas somáticos percibidos [$F(1.48)=37.7$; $p<0.000$] después del tratamiento. Además, aunque es alto en ambos grupos, el efecto del tratamiento es mayor en el grupo de personas con alto estrés percibido.

Discusión

Nuestros datos indican que la terapia de afrontamiento del estrés influye positivamente tanto en el grupo de personas con alto estrés como en el grupo de pacientes de lupus. En dicha mejoría disminuyen de forma significativa las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés, experiencias vitales estresantes, ansiedad y depresión.

Por otro lado, con respecto a los síntomas somáticos experimentados por ambos grupos, los resultados muestran un descenso de la percepción de los mismos. Aunque esta disminución es significativa, el tamaño del efecto es mayor en el grupo de personas con alto estrés. Este estudio apoya, por tanto, la importancia de un programa de afrontamiento del estrés no sólo para disminuir la cantidad de estrés, sino para mejorar las variables emocionales y el estatus físico tanto en personas con enfermedades crónicas como en personas sanas, pero con alto estrés.

Palabras clave: Estrés, terapia cognitivo-conductual, síntomas somáticos, lupus.

INTRODUCCIÓN

La investigación actual señala que, en nuestra sociedad, el estrés tiene enormes implicaciones tanto en el nivel socioeconómico (en términos de ausentismo y pérdida de productividad) como de sufrimiento humano. Las cada vez

mayores frecuencia, intensidad y variedad del tipo de demandas que genera nuestra sociedad, activan respuestas de estrés que pueden resultar dañinas para nuestra salud. Éste es uno de los problemas con que nos enfrentamos en el siglo XXI. De ahí la relevancia de los esfuerzos dirigidos a profundizar en cómo controlar sus efectos negativos.

Basamos nuestra concepción del estrés en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman.¹ 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 pone en peligro su bienestar personal». De este modo, el individuo y el entorno mantienen una relación bidireccional y recíproca, donde la evaluación cognitiva de la situación es un elemento fundamental.

Aunque el estrés afecta diversas áreas de la vida de una persona, una de las que se ve más comprometida es el área de la salud y su percepción de la misma,^{2,3} ya que las situaciones de estrés producen un aumento general de la respuesta fisiológica del organismo.^{4,5} Este hecho se produce tanto en personas sanas como en personas que sufren alguna enfermedad. Esta mayor activación fisiológica se asocia a la aparición de sintomatología que puede desembocar en diversos trastornos físicos. De hecho, se ha propuesto que los altos niveles de estrés constituyen un factor de riesgo para la salud.^{1,6,7} También es importante tener en cuenta que el estrés no actúa sólo como factor de riesgo, sino que puede funcionar como factor de mantenimiento de la enfermedad y/o como consecuencias de padecer una enfermedad.^{6,8} En resumen, investigaciones en este campo señalan que las personas que experimentan mayores niveles de estrés presentan mayor número de quejas, tanto físicas como psicológicas,⁹⁻¹¹ a la vez que es frecuente que los estados emocionales negativos, entendiéndose por ello ansiedad y depresión, predigan tanto síntomas como signos de diversas enfermedades.^{12,13}

En este sentido, diversos trabajos demuestran la alta eficacia de diferentes programas de intervención de corte cognitivo-conductual sobre la sintomatología emocional en personas sanas con alto nivel de estrés.¹⁴⁻¹⁶ Por otro lado, se han desarrollado programas de intervención cognitivo-conductual con enfermos crónicos dirigidos a una mejor adaptación de sus condiciones de vida y facilitar la adopción de hábitos saludables, aspectos que redundarían en un mayor bienestar no sólo físico sino psicológico.⁶ Sin embargo, existen pocos estudios que demuestren si este tipo de terapia ayuda a controlar también la sintomatología somática en personas sanas, aspecto importante dado que, como hemos indicado, el estrés puede generar un proceso patológico.^{1,17}

Es importante tener en cuenta que las personas que sufren una enfermedad crónica suelen llevar asociados altos niveles de estrés, y que éste se hace más patente si uno de los síntomas de la enfermedad es el dolor. Así, el estrés no es sólo una de las múltiples consecuencias de la enfermedad sino que su modulación inmunológica puede actuar para exacerbar su curso. Un prototipo de esto es el lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad de carácter autoinmune de origen desconocido que cursa en forma de brotes y remisiones muy vulnerable al efecto del estrés.

El LES tiene como principales síntomas altos niveles de dolor articular, erupciones cutáneas, cansancio, dificultad de la respiración, pérdida de apetito, fotosensibilidad, etc., e incluso puede afectar los riñones, los pulmones, el corazón y el Sistema Nervioso. Por todo esto, las personas con lupus sufren altos niveles de estrés, depresión y ansiedad.¹⁸ Por otro lado, estudios recientes han mostrado que el estrés cotidiano es uno de los factores ambientales que pueden propiciar su empeoramiento.¹⁹⁻²¹ Dicho empeoramiento puede manifestarse el mismo día o al día siguiente de experimentar un incremento del estrés.^{20,21} Aunque aún no están totalmente demostrados los posibles mecanismos responsables del empeoramiento del curso de la enfermedad por el efecto del estrés, existen diversas hipótesis que tratan de abordarlo atribuyendo un papel fundamental a la secreción de cortisol, IL-6 y la prolactina.^{22,23} De este modo, el estrés en el lupus tiene una doble acepción ya que puede actuar como consecuencia de una situación negativa (sufrir una enfermedad crónica es una situación estresante) o como un factor ambiental exacerbador de la enfermedad, planteamiento congruente con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman,¹ con lo que se convierte en una enfermedad clave para el abordaje terapéutico del estrés. Sin embargo, aunque se han llevado a cabo diversos estudios en que se pretendía mejorar algunas variables emocionales en estos pacientes, como ansiedad y depresión,²⁴⁻²⁷ no se ha llevado a cabo ningún estudio con el objeto de comprobar la eficacia de la terapia de afrontamiento del estrés de corte cognitivo-conductual y las consecuencias físicas y emocionales de ésta.

Por ello, el objetivo de este estudio ha sido doble: por una parte, comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual tanto en el manejo del estrés como de sus consecuencias psicológicas (disminución de los niveles de ansiedad y depresión), y, por otra, estudiar si al disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, se reduce la percepción de síntomas somáticos autoinformados tanto en personas sanas como en personas con una enfermedad crónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

En este estudio han participado personas con altos niveles de estrés. Se consideraron como altos niveles de estrés una puntuación superior a 24 para hombres y 27 para mujeres en la Escala de Estrés Percibido de Cohen.²⁸ Concretamente, han participado 52 personas divididas en dos grupos: un grupo de 30 personas sanas con alto estrés (siete hombres y 23 mujeres) que asistieron al Servicio de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología para recibir terapia de afrontamiento del estrés y un grupo de 22 pacientes con lupus (cuatro hombres y 18 mujeres), pertenecientes al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. De estos últimos, tres personas sufrían lupus cutáneo crónico y 19, lupus eritematoso sistémico (ambos tipos de lupus empeoran por el efecto del estrés). Los criterios de inclusión de ambos grupos en el estudio fueron los siguientes: saber leer y escribir; percibirse con alto estrés cotidiano; asistir al menos a 80% de las sesiones de terapia y no presentar trastornos mentales. Además, el grupo de pacientes con lupus eritematoso sistémico debía presentar al menos cuatro de los criterios del American College Rheumatology (ACR).²⁹

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados han sido los siguientes:

- Escala de Estrés Percibido de Cohen (EEP) en versión española validada.²⁸ Escala diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes. Los estudios psicométricos han demostrado una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha=0.81$, y *test-retest*, $r=0.73$), validez concurrente y sensibilidad.
- Inventario de Vulnerabilidad al Estrés en versión española validada.³⁰ Este inventario evalúa cómo es la predisposición del individuo a verse influido por el estrés percibido. Presenta alta consistencia interna ($\alpha=0.87$). Con respecto a la validez convergente, existe una correlación estadísticamente significativa ($p<0.001$) con el STAI-R ($r=0.70$), el BDI ($r=0.69$), el ESS-R ($r=0.43$) y el SRLE ($r=0.47$), en pacientes crónicos y en personas sanas.³⁰
- Escala de Experiencias Vitales Recientes (SRLE) versión española.³¹ Este instrumento evalúa experiencias molestas, centrándose por tanto en un aspecto fundamental del estrés, según Lazarus y Folkman,¹ como es la situación. En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta niveles aceptables de consistencia interna (el alfa de Cronbach oscila entre 0.91 y 0.92).³¹
- Inventario de Depresión de Beck (BDI), versión española.³² Una puntuación menor que nueve indica ausencia de depresión y una puntuación superior a 18 indica depresión clínica. El BDI ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (el alfa de Cronbach ha oscilado entre 0.83 y 0.90).
- Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R).³³ Los estudios de validación del STAI en muestras españolas normales y clínicas presentan valores de consistencia interna similares a las obtenidas en los estudios originales (ha oscilado entre 0.82 y 0.92).
- Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R).³⁴ Este instrumento recoge la frecuencia de aparición en el último año de síntomas en las siguientes escalas: inmunológico, cardiovascular, respiratorio, neurosensorial, piel-alergia, gastrointestinal, músculo-esqueléti-

co, génito-urinario, reproductor femenino y síntomas totales. En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta niveles aceptables de consistencia interna para cada escala (el coeficiente alfa de Cronbach oscila entre 0.79 y 0.84) y una alta validez predictiva relacionada con otros indicadores de salud física, como autoinformes sobre enfermedades leves y graves, así como con criterios externos de salud y diagnósticos clínicos.³⁴

Por otro lado, en los pacientes con LES se obtuvo el índice SLEDAI o Índice de Actividad de la Enfermedad. Calculamos este índice con los datos obtenidos de las variables analíticas, de la anamnesis y de las exploraciones clínicas. La puntuación se obtiene sumando los índices de cada descriptor, siempre que esté presente en el momento de la visita médica o en los dos meses previos a ésta, y el rango es de 0-105 puntos. La actividad es directamente proporcional a la puntuación (puntuaciones más altas reflejan mayor actividad de la enfermedad). Se considera que la enfermedad está en forma de brote con una puntuación superior a cuatro. Este índice es válido sólo en los pacientes con lupus eritematoso sistémico.³⁵ El diagnóstico y la observación de la evolución del lupus cutáneo fue llevado a cabo por médicos internistas.

Procedimiento

Ambos grupos fueron incluidos en esta investigación de forma diferente. El grupo de pacientes con lupus fue citado en el hospital. En una primera reunión, se les informó sobre los objetivos del estudio y se puso a su disposición una hoja de información. Los pacientes que consideraban que tenían altos niveles de estrés fueron incluidos en el estudio. Verificamos su nivel de estrés por medio del EEP que completaron en la primera reunión. Ese mismo día descartamos la posibilidad de trastornos mentales por medio de la entrevista del DSM-IV (ADIS-II). Posteriormente, los participantes fueron citados para una evaluación física (SLEDAI) y psicológica, en que se les administraron los cuestionarios antes citados. Tras esta primera evaluación (línea base), los pacientes se distribuyeron en tres grupos simultáneos con diferentes horarios (dos grupos de mañana y uno de tarde, con el objetivo de adecuarnos a su disponibilidad horaria).

Con respecto al grupo de personas sanas con alto estrés, éstas se reclutaron a través del Servicio de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Para ello se mandó un correo electrónico mediante una lista de distribución a todo el personal de la Universidad de Granada (profesores, personal de administración y servicios y alumnos). En ella se les ofrecía la posibilidad de participar en un programa de afrontamiento del estrés en caso de que presentaran altos niveles de éste. Todas las personas interesadas en participar fueron entrevistadas y se les administró el EEP con el objeto de verificar su nivel

de estrés. Para descartar otro tipo de problemas psicológicos se les sometió al ADIS-II. Las personas que presentaban niveles altos de estrés se distribuyeron en cuatro grupos de tratamiento que recibieron simultáneamente la misma terapia, pero en diferentes horarios, dos grupos de mañana y dos grupos de tarde, en sesiones semanales de hora y media. Al igual que el grupo de pacientes con lupus, se evaluaron en las diferentes variables psicológicas descritas previamente, antes y después del tratamiento.

La terapia recibida fue de tipo cognitivo-conductual, en concreto, la terapia de Afrontamiento del Estrés de Meichenbaum, impartida por dos psicólogos con experiencia en este tipo de terapia.³⁶ Su objetivo es dotar a la persona de las estrategias y herramientas necesarias para afrontar diferentes situaciones de estrés tanto presentes como futuras. La terapia se desarrolló a lo largo de 13 sesiones, en que se trabajaron: a) conceptualización del estrés; b) reestructuración cognitiva; c) otras técnicas cognitivas; d) técnicas de desactivación; e) autodominio del dolor (para los pacientes con lupus); f) habilidades sociales; g) control y organización del tiempo (no se trabajó en los pacientes con lupus); h) patrón de personalidad y su relación con la salud; i) control de la ira; j) el humor y el optimismo. Todos los sujetos recibieron el material de cada sesión, ejercicios de entrenamiento y tareas para realizar en casa. Al comienzo de cada sesión se revisaban las tareas.

RESULTADOS

Análisis estadístico

Para comprobar el efecto de la terapia sobre las variables de percepción de estrés, vulnerabilidad al estrés, depresión, ansiedad y sintomatología física percibida, se realizaron cinco ANOVAs univariados mixtos 2x(2), donde el primer factor entre grupos independientes tenía dos niveles (grupo con alto estrés y grupo lupus). El segundo factor intrasujeto de medidas repetidas tenía también dos niveles

(momento basal y postrapia). En el factor de medidas repetidas se aplicó la corrección de Greenhouse-Geisser.

Posteriormente, en el caso de las variables en que existía interacción momento x grupo, se realizaron diferentes análisis de varianza con el objeto de comprobar si existían diferencias significativas.

En último lugar se calculó el tamaño del efecto del tratamiento, tomando las puntuaciones pretratamiento y postratamiento tal como recomiendan algunos autores.³⁷

Descripción de muestra

Las variables psicológicas y demográficas de ambos grupos se presentan en el cuadro 1. Como se puede comprobar, ambos grupos son iguales en vulnerabilidad al estrés, experiencias vitales recientes, depresión, ansiedad y edad; sin embargo, había diferencias estadísticamente significativas en el nivel de escolaridad y en los síntomas somáticos. Un dato sobresaliente es que antes de recibir tratamiento ambos grupos presentaban puntuaciones superiores al percentil 50 en ansiedad y la media en depresión estaba dentro del margen de puntuaciones que se consideran depresión leve. Por otra parte, el grupo de pacientes con lupus presentó una puntuación media en el SLEDAI de 3.58, lo que implica una baja actividad de la enfermedad.

Variables psicológicas

Los resultados del análisis estadístico mostraron efectos significativos del factor momento, con lo que se produjo una disminución en las puntuaciones postratamiento, tanto en experiencias vitales estresantes como en vulnerabilidad al estrés (cuadro 2). Sin embargo, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en las interacciones Momento x Grupo ni en el factor grupo. Esto indica que en ambos grupos se produjo por igual una disminución de las puntuaciones en estrés y en vulnerabilidad al estrés después del tratamiento. Además, hemos encontrado un alto tamaño del efecto de ambas variables en los dos grupos.

Cuadro 1. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de ambos grupos en variables demográficas, psicológicas y de salud de línea de base

Características	PAE	PL	P
	Media (DT)	Media (DT)	
Edad	38.40 (9.46)	43.77 (9.88)	F(1.50)=3.940; p=0.053
Escolaridad	17.76 (3.31)	9.00 (2.77)	F(1.50)=89.207; p=0.000**
SLEDAI		3.58 (3.75)	
Vulnerabilidad estrés	12.06 (4.88)	12.59 (4.84)	F(1.50)=0.147; p=0.703
Experiencias vitales recientes	97.80 (20.22)	89.81 (21.14)	F(1.50)=1.902; p=0.174
Síntomas somáticos	82.20 (42.16)	111.95 (42.57)	F(1.50)=6.102; p=0.017**
Depresión	11.63 (6.41)	13.95 (9.4)	F(1.50)=1.112; p=0.612
Ansiedad	68.53 (21.85)	65.00 (28.05)	F(1.50)=2.61; p=0.612

PAE: Personas con alto estrés; PL: Pacientes con lupus; DT: Desviación típica.
*p<0.05; **p<0.02.

Por otro lado, como podemos ver en el cuadro 2, los resultados del análisis estadístico mostraron efectos significativos del factor momento, con lo que se produjo una disminución en las puntuaciones postratamiento, tanto en depresión como en ansiedad. Sin embargo, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en las interacciones Momento \times Grupo ni en el factor grupo. Esto nos muestra que en ambos grupos se produce por igual una disminución de las puntuaciones en depresión y ansiedad después del tratamiento. Además, hemos encontrado un alto tamaño del efecto de ambas variables, tanto en el grupo de pacientes con lupus como en el grupo de personas sanas, siendo mayor en este último.

Síntomas somáticos: Con respecto a los síntomas somáticos generales, los resultados mostraron efectos significativos tanto del factor momento (cuadro 2) como del factor grupo [F(1.48)=8.11; $p < 0.006$]. Sin embargo, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la interacción Momento \times Grupo. Esto nos indica que, aun cuando ambos grupos presentaron puntuaciones diferentes, en ambos se produce por igual una disminución en las puntuaciones postratamiento con respecto a la línea

base en los síntomas somáticos generales. Además, hemos encontrado un alto tamaño del efecto del tratamiento en ambos grupos.

Con respecto a cada uno de los síntomas específicos, los resultados encontrados muestran efectos significativos del factor momento en todos los síntomas somáticos (cuadro 2) y un efecto significativo del factor grupo en los síntomas cardiovasculares [F(1.48)=5.37; $p < 0.025$], neurológicos [F(1.48)=14.68; $p < 0.000$], músculo-esqueléticos [F(1.1.97)= 11.97; $p < 0.001$] y génito-urinarios [F(1.48)= 4.25; $p < 0.045$]. Sin embargo, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la interacción Momento \times Grupo. Estos resultados revelan la disminución de todos los síntomas en ambos grupos después del tratamiento, partiendo de que ambos grupos son diferentes en las puntuaciones de algunas subescalas concretas. Asimismo, se encontró un alto tamaño del efecto en personas con alto estrés en contraste con el bajo tamaño del efecto encontrado en pacientes con lupus en algunas subescalas somáticas, como síntomas inmunológicos, respiratorios, músculo-esqueléticos, dermatológicos y génito-urinarios.

Cuadro 2. ANOVA mixto 2x2 con las medias de las diferentes variables dependientes en ambos grupos en la línea base y postratamiento

Variables	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		p del factor momento	Tamaño efecto
		Media	(DT)	Media	(DT)		
Experiencias vitales recientes	PAE	97.8	(20.22)	84.13	(14.0)	F(1.50)=28.6; $p < 0.000^{**}$	0.79
	PL	89.8	(21.2)	79.3	(16.3)		0.56
Vulnerabilidad, estrés	PAE	12.06	(4.8)	6.3	(3.8)	F(1.50)=105.25; $p < 0.000^{**}$	1.33
	PL	12.59	(4.8)	7.68	(3.9)		1.12
Síntomas totales	PAE	81.1	(42.5)	53.4	(33.3)	F(1.48)=37.7; $p < 0.000^{**}$	0.73
	PL	111.9	(42.6)	82.0	(42.1)		0.70
Síntomas inmunológicos	PAE	10.7	(5.9)	7.3	(4.7)	F(1.48)=18.89; $p < 0.000^{**}$	0.64
	PL	10.9	(5.2)	9.3	(5.2)		0.26
Síntomas cardiovasculares	PAE	8.0	(5.7)	4.9	(4.5)	F(1.48)=19.3; $p < 0.000^{**}$	0.60
	PL	12.2	(8.2)	8.3	(6.7)		0.52
Síntomas respiratorios	PAE	10.2	(7.4)	6.8	(5.9)	F(1.48)=8.94; $p < 0.004^{**}$	0.51
	PL	11.8	(7.7)	9.95	(7.3)		0.24
Síntomas gastrointestinales	PAE	12.1	(7.7)	7.6	(6.1)	F(1.48)=27.64; $p < 0.000$	0.65
	PL	12.7	(7.4)	9.5	(8.0)		0.41
Síntomas neurológicos	PAE	9.0	(7.11)	5.5	(5.4)	F(1.48)=26.65; $p < 0.000^{**}$	0.56
	PL	17.15	(8.5)	12.9	(9.02)		0.48
Síntomas músculo esqueléticos	PAE	14.1	(8.4)	9.8	(6.3)	F(1.48)=10.83; $p < 0.002^{**}$	0.58
	PL	20.0	(7.9)	18.2	(7.2)		0.24
Síntomas piel-alergia	PAE	10.9	(6.9)	8.3	(6.2)	F(1.48)=6.26; $p < 0.016^{**}$	0.40
	PL	13.2	(4.6)	12.1	(6.7)		0.19
Síntomas génito-urinarios	PAE	6.7	(4.7)	3.6	(3.7)	F(1.48)=11.18; $p < 0.002^{**}$	0.75
	PL	8.5	(5.6)	6.7	(4.9)		0.34
Ansiedad	PAE	68.5	(21.8)	38.8	(26.4)	F(1.49)=54.53; $p < 0.000^{**}$	1.23
	PL	65.0	(28.7)	46.3	(31.5)		0.62
Depresión	PAE	11.6	(6.4)	4.1	(4.8)	F(1.50)=68.33; $p < 0.000^{**}$	1.23
	PL	13.9	(9.4)	7.5	(6.5)		0.81

PAE: Personas con alto estrés; PL: Pacientes con lupus; DT: Desviación típica.
* $p < 0.05$; ** $p < 0.02$.

DISCUSIÓN

Nuestros datos indican que la terapia de corte cognitivo-conductual influye positivamente tanto en el grupo de personas con un alto estrés como en el grupo de pacientes de lupus. En dicha mejoría no sólo disminuyen de forma significativa las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés y experiencias vitales estresantes, sino que también se produce una disminución en los niveles de ansiedad (por debajo del percentil 50) y depresión (al nivel de sin depresión), datos que apoyan otros publicados.¹⁰

Por otro lado, con respecto a los síntomas somáticos experimentados por ambos grupos, los resultados muestran un descenso de la percepción de los mismos, partiendo de la base de que las puntuaciones del grupo de pacientes con lupus eran mayores antes de recibir la terapia. Aunque esta disminución es significativa, el tamaño del efecto es mayor en el grupo de personas con alto estrés. En concreto, los síntomas somáticos en que se observa menor efecto de la terapia serían los síntomas inmunológicos, respiratorios, músculo-esqueléticos y dermatológicos, que coinciden con los síntomas más característicos del lupus.

En nuestro estudio se produjo una reducción del estrés y sus consecuencias emocionales, resultados que apoyan por un lado los encontrados en población sana altamente estresada^{9,14-16} y, por otro lado, los encontrados en pacientes con lupus.²⁴ Sin embargo, nuestro estudio da un paso más, ya que nuestro objetivo no sólo es comprobar la eficacia del tratamiento en un grupo concreto, sino establecer si es igualmente efectiva en poblaciones con diferentes tipos de estresores dado que el grupo de pacientes con lupus tiene otros estresores que no se presentan en la población sana, como dolor, inflamación y demanda hospitalaria. Además, hay que destacar que no sólo hemos incluido variables emocionales, sino la percepción de síntomas somáticos que pueden ser consecuencia de estas primeras en el caso de personas con alto nivel de estrés^{38,39} y causa además de alteraciones emocionales en personas con lupus.⁴⁰

Por otro lado, con respecto al tamaño del efecto en las variables psicológicas, éste es más alto en el grupo de personas con alto estrés que en el grupo de pacientes con lupus. Destacan también el alto tamaño del efecto, en las variables emocionales y en las variables relacionadas directamente con el estrés en ambos grupos, y el bajo tamaño del efecto del tratamiento, en las variables somáticas en el grupo de pacientes con lupus. Este resultado no es fácil de explicar pero es coherente con los encontrados en otras enfermedades como el cáncer,⁴¹ donde también se produce un menor tamaño del efecto. Aunque algunos elementos de la terapia podrían incidir directamente en aspectos somáticos (las técnicas de relajación podrían mejorar el dolor articular, la respiración diafragmática podría mejorar los problemas respiratorios...) una posible explicación del bajo tamaño del efecto podría ser la baja actividad de la enfermedad lúpica, ya

que, como podemos observar en el apartado de descripción de los pacientes, éstos muestran baja actividad lúpica en virtud del amplio arsenal terapéutico con que se controla su enfermedad (antipalúdicos, antiinflamatorios, corticosteroides y otros inmunosupresores).

Este estudio demuestra la importancia de la terapia cognitivo-conductual en la mejoría de los síntomas somáticos. Aunque estaba ampliamente demostrada su eficacia en el nivel emocional, no hay estudios dirigidos a comprobar su efectividad en el nivel físico. A pesar de ello, no está exento de algunas debilidades, como la falta de un grupo control o un seguimiento más prolongado en el tiempo. Estudios futuros deberían ir en la línea de comprobar la duración de la mejoría de los síntomas somáticos.

A modo de conclusión queremos resaltar la importancia de este tipo de terapias no sólo de cara a mejorar las variables emocionales y/o psicológicas de personas con alto estrés, sino como herramienta para mejorar diversos síntomas somáticos consecuencia de éste. Además, esto no sólo está patente en personas con alto estrés, sino que es extrapolable a personas con enfermedades crónicas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, Proyecto I+D SEJ2007-61857/PSIC.

REFERENCIAS

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
2. Costa PT, McCrae RR. Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *J Personality* 1987;55:299-316.
3. Orejudo Hernández S, Froján Parga MX. Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales Psicología* 2005;21:276-85.
4. Moya-Albiol L, Serrano MA, González-Bono E, Rodríguez-Alarcón G, Salvador A. Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema* 2005;17:205-11.
5. Ritvanen T, Louhevaara V, Helin P, Jalonen T, Aninien O. Psychophysiological stress in high school teachers. *Int J Occupational Medicine Environmental Health* 2003;16:255-64.
6. Brannon L, Feist J. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo Thomson Learning; 2001.
7. Lovallo WR. Stress & Health: Biological and psychological interactions. Thousand Oaks, CA: Sage; 1997.
8. Muñoz M, Bermejo M. Entrenamiento en inoculación al estrés. Madrid: Síntesis; 2001.
9. Cohen S. Psychological stress, immunity and upper respiratory infections. *Cur Directions Psychol Science* 1996; 5:86-90.
10. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol* 1997;48:191-124.
11. Moriana Elvira JA, Herruzo Cabrerizo J. Estrés y burnout en profesores. *Int J Clin Health Psychology* 2004;4:597-621.
12. Cohen S, Doyle WJ, Skoner PP, Fireman P, Twalney JMJ et al. State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:159-69.
13. Cohen S, Tyrrell DA, Smith PA. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol* 1997;64:131-40.

14. Maag JW, Kotlash J. Review of stress inoculation-training with children and adolescents. *Behavior Modification* 1994; 18:443-69.
15. Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. *Clin Psychologist* 1996;49:4-7.
16. Saunders T, Driskell JE, Johnston JH, Salas E. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *J Occupational Health Psychology* 1996;1:170-86.
17. Labrador FJ. El estrés: nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de Hoy; 1992.
18. Coín-Mejías MA, Peralta-Ramírez MI, Callejas-Rubio JL, Pérez-García M. Personality disorder and emotional variables in patients with lupus/Trastornos de personalidad y variables emocionales en pacientes con lupus. *Salud Mental* 2007;30:19-24.
19. Pawlak CR, Witte T, Heiken H, Hundt M et al. Flares in patients with systemic lupus erythematosus are associated with daily psychological stress. *Psychother Psychosom* 2003;72:159-65.
20. Peralta-Ramírez MI, Jiménez-Alonso J, Godoy-García JF, Pérez-García M. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med* 2004;66:788-94.
21. Schubert C, Lampe A, Geser W, Noisternig B, Fuchs D et al. Daily psychosocial stressors and cyclic response patterns in urine cortisol and neopterin in a patient with systemic lupus erythematosus. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:459-73.
22. Peralta-Ramírez MI, Navarrete-Navarrete N, Pérez-García M. La importancia del estrés psicosocial y su abordaje psicológico y educativo en una enfermedad autoinmune: Lupus eritematoso sistémico. En: Añáñón FT (coord). Educación social, formación, realidad y retos. Granada: Grupo Editorial Universitario Granada; 2006.
23. Peralta-Ramírez MI, Pérez-García M. The effect of psycho-social stress on Systemic Lupus Erythematosus: A theoretical review. En: Ulrich C, Bellinger KA (eds). Systemic Lupus Erythematosus research developments. New York: NovaPublisher; 2007.
24. Greco CM, Rudy TE, 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;15:625-34.
25. Haupt M, Millen S, Janner M, Falagan D, Fischer-Betz R et al. Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1618-23.
26. Karlson EW, Liang MH, Etaon H. A Randomized clinical trial of psychoeducational intervention to improve outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatism* 2004;50:1832-41.
27. Sohng KY. Effect of a self-management course for patients with systemic lupus erythematosus. *J Advanced Nursing* 2003;42:479-86.
28. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol* 2006;9:86-93.
29. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-7.
30. Robles-Ortega H, Peralta-Ramírez MI, Navarrete-Navarrete N. Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. En: Avances en psicología de la salud. Granada: Ediciones Sider; 2006.
31. Sandín B, Chorot P, Santet MA. Escala SRLE de Kohn-Macdonald 1992. En: Sandín B (ed). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: UNED-FUE; 1999.
32. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998;10:303-18.
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual. Cuarta edición. Madrid: TEA Ediciones SA; 1993.
34. Sandín B, Valiente RM, Chorot P: Evaluación del estrés psicosocial: Material de apoyo. En: Sandín B (ed). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik; 1999.
35. Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MB, Caron D, Changch. The development and validation of the SLE Disease Activity Index (SLEDAI). *Arthritis Rheum* 1992;35:630-640.
36. Robles Ortega H, Peralta Ramírez MI. Programa para el control del estrés. Madrid: Pirámide; 2006.
37. Frias MD, Llobell JP, García JF. Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema* 2005;12:236-40.
38. Irwin MR. Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. *Brain Behav Immun* 2008;22:129-39.
39. Kemeny ME, Schedlowski M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain Behav Immun* 2007;21:1009-18.
40. Denburg SD, Carbotte RM, Denburg JA. Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood, and self-report. *J Rheumatol* 1997;24:998-1003.
41. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published control outcome studies. *Patient Educ Counsel* 2002;1658:1-8.