

Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos

Sofía Sánchez-Román,* Lillian Velasco-Furlong,** Raquel Rodríguez-Carvajal,*** Joaquín Baranda-Sepúlveda*

* Departamento de Neurología y Psiquiatría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

** Unidad de Psicología. Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud.

*** Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Effectiveness of a cognitive-behavioural program to reduce anxiety in medically ill patients

ABSTRACT

The aim of this work is to evaluate four programs to reduce anxiety in medically ill patients: psychoeducative, cognitive, behavioural or control. One hundred and seventy seven patients from the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán were assigned randomly to one of this programs and were evaluated before and after them with the Anxiety Hamilton Scale and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Program effectiveness was evaluated with descriptive and a Pre-post difference mean analysis. Results show that the program that obtained the best results in reducing anxiety levels was the Psychoeducative Program, reducing significantly the anxiety levels evaluated with both measures. This indicates that in patients that assist to a general hospital, the combination of different psychological techniques such as providing information to the patient, relaxation training and other cognitive strategies are effective in reducing tension, worries, nervousness and levels of anxiety related with their illness.

Key words. Anxiety. Illness. Program effectiveness. Psychological techniques. Relaxation training.

INTRODUCCIÓN

En cualquier institución hospitalaria se debe abordar el tema de la salud desde una perspectiva amplia e integradora que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que incorpore la promoción de la salud y el bienestar de la población,

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo evaluar cuatro programas para reducir la ansiedad en pacientes médicamente enfermos: psicoeducativo, cognitivo, conductual o control. Ciento setenta y siete pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán fueron asignados al azar a uno de los cuatro programas y se les aplicó antes y después de realizarlo la Escala Hamilton de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE). Se realizó un análisis estadístico descriptivo y un análisis de diferencias de medias pre-post para evaluar la eficacia de los programas. Los resultados muestran que el programa de intervención que obtuvo una mayor disminución en los niveles de ansiedad fue el Psicoeducativo, siendo significativo en cada uno de los instrumentos utilizados. Esto indica que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general.

Palabras clave. Ansiedad. Enfermedad. Eficacia programa. Técnicas psicológicas. Relajación.

más que el tratamiento de la enfermedad desde un punto de vista exclusivamente biológico. Es por ello que abarcar un tratamiento psicológico en el manejo de la enfermedad resulta útil en todos los campos de la medicina. Además, se considera que éste podría proporcionar grandes beneficios a los pacientes y que no existe riesgo en su aplicación.

La situación de enfermedad trae consigo una serie de implicaciones psicológicas y es un área de investigación sobre la cual cada vez se desarrollan más estudios.¹ Por otro lado, no debemos olvidar que el estar enfermo provoca experiencias emocionales desagradables que traen consigo emociones negativas como: ansiedad, ira, tristeza y depresión. Dentro de ellas la que más se ha estudiado en relación con la enfermedad es sin duda la ansiedad;²⁻⁹ sobre todo en relación con las enfermedades cardiovasculares,^{10,11} asma bronquial,^{1,12} daño cerebral traumático,^{13,14} enfermedades crónicas,^{15,16} dolor,¹⁷ trastornos gastrointestinales^{14,18-23} y dermatológicos.⁸

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, la prevalencia de trastornos de ansiedad es de 14.3% a nivel nacional. El trastorno de ansiedad generalizada (común en un hospital general) tuvo una prevalencia de 1.2% en población general.²⁴ En un hospital general es común la presencia no sólo de trastornos de ansiedad, sino de otros trastornos acompañados de síntomas ansiosos (como la depresión mayor) o simplemente de síntomas de ansiedad que no reúnen los criterios para clasificarse como un trastorno *per se*, pero que pueden estar afectando la manera de afrontar la enfermedad.

Dicho esto, es evidente la necesidad de realizar intervenciones en estos pacientes para disminuir los síntomas relacionados con la ansiedad. Los tratamientos encaminados a este objetivo suelen ser, además del tratamiento farmacológico, básicamente psicológicos y consisten principalmente en entrenar a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, tratando de conseguir mejorar su salud. Una de las estrategias más utilizadas es el entrenamiento en técnicas de relajación, así como la enseñanza de estrategias psicoeducativas, cognitivas y conductuales.

Los programas de intervención en pacientes con enfermedad médica se remontan a los años setenta. Los pacientes que más se beneficiaban de este tipo de programas eran los enfermos de cáncer, de VIH y SIDA. Estos programas incluían desde rehabilitación funcional, restauración física y cosmética, empleo y rehabilitación vocacional, así como rehabilitación socio-psicológica, centrada fundamentalmente en el apoyo y la ayuda a la expresión y aceptación de sentimientos.^{25,26}

La medicina conductual incorpora a los procedimientos convencionales las estrategias cognitivo-

conductuales que suelen emplearse en la terapia de conducta. Dentro de las técnicas más utilizadas se encuentran los métodos de relajación, biofeedback, técnicas de reestructuración cognitiva, las estrategias de afrontamiento al estrés, la capacitación en habilidades sociales, la solución de problemas y las diferentes tácticas de autocontrol.²⁷ Estas estrategias pueden abordarse de forma individual o grupal. Sin duda, el tratamiento más utilizado en la ansiedad debido a una enfermedad médica ha sido el entrenamiento en técnicas de relajación y de respiración. Más recientemente se han incorporado –como alternativa o como complemento– otros procedimientos terapéuticos: como la exposición, la reestructuración cognitiva, la distracción cognitiva y las autoinstrucciones.²⁸

El objetivo de este trabajo fue evaluar distintos programas de intervención psicológica en pacientes mexicanos, con diferentes sintomatologías médicas, con la finalidad de disminuir la sintomatología producida por la ansiedad a través de diferentes técnicas cognitivas y conductuales que ya han sido ampliamente utilizadas y comprobada su eficacia. Estas técnicas favorecen la adaptación de la persona enferma, dotándoles de estrategias para disminuir el malestar emocional y mejorar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estuvo constituida por 177 pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que tuvieran al menos una enfermedad médica.

Los pacientes fueron referidos por los distintos departamentos del hospital al Departamento de Neurología y Psiquiatría, ahí fueron evaluados por expertos en psiquiatría que decidían la conveniencia de que los pacientes fueran canalizados a grupos para manejo de ansiedad (ya sea que presentaran sintomatología ansiosa o trastornos de ansiedad) y en tal caso se les dio una cita en Psicología. A todos los pacientes se les asignó al azar a uno de los cuatro programas de intervención: Psicoeducativo, Cognitivo, Conductual o Control. Como primer paso, a todos los pacientes se les explicó el objetivo del estudio y del programa y se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado. Antes de comenzar con las intervenciones, se les pidió que contestaran el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE)²⁹ y la Escala Hamilton de Ansiedad³⁰ independientemente del programa al que se les había asignado.

Las sesiones se llevaron a cabo con seis personas, una sesión a la semana. Cada sesión tuvo una duración de aproximadamente una hora y media.

El programa Psicoeducativo se compuso de cinco sesiones. La primera fue psicoeducativa, en donde se les explicó la naturaleza del estrés y la ansiedad, en la segunda sesión se les enseñó la técnica de relajación progresiva, en la tercera se les enseñaron estrategias cognitivas como: solución de problemas, promoción de la asertividad y comunicación, entre otras. En la cuarta sesión se les enseñó la técnica de relajación autógena y en la quinta se realizó una retroalimentación, además de aplicarles los instrumentos anteriormente explicados.

El programa Cognitivo se compuso de tres sesiones. En la primera sesión se explicó a los pacientes las definiciones de estrés y ansiedad, las probables causas y consecuencias de éstos, así como las diferentes formas en que se puede abordar. La segunda consistió en la enseñanza de las estrategias cognitivas y la tercera en la retroalimentación y aplicación de las escalas.

El programa Conductual consistió también de tres sesiones. En la primera se les entrenó en técnicas de relajación progresiva, en la segunda en técnicas de relajación autógena y en la tercera se dio una retroalimentación y se aplicaron las escalas.

En cuanto al grupo Control, consistió en cuatro sesiones de terapia grupal de apoyo, aplicándoles también las escalas al inicio y al final del programa.

Se revisaron los expedientes de los pacientes para recabar el número y tipo de enfermedades médicas, trastornos psiquiátricos y uso de psicofármacos.

El número de sesiones que se dio en cada grupo se relacionó con la naturaleza de la estrategia aplicada. El grupo psicoeducativo fue aquel en el que se integraron todas las intervenciones (las cognitivas y las conductuales) y por ello se requirió un mayor número de sesiones en este grupo. Para los demás grupos, dado que únicamente se entrenaba a los pacientes en un tipo de intervención (o cognitivo o conductual), se requirió de menor tiempo.

El análisis estadístico abarcó tanto un estudio descriptivo como inferencial de las variables en estudio. En la estadística descriptiva en función del tipo de variables se establecieron los promedios y desviación estándar o prevalencia en porcentajes según el caso. Asimismo, se realizó un análisis de diferencias de medias pre-post para cada uno de los programas de intervención implantados con el fin de establecer el nivel de eficacia de los mismos.

El paquete estadístico utilizado para realizar este tipo de análisis fue el SPSS 12.0.

En la presente investigación fueron incluidos un total de 177 sujetos, entre los cuales 84.2% (149) eran mujeres y 15.8% (28) hombres. La edad media de la población de estudio fue de 45 años con una desviación típica de ± 13.2 . La mayoría (52.0%) eran casados, seguido de 27.1% de solteros, 8.5% divorciados, 5.6% separados, 5.1% viudos y en 1.7% de los casos en unión libre. En cuanto a la ocupación de los pacientes de la muestra se observa cómo la mayoría mantiene una ocupación doméstica (50.9%), seguido de 11.8% profesionista, 7.7% comerciante,

Cuadro 1. Control de la muestra con respecto a variables externas mediante un análisis multivariante.

Variables	Grupo	N	F	Significación
Diagnóstico médico			2.470	0.064
	Psicoeducativo	32		
	Cognitivo	44		
	Conductual	49		
Obesidad	Control	38	0.511	0.675
	Psicoeducativo	9		
	Cognitivo	15		
	Conductual	10		
Hipertensión arterial	Control	6	2.755	0.431
	Psicoeducativo	9		
	Cognitivo	11		
	Conductual	17		
Diabetes mellitus	Control	12	2.243	0.085
	Psicoeducativo	5		
	Cognitivo	11		
	Conductual	7		
Lupus eritematoso	Control	6	2.063	0.107
	Psicoeducativo	3		
	Cognitivo	1		
	Conductual	1		
Trast. psiquiátrico	Control	5	2.273	0.082
	Psicoeducativo	27		
	Cognitivo	38		
	Conductual	43		
Toma psicofármacos	Control	28	0.925	0.430
	Psicoeducativo	18		
	Cognitivo	35		
	Conductual	27		
Tipo psicofármaco			1.283	0.282

5.9% estudiante, 5.3% en carreras técnicas, al igual que en el caso de obreros y empleados, 4.7% de personas desempleadas, junto con 3% de jubilados. De estos 177 sujetos se hicieron grupos aleatorios de inclusión en cada uno de los cuatro programas de intervención para la reducción del estrés. La composición de los pacientes que iniciaron el programa quedó como sigue: 35 sujetos fueron incluidos en el grupo Psicoeducativo, 50 en el Cognitivo, 52 en el Conductual y 40 en el Control. Al finalizar el programa, los grupos quedaron de la siguiente manera: 28 pacientes finalizaron el grupo Psicoeducativo, 37 el Conductual, 36 el Cognitivo y 28 el Control, por lo que la muestra final fue de 129 sujetos. La mortalidad de muestra entre el tiempo 1 y tiempo 2 de evaluación fue de 27%, siendo el grupo de intervención con mayor nivel de mortalidad (30.0%) el grupo Control, mientras que el grupo con menor nivel de mortalidad fue el Psicoeducativo con 20%.

Asimismo, se controló la presencia y tipo de trastornos médicos y psiquiátricos de los sujetos incluidos aleatoriamente en cada uno de los grupos de intervención. En este sentido y mediante un análisis multivariante se aprecia que no existen diferencias significativas en el tipo de diagnósticos médicos ni psiquiátricos a través de los cuatro grupos de intervención. Como puede apreciarse en el cuadro 1, ninguno de los grupos tuvo diferencias significativas en cuanto a las siguientes variables: el padecer un trastorno médico en general ($p = 0.064$), la presencia de obesidad ($p = 0.675$), hipertensión arterial ($p = 0.431$), diabetes mellitus ($p = 0.085$), lupus eritematoso ($p = 0.107$), padecimiento psiquiátrico ($p = 0.82$), ingesta de psicofármacos ($p = 0.430$) o tipo de psicofármacos ($p = 0.282$), lo que implica que los grupos fueron homogéneos.

El hecho de que dentro de estas variables el padecimiento psiquiátrico fuera el de mayor frecuencia en nuestra muestra obedece al origen de la misma. Es decir, son pacientes referidos al Departamento de Psiquiatría y que tras ser evaluados por los psiquiatras, presentaron algún trastorno de ansiedad, afectivo o síntomas ansiosos (razón por la que fueron enviados a grupos de manejo de ansiedad).

A continuación se procedió al análisis de la eficacia de los programas de intervención diseñados mediante los análisis de medias en T_1 y T_2 . En las figuras 1-3 se aprecian las diferencias de medias en cada uno de los instrumentos utilizados (Hamilton, Ansiedad/Estado, Ansiedad/Rasgo) para la evaluación de la ansiedad en los cuatro grupos de intervención.

Como puede apreciarse en las figuras, el programa de intervención que obtuvo una mayor dismi-

nución en los niveles de ansiedad evaluados tanto a través de la Escala Hamilton como con el IDARE a nivel de ansiedad-estado y rasgo se aprecia en el grupo de intervención con un tratamiento Psicoeducativo. En el cuadro 2 se puede observar específicamente en qué medida esta disminución resulta significativa para cada uno de los grupos en cuestión.

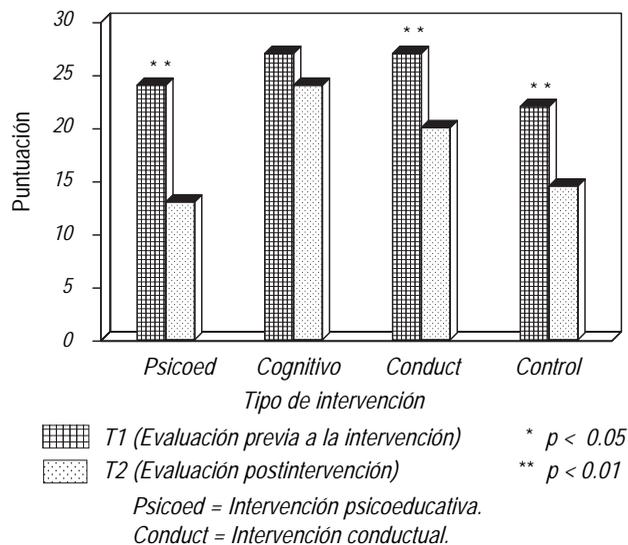


Figura 1. Diferencias T1-T2 en puntuaciones de ansiedad evaluada con el Cuestionario Hamilton.

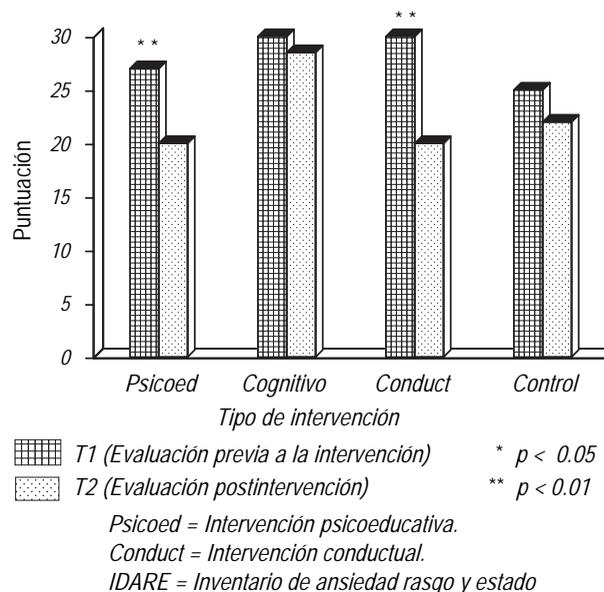


Figura 2. Diferencias T1-T2 en ansiedad/estado evaluada con el Cuestionario IDARE.

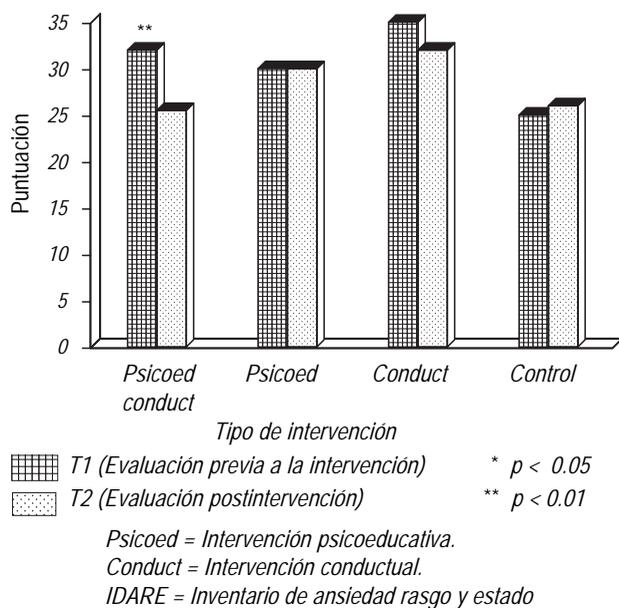


Figura 3. Diferencias T1-T2 en ansiedad/rasgo evaluada con el Cuestionario IDARE.

En este sentido se puede notar cómo la disminución en los niveles de ansiedad en el grupo Psicoeducativo es significativa en todos y cada uno de los instrumentos utilizados para su evaluación ($p < 0.01$). Asimismo, se puede observar cómo los valores más altos en el estadístico t para los niveles de ansiedad del Hamilton y ansiedad/rasgo con el Cuestionario IDARE corresponden al grupo Psicoeducativo ($t = 6.192$ y $t = 4.414$, respectivamente).

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de la intervención psicológica o psicosocial en el proceso de enfermedad es ayudar a que los pacientes utilicen sus defensas adaptativas para enfrentarse adecuadamente con los sentimientos, generalmente negativos, que acompañan a la enfermedad.

Entre estos métodos se encuentran una gran variedad de técnicas psicológicas y entre ellas, de la que más se ha investigado y probado su eficacia es el entrenamiento en técnicas de relajación,³¹⁻³³ sobre todo en trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, VIH y dolor crónico, entre otros.³⁴ Un entrenamiento adecuado en estas técnicas logra reducir la ansiedad de los pacientes, aumenta la capacidad de enfrentamiento activo y la sensación de bienestar, ayudando a los pacientes a resolver problemas interpersonales y mejorar su calidad de vida.³⁵

Otra de las técnicas que favorecen una relación sana con la vivencia de la enfermedad son las estrategias psicoeducativas, que además de proporcionar información al paciente, promueven cambios de actitud y conducta y eliminan las concepciones erróneas sobre la enfermedad. En ocasiones, pueden combinarse también técnicas que ayudan a los pacientes a regular su actitud frente a la enfermedad y en las que se pretende corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas a la enfermedad.²⁷

Tomando en cuenta lo anterior y siguiendo las líneas de investigación actuales³⁶⁻³⁸ en el manejo psicosocial de la enfermedad, se propuso para este estudio evaluar cuál de estas técnicas resulta más eficaz para los pacientes médicamente enfermos. Para ello, se realizaron grupos de intervención que utilizaran técnicas cognitivas (grupo Cognitivo), técnicas conductuales (grupo Conductual) y un grupo que integrara todas estas técnicas (grupo Psicoeducativo). Consideramos necesario integrar un grupo Control en el que no se les proporcionara ninguna de las técnicas arriba descritas, sino que consistiera en un grupo de apoyo en el que los pacientes pudieran compartir sus problemas y descartar así que la eficacia se debiera simplemente al hecho de estar en un grupo y todos los beneficios que esto trae consigo.

Los resultados muestran que el programa que mezclaba técnicas psicoeducativas y conductuales disminuyó la sintomatología presentada de ansiedad, tensión, nerviosismo e inquietud. No es la primera vez que se comprueba que la combinación de diferentes técnicas cognitivo-conductuales resulta eficaz para la disminución de la ansiedad.^{39,40} Sin em-

Cuadro 2. Análisis de diferencias de medias.

Grupo	Instrumento	t	Significación
Psicoeducativo	Hamilton	6.192	0.000
	Ansiedad / estado	3.540	0.001
	Ansiedad / rasgo	4.413	0.000
Cognitivo	Hamilton	2.244	0.031
	Ansiedad / estado	0.760	0.452
	Ansiedad / rasgo	0.093	0.927
Conductual	Hamilton	4.677	0.000
	Ansiedad / estado	4.644	0.000
	Ansiedad / rasgo	2.490	0.018
Control	Hamilton	5.338	0.000
	Ansiedad / estado	1.426	0.165
	Ansiedad / rasgo	-0.460	0.649

bargo, en los grupos donde se aplicaron estrategias o puramente psicoeducativas o puramente conductuales también se logró una mejoría de los niveles de ansiedad, evaluados por la escala de Hamilton, aunque en menor medida.

Resulta interesante que el grupo control también disminuyó significativamente los niveles de ansiedad. Esto podría deberse a que el solo hecho de llevarse a cabo un tratamiento grupal y compartir con los demás miembros el mismo problema puede ser en sí mismo terapéutico, favoreciendo la expresión emocional y reforzando las actitudes positivas ante la enfermedad.²⁶ Aunque es importante destacar que fue el grupo Psicoeducativo el que tuvo menor mortandad de la muestra, lo que sugiere que los pacientes se adhirieron más a los grupos que utilizaban estas técnicas.

Sin embargo, este estudio no está exento de ciertas limitaciones. Uno de los aspectos que se consideran primordiales para comprobar si una técnica realmente funciona o no es la evaluación que se lleve a cabo. En este estudio, únicamente se evaluó el concepto de ansiedad, que engloba solamente uno de los aspectos que se abordaron en el tratamiento. Además, la escala del Hamilton al ser heteroaplicada, permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente y su evolución bajo la influencia del tratamiento. Sin embargo, los ítems tienen contenidos muy globales e implican la interposición de una posible fuente de error (el observador) entre el comportamiento y la medida. En este sentido, sería conveniente para futuros estudios incluir instrumentos de evaluación más precisos y con menores fuentes de error.

Otra de las limitaciones se relaciona con que a pesar de que la asignación a cada uno de los grupos de intervención fue aleatoria (tratando con ello de evitar el mayor sesgo posible), no podemos descartar que pueda existir un sesgo o una variable que no hayamos podido controlar y que pudiera estar relacionada con el apego a los tratamientos o con la posibilidad de éxito de un programa de este tipo. En este sentido, una de las variables que no se valoró en este estudio y que consideramos relevante es la magnitud de la enfermedad presente o el grado de discapacidad que represente en los pacientes.

Por otro lado, es sabido que las estrategias conductuales tienen tiempo de efecto terapéutico limitado cuando no existen mecanismos de retroalimentación. En este estudio no se valoraron los efectos a largo plazo de los tratamientos aplicados, por lo que este aspecto se considerará en futuras investigaciones.

Las estrategias utilizadas en este programa han sido comprobadas por varios investigadores en el

campo de la salud. Sin embargo, existen todavía muchas líneas que seguir. En ocasiones las muestras con las que se investigan son muy pequeñas, entorpeciendo la validez de los estudios; asimismo, el apego al tratamiento resulta una variable que puede afectar los resultados, ya que existen muchos pacientes que dejan el tratamiento sin haberlo terminado, lo cual sería otra variable a considerar e investigar.

A partir de estos resultados, se puede concluir que es necesario desarrollar un programa de intervención que:

1. Permita a los pacientes controlar y reducir sus respuestas de ansiedad y estrés.
2. Disminuya la sintomatología producida por el estrés por medio de la combinación de diferentes técnicas que ya han sido ampliamente utilizadas y su comprobada eficacia.
3. Desarrollar mediante la enseñanza de la relajación un procedimiento que sirva como autocontrol y así promover la conducta adaptativa.

El grupo Psicoeducativo aquí propuesto fue el que más se acercó a este tipo de abordaje y demostró mayor eficacia.

Finalmente, es importante recalcar que en la investigación se necesitan cada vez más las aplicaciones de este tipo de programas en el ámbito de la salud, hasta lograr que esta intervención se desarrolle de forma habitual en los centros sanitarios, y los pacientes logren disminuir el malestar emocional y propiciar soluciones para problemas de la vida cotidiana que permitan el aprovechamiento de su potencial para llevar una mejor calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Claudia Cianca, Rebeca Escapa, Jacob Charnevich, Paulina Fuentes y Sandra Reyes por su valioso trabajo con los grupos de pacientes.

REFERENCIAS

1. Cano-Vindel A, Fernández JC. Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés* 1999; 5: 25-35.
2. Linford L. Aspectos generales de la ansiedad: análisis preliminar. En: Linford L. Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo. Ámsterdam: Excerta Médica; 1973, p. 1-7.
3. Echeburúa E. Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento. Madrid: Eudema Psicología; 1993.
4. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ, González H, Iruarrizaga I. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología* 1994; 10: 145-56.

5. Martínez-Sánchez F, Fernández J. Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología* 1994; 10: 101-10.
6. Chappel LC, Seed PT, Briley AL, Kelly F, Lee R, Hunt BJ, Parmar K, Bewley SJ, Shennan AH, Steer PJ, Philip J, Poston L. Effect of antioxidants on the concurrente of preeclampsia in woman at increased risk: a randomized trial. *Lancet* 1999; 354: 810-17.
7. Fernández-Abascal EG, Palmero F. Emociones y salud. Barcelona: Ariel; 1999.
8. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7: 111-21.
9. Terrones-González A, Salvador-Moysén J, Lechuga-Quinones AM, Martínez-López Y, Garvalena-Vázquez MJ, Nápoles-González C. Diferencias en ansiedad estado-rasgo entre adolescentes con hipertensión inducida por el embarazo y adolescentes embarazadas sanas. *Ansiedad y Estrés* 2003; 9: 7-16.
10. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Casado MI, Escalona A. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología* 1994; 10: 199-216.
11. Miguel-Tobal JJ, Casado MI, Cano-Vindel A, Spielberger CD. El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo- STAXI. *Ansiedad y Estrés* 1997; 3: 5-20.
12. Creer, TL. Emotions and asthma. Editorial, *Journal of Asthma* 1993; 30: 1-3.
13. Céspedes JM, Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A. The assessment of emotional disturbances in head-injured patients. *Psicothema* 2000; 12: 99-106.
14. Nogúes V, González R, Sifre S. Ansiedad y enfermedad inflamatoria intestinal. *Ansiedad y Estrés* 2000; 6: 281-94.
15. Heretik A, Korbasova S, Matejickova V, Prikazska M. Affective symptomatology in patients with non-specific inflammatory intestinal disease. *Ceska a Slovenska Psychiatrie* 1994; 90: 91-6.
16. Davis MC, Matthews KA, Twamley EW. Is life more difficult on mars or venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine* 1999; 21: 83-97.
17. Edwards R, Augustson EM, Fillingim R. Sex specific effects of pain related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2000; 16: 46-53.
18. Dancey CP, Backhouse S. Toward a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Advanced Nursery* 1993; 93: 1443-50.
19. García Vega E, Fernández C, Sánchez JL. Behavioral profile of the patient with Crohn's disease. *Revista Española de Enfermería* 1994; 86: 791-5.
20. Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A. Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? *Hepato-Gastroenterology* 1996; 43: 1513-17.
21. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1996; 31: 792-6.
22. García E, Fernández C. Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. *Psicothema* 1998; 10: 143-51.
23. Morlet A. Aspectos psiquiátricos en enfermedades gastrointestinales. En Salin RS (Ed.). *Psiquiatría en Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill; 2003, p. 59-76.
24. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaime J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.
25. Spiegel B, Bloom JR, Kraener HC, Gotteil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet* 1989; 14: 888-91.
26. Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, García P. Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología* 1999; 65: 53-73.
27. Velasco L, Sánchez S, Arcila D. La psicoterapia en el paciente enfermo desde el punto de vista médico. En Salin RS (Ed.). *Psiquiatría en Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill; 2003, p. 7-24.
28. Echeburria Odriozola E. Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1993.
29. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Manual of State Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists, Press; 1970.
30. Hamilton H. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32: 50-5.
31. Greenwood MM, Benson H. The efficacy of progressive relaxation in systematic desensitization and a proposal for an alternative competitive response. The relaxation response. *Behavior Research and Therapy* 1977; 15: 337-43.
32. Lehrer PM, Hochron SM, Mayne T. Relaxation and music therapies for asthma among patients prestabilized on asthma medication. *Journal of Behavioral Medicine* 1994; 17: 1-24.
33. Smyth JM, Soefer MH, Hurewitz A, Stone AA. The effect of tape-recorded relaxation training on well-being, symptoms, and peak expiratory flow rate in adult asthmatics: A pilot study. *Psychology & Health* 1999; 14: 487-501.
34. Bertucci NM. Responsiveness to relaxation for distress in HIV(+) patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000; 60(8-B): 4201.
35. Gordon WA, Friedenbergs L, Diller M, Hibbard C, Wolf L, Levine R, Lipkins O, Ezrachi D, Lucido D. Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *J Consult Clin Psych* 1980; 48: 743.
36. Buckelew SP, Conaway R, Parker J, Deuser W, Read J, Witty T, et al. Biofeedback/Relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. *Arthritis Care and Research* 1995; 11: 196-209.
37. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 304-8.
38. Weissbecker I, Salmon P, Studts JL, Floyd AR, Dedert E, Sephton SE. Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2002; 9: 297-307.
39. Nelson WR, Walker C, McCain GA. Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: preliminary findings. *Journal of Rheumatology* 1992; 19: 98-103.
40. Habib S, Cooke J, Cairns QL. Stress management for atopic dermatitis. *Behaviour Change* 1999; 16: 226-36.

Reimpresos:

Lic. Sofía Sánchez-Román

Depto. de Neurología y Psiquiatría
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
 Nutrición Salvador Zubirán
 Vasco de Quiroga No. 15. Tlalpan
 14000, México, D.F.

Recibido el 14 de marzo de 2006.
 Aceptado el 28 de agosto de 2006.