



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Martínez, María; Sánchez, Ana I.; Martínez, M. Pilar; Miró, Elena
Tratamiento psicológico en pacientes lupus eritematoso sistémico: Una revisión
sistemática

Terapia Psicológica, vol. 34, núm. 3, 2016, pp. 167-181

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78549491001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

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

Tratamiento psicológico en pacientes lupus eritematoso sistémico: Una revisión sistemática

Psychological treatment in patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review

María Martínez

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España

Ana I. Sánchez

M. Pilar Martínez

Elena Miró

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Rec. (06 de octubre de 2016) Acept. (21 de noviembre de 2016)

Resumen

El propósito de esta revisión sistemática fue explorar las intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y analizar su utilidad para promover una adaptación favorable en el área psicológica, social y física. Se realizó una exhaustiva búsqueda en las bases de datos *Scopus*, *Medline*, *PsycINFO* y *Cochrane Library* y se seleccionaron investigaciones empíricas publicadas entre 2005 y 2016. Los estudios reflejaron diferentes opciones terapéuticas: terapia cognitivo-conductual, expresión emocional escrita, entrenamiento en atención plena y una combinación de psicoeducación y psicoterapia en grupo. Los resultados muestran que estas intervenciones pueden repercutir positivamente en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión, el estrés, la salud mental, la imagen corporal, el manejo de la enfermedad, las relaciones interpersonales, la fatiga, y el dolor. Sin embargo, los estudios presentan notables limitaciones metodológicas que impiden extraer conclusiones definitivas. Por ello, se considera imprescindible la realización de ensayos controlados aleatorizados de mayor calidad metodológica que permitan cuantificar la eficacia de las intervenciones psicológicas en LES y establecer la superioridad de un tratamiento frente a otro.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, intervención psicológica, eficacia terapéutica, revisión

Abstract

The purpose of this systematic review was to explore psychological interventions applied to patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and analyze their usefulness in promoting a favorable adaptation in the psychological, social and physical area. A comprehensive search bases *Scopus*, *Medline*, *PsycINFO* and *Cochrane Library* data was performed and empirical research published between 2005 and 2016 were selected studies reflected different therapeutic options: cognitive behavioral therapy, emotional writing, and mindfulness training a combination of group psychoeducation and psychotherapy. The results show that these interventions can positively impact the quality of life, anxiety, depression, stress, mental health, body image, disease management, interpersonal relationships, fatigue, and pain. However, studies have significant methodological limitations that prevent definitive conclusions. Therefore, it is considered essential to perform randomized controlled trials of higher methodological quality to quantify the effectiveness of psychological interventions in SLE and establish the superiority of one treatment over another.

Key words: systemic lupus erythematosus, psychological interventions, therapeutic efficacy, review

* Correspondencia: Ana Sánchez Gómez, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). E-mail: aisabel@ugr.es

** Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref. PSI2014-58379-P).

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune y multisistémica caracterizada por una inflamación que afecta a una gran variedad de órganos del cuerpo, como pueden ser la piel, las articulaciones, los riñones o los pulmones, entre otros (Greco, Nakajima y Manzi, 2013). El diagnóstico de esta enfermedad requiere del cumplimiento de cuatro de los once criterios establecidos por la American College of Rheumatology (ACR) (Hochberg, 1997; Petri, 2005; Tan et al., 1982): 1) erupción malar, 2) erupción discoide, 3) fotosensibilidad, 4) úlceras bucales, 5) arteritis, 6) serositis, 7) trastorno renal, 8) trastorno neurológico, 9) trastorno hematológico, 10) trastorno inmunitario y 11) la presencia de anticuerpo antinuclear. Recientemente, el denominado grupo *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* ha revisado los criterios de la (ACR) para el LES incorporando nuevos conocimientos acerca de la inmunología de esta enfermedad (Yu, Gershwin, y Chang, 2014).

Aunque la mayoría de las personas que sufren esta enfermedad suelen presentar inflamación y dolor articular, se observan perfiles clínicos muy diferentes que cambian con el tiempo. Por ejemplo, puede haber personas que únicamente presenten alteraciones cutáneas, en cuyo caso se denomina lupus eritematoso discoide (Crow, 2011). Este subtipo también es comúnmente conocido como lupus eritematoso cutáneo (LEC) o lupus cutáneo crónico (LCC).

El LES suele aparecer en una etapa que abarca desde el inicio de la juventud hasta los cuarenta años, mostrando un curso crónico, aunque alternante, entre periodos de exacerbación y remisión de síntomas (Zhu, Tam y Li, 2011). Su prevalencia es de 20 a 150 casos por 100.000 habitantes en la población general, siendo entre 7 y 15 veces más frecuente en mujeres que en hombres (Agrawal y Dhakal, 2014). Asimismo, el LES ocasiona un gran impacto en nuestra sociedad, tanto por los costes sanitarios como por los costes indirectos derivados de la discapacidad laboral. En este sentido, el estudio LUCIE sobre el coste económico directo del control y el tratamiento del LES en España (Cervera et al., 2013), establece un coste sanitario medio por paciente de 4.833 euros al año, producto de las hospitalizaciones, el tratamiento farmacológico, las visitas a especialistas y las diferentes pruebas médicas.

La etiología exacta del LES es desconocida, considerándose la existencia de una interacción multifactorial entre agentes genéticos y ambientales. Así pues, se ha planteado que la susceptibilidad a la enfermedad tiene una base genética, que puede ser modificada por la interacción entre el sexo biológico, las alteraciones en la regulación inmunológica

y el funcionamiento anormal del eje hipotálamo-pituitario-adrenal y de algunas hormonas, considerando asimismo que los factores ambientales (agentes infecciosos, determinadas dietas y algunas sustancias químicas) pueden actuar como precipitantes de la enfermedad (Mok y Lau, 2003). No obstante, y con independencia de su génesis, la amplia variedad y severidad de síntomas que acompañan a la enfermedad, así como las limitaciones derivadas de la misma, suelen acabar provocando importantes alteraciones psicológicas. En este sentido, Meszaros, Perl y Faraone (2012) señalan que la mayoría de los pacientes con LES presentan sintomatología psiquiátrica como depresión (más del 39%), disfunción cognitiva (más del 80%) y ansiedad (24%).

Debido a las manifestaciones visibles de esta enfermedad (p. ej., erupciones en la piel, cicatrices, pérdida de dientes, alopecia etc.), la imagen corporal de los pacientes con LES, al igual que su vida sexual, suele verse seriamente afectada (Daleboudt, Broadbent, McQueen y Kaptein, 2013; Jolly et al., 2012). Además, otra de las áreas que se encuentra afectada negativamente en los pacientes con LES es la calidad de vida relacionada con la salud (Mazzoni, Cicognani y Prati, 2016), que ha sido relacionada con el nivel de fatiga experimentado por los pacientes, con factores psicosociales, tales como: el deterioro del rol social, la falta de apoyo social, o estilos de afrontamiento disfuncional, la desesperanza y las conductas de enfermedad (McElhone, Abbott y Teh, 2006), así como con la autoeficacia en la gestión de la enfermedad por parte del paciente (Mazzoni et al., 2016). En este contexto, las intervenciones psicológicas pueden constituir una potente vía de actuación, en conjunción con las intervenciones médicas, constituyendo una perspectiva terapéutica más alentadora y esperanzadora para paliar el sufrimiento contra el que luchan estos pacientes a lo largo de su vida.

Uno de los problemas de salud pública más frecuentes en España es la fibromialgia (Cabrera, Martín-Aragón, Terol, Núñez y Pastor, 2015). En esta línea, los tratamientos psicológicos han demostrado aportar beneficios sustanciales a los pacientes que sufren ésta enfermedad reumática (Lami, Martínez y Sánchez, 2013). Sin embargo, en el caso del LES esta cuestión ha sido escasamente examinada. Neill, Belan y Ried (2006) en una revisión sistemática sobre intervenciones no farmacológicas en esclerosis múltiple, artritis reumatoide y LES, constataron una reducción significativa de la fatiga en personas que participaron en intervenciones nutricionales, conductuales, psicológicas o basadas en el ejercicio físico. Por otra parte, Lima (2011) también en una revisión sistemática concluyó la existencia de beneficios en variables como la adaptación a la enfermedad, el dolor, el funcionamiento psicológico, las habilidades de afrontamiento, la autoestima, la

calidad de vida, la comunicación, la fatiga y la salud mental en pacientes con LES que habían recibido intervenciones psicológicas. Recientemente Del Pino-Sedeño et al. (2016), han realizado una revisión sistemática en la que han evaluado el efecto de intervenciones no farmacológicas, entre ellas: dieta, ejercicio físico, intervenciones psicológicas, acupuntura y fototerapia en el nivel de fatiga de pacientes con LES. Cabe destacar, principalmente de esta intervención, los resultados en cuanto al ejercicio físico y las intervenciones psicológicas. Así pues, los estudios seleccionados revelan que el ejercicio aeróbico es una técnica efectiva para reducir la fatiga en estos pacientes, aunque es difícil cuantificar el grado de reducción real de la fatiga tras los análisis efectuados. Por otra parte, las intervenciones psicológicas también mejoraron el nivel de fatiga aunque la amplia variedad de intervenciones psicológicas analizadas hace muy difícil establecer conclusiones definitivas sobre la eficacia de estas técnicas.

Hasta la fecha se han publicado dos meta-análisis sobre intervenciones psicológicas en LES (Liang, Tian, Cao, Chen y Wang, 2014; Zhang, Wei y Wang, 2012). En el estudio de Zhang et al. (2012) se identificaron mejorías significativas en el nivel de actividad de la enfermedad; la ansiedad, la depresión y el estrés tras el tratamiento psicológico, así como una tendencia a la mejora en la salud mental; el funcionamiento físico y la fatiga, que no alcanzaron significación estadística. En cambio, Liang et al. (2014) hallaron cambios significativos en depresión y funcionamiento físico, mientras que no identificaron beneficios en el nivel de actividad la fatiga, dolor y mental. Este último estudio se centró únicamente en ensayos controlados aleatorizados, dirigidos a evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas en la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de unas medidas de resultado concretas. Por tanto, cabe la posibilidad de que tratamientos psicológicos diferentes y/o centrados en la modificación de otras variables relevantes (p. ej., el funcionamiento sexual, el apoyo social o la imagen corporal), pudieran haber sido excluidos de este estudio.

En este contexto, y teniendo en cuenta la literatura revisada, el objetivo de la presente revisión sistemática fue realizar una descripción y síntesis de las terapias psicológicas aplicadas en personas con LES analizando su utilidad para mejorar el bienestar/ajuste en el área psicológica, social y física. Tomando en consideración las restricciones observadas en las revisiones y meta-análisis previos, se llevó a cabo una búsqueda más amplia que contemplara cualquier modalidad de tratamiento psicológico empleada en la actualidad en esta población. Para ello, se examinaron estudios empíricos publicados en los últimos once años, en los que se aplicaron tratamientos psicológicos en LES, o más específicamente,

en LCC o LEC, dirigidos a modificar medidas de resultado físicas y/o psicosociales.

Método

Esta revisión sistemática ha sido efectuada siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) desarrolladas por Liberati et al. (2009).

Revisión bibliográfica

Los estudios fueron seleccionados a través de las bases de datos Scopus, Medline, PsycINFO y Cochrane Library. El periodo de búsqueda estuvo comprendido entre diciembre de 2015 y febrero de 2016. Los términos de búsqueda utilizados fueron: (psychotherapy OR relaxation OR hypnosis OR imagery OR psychological OR psychology OR psychosocial OR counseling OR therapy) AND (lupus OR SLE). Se combinaron términos relativos a tratamientos específicos (p. ej., relaxation) con otros más genéricos (p. ej., therapy), con el fin de recoger el abanico de opciones terapéuticas que pudieran haber sido objeto de estudio en la actualidad. También se incorporaron estudios identificados a partir de búsquedas manuales.

Criterios de inclusión

Los criterios de selección de los documentos examinados fueron: 1) ser un estudio empírico publicado en una revista científica con acceso a texto completo (no sólo resúmenes); 2) publicado entre los años 2005 y 2016; 3) que analiza el resultado de una intervención psicológica en comparación con una condición control (tratamiento habitual, placebo o lista de espera); 4) estar escrito en inglés o español; 5) haber incluido población adulta (18-65 años); y 6) haber seleccionado pacientes con diagnóstico de LES, siguiendo los criterios de la ACR (Hochberg, 1997; Petri, 2005; Tan et al., 1982).

Selección de estudios

El proceso de selección de los estudios incluidos en esta revisión sistemática, comenzó con un riguroso examen de los títulos y resúmenes de todas las referencias recopiladas mediante la búsqueda bibliográfica, a través de las bases de datos y la búsqueda manual. Posteriormente, se procedió a la revisión del texto completo de los artículos que cumplían con los criterios de selección establecidos previamente.

Proceso de recopilación de datos y datos extraídos

Como se puede apreciar en la Tabla 1, a partir de la información recabada en los estudios seleccionados, se extrajeron los datos relativos a las características de cada estudio; (ej., autor, año de publicación, sexo, número, promedio de edad y diagnóstico de los participantes, tipo de intervención y de grupo control, número, frecuencia y duración de las sesiones, medidas de resultado e instrumentos, mejorías identificadas y diseño del estudio). Para el establecimiento del diseño del estudio se siguió la clasificación de Campbell y Stanley (1963), basada en la existencia de grupo de comparación y en la aleatorización de los participantes.

Riesgo de influencias en los estudios

En relación a la calidad de cada estudio, se empleó la Escala de Estimación de la Calidad de Yates, Morley, Eccleston y Williams (2005), un instrumento que permite evaluar cuantitativamente la calidad metodológica de los estudios psicológicos en el ámbito del dolor. Incluye 26 ítems agrupados en dos secciones: calidad del tratamiento (6 ítems) y calidad del diseño y el método (20 ítems). Las puntuaciones (totales) 22,7, 18,71 y 12,10 se consideraron indicativas de calidad excelente, media y pobre, respectivamente (Yates et al., 2005).

Resultados

Selección de estudios

Se identificaron un total de 626 referencias, de las cuales 26 fueron eliminadas por estar duplicadas. Un total de 600 referencias fueron analizadas en función del título y el resumen, de éstas 589 fueron descartadas por varias razones: no estaban relacionadas con la temática o no se basaban en intervenciones psicológicas ($n = 577$), la población estudiada no era adulta ($n = 2$), no se incluía un grupo control ($n = 2$), los estudios no estaban publicados en inglés o español ($n = 2$) o bien, eran meta-análisis o resúmenes que no reflejaban datos para efectuar el análisis pertinente ($n = 6$). Once estudios fueron seleccionados para la revisión del texto completo, siendo tres de ellos excluidos por imposibilidad de hallar el artículo a texto completo (Figura 1). Finalmente 8 estudios fueron incluidos en esta revisión sistemática.

Características de los estudios

Los ocho artículos recopilados, ordenados por año de publicación del más antiguo al más reciente, fueron examinados a texto completo con el fin de extraer de cada uno de ellos, la información incluida en la Tabla 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de estudios excluidos e incluidos en la revisión sistemática.

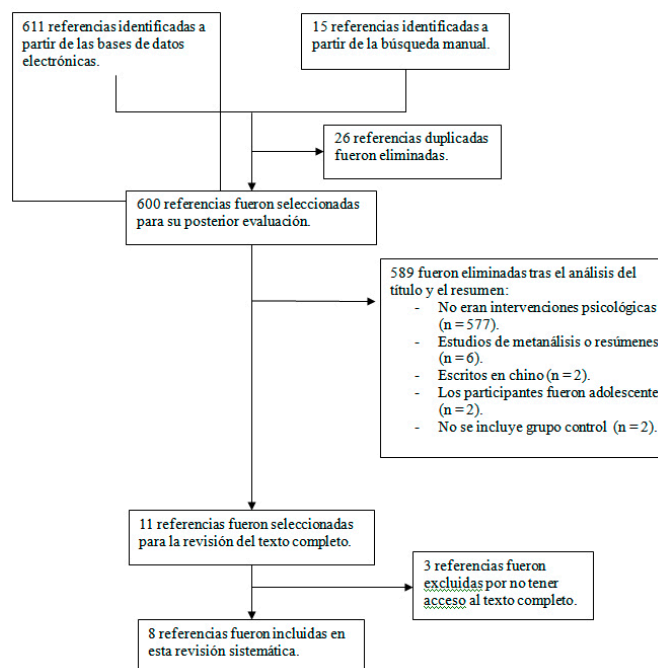


Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Autor y año	Edad: M (DE)/ Sexo (% mujeres)	N/ Enfermedad (n)	Grupo de intervención psicológica/ *Modalidad	N° sesiones (horas)/ Frecuencia/ Duración total	Grupo control	Medidas de resultado (instrumentos)	Mejorías identificadas	Diseño/ CT + CDM = C
Goodman et al., (2005)	No encionado	33 (análisis correlacionales) y 25 en las comparaciones entre grupos (GI: 10; GC: 15). LES (33).	TCC de Lorig et al. (2010) que incluye elementos <i>cognitivos</i> (rol de la ansiedad, la depresión y el estrés en la enfermedad, reestructuración cognitiva, relajación, distracción, imaginación guiada y meditación), <i>conductuales</i> (experimentos conductuales, respiración, relajación progresiva, establecimientos de metas y resolución de problemas) y <i>representaciones de la enfermedad</i> (psicoeducación, representaciones emocionales, consecuencias personales y línea del tiempo). *Modalidad: en grupo.	7 (2)/ semanal/ 7 semanas.	TMH	Primaria: Representaciones de la enfermedad (IPQ-R). Secundarias: Estado de salud física (SF-36, FLS); malestar psicológico (HADS, CES-D y PSS) y distorsiones cognitivas (CDS).	No hay un efecto del tratamiento sobre las variables de estudio (ausencia de interacciones tiempo x grupo).	CEG (pre-post)/ 7 + 7 = 14
Haupt et al., (2005)	GI: 40, 15 (12,96) GC: 47, 63 (11, 19). Mixto (GI: 92, 3%; GC: 87, 5).	34 (GI: 26; GC: 8). LES (34).	<i>Psicoeducación</i> sobre la enfermedad, la eficacia y la seguridad de fármacos, secuelas psicosociales, evaluación y manejo de la enfermedad, desarrollo y sostenibilidad de las relaciones sociales. + <i>Psicoterapia en grupo semiestructurada</i> : identificación y manejo de la ansiedad relacionada con la enfermedad, afrontamiento de la fatiga, la desmotivación y la falta de iniciativa, el estrés y los problemas cotidianos, el dolor y otros temas de interés propuestos por los pacientes. *Modalidad: en grupo.	18 (1,5)/ semanal para las 12 primeras sesiones y cada 15 días para las 6 sesiones restantes/ 6 meses.	Algunos pacientes de la lista de espera fueron incluidos en el GI; No se hicieron comparaciones entre los grupos.	Primarias: Manejo y control de la enfermedad (FKV, KKG y SESA); ansiedad y depresión (HADS); carga mental general (SCL-90-R); relaciones interpersonales (SCL-90-R, SF-36, EDLQ, FAL). Secundarias: Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y variables médicas: nivel de actividad de la enfermedad (ECLAM), índice de daño de la enfermedad (SDI) y cambios en el tratamiento farmacológico.	Cambios estadísticamente significativos en todas las variables primarias y la calidad de vida en el postratamiento y seguimiento en todas las sub-escalas de cada instrumento). Variables médicas: Cambios en el tratamiento farmacológico y la dosis (N = 3).	CESG (pre-post)/ 3 + 8 = 11

Autor y año	Edad: M (DE)/ Sexo (% mujeres)	N/ Enfermedad (n)	Grupo de intervención psicológica/ *Modalidad	Nº sesiones (horas)/ Frecuencia/ Duración total	Grupo control	Medidas de resultado (instrumentos)	Mejoras identificadas	Diseño/ CT + CDM = C
Danoff-Burg et al., (2006).	51,2 (13,25). Mixto (82,7%).	75 (EW: 24; BF: 27; FC: 24). LES (28%). AR (72%).	<i>Escritura expresiva</i> (EW) sobre los pensamientos y sentimientos más profundos asociados a la experiencia de enfermedad (LES o AR). <i>Hallazgo de Beneficio</i> (BF): Escribir sobre pensamientos y emociones positivas asociadas a la experiencia de enfermedad (LES o AR) (beneficios). *Modalidad: individual.	4 (0,33)/ no mencionado/ 3 semanas.	Grupo control (FC): Escribir sobre los hechos de la enfermedad y el tratamiento sin referenciar emociones.	Primarias: Discapacidad funcional (MHAQ), depresión (CES-D), estado de ánimo positivo (subescala de vigor del POMS), dolor (VAS-dolor) y fatiga (VAS-fatiga). La ansiedad rasgo (STAI-forma Y-2) se utilizó para clasificar a los participantes de los grupos).	Reducción estadísticamente significativa de la fatiga en EW y BF (a los 3 meses de la intervención), y del dolor en EW (al mes). El beneficio de EW y BF está condicionado por el nivel de ansiedad rasgo.	ECA Ciego/ 4 + 17 = 21
Navarrete et al., (2010)	GI: 43,77 (9,88) GC: 40,41 (10,67). Mixto (GI: 81,8%; GC: 95,8%).	45 (GI: 21; GC: 24). LES (GI: 80%; GC: 79%). LCC (GI: 20%; GC: 21%).	TCC focalizada en el manejo del estrés crónico relacionado con la enfermedad y eventos cotidianos: conceptualización del estrés, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, parada del pensamiento, respiración diafragmática, relajación muscular profunda, control del dolor, habilidades sociales, y el humor y el optimismo como estrategias de afrontamiento. *Modalidad: en grupo.	10 (1,5-2)/ semanal/ 3 meses. 2 sesiones adicionales de refuerzo de habilidades al noveno y doceavo mes.	TMH: ejercicio moderado, dieta equilibrada y adecuado descanso	Primarias: Estrés (SVI y SRLE); depresión (BDI); ansiedad rasgo (STAI-T); calidad de vida (SF-36); nivel de actividad de la enfermedad (SLEDAL); percepción de síntomas somáticos (SSS-R); índice de recaídas en el año previo y posterior a la intervención y parámetros inmunológicos (anti-ADN y complementos C3 y C4), aunque esta última medida no fue analizada.	Mejoras estadísticamente significativas en algunos síntomas somáticos, estrés, ansiedad, depresión en las diferentes medidas post-tratamiento y seguimiento (tamaño del efecto entre moderado y elevado); al igual que en la calidad de vida solo para algunas subescalas del SF-36	ECA/ 7 + 12 = 19

Autor y año	Edad: M (DE)/ Sexo (% mujeres)	N/ Enfermedad (n)	Grupo de intervención psicológica/ *Modalidad	Nº sesiones (horas)/ Frecuencia/ Duración total	Grupo control	Medidas de resultado (instrumentos)	Mejorías identificadas	Diseño/ CT + CDM = C
Navarrete et al., (2010).	GI: 43,27 (10,67) GC: 37,18 (9,07). Mixto (GI: 94,44%; GC: 93,75%).	34 (GI: 18; GC: 16). LES: 34.	TCC focalizada en el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión: conceptualización del estrés, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, parada del pensamiento, respiración diafragmática, relajación muscular profunda, control del dolor, habilidades sociales y el humor y el optimismo como estrategias de afrontamiento. *Modalidad: en grupo.	10 (2)/ semanal/ 3 meses. 2 sesiones adicionales de refuerzo de habilidades al noveno y doceavo mes.	TMH: ejercicio modificado, dieta equilibrada y adecuado descanso.	Variable del efecto de la intervención: Calidad de vida (SF-36). Posibles variables predictoras de la calidad de vida: Estrés (PSS, SVI y SRLE), depresión (BDI), ansiedad (STAI), nivel de actividad del lupus (SLEDAI) y percepción de síntomas somáticos (SSS-R)	Mejora estadísticamente significativa en la calidad de vida en el GI. La vulnerabilidad al estrés, el estrés percibido y la ansiedad predicen el estado mental vs. físico.	ECA/ 6 + 9 = 15
Jolly et al., (2014).	GI: 43,2 (12,2) GC: 44,4 (8,7). Mixto (GI: 100%; GC: 80%).	15 (GI: 10; GC: 5). LEC: 15.	TMH más TCC-IC de Cash (1997) adaptada a pacientes con SLE: <i>psicoeducación, autocontrol, reestructuración cognitiva de la IC, desensibilización, prevención de recaídas y entrenamiento en mindfulness para lograr la aceptación de la IC</i> más sesión de "Educación sobre SLE y cuidado de la piel" y sesión de "Taller de mejora de la apariencia". *Modalidad: en grupo.	8 (2) en GI y GC + 2 (2) en GI/ semanal/ 8 semanas.	TMH	Primarias: Imagen corporal (BILS, MBSRQ y SIBID). Solo se realiza el estadístico comparativo entre grupos con el BILS. Secundarias (sin comparación estadística entre grupos): depresión (CES-D), ansiedad (STAI), calidad de vida (LupusPRO) y nivel de actividad de la enfermedad (SELENA-SLEDAI y PGA).	Mejora de la imagen corporal (BILS tras la intervención) (interacción significativa tiempo x grupo). No se observaron cambios estadísticamente significativos en el nivel de actividad de la enfermedad.	CEG (pre-post) y PE (pre-post)/ 6 + 9 = 15

Autor y año	Edad: M (DE)/ Sexo (% mujeres)	N/ Enfermedad (n)	Grupo de intervención psicológica/ *Modalidad	Nº sesiones (horas)/ Frecuencia/ Duración total	Grupo control	Medidas de resultado (instrumentos)	Mejoras identificadas	Diseño/ CT + CDM = C
Mapar et al., (2015).	27 (4,7). No mencionado.	24 LES: 24.	TMH más TCC dirigida al control del estrés: conceptualización del estrés, relajación muscular progresiva, en la imaginación, relajación progresiva pasiva, respiración, reestructuración cognitiva, enseñanza de diferentes tipos de confrontación, entrenamiento en la auto-producción de diferentes sensaciones, manejo de la ira, meditación, manejo del estrés personal, habilidades de autocuidado, visualización intuitiva de intereses y talentos e identificación de metas y honores. *Modalidad: en grupo.	10 (no mencionado)/ semanal/ 2 meses.	TMH	Primarias: Salud mental (SCL-90-R) e insatisfacción y preocupación por la imagen corporal (BIQ).	Incremento estadísticamente significativo en la salud mental y una reducción estadísticamente significativa en la preocupación por la imagen corporal tras la intervención, en comparación con el grupo control.	ECA/ 6 + 9 = 15
Yeganeh y Hajizadeh (2015).	GI: 33,33% < de 30; 26,66% (31-40); 20% (41-50); 20% > de 50. GC: 20% < de 30; 46,66% (31-40); 13,33% (41-50); 20% > de 50. 100%	30 (GI: 15; GC: 15). LES: 18 (GI: 9; GC: 9). AR: 12 (GI: 6; GC: 6).	Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) (Kabat-Zinn, 2004): exploración corporal, actividades cotidianas con conciencia plena, respiración abdominal y distintos tipos de meditación; también se realizan debates sobre estrés, ansiedad, ira, depresión, la actitud de hacer juicios, habilidades de regulación emocional, resiliencia, resolución de problemas, pensamiento positivo, estilos de comunicación interpersonal, derechos asertivos, tolerancia a las emociones negativas, fortalecimiento de las expresiones de amor y amistad hacia uno mismo y los demás, promoción de la salud y barreras para la aplicación de estos aprendizajes. *Modalidad: en grupo.	8 (2-2,5)/ no mencionado/ 4-4,5 meses.	No intervención; no se explicita si el grupo recibe TMH.	Primarias: Estrés, ansiedad y depresión (DASS-21).	Mejora estadísticamente significativa en las variables estrés, ansiedad y depresión tras la intervención, en comparación con el grupo control.	ECA/ 6 + 8 = 14

* Nota. AR: Artritis Reumatoide; BDI: Inventario de Depresión de Beck; BILAG: Índice Grupal de Evaluación del Lupus de las Islas Británicas; BILS: Escala de la Imagen Corporal en Lupus; BIQ: Cuestionario de la Imagen Corporal; C: Calidad del ensayo (puntuación total de la escala de Yates et al., 2005); CEG: Cuasi-Experimental con Grupo de comparación; CESG: Cuasi-Experimental Sin Grupo de comparación; CDM: Calidad del diseño y el método (puntuación de la subescala de Yates et al., 2005); CDS: Escala de Distorsión Cognitiva; CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; CT: Calidad del tratamiento (puntuación de la subescala de Yates et al., 2005); DASS-21: Escala-21 de Depresión, Ansiedad y Estrés; ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado; ECLAM: Medida de la Actividad del Lupus del Consenso Europeo; EDLQ (FAL): Cuestionario de la Vida Diaria; FIS: Escala de Intensidad de la Fatiga; FKV: Cuestionario de Freiburg para el afrontamiento de la enfermedad; GC: Grupo control; GI: Grupo de intervención; HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; IPQ-R: Cuestionario Revisado sobre las Percepciones de la Enfermedad; KKG: Cuestionario para el registro de las creencias de control relacionadas con la enfermedad y la salud; LCC: Lupus Cutáneo Crónico; LEC: Lupus Eritematoso Cutáneo; LES: Lupus Eritematoso Sistémico; MBSRQ: Cuestionario Multidimensional sobre las Auto-Relaciones Corporales; MHAQ: Cuestionario modificado de Stanford para la Evaluación de la Salud; N: Tamaño muestral total; n: Número de participantes incluidos en el estudio según la enfermedad diagnosticada; PGA: Evaluación global médica; POMS: Perfil de Estados de Ánimo; PSS: Escala de Estrés Percibido; SCL-90-R: Listado de Comprobación de Síntomas Revisado-90; SDI: Índice de Daño SLICC/ACR (Índice de Daño elaborado por los Clínicos Internacionales Colaboradores en Lupus Sistémico/ Colegio Americano de Reumatología); SESA: Escala de Registro de la Auto-Aceptación; SF-36: Cuestionario-Encuesta de Salud, versión corta-36 ítems; SIBID: Inventario Situacional de la Disforia de la Imagen Corporal; SLEDAI: Índice de Actividad de la Enfermedad del Lupus Eritematoso Sistémico; SRLE: Escala de Experiencias Vitales Recientes; SSS-R: Escala de Síntomas Somáticos-Revisada; SSSQ: Cuestionario Escala de Síntomas Somáticos; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; SVI: Inventario de Vulnerabilidad al Estrés; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; TCC-IC: Terapia Cognitivo-Conductual centrada en la Imagen Corporal; TMH: Tratamiento Médico Habitual; VAS: Escala Visual Análoga.

Con respecto al origen de los artículos incluidos en esta revisión, dos se llevaron a cabo en España (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010); dos en Estados Unidos (Danoff-Burg, Agee, Romanoff, Kremer y Strosberg, 2006; Jolly, Peters, Mikolaitis, Evans y Block, 2014); dos en Irán (Mapar, Mirzaeyan, Hasan y Kazem, 2015; Yeganeh y Hajializadeh, 2015); uno en Australia (Goodman, Morrissey, Graham y Bossingham, 2005) y uno en Alemania (Haupt et al., 2005).

La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 18 y los 65 años, excepto en el estudio de Goodman et al. (2005) en el que no se informó de este dato. Dos de los estudios no indicaron el sexo de los participantes (Goodman et al., 2005; Mapar et al., 2015); un estudio incluyó solo mujeres (Yeganeh y Hajializadeh, 2015) y los cinco restantes incorporaron grupos mixtos compuestos por hombres y mujeres, siendo más prevalente el sexo femenino (Danoff-Burg et al., 2006; Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010). Dos estudios emplearon muestras combinadas con pacientes con LES y artritis reumatoide (Danoff-Burg et al., 2006; Yeganeh y Hajializadeh, 2015), un estudio utilizó muestras combinadas de pacientes con LES y LCC (Navarrete, Peralta Sabio, Coín et al., 2010), y por último, en el resto de ensayos, la totalidad de los participantes presentaron LES (Goodman et al., 2005; Haupt et al., 2005; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010) y LEC (Jolly et al., 2014).

Cinco de los ensayos incluidos midieron el nivel de actividad del LES (Goodman et al., 2005; Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014; Navarrete, Peralta Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010). Excepto el estudio de Goodman et al. (2005), todos informaron de la puntuación obtenida en esta medida, constatándose niveles bajos de actividad de la enfermedad. En relación a la duración de la enfermedad, se aprecia gran variabilidad entre los estudios que informan de este dato, oscilando entre menos de un año y 15 años, aproximadamente (Danoff-Burg et al., 2006; Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014).

Los programas terapéuticos implementados estuvieron constituidos por sesiones semanales en seis estudios (Goodman et al., 2005; Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010), no informándose de este dato en dos estudios (Danoff-Burg et al., 2006; Yeganeh y Hajializadeh, 2015). El número de las sesiones osciló entre 4 y 18 sesiones. La duración media de las intervenciones fue de 17,73 horas (DE = 7,55), excluyendo un estudio (Mapar et al., 2015) por no presentar datos acerca

de la duración de cada sesión. Con respecto a la modalidad de las intervenciones, siete de ellas aplicaron un formato en grupo (Goodman et al., 2005; Haupt, et al., 2005; Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010; Yeganeh y Hajializadeh, 2015) y tan solo una utilizó un formato individual (Danoff-Burg et al., 2006).

Tres de los estudios seleccionados emplearon Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), dirigida principalmente al manejo del estrés (Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010), la modificación de las representaciones de la enfermedad (Goodman et al., 2005) y la mejora de la imagen corporal (Jolly et al., 2014). El resto de publicaciones consistieron en la aplicación del programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de Kabat-Zinn (2004) (Yeganeh y Hajializadeh, 2015), una combinación de psicoeducación y psicoterapia en grupo (Haupt et al., 2005) y una intervención basada en la expresión escrita (Danoff-Burg et al., 2006).

Excepto en el estudio de Danoff-Burg et al. (2006), todas las intervenciones fueron multimodales, incluyendo elementos comunes en los diferentes estudios. En esta línea, dos de los programas para el manejo del estrés basados en TCC (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010), estuvieron fundamentados en el programa para el control del estrés de Robles y Peralta (2006), siendo sus elementos principales: psicoeducación acerca del estrés, reestructuración cognitiva y otras técnicas cognitivas (p.ej., autoinstrucciones o parada del pensamiento); entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, ejercicios de respiración y diferentes tipos de relajación y control del dolor. El resto de estudios que emplearon la TCC, aplicaron algunas de estas técnicas (p. ej., psicoeducación, técnicas de relajación o reestructuración cognitiva), y además, incorporaron la práctica de la atención plena y el establecimiento de metas personales (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015). Al respecto, el entrenamiento en la autoobservación para el descubrimiento de objetivos (Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015) y diversos ejercicios de conciencia plena para la aceptación de la imagen corporal (Jolly et al., 2014) se establecieron como constituyentes esenciales de la intervención. Dos estudios presentaron elementos distintivos con respecto al resto de intervenciones cognitivo-conductuales: la psicoeducación sobre las representaciones de la enfermedad (Goodman et al., 2005) y las dos sesiones sobre contenidos prácticos acerca del cuidado de la piel y la apariencia impartidas por dos asesores de imagen (Jolly et al., 2014).

Por otra parte, el estudio de Haupt et al. (2005) integró un primer módulo de psicoeducación acerca de la enfermedad y sus consecuencias psicosociales y un segundo módulo de entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Por último, el programa MBSR de Kabat-Zinn (2004) aplicado en el estudio de Yeganeh y Hajializadeh (2015) consistió en la psicoeducación sobre una amplia variedad de temas (p. ej., comunicación interpersonal, regulación emocional o promoción de la salud), que adoptó la forma de debate en el grupo. Por otra parte, se llevó a cabo un entrenamiento de la atención plena a través de prácticas de meditación formal e informal.

Como medidas de resultado primarias más frecuentes entre estudios se observó la depresión (Danoff-Burg et al., 2006; Haupt et al., 2005; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Yeganeh y Hajializadeh, 2015) y la ansiedad (Haupt et al., 2005; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Yeganeh y Hajializadeh, 2015), seguidas del estrés (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Yeganeh y Hajializadeh, 2015), la calidad de vida (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010), la percepción de síntomas somáticos (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010), la salud mental (Haupt et al., 2005; Mapar et al., 2015) y la imagen corporal (Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015). Otras medidas de resultado principales fueron: las representaciones de la enfermedad (Goodman et al., 2005); las relaciones interpersonales, el control y manejo de la enfermedad (Haupt et al., 2005); la discapacidad funcional, el estado de ánimo positivo y la percepción del dolor y la fatiga (Danoff-Burg et al., 2006) y el nivel de actividad de la enfermedad (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010).

En relación a las medidas de resultado secundarias más frecuentes cabe destacar las siguientes: depresión (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014), ansiedad (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014), estrés (Goodman et al., 2005) calidad de vida (Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014) y nivel de actividad de la enfermedad (Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014). Por otra parte, el estado de salud física percibido y las distorsiones cognitivas (Goodman et al., 2005), así como el índice del daño de la enfermedad y los cambios en el tratamiento farmacológico (Haupt et al., 2005) fueron otras medidas de resultado adicionales. Como se observa en la Tabla 1, en el estudio de Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al. (2010) las variables estrés, ansiedad, depresión, nivel de actividad de la enfermedad y percepción de síntomas somáticos, fueron analizadas con la finalidad de explorar su relación predictiva con la calidad de vida, por tanto, no fueron consideradas como medidas de resultado de la intervención.

Con respecto al momento de evaluación, todos los estudios obtuvieron medidas de resultado antes y después de la intervención. Para las investigaciones que realizaron un seguimiento de los cambios hallados, el periodo fue variable (Danoff-Burg et al., 2006; Goodman et al., 2005; Haupt et al., 2005; Jolly et al., 2014; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010). Al respecto, se observaron evaluaciones al mes y a los 3 meses (Danoff-Burg et al., 2006), a los 4, 5 y 6 meses (Jolly et al., 2014), a los 6 y 12 meses (Haupt et al., 2005), a los 12 meses (Goodman et al., 2005) y a los 9 y 15 meses (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010).

Riesgo de influencias de los estudios

De los nueve estudios incluidos en esta revisión sistemática, cinco fueron ensayos controlados aleatorizados (Danoff-Burg et al., 2006; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010; Yeganeh y Hajializadeh, 2015). Las puntuaciones obtenidas en la Escala de Estimación de la Calidad (Yates et al., 2005) para estos ensayos, denotan una calidad entre media y pobre (Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010; Mapar et al., 2015; Yeganeh y Hajializadeh, 2015) y media y excelente (Danoff-Burg et al., 2006; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010).

Los estudios que no siguieron la selección y asignación aleatoria presentaron una calidad entre media y pobre (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014) y pobre (Haupt et al., 2005). Dos de ellos presentaron un diseño cuasi-experimental con una variable entresujeto de dos niveles (grupo de intervención y grupo control) y variables intrasujeto de medidas repetidas (pre-postratamiento) (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014). Por otra parte, el estudio de Haupt et al. (2005) utilizó un diseño cuasi-experimental sin grupo de comparación con una variable intrasujeto de medidas repetidas (pre-postratamiento), ya que a pesar de haber seleccionado a priori una muestra para el grupo de lista de espera no se llegó a comparar esta condición control con la condición de tratamiento. Zhang et al. (2012) y Lima (2011), defienden que la psicoterapia en grupo ha sido una de las intervenciones empleadas en lupus en varias publicaciones previas a 2005; por este motivo se creyó pertinente la inclusión del estudio de Haupt et al. (2005), a pesar de no presentar análisis comparativos entre el grupo en lista de espera y la condición de tratamiento. Con ello, la presente investigación arroja una amplia visión de los principales tipos de intervención aplicados en lupus.

En lo que concierne a la calidad del diseño y método (CDM) ninguno de los estudios especificó el método de aleatorización empleado y tan solo un estudio informó de la asignación ciega de los participantes a cada condición (Danoff-Burg et al., 2006). De cuatro estudios que indicaron pérdidas de participantes durante la intervención (Danoff-Burg et al., 2006; Goodman et al., 2005; Haupt et al., 2005; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010), tan solo uno de ellos efectuó un análisis de intención de tratar (ITT) (Danoff-Burg et al., 2006). Ningún estudio mencionó haber calculado el poder estadístico a priori.

Por otra parte, se informó de la existencia de diferencias estadísticamente significativas en algunas medidas de resultado previas al tratamiento entre el grupo control y el grupo de intervención (Goodman et al., 2005), sin embargo no se realizó un análisis para controlar este efecto (p. ej., un análisis de covarianza con las variables que no son equiparables entre los grupos). Siguiendo en esta línea, en el estudio de Jolly et al. (2014), se realizaron análisis de varianza (ANOVAs) en las medidas de resultado secundarias para contrastar los cambios ocurridos a lo largo del tiempo, pero no se efectuaron comparaciones entre el grupo de intervención y el grupo control, aspecto que impide conocer los efectos del tratamiento de forma fehaciente. En el estudio de Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al. (2010), los parámetros inmunológicos fueron considerados una medida de resultado a priori, sin embargo, no se constataron evaluaciones postratamiento ni de seguimiento para realizar los contrastes pertinentes. Por otra parte, en el estudio de Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al. (2010), se midieron los parámetros inmunológicos, el daño acumulado desde el inicio de la enfermedad y la incidencia de recaídas en el año previo, pero no se efectuaron los análisis pertinentes de acuerdo al objetivo establecido (explorar la existencia de correlaciones entre estas variables y la calidad de vida).

En cinco estudios, el grupo control recibió tratamiento médico habitual (Goodman et al., 2005; Jolly et al., 2014; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010) y en uno de ellos no se especificaron las condiciones de tratamiento (Yeganeh y Hajializadeh, 2015). En el estudio de Haupt et al. (2005) no existió un grupo de control real, ya que los participantes en lista de espera fueron incorporados al grupo de tratamiento activo. Los autores anticiparon que dada la baja incidencia de la enfermedad, los participantes en el grupo de espera solo podrían ser seleccionados durante la primera fase de la intervención del grupo activo (psicoeducación); dado el reducido tamaño muestral logrado en este periodo ($N = 8$), decidieron incluirlos en la siguiente fase

de la intervención (psicoterapia). Tan solo una publicación estableció un grupo de tratamiento alternativo, emparejado con el grupo de intervención en términos de características estructurales (Danoff-Burg et al., 2006).

Por otra parte, ninguno de los estudios incluidos indicó haber llevado a cabo una evaluación de las expectativas de los participantes acerca de la intervención recibida, como medida para reducir posibles influencias sobre el efecto de la intervención.

En lo que concierne a la calidad del tratamiento (CT), el rango de puntuación de esta parte de la escala oscila entre 0 y 9, siendo el valor de 5 o superior indicativo de una calidad del tratamiento adecuada. Sólo el estudio de Haupt et al. (2005) presentó una calidad cuestionable. Al respecto, todos los estudios justificaron la aplicación de la intervención a través de una adecuada racionalización y una descripción de sus principales contenidos. Excepto el estudio de Haupt et al. (2005), todos los estudios informaron haber empleado un manual que describió los componentes activos del tratamiento; en tres estudios los terapeutas eran profesionales cualificados (Goodman et al., 2005; Mapar et al., 2015; Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010); en uno de ellos la intervención fue aplicada por un psicólogo graduado (Haupt et al., 2005) y en cuatro investigaciones no se informó del grado de experiencia del profesional (Danoff-Burg, 2006; Jolly et al., 2014; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010; Yeganeh y Hajjalizadeh, 2015). Excepto en dos estudios (Danoff-Burg, 2006; Haupt et al., 2005), se evidenció una comprobación de la adherencia activa de los participantes al programa terapéutico, a partir de la práctica de habilidades durante las sesiones y/o de las tareas para casa.

Resultados de los estudios

En la Tabla 1 se presenta un resumen de las mejoras identificadas así como otros resultados relevantes de los estudios incluidos en esta revisión sistemática. En los estudios basados en el programa para el control del estrés de Robles y Peralta (2006), se observó un cambio clínicamente significativo (tamaños del efecto entre medios y grandes) para el grupo de intervención, en las siguientes medidas de resultado obtenidas en el postratamiento y los periodos de seguimiento: calidad de vida (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010; Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al., 2010); y estrés, ansiedad, depresión y síntomas somáticos autoinformados (Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al., 2010). Las publicaciones de Navarrete, Peralta, Sabio, Coín et al. (2010) y Navarrete, Peralta, Sabio, Martínez et al. (2010)

optaron por un diseño controlado aleatorizado, obteniendo un perfil de calidad medio aproximadamente, según la Escala de Estimación de la Calidad de Yates et al. (2005); por tanto, consideramos que estos resultados arrojan una evidencia sustancial acerca de los efectos de este programa de tratamiento.

Por otra parte, el estudio de Mapar et al. (2015) puso de manifiesto un incremento estadísticamente significativo en la salud mental de los participantes que recibieron la TCC focalizada en el control del estrés; y además, se evidenció una reducción estadísticamente significativa en la preocupación por la imagen corporal. En este caso, los tamaños del efecto no fueron calculados y por otra parte, no se analizaron las posibles diferencias entre grupos en las medidas de resultado antes de la intervención; por consiguiente, la evidencia de tales hallazgos se considera limitada.

En consonancia con estos resultados, se encuentra el estudio de Jolly et al. (2014), cuyo objetivo fue mejorar la imagen corporal en pacientes con LEC. A partir de un diseño cuasi-experimental reveló un cambio estadísticamente significativo y clínicamente relevante (tamaños del efecto grandes) en la imagen corporal (constructo evaluado con la prueba BILS). En lo que concierne al resto de medidas de la imagen corporal y las variables secundarias de este estudio, se observó que las medidas clínicas de la enfermedad no reflejaron cambios estadísticamente significativos; a diferencia de la calidad de vida y de dos de cinco subescalas del MBSRQ (medida de la imagen corporal), además ambas presentaron tamaños del efecto grandes. Con respecto a las variables ansiedad y depresión, se apreciaron cambios favorables aunque no alcanzaron significación estadística.

Por otra parte, en la investigación de Goodman et al. (2005), la TCC aplicada no constató un efecto en la modificación de las representaciones de la enfermedad ni tampoco en las variables secundarias (estado de salud física autoinformado, ansiedad, depresión, estrés y distorsiones cognitivas). Cabe destacar que este estudio no presentó una aleatorización en la asignación y selección de los participantes y en general, presentó una calidad entre pobre y media, aspecto que contrasta con la calidad adecuada del tratamiento. Por tanto, se puede concluir que es probable que tales condiciones metodológicas limitaran la posible detección de cambios tras la intervención en los parámetros de estudio.

Con respecto a la intervención combinada de psicoeducación y psicoterapia que se aplicó en la investigación de Haupt et al. (2005), se observaron cambios significativos en el control y manejo de enfermedad, la ansiedad y la depresión relacionadas con la enfermedad, la carga mental general, las medidas de funcionamiento interpersonal y la calidad de

vida, en el postratamiento y seguimiento en comparación con la evaluación previa a la intervención. No se constataron progresos en el nivel de actividad de la enfermedad ni el índice de daño de la enfermedad, únicamente se observaron cambios en el tratamiento farmacológico y la dosis de tres pacientes. No obstante, la calidad del tratamiento fue reducida y por otra parte, todos los pacientes participaron en la intervención, por consiguiente, se considera que estos hallazgos son altamente cuestionables y en definitiva no son concluyentes. Sin embargo, esta intervención arroja una visión diferente a este cuerpo de investigación ya que sitúa el funcionamiento social como un factor clave para afrontar la enfermedad y reducir sus consecuencias psicológicas, concediéndole una trascendencia mayor que el resto de tratamientos revisados.

A partir del paradigma de la expresión emocional escrita, el estudio de Danoff-Burg et al. (2006) puso de manifiesto una reducción del dolor estadísticamente significativa únicamente en el grupo de escritura expresiva, en comparación con el grupo control al mes de la intervención. Sin embargo, se halló una disminución estadísticamente significativa en la fatiga a los tres meses de la intervención en las dos condiciones de tratamiento activo: en el grupo de escritura expresiva y en el grupo de hallazgo de beneficio. Por otra parte, los análisis estadísticos evidenciaron que la intervención basada en la técnica de hallazgo de beneficio fue más útil para reducir el dolor en aquellos pacientes clasificados con alto nivel de ansiedad rasgo, mientras que la intervención basada en la técnica de escritura expresiva fue más beneficiosa en pacientes con bajo nivel de ansiedad rasgo. Estos resultados fueron estadísticamente significativos, sin embargo, el tamaño del efecto fue pequeño. Por otra parte, las evaluaciones de seguimiento tan solo abarcaron un periodo de tres meses, por lo que no es posible conocer la sostenibilidad de tales resultados. No obstante, se llevó a cabo un diseño controlado aleatorizado ciego de calidad próxima a la excelencia; y por tanto, consideramos que este estudio denota evidencias acerca de la utilidad de los procedimientos de expresión escrita en personas con LES.

Desde una óptica terapéutica diferente, el estudio de Yeganeh y Hajjalizadeh (2015) demostró que los pacientes que participaron en el programa de MBRS presentaron una disminución estadísticamente significativa del estrés, la depresión y la ansiedad, en el postratamiento, en contraste con los participantes del grupo control (no se especifica el tipo de condición). En contrapartida, no se especificaron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, tampoco se realizaron evaluaciones de seguimiento, ni se calcularon los

tamaños del efecto; por ende, la validez de estos hallazgos se considera cuestionable.

Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática fue aportar una visión actualizada y rigurosa sobre los tratamientos psicológicos aplicados a personas con LES en los últimos once años, y conocer en qué medida resultan útiles para promover un estado físico, psicológico y social más positivo. Nuestros análisis sugieren que la TCC fue la intervención que más frecuentemente se aplicó en el periodo entre 2005 y 2016, complementada con el entrenamiento en atención plena en algunos casos. Otras intervenciones aplicadas se centraron en el procedimiento de la expresión escrita, la combinación de psicoeducación y psicoterapia en grupo y el programa de MBSR de Kabat-Zinn (2004). Al respecto, en esta revisión sistemática se aprecia una mayor variabilidad de opciones terapéuticas en comparación con los estudios previos de Del Pino-Sedeño et al (2016), Liang et al. (2014), Lima (2011), Neill et al. (2006) y Zhang et al. (2012).

En síntesis, los resultados revelan posibles beneficios en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión, el estrés, la salud mental, la imagen corporal, el manejo de la enfermedad, las relaciones interpersonales, la fatiga, el dolor y otros síntomas somáticos autoinformados en consonancia con algunos de los hallazgos de los análisis de Liang et al. (2014), Lima (2011) Neill et al. (2006) y Zhang et al. (2012). Sin embargo, ninguna de las publicaciones recopiladas en la presente revisión evidenció cambios en el nivel de actividad de la enfermedad como resultado de la intervención, en congruencia con los hallazgos del metanálisis de Liang et al. (2014). Algunas investigaciones consideraron como criterio de inclusión, participantes con un nivel de actividad de la enfermedad entre medio y bajo, un aspecto que tal vez pudo influir sobre la detección de cambios en esta variable.

Como ya se ha detallado anteriormente, las publicaciones analizadas adolecen de importantes limitaciones metodológicas, presentando en su mayoría una calidad entre media y pobre. Cabe matizar que la Escala de Estimación de la Calidad de Yates et al. (2005) es un instrumento elaborado para el análisis de los ensayos controlados aleatorizados, no obstante, en la presente revisión sistemática fue aplicada a todos los estudios seleccionados independientemente de su diseño de investigación. En un intento de paliar una posible sobrevaloración de la calidad de estos estudios, se realizó un análisis descriptivo muy pormenorizado de los principales déficits metodológicos. Las puntuaciones de los estudios

con diseños menos rigurosos deben ser interpretadas en este contexto.

El número de estudios incluidos en ésta revisión fue muy reducido, probablemente debido a la baja prevalencia de esta enfermedad en la población. De hecho, algunos estudios incluyeron muestras mixtas de personas con LES y artritis reumatoide, puesto que ambas son patologías reumatoideas sistémicas. No obstante, creemos que la presente revisión ha permitido un acercamiento actualizado y exhaustivo al estado de conocimientos sobre la eficacia de la terapia psicológica aplicada al LES.

Atendiendo a las limitaciones relativas al diseño y método halladas en los estudios, se considera oportuno que las investigaciones futuras lleven a cabo las siguientes pautas: informar del método de aleatorización tanto en la selección como en la asignación de los participantes a las condiciones de tratamiento y control, efectuar los análisis de intención de tratar (ITT) en caso de pérdida de participantes, informar del cálculo del poder estadístico a priori, controlar el efecto de las diferencias entre grupos antes de la intervención, establecer criterios de exclusión e inclusión de los participantes y por último, incluir un grupo control y realizar análisis comparativos detallados entre éste y el grupo de tratamiento activo, con la finalidad de arrojar evidencias acerca del efecto de las intervenciones.

Por otra parte, algunos estudios no efectuaron evaluaciones de seguimiento o su adecuación es cuestionable dado el periodo temporal empleado. Siguiendo las recomendaciones de Yates et al. (2005), las evaluaciones de la sostenibilidad de los cambios deberían abarcar periodos temporales superiores a seis meses. Así, se considera necesario valorar esta cuestión atendiendo al curso crónico de esta enfermedad marcado por ciclos de exacerbación y remisión de los síntomas, con la finalidad de incrementar la validez de los resultados.

Además del reducido tamaño muestral de los estudios, otro de los mayores inconvenientes hallados fue la ausencia del cálculo del tamaño del efecto en algunos de ellos. Para conocer la eficacia y el impacto real de las intervenciones no es suficiente demostrar la existencia de cambios estadísticamente significativos en las medidas de resultado. Por tanto, consideramos que el cálculo del tamaño del efecto constituye un criterio estricto a cumplir por la investigación venidera. Además, resultaría de gran utilidad incluir condiciones de diferentes tratamientos para analizar su eficacia comparada.

Con respecto a la calidad de los tratamientos, la valoración fue más positiva, alcanzando rangos aceptables en la prueba de Yates et al. (2005) en la mayoría de publicaciones. No obstante, en futuros estudios sería adecuado mejorar algunas carencias observadas, como por ejemplo que el

terapeuta reciba una formación específica en la terapia que va a aplicar y que se efectúen controles de su adherencia al manual de tratamiento.

En definitiva, y aunque todavía queda un largo trecho por recorrer en esta área de investigación, la evidencia recopilada hasta el momento parece refrendar la utilidad de las intervenciones psicológicas para ayudar a los pacientes con LES a mejorar su calidad de vida.

Referencias

- Agrawaal, K., y Dhakal, S. (2014). Systemic lupus erythematosus in males: A case series. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 25, 638-642.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., Núñez, R., y Pastor, M. A. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33, 3, 181-193.
- Campbell, D., y Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Cash, T. F. (1997). *The body image workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Cervera, R., Rúa, I., Gil, A., Sabio, J. M., Pallarés, L., ... Hernández, L. J. (2013). Coste económico directo del control y el tratamiento del lupus eritematoso sistémico activo y sus brotes en España: estudio LUCIE. *Revista Clínica Española*, 213, 127-137.
- Crow, M. (2011). Systemic lupus erythematosus. En L. Goldman, y A. I. Schafer. (Eds.), *Goldman's cecil medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Daleboudt, G., Broadbent, E., McQueen, F., y Kaptein, A. (2013). The impact of illness perceptions on sexual functioning in patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 260-264. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.11.004
- *Danoff-Burg, S., Agee, J., Romanoff, N., Kremer, J., y Strosberg, J. (2006). Benefit finding and expressive writing in adults with lupus or rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, 21, 651-665. doi: 10.1080/14768320500456996.
- Del Pino-Sedeño, T., Trujillo-Martín, M. M., Ruiz-Irastorza, G., Cuellar-Pompa, L., de Pascual-Medina, A. M., y Serrano-Aguilar, P. (2016). Effectiveness of nonpharmacologic interventions for decreasing fatigue in adults with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Arthritis Care y Research*, 68, 141-148. doi:10.1002/acr.22675
- *Goodman, D., Morrissey, S., Graham, D., y Bossingham, D. (2005). The application of cognitive-behaviour therapy in altering illness representations of systemic lupus erythematosus. *Behaviour Change*, 22, 156-171.
- Greco, C., Nakajima, C., y Manzi, S. (2013). Updated review of complementary and alternative medicine treatments for systemic lupus erythematosus. *Current Rheumatology Reports*, 15, 378. doi:10.1007/s11926-013-0378-3.
- *Haupt, M., Millen, S., Jänner, M., Falagan, D., Fischer, R., y Schneider, M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: A prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 1618-1623. doi:10.1136/ard.2004.029926
- Hochberg, M. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis y Rheumatology*, 40, 1725. doi: 10.1002/art.1780400928
- *Jolly, M., Peters, K., Mikolaitis, R., Evans, K., y Block, J. (2014). Body image intervention to improve health outcomes in lupus. A pilot study. *Journal of Clinical Rheumatology*, 20, 403-410. doi:10.1097/RHU.0000000000000141
- Jolly, M., Pickard, S., Mikolaitis, R., Cornejo, J., Sequeira, W., ... Cash, T. (2012). Body image in patients with systemic lupus erythematosus.

- International Journal of Behavioral Medicine*, 19, 157-164. doi: 10.1007/s12529-011-9154-9
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., y Sánchez, A. I. (2013). Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 17, 345. doi: 10.1007/s11916-013-0345-8
- Liang, H., Tian, X., Cao, L., Chen, Y., y Wang, C. (2014). Effect of psychological intervention on health related quality of life in people with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1, 298-305. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.07.008
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P., ... Ioannidis, J. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *British Medical Journal*, 339, b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700
- Lima, S. F. (2011). Revisão da literatura sobre a eficácia da intervenção psicológica no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico. [Revisión de la literatura sobre la eficacia de la intervención psicológica en el tratamiento del lúpus eritematoso sistémico]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, 485-490. doi:10.1590/S0102-37722011000400012
- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., Gonzalez, V., y Minor, M. (2000). *Living a healthy life with chronic conditions: Self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. Palo Alto, CA: Bull Publishing Company.
- *Mapar, M., Mirzaeyan, B., Hasan, R., y Kazem, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral group therapy on mental health and the body image concern in patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). *GMPReview*, 17, 107-115.
- Mazzoni, D., Cicognani, E., y Prati, G. (2016). Health-related quality of life in systemic lupus erythematosus: a longitudinal study on the impact of problematic support and self-efficacy. *Lupus*, 0961203316646459.
- McElhone, K., Abbott, J., y Teh, L. S. (2006). A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15, 633-643. doi: 10.1177/0961203306071710
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Meszaros, Z. S., Perl, A., y Faraone, S. V. (2012). Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 993-1001. doi:10.4088/JCP.11r07425
- Mok, C., y Lau, C. (2003). Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Journal of Clinical Pathology*, 56, 481-490. doi:10.1136/jcp.56.7.481
- *Navarrete, N., Peralta, M. I., Sabio, J. M., Coín, M., Robles, H., ... Hidalgo, C. (2010). Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 107-115. doi: 10.1159/000276370.
- *Navarrete, N., Peralta, M. I., Sabio, J. M., Martínez, I., Santos, A., y Jiménez, J. (2010). Quality-of-life predictor factors in patients with SLE and their modification after cognitive behavioural therapy. *Lupus*, 19, 1632-1639. doi:10.1177/0961203310378413
- Neill, J., Belan, I., y Ried, K. (2006). Effectiveness of non-pharmacological interventions for fatigue in adults with multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, or systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 617-635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04054.
- Petri, M. (2005). Review of classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 31, 245-254. doi: 10.1016/j.rdc.2005.01.009
- Robles, H., y Peralta, M. I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Tan, E. M., Cohen, A. S., Fries, J. F., Masi, A. T., McShane, D. J., Rothfield, N. F. et al. (1982). The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis y Rheumatology*, 25, 1271-1277.
- Yates, S., Morley, S., Eccleston, C., y Williams, A. (2005). A scale for rating the quality of psychological trials for pain. *Pain*, 117, 314-325. doi:10.1016/j.pain.2005.06.018
- *Yeganeh, S., y Hajializadeh, K. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on psychological distress in patients with lupus. *Scopus*, 34, 162-168. doi: 10.5539/gjhs.v8n4p142
- Yu, C., Gershwin, M. E., y Chang, C. (2014). Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: a critical review. *Journal of Autoimmunity*, 48, 10-13. doi:10.1016/j.jaut.2014.01.004
- Zhang, J., Wei, W., y Wang, C. M. (2012). Effects of psychological interventions for patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Lupus*, 21, 1077-1087. doi: 10.1177/0961203312447667
- Zhu, T. Y., Tam, L. S., y Li, E. K. (2011). Cost-of-illness studies in systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Arthritis Care Research*, 63, 751-760. doi: 10.1002/acr.20410

Las referencias marcadas con un asterisco (*) aluden a los artículos revisados en la presente revisión sistemática.

