



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017



Trabajo Fin de Máster

**Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre
manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica**

Autor/a: Miguel Raúl Alonso Gascón

DNI: 48554438N

Tutor: Carlos Javier van-der Hofstadt Román

Convocatoria: Febrero 2017



RESUMEN

El estilo de vida propio de los países desarrollados, junto con el envejecimiento de la población parece estar relacionado con un aumento de las enfermedades crónicas que actualmente afectan al 20% de la población. En este estudio se plantea la evaluación de una muestra de pacientes crónicos participantes en un grupo para el manejo del estrés ante la enfermedad crónica, con el fin de analizar variables psicológicas relacionadas con el estrés, la ansiedad, la depresión y la personalidad de los participantes, y evaluar la eficacia del mismo. **Método:** La muestra participantes asciende a 63 pacientes, de los cuáles finalizaron la intervención 47, y participaron en el seguimiento posterior 23. Sobre estos participantes se aplicó un programa de intervención cognitivo conductual grupal de 4 sesiones con una duración aproximada de 90 minutos. **Resultados:** los resultados reflejan sintomatología elevada en variables como ansiedad y estrés, menos destacable en sintomatología depresiva. Referente a los rasgos de personalidad, se observa por norma perfiles que tienden a la estabilidad emocional y a la extraversión. Finalmente, tras la aplicación del programa se observan reducciones en estrés y ansiedad significativas a nivel estadístico. **Conclusiones:** este estudio parte de la necesidad asistencial de los pacientes crónicos desde el campo de la psicología. Sobre los que se aplica un programa breve de intervención psicológica con resultados moderados.

PALABRAS CLAVE: Estrés, Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida, Enfermedad Crónica, Programa Cognitivo-Conductual

ABSTRACT

The developed life style of the developed countries together with the aging of the population seems to be related to an increase in the chronic diseases that currently affect 20% of the population. In this study the evaluation of a sample of chronic patients participating in a group for stress management in relation to chronic disease is proposed, in order to analyze psychological variables related to stress, anxiety, depression and personality of the participants, and to evaluate its effectiveness.

Method: The sample consisted of 63 patients, of whom the intervention was completed 47, and participated in the subsequent follow-up. A four-session cognitive behavioral intervention program with a duration of approximately 90 minutes was applied.

Results: the results reflect high symptomatology in variables such as anxiety and stress, less remarkable in depressive symptomatology. Regarding the personality traits, profiles tend to be observed tending to emotional stability and extraversion. Finally, after the implementation of the program, significant reductions in stress and anxiety are observed at the statistical level. **Conclusions:** this study starts from the need of care of chronic patients from the field of psychology. On which a brief program of psychological intervention is applied with moderate results.

KEY WORDS: Stress, Anxiety, Depression, Quality of Life, Chronic Disease, Cognitive-Behavioral Program

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida propio de los países desarrollados, junto con el envejecimiento de la población, supone en la actualidad un reto para la salud, en la que los pacientes crónicos y pluripatológicos ocupan gran parte del tiempo de los profesionales de la salud (Frenk, 2016).

Las cifras que se reflejan en el Informe de Sistema Nacional de Salud (Observatorio SNS, 2016), reflejan que los problemas de salud crónicos más frecuentes son dolor de espalda lumbar, la hipertensión arterial, la artrosis, artritis o reumatismo, la hipercolesterolemia y el dolor cervical crónico. Algunos han aumentado significativamente: en las últimas dos décadas la hipertensión pasó de afectar al 11.2% de la población adulta al 18.5%, la diabetes del 4.1% al 7% y el colesterol alto del 8.2% al 16.4%.

Además, casi una de cada seis personas por encima de los quince años padece uno de estos trastornos crónicos en cifras que pueden resultar alarmantes como, dolor de espalda lumbar (18.6%), hipertensión arterial (18.5 %), artrosis, artritis o reumatismo (18.3%), colesterol elevado (16.4%) y el dolor cervical crónico (15.9%). Y aunque la mayoría de los problemas crónicos observados son más frecuentes en mujeres que en hombres, existe una patología que afecta casi por igual a hombres y mujeres, concretamente los problemas cardiovasculares, que se estima causan el 20% de los de los fallecimientos de estos enfermos (Cronos, 2014).

Podemos entender la enfermedad crónica como un proceso patológico de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre estas destacan las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, relacionadas con el 63% de las muertes.

Este tipo de patologías requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control, tratamientos que, además, deben mantenerse de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente.

En este sentido, el cumplimiento de las prescripciones médicas, respecto al comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención en la psicología de la salud considerándose actualmente una de sus principales líneas de investigación. Además, este cumplimiento o la falta del mismo, se plantea como un importante problema para la salud, por lo que evaluar la definición e incidencia de falta de cumplimiento, así como determinar los factores que influyen al respecto o establecer los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención son actualmente una de las principales líneas de actuación frente a las patologías crónicas (Macía y Méndez, 1999; OMS, 2004)

Autores como Barquín (2002), establecen una distinción en función la percepción de gravedad que se relacione con la enfermedad. Al respecto considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan a aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Burish y Bradley, 1983 citado por Gil-Roales, 2004). Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de

adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

Si evaluamos la enfermedad crónica desde un enfoque biopsicosocial, es un acontecimiento estresante. El estrés es una respuesta común ante un diagnóstico crónico. Además, esta respuesta de estrés puede convertirse en un agravante del propio proceso patológico (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Tanto el estrés agudo como la exposición crónica al estrés tienen un impacto negativo en el organismo. Existen una serie de hormonas en nuestro cuerpo llamadas catecolaminas, que son también conocidas como las “hormonas del estrés” (una de las más conocidas es la adrenalina), y que tienen un efecto perjudicial en el organismo ante la exposición elevada de las mismas durante un tiempo prolongado, en el caso del sistema circulatorio el incremento excesivo y prolongado de estas hormonas incrementa la demanda de oxígeno del organismo por lo que el corazón debe trabajar más rápido de lo que acostumbra, también puede ocasionar espasmos en las arterias y alteraciones en la conducción eléctrica del corazón que pueden ocasionar infartos (Molinero, Corrêa, Salguero, Márquez, y Stein, 2014). También está especialmente relacionado con problemas digestivos, como enfermedad de Crohn o síndrome de intestino irritable, etc. (Simian, y Quera, 2016) o puede aparecer como agravante en otras patologías como diabetes (Pereira, 2016) o dolor crónico (Burch y Penman, 2016)

Frente a los procesos crónicos y el estrés con el que está relacionado, encontramos el modelo de estrés u enfrentamiento. Según este modelo, el estrés, puede ser resultante del propio diagnóstico, de los estudios o pruebas a las que el paciente se ha visto sometido, o por el temor a una intervención quirúrgica, o simplemente por el tipo de tratamiento, o un mal pronóstico. Autores como Moos y Tsu (1977) señalan que

ante la enfermedad física un paciente se puede enfrentar ante múltiples fuentes de estrés, incluyendo dolor y discapacidad, el ambiente hospitalario, así como las demandas impuestas por el personal de salud como por procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.

Desde 1971 se utilizan programas psicológicos de intervención orientados a la solución de problemas (D'Zurilla y Godfried, 1971; D'Zurilla y Nezu, 1999), a la reducción del estrés (Butler y Meichenbaum, 1981; Rivas Estany y Hernández García, 2016) o al entrenamiento en habilidades de enfrentamiento en personas que padecen enfermedades crónicas (Arnal, 2005; Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Navarrete-Navarrete y Jiménez-Alonso, 2009; Gavidia, Nataly, Palacios y José, 2016). Estos programas, así como sus variantes y mezclas, se enfocan en general a que la persona enferma encuentre formas de enfrentarse al problema médico que padece, buscando además reducir la intensidad de los eventos fisiológicos característicos del estrés con lo cual se pretende disminuir la ansiedad y las emociones. El manejo de la emoción generada por estrés se realiza de manera indirecta.

En lo referente al estrés, las investigaciones referentes indican que es un proceso biológico reflejo que funciona de manera automática, con lo que es posible explicar las reacciones fisiológicas producto de la ansiedad, a diferencia del estrés, donde es necesaria la intervención del pensamiento y la búsqueda de alternativas lo que lleva a evaluar una situación como peligrosa o no (Butler y Meichenbaum, 1981). Esto permite plantear el estrés como las demandas que exigen utilizar todos los recursos que un sujeto posee, o que exceden los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato.

El paciente con enfermedad crónica frecuentemente presenta estrés producto del desconocimiento de la enfermedad que padece, o bien genera falsas expectativas (positivas o negativas) respecto de su enfermedad, o se siente solo y con falta de apoyo. Por ello debe ofrecérsele información respecto de su problema, señalando claramente que le ayudará a resolver los problemas relacionados con su enfermedad. El estrés se acompaña siempre de emociones ya que éstas aparecen como consecuencia de eventos evaluados como amenazantes, desafiantes o dañinos.

Junto al estrés, otras variables que comúnmente pueden verse afectadas por el padecimiento de una patología crónica son las relacionadas con la sintomatología ansioso-depresiva. Encontramos recientes ejemplos que así lo constatan en estudios que abordan enfermedades crónicas variadas como la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva o la fibromialgia (Sánchez, Jiménez y González, 2015; González-Gutiérrez, et al., 2016; Regal-Ramos, 2017).

Cualquiera que sea el diagnóstico o pronóstico de la enfermedad, el objetivo es facilitar al paciente la mejor calidad de vida (CV) posible. Entendemos la CV como el área que abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

Según Bayes (1994), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la

comunicación médico-paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes (Barrios, María y Ortiz, 2016; Vera-Villarroel, Valtierra y Contreras, 2016).

En este campo, los factores de personalidad, también juega un papel importante en estos pacientes. En este contexto, el concepto de la personalidad (Millon, 1976) ofrece un marco idóneo, puesto que considera que la personalidad normal es el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que pone en juego un individuo en su entorno particular. Así, existen estudios que han mostrado la pertinencia del modelo de Millon de personalidad normal como indicador de salud física y psicológica (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001), señalando la relación entre un mejor estado de salud con las polaridades más adaptativas del instrumento (Millon, 2001).

En el campo de la personalidad, una de las teorías más sólidas es la de Eysenck y Eysenck (1978). Eysenck plantea una teoría de la personalidad basada en la teoría de los rasgos, que asume que la conducta está determinada por unos atributos relativamente estables que son las unidades fundamentales de la propia personalidad, y que son estas “unidades estables” las que predisponen a una persona actuar de una manera determinada.

Eysenck plantea la existencia de tres *superfactores*, neuroticismo, extraversión y psicoticismo. En primer lugar, plantea el factor neuroticismo como una escala polarizada donde el sujeto presenta unas características que hacen que tienda hacia el polo de la estabilidad emocional, o hacia la inestabilidad. Lo mismo sucede con el factor extraversión, en la que los sujetos se encuentran entre dos polos referente a las características de socialización. En cambio, el factor psicoticismo es unipolar y mide únicamente la propensión a la psicosis, lo que refiere como característica presente en la personalidad, aunque en distinto grado (Eysenck y Eysenck, 1978).

En el caso de la personalidad, estudios recientes constatan que, en procesos patológicos crónicos, las características de personalidad pueden convertirse en un factor de riesgo ya que aumentan el riesgo de comorbilidad (Sánchez, García, Valverde y Pérez, 2014). En cambio, frente a las nuevas líneas de investigación que postulan la influencia de la personalidad en la aparición de otros procesos patológicos (Tabary, Rezaii, Nia, Goodarzy y Izanloo, 2014), es especialmente conocida la influencia de la personalidad en problemas cardíacos (Gómez-Gonzales, et al., 2014).

Al respecto, la tendencia al neuroticismo (inestabilidad emocional) o la intraversión, se relacionan con la cronificación de patologías como el dolor, o la aparición de problemas como la fibromialgia, enfermedades de tipo digestivo o un aumento del riesgo de los problemas cardíacos con lo ya conocido como patrón de personalidad tipo A (Molinero et al., 2014; Simian y Quera, 2016; Pereira, 2016; Burch y Penman, 2016).

Además, son numerosos los programas de intervención psicológica dirigidos a pacientes en rehabilitación cardíaca (García, Lago, Oquendo y Rivas Estany, 2014; Martín, Boada, Lapresa Ortun y Auñón, 2015; Royo-Bordonada et al., 2016). Del análisis de estos programas encontramos que en la mayoría se priorizan el trabajar el entrenamiento físico, nutrición y hábitos de vida saludable (Paz y de Rosende Celeiro, 2016). También incluyen técnicas para el manejo de estrés, solución de problemas, relajación y corrección de pensamientos distorsionados o irracionales como se refleja en el meta-análisis llevado a cabo por Gellis y Kang-Yi, (2012).

En este contexto, nos planteamos como objetivo general, analizar variables psicológicas relacionadas con el estrés, la ansiedad, la depresión y la personalidad en un

grupo de pacientes crónicos, participantes de un programa de manejo del estrés. Y como objetivos específicos

- Evaluar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en muestra de pacientes crónicos del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)
- Valorar los perfiles de personalidad en enfermos crónicos pacientes del HGUA
- Evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en pacientes crónicos.

Además, nos planteamos contrastar la siguiente hipótesis: Los participantes que participan en el programa de manejo del estrés reducirán la sintomatología asociada a la ansiedad, depresión y estrés, a los tres meses de la finalización del mismo.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestro no probabilístico incidental de 63 pacientes (69.7% hombres), con diagnóstico diferencial de enfermedad crónica (90.9% problemas cardíacos). La asistencia al programa fue voluntaria, recomendada por el especialista que trata su patología dentro de los servicios del Hospital General Universitario de Alicante. Los pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio, para lo cual se contó con su consentimiento informado.

Durante el estudio la tasa de participación en el estudio fue de 74.6% (iniciaron el programa 63 y finalizaron 47). A los tres meses de la finalización del programa, se convocó de nuevo a los participantes que habían finalizado el programa, y que cumplían

con los criterios de exclusión y exclusión resultando un total de 23 participantes (36.5% de los que iniciaron, 48,93% de los que finalizaron)).

Respecto al perfil de los participantes, fueron en su mayoría varones (46), con un rango de edad comprendido entre los 40 y los 80 años (X 55.47; dt 8.28). La patología crónica más común fue problemas cardíacos (58 pacientes), frente a otras patologías de menor incidencia (Dolor Crónico con 2 pacientes, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, 1 paciente y Enfermedad Renal Crónica, 3 pacientes). Referente a la situación laboral, encontramos que la mayoría permanecen son jubilados (33.3%), o están en paro (27.3%), estando el resto en activo (21.2%) o de baja (12.1%). En lo referente a la situación personal encontramos que la mayoría están casados (75.8%), convivientes con la familia propia (70.0%) y con estudios primarios (45.5%).

Tipo de Diseño

Este proyecto representa un diseño cuasi-experimental y longitudinal de tipo medidas repetidas. La investigación se centra en dos medidas, una previa a la intervención grupal y otra medida posterior, careciendo de grupo control.

Procedimiento

Se aplicó un programa de intervención cognitivo conductual grupal para pacientes no oncológicos con diagnóstico de enfermedad crónica. El citado programa se compone de 4 sesiones de periodicidad semanal con una duración aproximada de 90 minutos (Figura 1).

Este programa se aplicó a un total de 12 grupos, con un rango que oscila entre 3 y 9 participantes por grupos (aunque la cantidad de sujetos varió dado que algunos sujetos abandonaron el estudio). Las variables incluidas en este estudio fueron medidas

con una batería de cuestionarios que se aplicaron en la primera sesión, previo al inicio de la sesión grupal, y a los tres meses de la finalización del programa, cuando se realizaba una reunión de seguimiento en el que se volvía a cumplimentar la batería de cuestionarios.

En la primera sesión, junto a la batería de cuestionarios se adjuntaron dos copias de consentimiento informado, una para el investigador y otra para el paciente, a quien se le explicó la necesidad, la validez y la utilidad del mismo, y también la forma de codificación de los datos para respetar el anonimato en esta investigación.

Los datos fueron codificados con cuatro dígitos, los dos primeros dígitos responden al número de grupo y los dos últimos dígitos responden al número de paciente, número que se proporcionó de manera aleatorizada.

Los participantes incluidos en el estudio debían de cumplir una serie de características o criterios preestablecidos.

Criterios de inclusión:

- Aceptar voluntariamente participar en el estudio.
- Estar en posesión de autonomía suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios.
- Tener una edad superior a los 18 años.
- Diagnóstico diferencial de enfermedad crónica.

Criterios de exclusión

- Falta de autonomía o incapacidad que limite el seguimiento de las sesiones y la cumplimentación de las pruebas.

- En la realización del seguimiento a los tres meses, no haber asistido a la totalidad de las sesiones del programa.
- Diagnóstico de enfermedad mental grave.

Sesión	Tema	Objetivos
1	Enfermedad crónica (EC) y factores psicológicos asociados	1) Psicoeducación sobre EC 2) Psicoeducación Estrés y Enfermedad 3) Respiración Abdominal 4) Introducción RMP
2	Motivación y emociones	1) Psicoeducación Motiv. y Emociones 2) Planteamiento de objetivos 3) Introducción a Mindfulness 4) Entrenamiento en RMP 5) Autorregistro de pensamiento, emoción y conducta
3	Pensamientos asociados a la enfermedad	1) Psicoeducación pensamientos 2) Manejo de pensamientos irracionales 3) Introducción visualización 4) Entrenamiento en RMP
4	Solución de problemas	1) Psicoeducación solución de problemas 2) Entrenamiento en RMP 3) Entrenamiento en Relajación Pasiva 4) Prevención de recaídas

Figura 1: Resumen de programa

A lo largo del programa, y de acuerdo con él, se realizó psicoeducación, facilitando información sobre las características del estrés y su manejo, ya que es necesario que el paciente sepa en qué consiste y qué vías de afrontamiento tiene; se trabajó la regulación emocional, los procesos cognitivos que dificultan el afrontamiento y la reactividad fisiológica, y se ayudó al paciente a afrontar el estrés de un modo más adaptativo, incluyendo y potenciando técnicas de relajación.

Variables e instrumentos

Para el registro de las variables relevantes en el estudio, hemos seleccionado los siguientes instrumentos:

Para evitar que puedan existir variables desconocidas que puedan ejercer un efecto modulador de los resultados, planteamos un registro de variables socio-demográficas diseñado con el propósito de recoger información relativa al género, edad, estado civil, formación académica o situación laboral.

Además, los rasgos de personalidad de los participantes se evaluaron mediante el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI). Este instrumento, desarrollado originalmente por Eysenck y Eysenck (1964) y con versión española de Sánchez-Turet (1973), tiene 57 ítems que evalúan tres dimensiones de la personalidad: extroversión vs. introversión, neuroticismo vs. estabilidad y sinceridad. En el primer caso, el polo de extroversión caracteriza a un sujeto como expansivo, sociable, activo, vital, despreocupado, a quien le agradan las emociones fuertes y, por ende, las busca; el polo de introversión define a sujetos tranquilos, reservados, introspectivos, ordenados y con tendencia al pesimismo. En el segundo caso, el polo de neuroticismo delimita a sujetos con labilidad emocional, ansiedad y tensión, por lo que son individuos irracionales con frecuentes alteraciones somáticas; el polo de estabilidad, a su vez, caracteriza a sujetos

calmados, controlados y equilibrados. Finalmente, en la tercera dimensión, se evalúa la sinceridad de las respuestas de los participantes.

Las variaciones en sintomatología ansiosa y depresiva y los niveles en línea base se valoraron con la Escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983), en su adaptación española de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986). Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems en el que la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de cuatro puntos (rango 0 - 3). El rango de puntuación para las variables ansiedad y depresión es de 0 - 21. Para las subescalas de ansiedad y depresión se considera que las puntuaciones obtenidas entre cero y siete indican la ausencia de sintomatología, entre ocho y diez, caso dudoso y mayor que más once, problema clínico.

La variación en la calidad de vida se midió a través del cuestionario SF-12 (Short form, SF 12) sobre el Estado de Salud (Ware Kosinski, Turner-Bowker y Gandek, 2002), en su versión española (Vilagut y cols., 2008). Consta de doce ítems provenientes de la escala SF-36. La escala de respuesta es tipo Likert y evalúa intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre tres y seis, según el ítem. La versión II permite obtener una puntuación para calidad de vida física y otra para calidad de vida mental, además de las mismas ocho dimensiones del SF-36. Para cada una de éstas, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un rango de 0 (peor estado de salud para esa dimensión), hasta 100 (el mejor estado de salud).

El estrés percibido con respecto a la enfermedad, y los cambios respecto al tratamiento van a ser registrados mediante la Escala de Apreciación de Estrés (EAE) (Terol, Quiles y Pérez-Jover, 2012) para evaluar el grado del impacto que tiene

situaciones potencialmente estresantes. Esta escala está formada por un total de 11 ítems que reflejan posibles preocupaciones en una persona que padece alguna enfermedad. Se centra en cuatro dimensiones: salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos. El rango de este cuestionario es de 6 a 66. El cuestionario distingue tres dimensiones: importancia o amenaza de la enfermedad, duración de la enfermedad y el grado de control sobre ella.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21 para Windows.

Los análisis realizados fueron los siguientes: análisis descriptivos de cada una de las variables empleando medias y desviaciones típicas o frecuencias. Además empleamos t de Student, para estudiar las diferencias entre la medida previa al programa y la medida registrada tras la aplicación del programa. Todos estos análisis se realizaron estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tras la recogida y procesamiento de los datos obtenidos en el estudio, analizaremos los resultados referidos por los 63 participantes. Al inicio de esta investigación planteábamos la importancia de la personalidad de los pacientes tanto para el tratamiento como en el transcurso de la enfermedad.

Al analizar los resultados que reflejan los participantes en el Cuestionario EPI, encontramos los datos que se reflejan en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1:

Perfiles de Personalidad

	Media	Dt
Neuroticismo	10.41	5.55
Extraversión	12.83	3.55
Sinceridad	5.27	1.75

Si analizamos las puntuaciones relativas al factor *Neuroticismo*, encontramos que los resultados referidos por los sujetos indican puntuaciones medio-bajas, lo que indica cierta tendencia a la estabilidad emocional. Referente al factor *Extraversión* encontramos que los participantes refieren puntuaciones medio-altas. En este caso, este resultado estaría relacionado con una cierta tendencia a la impulsividad o desinhibición social.

En este contexto, además es importante comparar las posibles variaciones relativas a variables como género, o diagnóstico clínico crónico (Figuras 2 y 3).

En la figura 2 encontramos diferencias significativas a nivel estadístico en función del género, concretamente con respecto a la variable Neuroticismo, refiriendo un tamaño del efecto pequeño. En este caso, los hombres obtienen puntuaciones más elevadas, de donde se desprende que las mujeres tienen una mayor tendencia a la estabilidad emocional

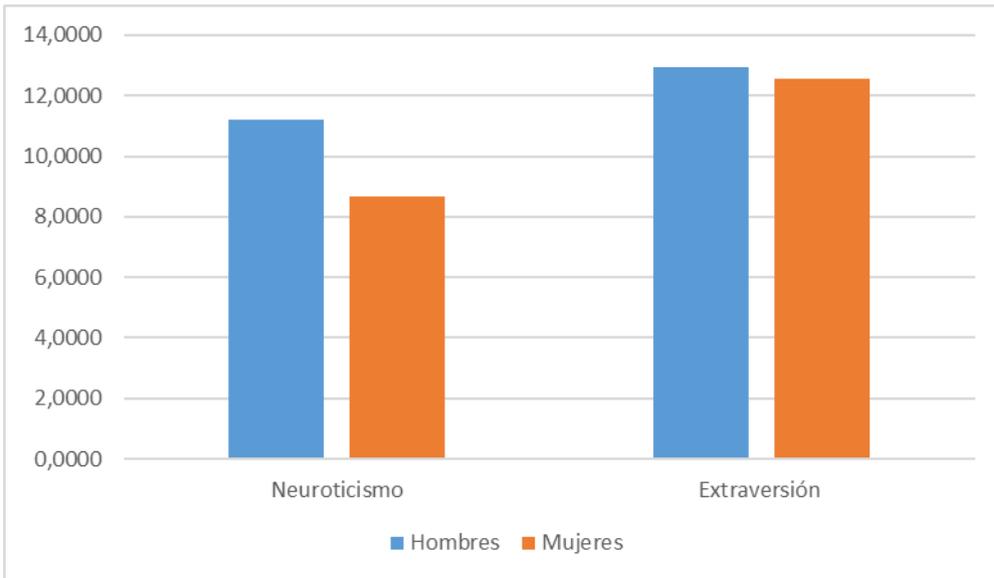


Figura 2: Diferencias en Perfiles de Personalidad en Función del género

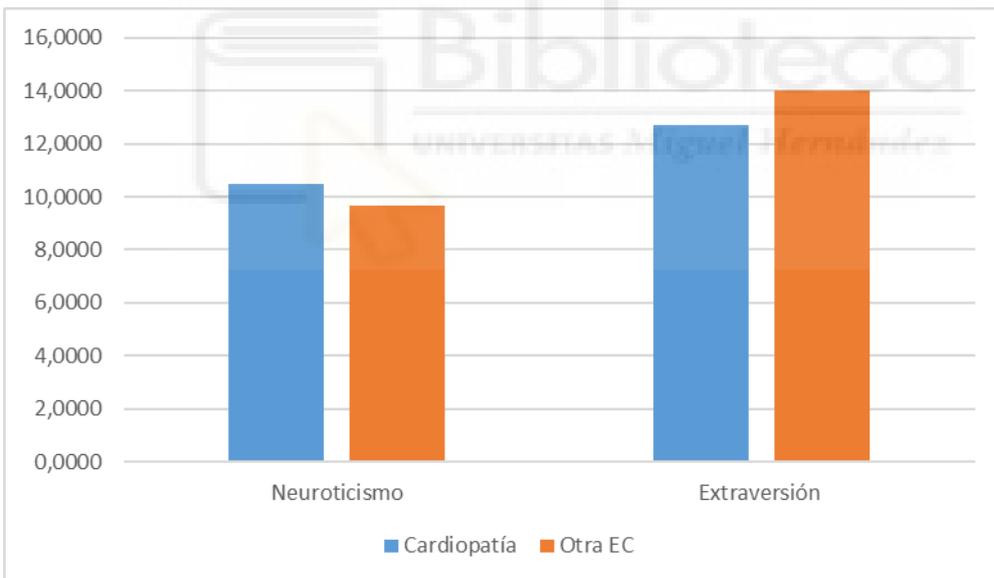


Figura 3: Diferencias en Perfiles de Personalidad en Función del Diagnóstico

Al comparar las puntuaciones que obtiene los pacientes en función de si la participación en el grupo deriva de problemas cardíacos o de otro diagnóstico crónico encontramos ligeras diferencias que indican que los pacientes con cardiopatía refieren

puntuaciones que tienden más a la inestabilidad y a la introversión o inhibición social, no significativas a nivel estadístico.

Tabla 2:

Puntuaciones medias descriptivas

	Media	Dt
Depresión	5.51	3.91
Ansiedad	7.24	4.99
Calidad de Vida Física	42.49	7.50
Calidad de vida Mental	36.00	15.42
Estrés Total	33.00	10.32

Por otro lado, en este estudio, debido al contenido del programa que se implementa adquieren especial relevancia variables como el estrés y otras asociadas como ansiedad, depresión y calidad de vida. Las puntuaciones obtenidas por los participantes se reflejan en la tabla 2.

Respecto a la medida de depresión, encontramos que los participantes refieren puntuaciones bajas, lo que indica una baja presencia de sintomatología depresiva. Referente a la variable ansiedad, encontramos puntuaciones ligeramente elevadas, que pese a no indicar a grandes rasgos presencia de trastorno ansioso, si es indicativa de cierta sintomatología ansiosa en la muestra descrita.

Si analizamos las puntuaciones relativas a la Calidad de Vida Física, encontramos puntuaciones medias, pues si bien indican que la calidad de vida está viéndose afectada por el proceso crónico al que están sometidos, esta afección no resulta

severa. Las puntuaciones referidas por los participantes en la variable Calidad de Vida Mental, son ligeramente más bajas lo que indica una afección de mayor magnitud sobre este componente de calidad de vida.

En lo que respecta a las puntuaciones medias relativas al estrés que genera el proceso crónico que padecen, encontramos que estas resultan medio altas, lo que explica que estos participantes refieran manifestaciones de estrés. Además, si observamos los distintos factores del componente estrés relativo a la enfermedad (Figura 4), encontramos que los participantes el grado de importancia o amenaza de la enfermedad (con un rango entre 6 y 36) no resulta ser un estresor muy elevado. En cambio, otros factores como la cronicidad del proceso o el grado de control sobre el mismo (con rangos que oscilan entre 3-18 y 2-12) se demarcan como potenciales estresores en estos participantes.

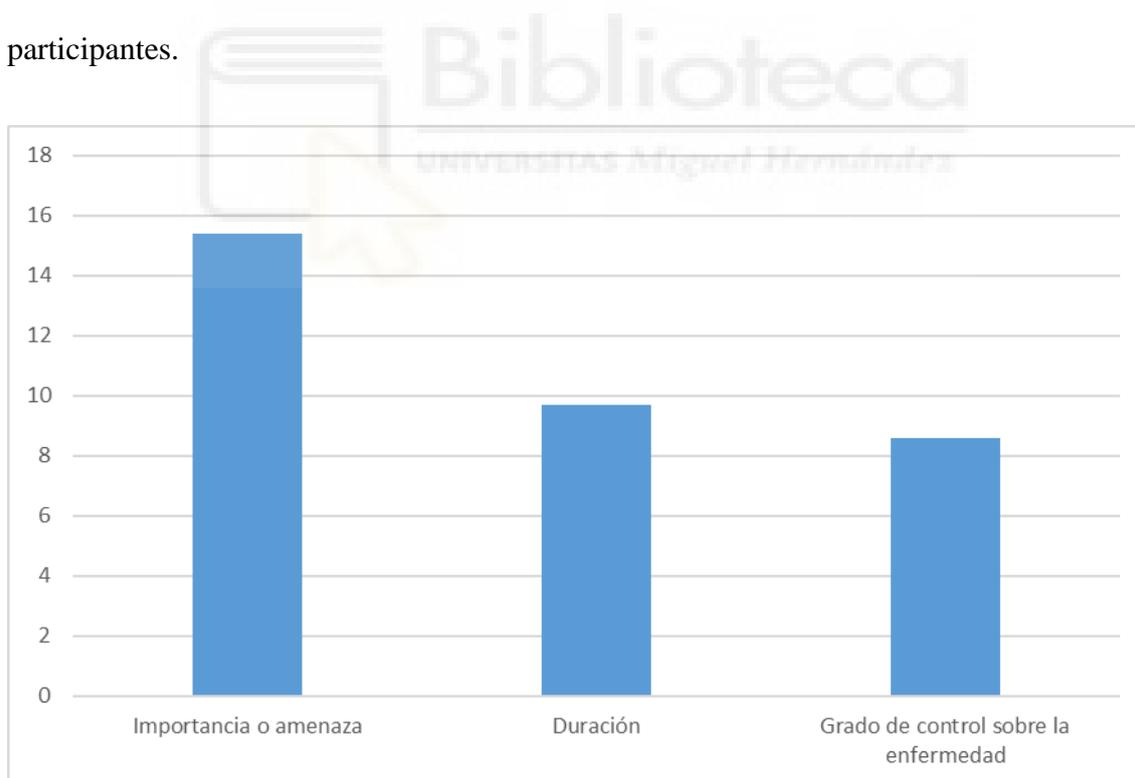


Figura 4: Factores de Estrés antes la Enfermedad

Si atendemos de nuevo al género, encontramos diferencias en la variable Importancia o Amenaza, donde son las Mujeres (17.22; dt 7.35) frente a los hombres (14.61; dt 6.62), quienes perciben la importancia o amenaza de la enfermedad como un estresor mayor, preservando en estas diferencias tamaños del efecto medios.

Tabla 3:

Diferencias en función del diagnóstico

	Cardíaco		Otra EC	
	Media	dt	Media	dt
Ansiedad	7.60	5.10	3.66	0.57
Depresión	5.70	4.09	3.66	1.52
CV Mental	35.22	12.54	51.13	11.00

La variable diagnóstico, también nos permite establecer algunas diferencias con respecto a los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida mental percibida, viéndose más afectados los participantes con diagnóstico cardíaco (tabla 3). Estas diferencias resultan significativas a nivel estadístico.

Finalmente, para evaluar los cambios que se han producido en los participantes que finalizaron el programa comparamos las puntuaciones que han obtenido en las medidas previa y posterior a la aplicación del mismo. Los resultados se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4:

Comparación de puntuaciones medias previas y posteriores a la aplicación del programa.

	Medida Pre		Medida Post		t (22)	p
	Media	dt	Media	dt		
Depresión	7.00	4.09	6.58	5.21	0.58	0.58
Ansiedad	8.50	5.42	6.92	5.45	-2.22	0.05
CV Física	42.50	7.50	42.07	9.82	0.14	0.89
CV Mental	36.00	15.42	37.21	11.83	-0.41	0.70
Estrés	36.33	8.25	32.50	7.48	-1.52	0.04

Al analizar la evolución de los 23 pacientes que participan en el programa, encontramos que los resultados reflejan variaciones en la mayoría de las variables. Observamos pequeñas reducciones en sintomatología depresiva y un ligero aumento en la calidad de vida mental informada por los participantes, no adquiriendo significación a nivel estadístico. En cambio, observamos cambios significativos en sintomatología ansiosa con una reducción destacable de la misma, también se reduce la sintomatología relacionada con el estrés ante la enfermedad. Estas diferencias refieren tamaños del efecto medio.

DISCUSIÓN

De la necesidad de prestar un servicio asistencial para los pacientes tratados en las distintas unidades del HGUA, se crea el grupo psicoeducativo y terapéutico para el manejo del estrés asociado a los procesos crónicos. Se pretende responder con esto, a la petición de los distintos servicios de este hospital de la necesidad de atención psicológica de los pacientes tratados en estas unidades.

Sobre esta base se plantea un programa mensual, al que los distintos servicios puedan derivar a los pacientes que consideren que se puedan beneficiar este programa. El programa, basado en contenido psicoeducativo y en el que se potencian diversas técnicas relajación, se sustenta sobre el apoyo del blog de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud donde, además de disponer de las diferentes técnicas empleadas en cada sesión, disponen de material que facilita la práctica de las mismas o similares desde casa.

Ante este sistema de tratamiento, se plantea evaluar la eficacia del mismo, de acuerdo a las características de los pacientes. Para ello nos planteamos como objetivos Evaluar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en muestra de pacientes crónicos del HGUA.

Al respecto encontramos que los pacientes que participan en el programa, refieren cierta sintomatología ansiosa, siendo menos acusada en el caso de la sintomatología depresiva. Además, refieren niveles medio altos de estrés y una mermada calidad de vida, tanto en el componente físico como en el mental. De manera más concreta, estos niveles parecen más acusados en pacientes con problemas cardiovasculares.

Estos resultados están en sintonía con la literatura científica disponible. Al respecto encontramos un buen ejemplo en los trabajos de Burish y Bradley (1983) y Gil-Roales (2004), donde se expone que los diagnósticos de patologías crónicas, afectan a la vida de los pacientes, especialmente en el ámbito emocional. Además, en nuestro estudio, estas consecuencias psicológicas parecen más acusadas en pacientes con problemas cardiovasculares, entre los que destacan mayores niveles de estrés. Este resultado puede explicarse por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, siendo de entorno a dos meses para los pacientes cardiovasculares, frente a años de evolución para los diagnósticos de dolor crónico, o enfermedad inflamatoria intestinal.

También está ampliamente discutido en la literatura científica la presencia de sintomatología ansioso-depresiva. Este hecho se hace patente en diversos estudios que relacionan esta sintomatología en diferentes patologías como la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva o la fibromialgia (Sánchez et al., 2015; González-Gutiérrez et al. 2016; Ramos, 2017). Del mismo modo se refleja la afección sobre la calidad de vida (Bayés, 1994; Barrios et al., 2016; Vera-Villaruel et al., 2016).

Por la influencia de los factores de personalidad del individuo, también nos planteamos valorar los perfiles de personalidad en enfermos crónicos. Al respecto, encontramos que existen diversas características comunes en estos pacientes. Así encontramos que los resultados indican que la muestra tiende a la estabilidad emocional y a la extraversión. En cambio, encontramos diferencias según los perfiles de cada grupo de pacientes. En cuanto al género encontramos que son los hombres los que puntúan más alto en neuroticismo. Referente al diagnóstico encontramos que son los pacientes con diagnóstico cardiovascular, muestran mayor sintomatología de inestabilidad emocional e intraversión.

Estos resultados no resultan novedosos, pues la relación entre el conocido patrón A de personalidad y un mayor riesgo de problemas cardíacos está ampliamente respaldado en la literatura científica. Esto se refleja en estudios como el de Tabary et al. (2014) y Gómez-Gonzales et al. (2014). Además, las nuevas líneas de investigación sugieren que el estudio de estos factores es indispensable, pues estos pueden actuar como un factor de riesgo tanto en el proceso de cronificación como potenciador de la comorbilidad patológica.

El fin último de este estudio, era establecer la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en pacientes crónicos, con las características ya citadas.

Los resultados reflejan disminuciones en las variables estudiadas, siendo significativas para las variables ansiedad y estrés. Estos resultados pese a ser positivos, no alcanzan la magnitud esperable. Al respecto consideramos que pueden verse modulados por el tamaño muestral, puesto que la eficacia del mismo sólo se mide a los tres meses de la finalización del programa. Y los pacientes, principalmente de rehabilitación cardíaca, se han reincorporado al trabajo, pasados al menos 5 meses desde el episodio cardíaco (Del Canto y Silva, 2013).

En cambio, encontramos estudios similares que reflejan la eficacia del empleo de este tipo de programas, con resultados más atractivos. Como ya hemos comentado en la revisión teórica encontramos programas que incluyen entrenamiento físico, nutrición y hábitos de vida saludable, técnicas para el manejo de estrés, solución de problemas, relajación y corrección de pensamientos distorsionados o irracionales, entre otras (García et al, 2014; Martín et al., 2015; Royo-Bordonada et al., 2016; Paz y de Rosende

Celeiro, 2016; Gellis y Kang-Yi, 2012; Purafkari et al., 2016), mostrando resultados que avalan la aplicación de los mismos.

Además, en este estudio nos planteamos contrastar la siguiente hipótesis: Los participantes que participan en el programa de manejo del estrés reducirán la sintomatología asociada a la ansiedad, depresión y estrés, a los tres meses de la finalización del mismo.

Al respecto encontramos que sí se observa una reducción de los niveles de ansiedad y estrés, no siendo así en el caso de sintomatología depresiva. Si bien este resultado podría explicarse bajo el fenómeno de regresión a la media. En este sentido, las puntuaciones en ansiedad y estrés que son más elevadas en inicio que las de depresión, refieren cambios más significativos puesto que la posibilidad de reducir esas puntuaciones tiene una mayor variabilidad (Samuels, 1991).

Por último, comentar que este estudio tiene una serie de limitaciones que pueden sesgar los resultados presentados. En primer lugar debido a un sistema de derivación, aleatorio y bajo criterios médicos desde distintos servicios, carece de grupo control. Además, no se establece una medida inmediata a la finalización del programa pues por motivos de duración de las sesiones, se establece una medida, a los tres meses, que reflejará la puesta en práctica de lo aprendido durante los meses posteriores a la finalización del programa. Con la intención de mejorar la calidad metodológica de este estudio, se considera importante el empleo de un grupo control, la inclusión de una medida inmediata posterior al programa, y el registro de la frecuencia de uso de las técnicas aprendidas.

En conclusión, este estudio parte de la necesidad asistencial de los pacientes pluripatológicos o crónicos desde el campo de la psicología. Es necesario destacar las

implicaciones emocionales que tanto los diagnósticos como los tratamientos tienen sobre los pacientes. Al respecto, se plantea un programa breve de inicio periódico con la intención de ofrecer un programa al que puedan acogerse todos los enfermos crónicos del HGUA. Sobre las características de los pacientes, que son principalmente de rehabilitación cardíaca encontramos especialmente elevados síntomas de estrés y ansiedad que se reducen tras la aplicación del programa, en cambio, y debido al tamaño muestral, la relevancia de estos resultados es limitada.



BIBLIOGRAFÍA

- Arnal, R. B. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 53-69.
- Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, 40, 483-486.
- Barrios, S., María, I., y Ortiz, L. B. (2016). Un llamado a Enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida. *Salud Uninorte*, 32(2).
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de medicina psicosomática*, 30, 28-34.
- Burch, V., y Penman, D. (2016). *Tú no eres tu dolor: Mindfulness para aliviar el dolor, reducir el estrés y recuperar el bienestar*. Editorial Kairós.
- Burish, T. G., y Bradley, L. A. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. Academic Pr.
- Butler, L., y Meichenbaum, D. (1981). The assessment of interpersonal problem-solving skills. *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*, 197-225.
- Cronos, B. I. (2014). *Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos*. The Boston Consulting Group.
- Del Canto, E., y Silva, A. S. (2013). Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. Quantitative methodology: boarding from the complementarity in the social sciences. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(141), 25-34.

- Dresch, V. (2007). Personality styles that either protect or make individuals' health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(10), 1411-1422.
- D'zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
- Eysenck, S. B., y Eysenck, H. J. (1964). An improved short questionnaire for the measurement of extraversion and neuroticism. *Life sciences*, 3(10), 1103-1109.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Ediciones Pirámide.
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Fierro, A., y Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(2), 207-226.
- García, S. H., Lago, E. P., Oquendo, J. Á., y Rivas Estany, E. (2014). Fase hospitalaria de la rehabilitación cardíaca. Protocolo para la cirugía cardíaca. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 6(3), 246-256.
- Gavidia, H., Nataly, Y., Palacios, C., y José, M. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial*

General Docente Riobamba, período octubre 2015-marzo 2016 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.).

Gellis, D., y Kang-Yi K. (2012). Meta-analysis of the effect of cardiac rehabilitation interventions on depression outcomes in adults 64 years of age and older. *American Journal of Cardiology* 110: 1219–24

Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica y conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide.*

Gómez-González, A. M., de-Torres, I., Denia-Martos, C., Torres-Jiménez, A. J., Montiel-Trujillo, A., Bravo-Escobar, R., ... y Aguilar-Jiménez, R. (2014). Infarto-reinfarto: estudio comparativo clínico-funcional en un programa de rehabilitación cardiaca. *Rehabilitación*, 48(1), 9-16.

Gonzalez-Gutiérrez, M. V., Velázquez, J. G., García, C. M., Maldonado, F. C., Jiménez, F. J., y Vargas, F. G. (2016). Modelo predictivo de ansiedad y depresión en pacientes españoles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. *Archivos de bronconeumología: Organó oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)*, 52(3), 151-157.

Macia, D. y Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. In *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 217-245).

Martín, M. J. M., Boada, M. V., Lapresa, M. J. V., Ortun, F. G., y Auñón, E. Á. (2015). Programa de rehabilitación cardíaca: estudio de la eficacia del tratamiento

- psicológico sobre el estado de ánimo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (114), 13-22.
- Millon, T. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. John Wiley & Sons Incorporated.
- Millon, T. (2001). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Molinero, O., Salguero, A., Corrêa, M. C. R., Márquez, S. y Stein, A. C. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), 109-116.
- Observatorio, S. N. S. (2016). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- Paz, A. V., y de Rosende Celeiro, I. (2016). Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones/Contribution of Occupational Therapy in cardiac rehabilitation: intervention, challenges and reflections. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(4).
- Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N., y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*, 32(3), 251-258.
- Pereira, M. D. (2016). Beyond Life Style Interventions in Type 2 Diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.

- Regal-Ramos, R. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 43(1), 28-33.
- Rivas Estany, E., y Hernández García, S. (2016). Entrenamiento físico en la insuficiencia cardíaca crónica: fisiopatología y evolución clínica. *Medwave*, 16(Suppl 4).
- Rodríguez, J., y Zurriaga, R. (1997). Estrés, enfermedad y hospitalización. *Granada: Escuela andaluza de Salud pública*.
- Royo-Bordonada, M. Á., Bejarano, J. L., Alvarez, F. V., Sans, S., Pérez, A., Pedro-Botet, J., ... y Núñez, A. G. (2016). Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Neurología*, 31(3), 195-207.
- Samuels, M. L. (1991). Statistical Reversion toward the mean: more universal than regression toward the mean. *The American Statistician*, 45(4), 344-346.
- Sánchez, E. G., Jiménez, G., y Gonzalez, M. (2015). Prevalence of anxiety and depression in patients diagnosed with chronic not contagious diseases treated at the Uneme-ec of Xalapa/Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la. *International Journal of Integrated Care*, 15(8).
- Sánchez-Turet, M. (1973). *EPI cuestionario de personalidad*. TEA ediciones: Madrid
- Simian, D., y Quera, R. (2016). Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Revista médica de Chile*, 144(4), 488-495.

- Tabary, S. Z., Rezaii, M., Nia, Z. J., Goodarzy, P., y Izanloo, M. (2014). A Comparative Study of Quality of Family, Social Relationships and Type D Personality in Cardiovascular Patients and Non-Patients. *Health*, 2014.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., y Peri, J. M. (1986). Clinical use of HADS in psychiatric samples: a sensitivity, reliability and validity study. *Rev Dep Psiquiatr Fac Med Barc*, 13, 233-238.
- Terol, C., Marcos, Quiles, Y., y Pérez, M. V. (2014). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*. Ediciones Pirámide.
- Vera-Villarroel, P., Valtierra, A., y Contreras, D. (2016). Afectividad como mediador de la relación entre optimismo y calidad de vida en hombres que tienen sexo con hombres con VIH. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 256-265.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina clínica*, 130(19), 726-735.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., y Gandek, B. (2002). How to score version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement documenting version 1) Lincoln. *RI: QualityMetric Incorporated*.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.