

Efectividad del programa cognitivo conductual del estrés y control metabólico en pacientes diabéticos tipo II en un Hospital, Chimbote, 2017

Effectiveness of the cognitive behavioral program of the stress and metabolic control in type II diabetic patients in a Hospital, Chimbote, 2017

Efetividade do programa cognitivo-comportamental do estresse e controle metabólico em pacientes diabéticos tipo II em um hospital, Chimbote, 2017

Silvia Liliana Lam Flores ¹

Resumen

El presente estudio cuasiexperimental, valoró la efectividad del programa cognitivo conductual de estrés y control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta de Chimbote, describió el nivel de estrés general y por factores; así como la hemoglobina glucosilada antes y después del programa para ambos grupos grupo control y experimental, para lo cual, se trabajó con una muestra conformada por 20 pacientes diagnosticados, a quienes se les aplicó el instrumento Escala de Estrés adaptada por Sanz-Carrillo et al (2002) y se les tomó la muestra de sangre mediante la venopunción con la Máquina Automatizada Landwind para la medición de la glucosa en sangre antes y después del programa cognitivo conductual. Para la condición de homogeneidad inicial de los grupos control y experimental, se llevó a cabo la prueba t para muestras independientes y prueba de Levene. Para determinar la efectividad del programa se llevó a cabo la prueba t para muestras relacionadas tanto para el estrés como para la hemoglobina glucosilada para el grupo experimental antes y después del programa. Los resultados fueron que existe diferencia significativa en los niveles de estrés tanto a nivel global como por los factores: Tensión, aceptación social, sobrecarga y miedo; sin embargo, en los factores energía y satisfacción no hubo mucha diferencia significativa. En cuanto a la hemoglobina glucosilada, también se encontró diferencia significativa.

Palabras clave: Estrés percibido, control metabólico, programa cognitivo conductual

Abstract

The present quasi-experimental study evaluated the effectiveness of the cognitive behavioral program of stress and metabolic control in type II diabetic patients of La Caleta de Chimbote Hospital, described the level of general stress and factors; as well as the glycosylated hemoglobin before and after the program for both control and experimental groups, for which, we worked with a sample consisting of 20 diagnosed patients, to whom the Stress Scale instrument adapted by Sanz-Carrillo et al. (2002) and the blood sample was taken by venipuncture with the Landwind Automated Machine for the measurement of blood glucose before and after the cognitive behavioral program. For the initial homogeneity condition of the control and experimental groups, the t test for independent samples and the Levene test was carried out. To determine the effectiveness of the program, the t-test for relational samples for both stress and glycosylated hemoglobin was carried out for the experimental group before and after the program. The results were that there is a significant difference in the levels of stress both globally and by the factors: Tension, social acceptance, overload and fear; however, in the energy and satisfaction factors there was not much significant difference. Regarding glycosylated hemoglobin, significant difference was also found

Keywords: Perceived stress, metabolic control, cognitive behavioral program

¹ Escuela de Posgrado. Universidad Nacional del Santa. Chimbote – Perú. eduli28@hotmail.com

Resumo

Este estudio quase experimental avaliou a eficácia do programa de stress comportamental cognitiva e o controle metabólico em pacientes diabéticos do tipo II no Hospital La Caleta de Chimbote, descrito o nível total do stress e factores; e hemoglobina glicada antes e depois de o programa de controlo para os dois grupos e os grupos experimentais, para a qual, trabalhado em uma amostra de 20 pacientes diagnosticados que foram aplicados o stress instrumento escala adaptada por Sanz-Carrillo et al (2002) e tomaram a amostra de sangue por punção venosa com máquina Landwind automatizado para medir a glicose no sangue antes e depois do programa cognitivo-comportamental. Para a condição de homogeneidade inicial dos grupos controle e experimental, foi realizado o teste t para amostras independentes e o teste de Levene. Para determinar a eficácia do programa que foi levada a cabo para testar amostras relacionais t para tanto stress e hemoglobina glicada para o grupo experimental, antes e depois do programa. Os resultados foram que há uma diferença significativa nos níveis de estresse tanto globalmente quanto pelos factores: tensão, aceitação social, sobrecarga e medo; no entanto, nos factores de energia e satisfação, não houve diferença significativa. Em relação à hemoglobina glicosilada, também foi encontrada diferença significativa

Palavras-chave: Estresse percebido, controle metabólico, programa cognitivo-comportamental

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa en la sangre causada por una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción; sin embargo, debido a la complejidad del ser humano; existen factores psicológicos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y que según los recursos y habilidades que poseen los pacientes podrán afrontarla. Uno de los principales agentes responsables que afecta el control metabólico en la diabetes es la activación emocional en respuesta al estrés (Aikens, Wallander, Bell y Cole, 1992, p. 113); sin embargo, la relación entre control metabólico y estrés es muy compleja, ya sea por las viables situaciones generadoras de estrés y/o por las vías a través de las cuales ejerce su acción. La intervención del estrés sobre los niveles de glucosa en la sangre pueden presentarse a través de un efecto directo mediante la puesta en marcha de las hormonas contrarregulatorias u hormonas del estrés e indirectamente por el efecto sobre las conductas de adherencia al tratamiento; así como también por las situaciones estresantes del diario vivir y la condición de diabético lo obliga a estar expuesto a una serie de potenciales estresores adicionales: controles de glucosa, posibles complicaciones futuras, dieta a seguir, sensación de enfado, los medicamentos que se deben tomar diariamente además del ritmo de trabajo que se esté realizando, entre otras.

Sobre los estudios realizados al respecto, se puede mencionar que cada vez más los investigadores se han interesado en la importancia de intervenciones educativas y psicosociales para el tratamiento de la diabetes. “Una síntesis de estos estudios pone en evidencia que la educación en diabetes tiene efectos positivos a corto plazo sobre el control glicémico, aunque no es suficiente para el mantenimiento de conductas de autocuidado y un control glicémico a través del tiempo” Norris et al (2002, p.39), sin embargo, consideramos que el tratamiento médico, el manejo nutricional, el ejercicio y la educación no son las únicas formas para el tratamiento. Recientemente, la psicología de la salud ha incorporado una serie de estrategias e intervenciones psicológicas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. En relación a los antecedentes sobre el inicio de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de pacientes diabéticos mellitus tipo II (DM-II), éstas se dieron en Estados Unidos, España, Brasil y Argentina, con el surgimiento de la psicología de la salud por los años 80, especialmente programas desde una aproximación cognitiva-conductual. Estas intervenciones estuvieron

orientadas en primer lugar a aumentar la adherencia al tratamiento, vigilar la glucosa en la sangre y disminuir el estrés; utilizando técnicas como el autocontrol, el entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas, técnicas de relajación y visualización, reestructuración cognitiva, etc. Este tipo de intervenciones han revelado generosamente su efectividad para asistir al paciente en la realización de conductas de automanejo y tener un mejor control metabólico (Hernández y Sánchez, 2007, Hains, Parton y Silverman, 2001, Del Castillo, López y Fragoso, 2009). Es importante mencionar que investigadores en el tema refieren que dentro de esta forma de terapia, el enfoque cognitivo se concentra en estudiar el papel que juega el pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas; así como pretenden modificar patrones de pensamiento, que al parecer, contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas poseen gran apoyo empírico (Hollon y Beck, 1994) y se encuentran entre las más efectivas dentro de todas las intervenciones psicológicas. Al hacer las revisiones de investigaciones similares, se observó que se han venido realizando desde 1993, por ejemplo en México; como refieren Díaz, Galán y Fernández (1993), para disminuir los niveles de glucosa en sangre; Montes et al. (2013), sobre manejo del estrés para el control metabólico y Rodríguez et al. (2013), en su estudio efecto de una intervención psicológica en los niveles de glucosa; en Inglaterra, Pibernik-Okanovik, et al. (2004), en su investigación efecto de intervención psicosocial basada en el empoderamiento en la calidad de vida y el control metabólico; en Panamá, Barrios (2005), en su estudio sobre manejo del estrés y ansiedad.

En el Perú se han reportado pocos estudios con la intervención cognitivo conductual especialmente en pacientes DM-II, uno de ellos en Lima pero sobre Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes DM-II, Patilla (2011) y el estudio de Galli en el 2011, para la adherencia al tratamiento, manejo de la vulnerabilidad al estrés y locus de control DM-II. Las demás investigaciones utilizaron la intervención cognitivo conductual como Granados y Escalante (2010) y Ventura (2009); más no en pacientes diabéticos. Sin embargo estas investigaciones tienen en común que sus sesiones en promedio van entre 8 a 10 de 2 horas semanales y con pacientes entre 40 y 69 años. Por otro lado, cabe señalar que en nuestro país, en algunos hospitales no se están ofreciendo intervenciones psicológicas estructuradas y con un seguimiento a los pacientes como parte del tratamiento integral; incluyendo, el Hospital La Caleta. Por lo tanto, consideramos que este estudio, se justifica metodológicamente porque surge la necesidad de implementar un programa desde una perspectiva integradora que se adecúe a las condiciones del hospital y sus pacientes y que al mismo tiempo cumpla con los elementos de un tratamiento cognitivo-conductual. Asimismo, tiene relevancia social ya que el Ministerio de salud (2013) estableció en los lineamientos de política del sector 2007-2020, prioridad en prevención y control de las enfermedades no transmisibles, mencionando que todo individuo con DM-II: debe entrar en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita lograr adherencia al tratamiento y el control glucémico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas. La hipótesis planteada fue ver si al grupo experimental al que se le aplicó el programa, disminuyó significativamente sus niveles de estrés y mantuvo un control metabólico en los pacientes DM-II en comparación con el grupo control. Los objetivos fueron determinar el efecto de la aplicación del programa cognitivo conductual; así como describir el estrés percibido por factores y el funcionamiento metabólico antes y después del programa.

Material y Métodos

La investigación fue de tipo aplicada, con diseño cuasi-experimental. La población estuvo conformada por 83 pacientes del Programa de Diabetes del Hospital, a quienes se les aplicó el instrumento de estrés, posteriormente se seleccionó a todos aquellos que presentaron niveles altos de estrés, quedando 46 pacientes; de éste número se seleccionó a 20 que contaron con los criterios de inclusión; es decir con diagnóstico confirmado de DM-II, con presencia de estrés en el último mes, edades entre 45 a 70 años, con tiempo de enfermedad entre los 6 meses a más, que no presenten insuficiencia renal, anemia ferropénica y alcoholismo, que no hayan recibido transfusiones recientes y que presentaron altos valores de hemoglobina glucosilada. Las técnicas empleadas fueron la encuesta, entrevista y la venopunción y los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estrés Percibido, adaptado por Sanz-Carrillo et. al.(2002), la venopunción a través de la Máquina Automatizada Landwind y el programa cognitivo conductual. El programa fue de 10 sesiones, de 120 minutos cada una y una vez por semana. Para la condición de homogeneidad inicial de los grupos control y experimental, se llevó a cabo la prueba t para muestras independientes y prueba de Levene. Para determinar la efectividad del programa se llevó a cabo la prueba t para muestras relacionales tanto para el estrés a nivel global y por factores, lo mismo que para la hemoglobina glucosilada para el grupo experimental antes y después del programa.

Resultados

Tabla N° 1: Prueba t student para muestras independientes del grupo control y experimental antes del programa.

Variables	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
	F	Sig.	T	gl	Sig.(bilat)
Estrés General					
Se han asumido varianzas iguales	1,059	0,317	0,931	18	0,364
No se han asumido varianzas iguales					
Hemoglobina Glucosilada					
Se han asumido varianzas iguales	1,050	0,319	0,945	18	0,357
No se han asumido varianzas iguales					

Fuente: Matriz de sistematización de datos

La tabla 1, nos muestra los valores F para la prueba de Levene de Homogeneidad de varianzas tanto para Estrés General como para Hemoglobina Glucosilada, con valores de significación > 0.05 , lo cual indica que existe homogeneidad de dichas variables en el grupo control y experimental antes de la aplicación del programa. Este resultado se ratifica con los resultados de la prueba t para muestras independientes, donde se encontró un valor t de 0.931 con una significación de $0,364 > 0.05$ para la comparación de medias de Estrés General entre el grupo control y experimental; de igual manera se encontró un valor t de 0,945 con una significación de $0,357 > 0,05$ para la Hemoglobina Glucosilada, indicándonos que no hay diferencia significativa de promedios de dichas variables en ambos grupos control y experimental, antes de la aplicación del programa.

Tabla N° 2: Prueba t para muestras relacionadas del Estrés General y Hemoglobina Gucosilada para el grupo experimental antes y después del programa

Variables	Prueba T para la igualdad de medias		
	T	Gl	Sig.(bilateral)
Estrés General Antes- Estrés General Después	7,352	9	0,000
Hemoglobina Glucosilada antes- Hem. Gluco. después	-5,929	9	0,000

Fuente : Matriz de sistematización de datos

Al relacionar el estrés general y la hemoglobina glucosilada en el grupo experimental antes y después de la aplicación del programa se ha obtenido un valor t student 7,352 para el estrés y -5,929 para la hemoglobina glucosilada con un nivel de significancia de 0,000 para ambos, es decir existe diferencia altamente significativa, tanto en el Estrés General como en la Hemoglobina Glucosilada en el grupo experimental, antes y después de la aplicación del programa, los niveles de estrés general y de hemoglobina glucosilada disminuyeron después de la aplicación del programa, lo que implicaría la eficacia del programa, en la disminución del estrés como de la hiperglicemia.

Tabla N° 3: Prueba t muestras relacionadas de los factores de estrés para el grupo experimental antes y después del programa

Factores del estrés	Prueba T para la igualdad de medias		
	T	gl	Sig.(bilateral)
Tensión**	9,820	9	0,000 < 0,01
Aceptación**	5,839	9	0,000 < 0,01
Energía y diversión**	-7,359	9	0,000 < 0,01
Sobrecarga**	6,146	9	0,000 < 0,01
Satisfacción°	2,090	9	0,066 > 0,05
Miedo*	2,703	9	0,024 < 0,05

Fuente : Matriz de sistematización de datos

En la tabla 3 se aprecia que en el grupo experimental, el factor tensión, aceptación social, energía y diversión y sobrecarga tuvieron diferencia altamente significativa (significación = 0,000 < 0,01) en la diferencia de medias antes y después de la aplicación del programa; el factor miedo tuvo diferencia significativa (significación = 0,024 < 0,05), no existiendo diferencia significativa en el factor satisfacción (significación = 0,066 > 0,05)

Discusión

LA existencia de homogeneidad del estrés y la hemoglobina glucosilada en el grupo control y experimental antes de la aplicación del programa puede estar relacionada con los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta al seleccionar la muestra para ambos grupos; es decir con diagnóstico confirmado de DM-II, con presencia de estrés en el último mes, edades entre 45 a 70 años, con tiempo de enfermedad entre los 6 meses a más, que no presenten insuficiencia renal, anemia ferropénica y alcoholismo, que no hayan recibido transfusiones recientes y que presentaran altos valores de hemoglobina glucosilada. Hecho que permitió continuar con la ejecución del programa propuesto.

El programa cognitivo conductual fue efectivo en la disminución del estrés y mantuvo el control metabólico satisfactorio en los pacientes diabético tipo II. Estos resultados son coincidentes con otros estudios (Amsberg et. al. 2009, Del Castillo, 2005, Martínez, 2009, López, 2010 y Pibernik-Okanovic, et al. 2004,). Al respecto, Hollon y Beck (1994), Smith, Glass, Miller (1980) y Emmelkamp (1994) señalan que varias evidencias muestran que las terapias conductuales y las cognoscitivo-conductuales son efectivas. Asimismo, algunos meta-análisis muestran que las magnitudes del efecto a través de la desensibilización sistemática, modificación de conducta y terapia cognoscitivo-conductual, muestra que un paciente que había recibido alguna de estas formas de terapia en promedio funcionaba mejor al menos, 75 % que aquellos que no habían pasado por ninguna forma de tratamiento Emmelkamp(1994).

Según factores del estrés, los factores tensión, energía, aceptación social y sobrecarga, obtuvieron diferencias altamente significativa; es decir en gran medida es poco probable que se deba al azar y se presume que pueda deberse a la efectividad del programa. En cuanto al factor tensión, probablemente se deba a que antes del programa un 60% del grupo experimental referían gritar como respuestas emocionales frente a situaciones estresantes y estos cambios pudieron ser resultado de algunas técnicas brindadas como entrenamiento en respiración muscular progresiva de Jakobson. Al respecto Chóliz en el 2012, refiere que en algunos casos la relajación es un procedimiento suficiente para solucionar un problema. Sin embargo, refiere que esta técnica por sí sola tiene un importante componente placentero. En cuanto al factor aceptación social de conflictos, el grupo experimental consideran que la compañía de una persona es satisfactoria para el mantenimiento de relaciones estrechas, no sintiéndose solas. Estos resultados posiblemente se sustenten en la influencia de algunas habilidades enseñadas como el entrenamiento y reestructuración cognitiva y el diálogo socrático; donde al iniciar con el procedimiento, se les enseñó a los pacientes las características y detección de los pensamientos automáticos, y donde se buscó ejemplos de su vida cotidiana; asignándoles una tarea de anotar en un autoregistro. Al respecto Rivadeneyra, Dahab, y Minici en el 2012, p. 18, manifiestan que “el acto de tomar nota en categorías prediseñadas ayuda a los paciente a formar de modo práctico las primeras nociones del modelo cognitivo”. En el factor energía y diversión el grupo experimental se siente alegre, probablemente porque además de trabajar ambos grupos, el grupo experimental, participo en el programa, entendiéndose que fue un proceso de interacción que consistió en desarrollar en forma activa y comprometida una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa, sintiéndose bien. Caplan (1974, p. 201), sostiene “la participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que el adulto mayor posee”. En el factor sobrecarga, estos resultados puedan estar relacionados porque parte del programa fue entrenarles en la resolución de problemas; siendo la meta del entrenamiento ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D’Zurilla y Nezu, 2007).

En el factor miedo y ansiedad se obtuvo niveles significativos; es decir es poco probable que la disminución de estos niveles después del programa se deban al azar; sino al efecto del programa que podrían estar relacionados a que las personas adultas actuales, cuya historia de vida, en la mayoría de los casos, principalmente en mujeres, ha sido de subordinación, sentirse libre de manifestarse de palabra o acción ha resultado muy difícil, de modo que al llegar a su adultez mayor les sigue costando y muchas continúan

“aguantando” en diversas circunstancias de sus vidas, pues fueron enseñadas para ello (De Mézerville, 2004). Sin embargo en el factor satisfacción no hubo diferencia significativa es decir el grupo experimental siente que no está haciendo realmente las cosas que realmente le gustan y teme que no pueda alcanzar todas sus metas. Esta percepción puede sustentarse en que el 30% tiene como situaciones estresantes la falta de dinero y estarían desarrollando actividades posiblemente fuera de lo que realmente les gustaría hacer.

Conclusiones

La efectividad del programa se demostró con la prueba t para muestras relacionales tanto para el estrés a nivel global y hemoglobina glucosilada para el grupo experimental antes y después del programa, cuyos resultados indicaron diferencia altamente significativa en los niveles medios antes y después de la aplicación del programa.

Existió diferencia altamente significativa antes y después de aplicar el programa en los factores Tensión, Aceptación Social, Energía y diversión y sobrecarga; diferencia significativa en el factor Miedo y no existe diferencia significativa en los niveles antes y después de la aplicación del programa, en el factor Satisfacción.

Referencias Bibliográficas

- Aikens, J. Wallander, J., Bell, D. y Cole, J. (1992). Daily stress variability learned resourcefulness, regimen adherence, and metabolic control in type I diabetes mellitus: evaluation of a path model. *Journal of consulting and clinical psychology* 60(1) 113-118.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P. E., Adamson, U., et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients-- a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 77(1):72-80
- Barrios, M. (2005). *Manejo del estrés y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos. Un abordaje cognitivo conductual.* Recuperado de <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/unir/15246B27-1.pdf>
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health.* New York. Books.
- Chóliz, M. (2012). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración.* Recuperado de <https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- De Mézerville, G., (2004). *Ejes de Salud Mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés,* Trillas, México
- Emmelkamp, P. M. (1994). *Behavior therapy with adults.* In: Bergin AE, Garfield SL, editors
- D’Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). Nueva York: Springer
- Galli, A. (2011). Programa cognitivo conductual para la adherencia al tratamiento, manejo de la vulnerabilidad al estrés y locus de control de salud en pacientes con diabetes tipo II de una clínica privada de Lima. *Tesis (Maestra en Psicología Clínica y de la Salud) Universidad Ricardo Palma. Escuela de Posgrado.*

- Granados, E y Escalante, E. (2010). *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>
- Hains, A., Davies, H., Parton, E. y Silverman, A. (2001). Brief report: a cognitive behavioral intervention for distressed adolescents with type I diabetes. *J Pediatr Psychol.* 26(1):61-66
- Hernández, N. y Sánchez J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual Para Trastornos de La Salud*: Editorial Libros en Red
- Hollon, S. y Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin
- López, G. (2010). *Intervención cognitivo-conductual, depresión y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Ministerio de Salud (2013). Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. *Boletín Epidemiológico Nro 40*.
- Montes, R., Oropeza, R, Pedroza, F. y Verdugo, J. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *En-claves del pensamiento*, 7(13)67-87.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1411/141128006004.pdf>
- Norris, S., Nichols P., Caspersen C., Glasgow R., Engelgau M., Jack L, et al. (2002). Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J Prev Med.* ;22(4 Suppl):39-66
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, y Metelko Z. (2004). . *Patient Educ Couns.*52(2):193-199
- Rivadeneira, C. Dahab, J. y Minici, A. (2012). Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales. *Revista de Terapia cognitivo conductual* (21)18-22.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid España. Síntesis S.A
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J. Rubio, A., Santed, M. y Montoro, M. (2002). *Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire*.
- Smith, M., Glass,G. y Miller, T. (1980). The benefits of psychotherapy: *Johns Hopkins University Press*.