

180



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

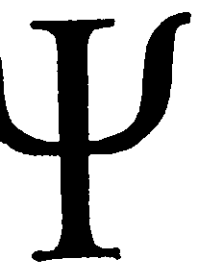
FACULTAD DE PSICOLOGIA

020059

"EXPLORACION DE FACTORES CONDUCTUALES DE RIESGO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SAMUEL NAVA ALCANTARA

DIRECTOR: DRA. ROCIO HERNANDEZ POZO
REVISOR: MTRO. SAMUEL JURADO GARDENAS



MEXICO, D. F.

2001

CAPACIDADES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pagina
□ Indice.....	I
□ Dedicatoria.....	IV
□ Reconocimientos.....	V
□ Introducción.....	1
□ Lupus Eritematoso Sistémico.....	3
> <i>Etiopatogenia</i>	3
□ Antecedentes del Lupus Eritematoso Sistémico.....	6
□ Concepto de Autoinmunidad.....	8
> <i>Respuestas inmunitarias Generales</i>	8
> <i>Antígenos y Anticuerpos</i>	9
□ Manifestaciones Clínicas.....	10
> <i>Manifestaciones Cutáneas</i>	11
> <i>Manifestaciones Cardiacas y pulmonares</i>	11
> <i>Nefritis</i>	12
> <i>Manifestaciones Neuropsiquiátricas</i>	12
□ Diagnóstico.....	13
□ Tratamiento.....	15
□ Evolución de la Enfermedad.....	16
□ Enfermedades Crónicas y psicología.....	18
□ Estilos Conductuales.....	19
□ Patrón Conductual Tipo A-B (PTAB).....	20
> <i>El tipo A-1</i>	21
<i>Perfil</i>	22
<i>Resumen de características</i>	24
> <i>El tipo A-2</i>	25
<i>Resumen de características</i>	25
> <i>El tipo B</i>	26
<i>Perfil</i>	27
<i>Resumen de Características</i>	28
> <i>El tipo X</i>	29
□ Descripción de la Entrevista Estructurada para el análisis del Patrón Conductual Tipo A-B (PTAB).....	29
□ Tolerancia a la Frustración.....	33

□ Expresión de la Ira.....	37
□ Planteamiento del Problema.....	38
□ Objetivo.....	39
□ Hipótesis.....	40
□ Variables.....	42
□ Tipo de Estudio.....	45
□ Metodología.....	46
➤ <i>Sujetos</i>	46
➤ <i>Material</i>	48
➤ <i>Procedimiento</i>	52
□ Resultados.....	53
1.- <i>Comparación entre grupos de autoreporte verbal de Tolerancia a La Frustración (LES/Control)</i>	53
2.- <i>Comparación entre respuestas no verbales de Tolerancia a la Frustración (Videojuego LES/Control)</i>	55
3.- <i>Comparación entre respuestas no verbales de Tolerancia a la Frustración y escala SLEDAI (Solo grupo LES)</i>	58
4.- <i>Comparación entre Grupos del Autoreporte Verbal de Expresión de la Ira (LES/Control)</i>	62
5.- <i>Comparación entre grupos de respuestas no verbales de Expresión de la Ira (LES/Control)</i>	63
6.- <i>Comparación entre grupos de Indicadores del Patrón Conductual Tipo "A" (LES/Control)</i>	67
7.- <i>Descripción de Variables Sociodemográficas</i>	70
8.- <i>Reactividad Fisiológica</i>	71
9.- <i>Comparación de autoreporte de Tolerancia a la Frustración contra Entrevista Estructurada (por Grupos)</i>	79
10.- <i>Comparación de autoreporte de Expresión de la Ira contra Entrevista Estructurada (Reporte Verbal contra no verbal de EXIR) por Grupos</i>	81
11.- <i>Caracterización de La Escala SLEDAI</i>	83
12.- <i>Entrevista Estructurada. Análisis de Características Grupo LES</i>	84
13.- <i>Entrevista Estructurada, Comparación con escala SLEDAI</i>	86
14.- <i>Entrevista Estructurada, Análisis de características Grupo Control</i>	98

15.- Entrevista Estructurada, Análisis Global de Características (Grupo LES + Control).....	97
o Conclusiones y Discusión.....	100
o Bibliografía.....	109
o ANEXOS.....	115
➤ <i>Cuestionario TOFU (Ver. 3.0)</i>	116
➤ <i>Cuestionario EXIR (Ver. 2.0)</i>	117
➤ <i>Entrevista Estructurada para la evaluación del PTAB</i>	118
➤ <i>Hoja de registro de Variables Fisiológicas</i>	121
➤ <i>Escala SLEDAI</i>	122
➤ <i>Hoja de codificación del Patrón Conductual</i>	123
➤ GLOSARIO.....	126

DEDICATORIA

Ciertamente es difícil agradecer en solo una página lo que se ha sembrado a través de una vida entera así que primeramente quiero reconocer a mis padres por su apoyo incondicional, por enseñarme que "el conocimiento no tiene edad" y darme la mejor herencia de sus manos, la educación.

A mi esposa Ada y mi Hija Salma. Si cada vez que les digo que les amo brotara una flor la primavera no se acabaría nunca, espero nunca cansarme de decirlo, Gracias por estar siempre cuando las necesito.

Al Doctor Cuauhtemoc Hernández Ochoa. "Doc" El buen médico por excelencia es también humanista por convicción, creo que usted es un excelente ejemplo de ambos. Gracias por la paciencia, el consultorio, los cafés de Xilitla y la amistad creo que eso no se puede pagar pero si agradecer y reconocer.

A la Doctora Roció Hdz. Pozo por su apoyo. Gracias por escuchar mis dudas y leer mis correos. Prometo llamar por teléfono a horas más razonables de ahora en adelante.

A los que se saben parte de este trabajo de una u otra manera

GRACIAS.

Reconocimientos.

La presente Investigación recibió apoyo en cuanto a material y procedimientos por parte de La Facultad de Psicología de la UNAM así como recursos económicos por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Coordinación Nacional de Investigación Registro No. FP-0038/280.

INTRODUCCIÓN

Existe un grupo de enfermedades en las cuales el sistema inmunológico del paciente reacciona contra sí mismo causando lesiones y enfermedad, a estas enfermedades, se les conoce con el nombre de autoinmunes (Amado, 1996).

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y de origen desconocido, afecta a mujeres en proporción de 10 a 1 en relación con el hombre, su mayor frecuencia se encuentra entre mujeres de 20 a 40 años (Martínez-Elizondo, 1995).

Dos teorías tratan de explicar el origen del LES (aún desconocido), la primera postula que el LES es origen de algún virus hasta ahora desconocido, la segunda propone el factor hereditario como determinante aunado a factores desencadenantes o de riesgo dentro de los cuales se incluyen el embarazo, drogas sensibilizantes (penicilina por ejemplo), pastillas anticonceptivas, estrés y estados de agitación emocional entre otros (Adams, Dammers, Saia, Brantley & Gaydos, 1994), estos factores pueden exacerbar la enfermedad, por lo que deben ser detectados de manera oportuna para su prevención adecuada.

En enfermedades como el LES los factores conductuales han sido poco estudiados (Reyes, 1997). Una enfermedad crónica se convierte en una nueva constante vital para el paciente, es decir algo nuevo con lo que tiene que reaprender a vivir, algunos autores (Adams et al, 1994; Temoshok, 1987; Fox, 1978) postulan la existencia de pautas conductuales específicas en enfermedades crónicas que afectan el desarrollo de la mismas.

Ejemplo de como la conducta puede ser determinante en una enfermedad es el patrón conductual tipo A (Rosenman et al, 1975) el cual se define como un complejo emotivo-conductual que los individuos utilizan para enfrentarse a su

medio como intenso impulso por llevar a cabo metas específicas pero poco definidas, profunda inclinación y deseo de competencia, deseo persistente de reconocimiento y progreso, involucramiento continuo en funciones sujetas a restricciones de tiempo, con una hostilidad verbal mayor (rara vez física), un nivel relativamente bajo de tolerancia a la frustración. Por el contrario el patrón conductual tipo B es el opuesto al A, personas no competitivas, no presentan urgencia temporal, un nivel mas alto de tolerancia a la frustración, etc.

Estas disposiciones conductuales pueden ser evaluadas a través de formas tanto verbales como no verbales (Hernández-Pozo, 1996; Rosenman, 1975) usando para esto autoreportes verbales, entrevistas que motiven el tipo de repuestas no verbales asociadas a cada disposición conductual y reactividad fisiológica que indique cambios asociados a cada etapa del proceso de investigación.

La presente investigación evalúa en pacientes con LES y un grupo control repuestas verbales, no verbales y reactividad fisiológica de acuerdo al Patrón Conductual tipo A-B.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune prototípica ya que se caracteriza por la formación de anticuerpos y una gran diversidad de manifestaciones clínicas inflamatorias mediadas por mecanismos inmunológicos. Los órganos blanco mayores o principales de la enfermedad son la piel, las membranas serosas, la médula ósea, los riñones y el cerebro. La expresión clínica y la gravedad de la patología de estos órganos es sorprendentemente diversa. Ocurre principalmente en mujeres en relación de 10 a 1 con el hombre. En todo el mundo, la prevalencia del LES parece estar entre 1:2000, con variaciones considerables en grupos raciales y étnicos diferentes. Hasta la fecha se ignora la etiología de la enfermedad (Martínez-Elizondo, 1995).

Etiopatogenia.

Dentro de la etiopatogenia de la enfermedad deben distinguirse factores predisponentes y factores desencadenantes o de riesgo.

Entre los primeros se pueden señalar:

Factores genéticos. Se ha mencionado la existencia de varios casos de LES en una misma familia, aún más, se mencionan familias en que se han presentado diferentes enfermedades difusas del tejido conjuntivo: lupus eritematoso, esclerodermia, artritis reumatoide y reumatismo poliarticular agudo. Se habla entonces de la predisposición heredada.

Los estudios genéticos hablan de 3 alelos dominantes ligados al cromosoma X (predilección de la enfermedad por la mujer), también de casos en gemelos y de la existencia con más frecuencia en estos pacientes de antígenos de histocompatibilidad (HLA) H10, B8 y A1 sobre todo en pacientes negros. Sin embargo estos estudios no son considerados concluyentes (Amado, 1996).

Entre los factores que actuarían sobre este fondo genético se pueden señalar:

Radiaciones ultravioleta. La topografía predominantemente solar de las lesiones, su aparición después de recibir radiaciones lumínicas, la mejoría de las lesiones del lupus utilizando medicamentos "pantalla", son argumentos que justifican el concepto de que las radiaciones lumínicas sobre todo entre 280 y 320 nanómetros tiene un papel importante.

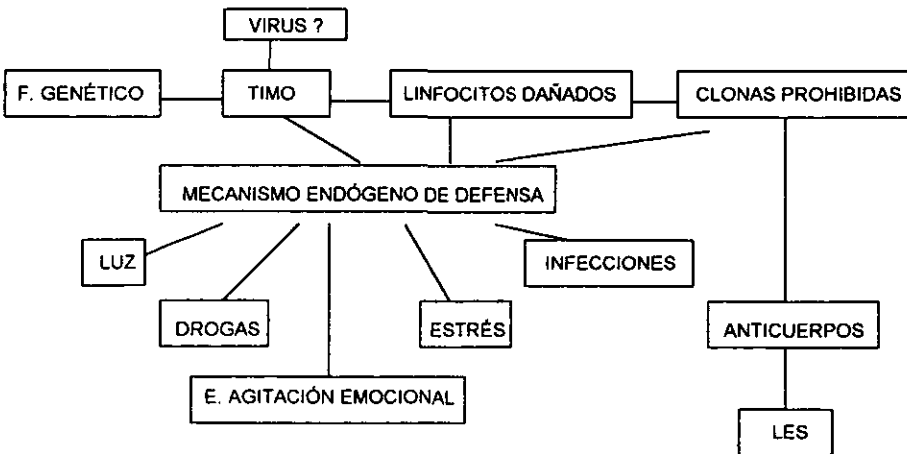
Se mantiene la posibilidad de que estas radiaciones producirían una desnaturalización de las moléculas de ADN en los núcleos celulares que así adquirirían el poder antigénico lo cual desencadenaría el fenómeno autoinmune (Orkin, 1994).

Medicamentos. Cada vez se reportan nuevos medicamentos que desencadenan lesiones típicas de LES inclusive con hallazgos de laboratorio positivos. En estos casos el medicamento desencadena la aparición de la sintomatología la cual mejorará y desaparecerá al discontinuar el medicamento sin necesidad de corticoterapia (Amado, 1996).

Virus. En la actualidad se ha vuelto a la teoría viral que ya se había abandonado, se han encontrado partículas virales de supuestos mixovirus. Faltan más estudios al respecto (Domonkos, 1985).

Estrés y estados de agitación emocional. En general los estados que provoquen desequilibrios endocrinológicos pueden ser causantes de un brote de lesiones, sobre todo de la variedad sistémica (Adams et al. 1994).

El Esquema 1 trata de explicar lo que sucede en un caso de LES (Amado, 1996), el factor genético actuaría sobre el timo que daría como resultado la producción de linfocitos T dañados y por lo tanto llamados clonas prohibidas, es decir grupos de células que por alguna razón, no llegaron a desaparecer en la vida embrionaria, como debería haber pasado y desconocen a sus propios componentes químicos que al actuar como antígenos desencadenan autoanticuerpos y de ahí el LE. El mecanismo endógeno de defensa o vigilancia inmunológica podría ser alterado por las radiaciones lumínicas, los medicamentos, las infecciones, tal vez virus, el estrés y los estados de agitación emocional y al fallar esta vigilancia inmunológica, se actuaría sobre el timo, sobre los linfocitos T ya dañados y sobre las mismas clonas prohibidas facilitando y repitiendo el proceso, eso sin contar que el virus actuaría también sobre el timo. En la actualidad todo esta en el terreno de las posibilidades, hay pruebas de muchos hechos, pero también fenómenos paradójicos y contradictorios.



Esquema 1

ANTECEDENTES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El nombre fue dado por Cazenave en 1851 recordando al lupus vulgar muy frecuente en esos años, pero Cazenave separó a esta nueva entidad del verdadero lupus que más tarde se reconocería de etiología tuberculosa. El nombre de lupus eritematoso (LE) se aceptó y ha perdido su primera connotación (lupus = lobo) al grado que ya se ha olvidado al lupus original tuberculoso y sólo se piensa en el eritematoso cuando se habla de lupus.

El primer reconocimiento de este proceso como una enfermedad distinta ocurrió en 1892, año en que un médico alemán describió dos tipos de la enfermedad: una forma aguda relativamente benigna, caracterizada por erupción facial, precedida a menudo de artritis y otra más maligna, también con erupción facial, pero acompañada además de crisis convulsivas, neumonía, y a menudo muerte en unas dos semanas después de la aparición del eritema. En 1904, Sir William Osler, clínico inglés, confirmó las observaciones, pero por vez primera subrayó la invasión de los órganos en ambos tipos de enfermedad.

En 1924, los doctores Liebman y Sachs describieron lesiones patológicas específicas en las válvulas cardíacas de pacientes con LES; en 1935, Boehr se refirió a la destrucción renal, y en 1948, el doctor Hargrove de la clínica Mayo informó de la presencia de células extrañas en la sangre de estos sujetos y denominó a estas células, como células LE.

En 1955, Moore y Lutz aludieron a la presencia en la sangre de estos pacientes de un anticuerpo circulante específico, aunque no llegó a dilucidarse cual podría ser el papel o función del mismo.

Poco después, Elliot y Mathieson observaron disminución de los niveles de complemento en la circulación de estos enfermos. Además, se comprobó que las células LE de Hargrove eran granulocitos, que habían ingerido anticuerpo circulante. En 1957, se observó que el anticuerpo en el suero de estos pacientes actuaba contra el DNA (ácido desoxirribonucleico), y en 1966, se descubrió la presencia del antígeno DNA en la sangre de los enfermos con LES.

Se sabe que los pacientes con LES elaboran anticuerpos contra su propio DNA, así como contra otras partes de sus células. Además, ahora ya se explica la invasión de órganos y sistemas, por invocación de una causa, esto es, el depósito de los complejos antígeno-anticuerpo en toda la economía. El sistema inmunitario de un paciente con LES induce una respuesta inmunitaria contra constituyentes de sus propias células, y los complejos antígeno-anticuerpo resultantes de esta respuesta causan enfermedad diseminada.

Pese a la precisión de nuestro sistema inmunológico, se trata en realidad de una especie de fuerza policial, que se puede calificar de negligente o insensata, ya que una vez en movimiento atacará cualquier antígeno reconocido correcta o incorrectamente como extraño hasta que el sistema o el antígeno queda destruido o neutralizado. En el caso del LES se sabe que los antígenos son parte de las propias células del enfermo, más específicamente su propio DNA (Citado en Ropes, 1976).

CONCEPTO DE AUTOINMUNIDAD

El término inmunidad se refiere a la respuesta protectora específica del cuerpo a un organismo o agente extraño invasor. Sin embargo, diversas alteraciones patológicas de este sistema producen ciertas manifestaciones morbosas. Por tanto, se usa el término "inmunopatología" para referirse al estudio de las enfermedades causadas por la reacción inmunitaria, esto es, la respuesta protectora iniciada por el cuerpo que paradójicamente se vuelve contra el mismo causando lesión y enfermedad (Amado, 1996). Para entender la inmunopatología es necesario comprender primero la forma en que funciona el sistema inmunitario o inmunológico del organismo.

Respuestas inmunitarias Generales

Cuando el cuerpo es atacado por bacterias o virus, dispone de tres medios de defensa; la respuesta inmune fagocítica, la respuesta inmunitaria humoral o de anticuerpo y la respuesta inmunitaria celular.

La primer forma, la respuesta inmunitaria fagocítica, implica a los leucocitos que poseen capacidad para ingerir partículas extrañas. Estas células se desplazan hasta el punto de ataque para englobar y destruir a los invasores.

La segunda respuesta protectora, la humoral o de anticuerpo, se inicia con los linfocitos que pueden transformarse en células plasmáticas que elaboran anticuerpos, es decir, proteínas altamente específicas que son transportadas por la sangre y que incapacitan a las partículas extrañas agresoras.

El tercer mecanismo de defensa es la respuesta inmunitaria celular, que también implica a los linfocitos, los cuales, además de convertirse en células plasmáticas, pueden transformarse también en células T destructoras especialmente facultadas para atacar con éxito a los microbios.

De los tres modos de respuesta, la formación de anticuerpos constituye el dispositivo protector de mayor importancia empleado por el sistema inmunológico del organismo.

Antígenos y Anticuerpos

La parte del organismo atacante que estimula la producción de anticuerpos recibe el nombre de antígeno, y cabe afirmar que en términos estrictamente moleculares, el antígeno es un pequeño fragmento de proteínas sobre la superficie del microorganismo. Una sola bacteria, incluso una gran molécula, por ejemplo una toxina, puede mostrar varios de tales antígenos o "marcadores" sobre la superficie y, por tanto inducir al cuerpo a la producción de cierto número de anticuerpos diferentes. Una vez producido el anticuerpo, es liberado en la corriente sanguínea y transportado hacia el organismo agresor donde se combina con el antígeno situado en su superficie, acoplándose con él como una pieza complementaria de un rompecabezas (Figura 1).

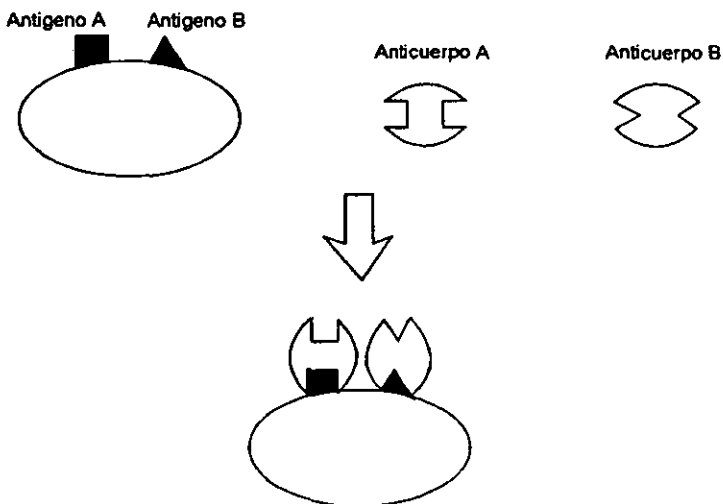


Figura 1

La diferencia entre la naturaleza protectora de la respuesta inmune y su potencial causante de enfermedad se inicia con el reconocimiento de lo que es extraño y de lo que no lo es. Si el antígeno es verdaderamente extraño, la respuesta brinda protección, pero si no lo es, causa enfermedad autoinmune.

El Lupus Eritematoso se ha tomado como modelo de enfermedad autoinmune ya que cumple con todos los requisitos de clasificación: 1) la presencia de anticuerpos anormales en el suero de estos pacientes, 2) bajos niveles de complemento y 3) depósito de complejos inmunes y complemento en sus órganos enfermos , y aunque a la fecha no se conoce el porque se origina este autodaño, el concepto de autoinmunidad abre las puertas al mejor entendimiento inmunológico de las enfermedades difusas del tejido conjuntivo (Martinez-Elizondo, 1995).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Son comunes los síntomas constitucionales inespecíficos tales como el ataque al estado general, la fatiga, la fiebre y la anorexia con pérdida de peso. La afección articular va desde artralgias recurrentes molestas hasta poliartritis franca, causando osteopenia, subluxaciones y desalineación. La deformidad articular resulta a causa de pérdida de apoyo de los tejidos blandos. Es característica la afección difusa de las articulaciones pequeñas.

Manifestaciones Cutáneas.

Muchas de las manifestaciones cutáneas del lupus son resultado de fotosensibilidad y, por tanto, es más probable que ocurran en áreas expuestas al sol.

La erupción (rash) típica del lupus cutáneo agudo es elevado, eritematoso, hiperqueratótico y aparece en áreas expuestas al sol. Característicamente ocurre en una distribución malar o sobre las superficies dorsales de las falanges proximales (en forma de alas de mariposa), respetando las áreas periarticulares y tiende a oscilar con la actividad de la enfermedad.

Las lesiones mucosas más características del LES son las úlceras y las lesiones discoides. Las úlceras pueden acompañarse de sangrado. También pueden ocurrir úlceras orales o vaginales que son menos fáciles de identificar. Las lesiones discoides en la boca se pueden identificar a menudo en el paladar, con cambios de pigmentación y atrofia semejantes a los que se observan en la piel.

Otras manifestaciones cutáneas del lupus son eritema periungueal, nódulos subcutáneos, lesiones bulosas, alopecia difusa que tiende a fluctuar con la actividad de la enfermedad y alopecia focal secundaria a lupus discoide.

Manifestaciones Cardíacas y Pulmonares

Los síntomas de pericarditis o pleuritis son comunes, a menudo con hallazgos objetivos mínimos en el examen físico o en las radiografías de rutina del tórax: la ecocardiografía es un método sensible para detectar derrame pericárdico. En los ecocardiogramas se pueden ver frecuentemente derrames pericárdicos posteriores pequeños y típicamente carecen de significado clínico.

La disfunción miocárdica puede ocurrir a causa de la afección de los vasos cardíacos.

Nefritis

El daño ocasionado en el riñón se presenta en la gran mayoría de los pacientes con LES, la nefritis ocurre por lo menos en un grado leve; la afección renal significativa que requiere de intervención médica ocurre aproximadamente en el 50% de los pacientes.

En caso de daño o sospecha de daño renal se recomienda la realización de una biopsia renal.

Las biopsias renales son útiles para identificar nefritis inesperadamente grave, evaluar el riesgo de progresión a daño renal terminal, predecir o evaluar las respuestas al tratamiento, verificar que la causa de la disfunción renal es el lupus activo más que otro factor de confusión y confirmar ocasionalmente el diagnóstico de lupus.

Manifestaciones neuropsiquiátricas

Las manifestaciones neurológicas o psiquiátricas son rasgos comunes del LES.

Dichas manifestaciones se pueden dividir en cuatro categorías principales:

1. - Cambios no focales que ocurren en el 35% al 60% de los pacientes con lupus, incluyendo síndromes orgánicos cerebrales, alteraciones psicológicas, neurosis, cefalalgias y meningitis aséptica. Los estudios controlados han sugerido la presencia de disfunción cognitiva hasta en el 70% de los pacientes con lupus, aunque la incidencia de déficits significativos es menor.
- 2.- Convulsiones, que ocurren en el 15% al 35% de los pacientes. Pueden resultar de lesión cerebral nueva o bien luego de una lesión cerebral previa que da lugar al desarrollo de un foco convulsivo. La ocurrencia de convulsión no implica necesariamente una cerebritis lúpica activa.

- 3.- Déficit focales, incluyendo accidentes vasculares cerebrales, neuropatías craneanas y mielitis transversa, que ocurren en el 10% al 35% de los pacientes con lupus.
- 4.-Otras condiciones neuropsiquiátricas como neuropatías periféricas, alteraciones del movimiento, miastenia grave, corea y síndromes semejantes a la esclerosis múltiple (Martínez-Elizondo, 1995).

DIAGNOSTICO

Para diagnosticar el LES la American Rheumatism Association estableció (Tan, 1982), signos diagnósticos.

- 1.- Eritema malar. Eritema fijo, plano elevado, sobre las eminencias malares, con tendencia a respetar los pliegues nasogenianos.
- 2.- Eritema discoide. Placas eritematosas levantadas, con descamación queratósica adherente y taponamiento folicular, en estas lesiones más antiguas puede haber cicatrización atrófica.
- 3.- Fotosensibilidad. Erupción cutánea consecuencia de una reacción poco común a la luz solar, según la historia del paciente o la observación de algún médico.
- 4.- Úlceras orales. Ulceración nasofaríngea, habitualmente indolora.
- 5.- Artritis. No erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor (hipersensibilidad), inflamación o derrame.
- 6.- Serositis. a) Pleuritis. Historia convincente de dolor pleurítico o frote pleural escuchado por un médico o evidencia de derrame pleural o bien, b) Pericarditis. Documentada por ECG o frote o evidencia de derrame pericárdico.
- 7.- alteración renal. a) Proteinuria persistente de más de 0.5 gramos al día o más de 3+ si no se cuantificará. O bien, b) Cilindros celulares. Pueden ser de eritrocitos, de hemoglobina, granulados, tubulares o mixtos.

8.- Alteración neurológica. a) Convulsiones. En ausencia de medicamentos ofensivos o alteraciones metabólicas conocidas, o bien, b) psicosis. En ausencia de medicamentos ofensivos o alteraciones metabólicas conocidas.

9.- Alteración hematológica. a) Anemia hemolítica, o bien b) Leucopenia; menor de $4,000/m^3$ total en dos o más ocasiones, o, c) Linfopenia; menor de $1,500/mm^3$ en dos o más ocasiones, o bien, d) Trombocitopenia; menor de $100,000/mm^3$ en ausencia de medicamentos ofensivos.

10.- Alteración inmunológica. a) Células LE positiva. o bien, b) Anti DNA; anticuerpo contra DNA anti a títulos anormales, o bien, c) Anti-Sm: presencia de anticuerpo contra el antígeno nuclear Sm, o bien, d) prueba serológica falsa positiva para sífilis, que haya sido positiva por lo menos durante 6 meses y confirmada (como falsa) por inmovilización del *Treponema Pallidum* o prueba fluorescente de absorción de anticuerpos de treponema.

11.- Anticuerpos nucleares. Un título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o un ensayo equivalente en algún momento y en ausencia de medicamentos que se pueden asociar con el síndrome "lupus inducido por medicamentos".

Esta clasificación revisada se basa en 11 criterios. para fines de identificación de pacientes en estudios clínicos, se dirá que una persona tiene LES si hay cuatro o más de cualquiera de los 11 criterios, en forma seriada o simultánea, durante cualquier intervalo de observación.

TRATAMIENTO

Se han empleado principalmente dos tipos de drogas en el tratamiento del LES. Ambas, interfieren con la respuesta inmunitaria ya sea por supresión de las interacciones linfocíticas, o de la proliferación en la producción de anticuerpos (Petri, 1995).

Esteroides. Aunque las acciones precisas de los esteroides sobre la respuesta inmune deben ser totalmente dilucidadas, se sabe que penetran en las células e interfieren con sus funciones. En el caso de los linfocitos, hay inhibición del crecimiento y a veces incluso muerte. Además, los esteroides interfieren con las respuestas humorales al inhibir la producción de anticuerpos con las respuestas celulares afectando las diferenciaciones de las células T. Se cree también que los esteroides interfieren con la liberación, la acción, o ambas de ciertos mediadores como enzimas lisosómicas liberadas por los macrófagos y las linfocinas de las células T; los esteroides influyen pues en el daño tisular y la inflamación de esta manera, y no específicamente por la interrupción de la respuesta inmunitaria propiamente dicha.

Medicinas inmunosupresoras. El agente alquilante ciclofosfamida (Cytoxan) y el análogo de purina azatioprina (Imuran) son ambas drogas que interfieren con la replicación de DNA.

Estos medicamentos alteran los mecanismos fundamentales relacionados con el crecimiento celular y la diferenciación; por tanto, dificultan la proliferación rápida de los tejidos. Como el sistema inmunológico, cuando organiza o prepara una respuesta inmunitaria, está compuesto en todos los niveles de células que experimentan diferenciaciones y crecimiento rápido, los medicamentos inmunosupresores son particularmente eficaces en cuanto a mitigar o detener las manifestaciones de tal respuesta.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Para determinar la evolución del LES existe un protocolo internacional llamado SLEDAI (Bombardier, 1992), el cual determina el nivel de actividad y el sistema que afecta, se basa en calificaciones objetivas, con base en la actividad de la enfermedad en 24 áreas las cuales se confirman por pregunta directa del reumatólogo y por exámenes de laboratorio, tiene puntajes de corte para determinar presencia o ausencia de actividad, a cada una de estas 24 áreas se les asigna un valor que puede ser 1, 2, 4 u 8 y al final se realiza una suma y en caso de actividad a nivel sistémico permite indicar el (los) órgano(s) afectado(s).

La escala SLEDAI identifica 24 variables que son importantes en el desarrollo de la enfermedad (Tam, 1982). Se validó con 574 pacientes realizando el análisis de los pacientes 21 reumatólogos en forma individual, analizando estos indicadores por examen directo y por pruebas de laboratorio y su repercusión clínica en los pacientes, encontrando a través de regresión múltiple que estas variables son determinantes para precisar la evolución de la enfermedad.

Los rangos analizados al inicio del estudio fueron 37 pero solo quedaron 24 que cumplieron con los requisitos de inclusión, los rangos a analizar son los siguientes agrupados por sistemas afectados:

Sistema Nervioso (central o periférico):

- 1.- Convulsión
- 2.- Psicosis
- 3.- Sx orgánico cerebral
- 4.- Trastornos visuales
- 5.- Trastornos de pares craneales
- 6.- Cefalea
- 7.- EVC.

Mucocutáneo:

- 8.- Vasculitis
- 9.- Eritema malar
- 10.- Alopecia
- 11.- Ulceras mucosas

Mioarticular:

- 12.- Artritis
- 13.- Moisitis

Renal:

- 14.- Cilindros Urinarios
- 15.- Hematuria
- 16.- Proteinuria
- 17.- Piuria

Cardiopulmonar:

- 18.- Pleuritis
- 19.- Pericarditis

Inmunológico:

- 20.- Complemento bajo
- 21.- Anti-DNA

Hematológico:

- 22.- Trombocitopenia
- 23.- Leucopenia.
- 24.- Fiebre*

*La fiebre es un componente inespecífico que puede aparecer también afectando a otros sistemas.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PSICOLOGÍA

"Si el cerebro humano fuera tan sencillo que lo pudiéramos entender, entonces seríamos tan estúpidos que tampoco lo entenderíamos".

Jostein Gardner

Al tratar de estudiar lo humano es necesaria la observación con sencillez y la constante disposición a ser sorprendidos una y otra vez, renovando a cada instante lo que suponemos ya saber o ya comprender de aquello.

Las enfermedades crónicas, son procesos patológicos de larga evolución durante la vida del paciente por lo que éste deberá aprender a vivir con su enfermedad, este proceso de adaptación y reconocimiento puede llevar a estrategias diversas ya que algunos pacientes viven "para" su enfermedad y no "con" su enfermedad (Reyes, 1997), estos procesos de adaptación pueden ser variados, algunos pueden ser útiles, otros no ser siempre lo adecuado que debiera, el ser humano tiende a la homeostasis, ante una enfermedad este objetivo se conserva y se generan estilos conductuales y formas particulares de enfrentar la enfermedad.

La enfermedad reumática plantea una situación persistente y difícil. En términos meramente sintomáticos, el sujeto despliega todos los recursos a su alcance en la búsqueda de la sobrevivencia humana. Sin embargo, el LES puede plantear para quien lo padece momentos de absoluto descontrol; en tales condiciones, es tarea del psicólogo servir de apoyo al sujeto para la reconducción de su vida. Ante la enfermedad, el sujeto se ve repentinamente enfrentado a una imagen corporal desconocida de sí mismo, y también ante la necesidad de movilizar recursos psíquicos para encarar la situación. Es decir, se trata de una situación vital desestabilizadora.

El ser humano tiende siempre al equilibrio, ante el LES, por desesperada y desorganizada que pueda parecer esta búsqueda, el objetivo se conserva. Para algunos será más difícil, por ello se vuelve indispensable la presencia humana que lo auxilie en tales intentos de recuperación del equilibrio.

Es necesario comprender de forma unitaria al ser humano: un ser biopsicosocial. No como un ser que juega en tres esferas diferentes de acuerdo a los momentos o los tiempos, sino como un ser permanentemente existiendo en un espacio único que incluye estas dimensiones.

La problemática del LES tiende a mostrarse con su carácter crónico y sobre todo autoinmune (El cuerpo del paciente atacándose así mismo por decirlo de una manera sintetizada), no es un evento pasajero, sino una nueva constante vital a la que el paciente deberá adaptarse en estas esferas de funcionamiento instrumentando formas de afrontamiento adecuadas o inadecuadas para la evolución de la enfermedad.

En investigaciones afines en enfermedades crónicas se han encontrado patrones de conducta específicos que pueden servir como predictores para la presentación de la patología; así en cáncer ha surgido la noción de conducta tipo "C" como un conglomerado de características comportamentales que probablemente sean precursoras de las oncopatías (Temoshok en Hernández Pozo, 1997) e incluye aspectos como la inhabilidad para expresar emociones negativas.

ESTILOS CONDUCTUALES.

En años recientes el estudio de la personalidad ha tomado una aproximación descriptiva apegada a los datos conductuales (Lundin, 1974; Harzem, 1984). A partir de esa estrategia un estilo conductual se define como aquellas regularidades en el comportamiento de un individuo que se presentan en contextos diferentes, pero funcionalmente equivalentes (Lundin, 1974).

PATRON CONDUCTUAL TIPO A-B (PTAB)

Una de las tendencias en el comportamiento que más interés han suscitado son las conductas tipo "A" y "B".

Los cardiólogos norteamericanos Meyer Friedman y Ray Rosenman describen (1988), una línea de aprendizaje conductual que engloba características socioculturales y de personalidad que condicionan enfermedades como el infarto al miocardio, denominada "Patrón de conducta tipo A".

El patrón conductual Tipo A-B (PTAB) se define como complejos emotivo-conductuales que los individuos utilizan para enfrentarse a su medio. El tipo "A" se caracteriza por un intenso impulso de llevar a cabo metas específicas pero poco definidas, una profunda inclinación y deseo de competencia, un deseo persistente de reconocimiento y progreso, involucramiento continuo en diversas funciones sujetas a restricciones de tiempo, una propensión habitual para acelerar la tasa de ejecución de muchas funciones físicas y mentales, alertividad mental y física extraordinarias (Rosenman, 1975).

La PTAB involucra disposiciones conductuales como la agresividad verbal (rara vez física), competitividad e impaciencia; conductas específicas como estados de alerta, tensión muscular, estilos vocales rápidos y enfáticos, aceleración en el ritmo de actividades; respuestas emocionales como irritación, hostilidad encubierta y aumento de enojo potencial. Un gran número de estudios (Rosenman, 1988; Carmelli & Rosenman, 1987; Friedman, 1984); han dado fuerte validez de constructo para la PTAB con hallazgos consistentes de que las personas Tipo A tienen más confianza en sí mismas, son más alertas, más controladores de sí mismos, ordenados, competitivos, agresivos, profundamente involucrados con su vocación, menos aptas para relajarse en el trabajo, no se distraen con facilidad, prefieren trabajar solos en sus retos, luchan para controlar su medio, son muy conscientes del tiempo, son impacientes, rápidos y hostiles.

Los individuos que no exhiben las conductas Tipo A se llaman Tipo B. Sin embargo, los Tipo B no solo se caracterizan por la ausencia relativa de conductas Tipo A, siendo menos agresivos, y mas relajados, sino que además tienen un estilo distinto de afrontar su medio que no los lleva a la impaciencia y el ajeteo de las conductas Tipo A, ó a las respuestas inapropiadas de agresión, competitividad, hostilidad y enojo.

El patrón conductual tipo A-B esta determinado por la relación entre la personalidad del sujeto y el medio ambiente en el que se desarrolla tanto en el trabajo como fuera de éste. El individuo puede percatarse o no de su propio patrón conductual. Por lo tanto, la evaluación del patrón conductual es mejor cuando se basa en la observación de un profesional entrenado que en la opinión subjetiva del propio sujeto. En general, los individuo exhiben varios grados diferentes de dos patrones.

El patrón conductual llamado tipo A es exhibido por personas impacientes y que siempre tienen prisa, son competitivos, agresivos, impulsivos y frecuentemente hostiles. El patrón conductual tipo B se caracteriza por presentar poca urgencia, despreocupación por el tiempo, poca competencia, relajación, poca impulsividad y agresión, y paciencia. Existe un patrón conductual intermedio, el patrón Tipo X, que se encuentra en individuos que exhiben características tanto Tipo A como Tipo B. Es generalmente posible clasificar de un 85 a un 90% de los sujetos como Tipo A o Tipo B.

El Tipo A-1

La persona Tipo A extrema (Tipo A-1) se encuentra crónicamente involucrada en una lucha interminable por lograr metas pobremente definidas contra todas las adversidades (impulso agresivo). Es una persona concienzuda y orientada al trabajo que constantemente trata de sobresalir en lo laboral y en otras actividades como deportes (competitividad). Trata de utilizar cada minuto del día en

actividades productivas y orientadas hacia una meta, pues considera otras actividades como pérdida de tiempo. Como frecuentemente se ve frustrado por las circunstancias, el tiempo o la gente que impiden su progreso, la persona Tipo A continúa su lucha con la creencia de que vencerá las dificultades y frecuentemente desarrolla la impaciencia y la sensación crónica de urgencia de tiempo (estar siempre de prisa) lo cual lo hace acelerado en todas sus actividades; ya sea al comer, al caminar, al hablar y se hace también excesivamente puntual y orientado en el tiempo.

Perfil

El individuo Tipo A camina atrabancado. Su cara se ve extraordinariamente alerta: esto es, sus ojos se ven muy vivos, rastrean rápidamente cualquier situación. Puede emplear una postura tensa, con los dientes y la mandíbula apretadas. Su sonrisa tiene una extensión lateral más que oval y su risa rara vez es abierta. Acostumbra mirar directamente a los ojos. Frecuentemente se sienta en la orilla de la silla. Puede estirar las piernas, cruzarlas o solo mantenerlas debajo de la silla.

Raramente tiene las manos sueltas con los dedos extendidos. Es muy dado a enfatizar poniendo la mano en puño al hablar, en especial cuando enfatiza un tema. Sólo pone el puño cuando habla, mas no cuando le hablan y en particular cuando se enoja o se inquieta. Puede dar la impresión de que está impaciente y puede hacer sentir incómoda a la gente lenta que está cerca de él. Cuando el entrevistador siente que el sujeto lo apresura en la entrevista, es muy probable que se trate de un Tipo A. Una de las formas en las que lo hace es apresurando las preguntas y las explicaciones del entrevistador contestando "sí, sí" casi antes de que el entrevistador termine la pregunta o utilizando expresiones como "Ya veo, ya veo", "Mm", "Bien, bien". Puede moverse alrededor del lugar o chasquear los dedos o pegar con el pie en el piso con impaciencia.

Su discurso no es necesariamente rápido, pero incluye entonaciones explosivas y se acelera en las oraciones largas. Tiende a enfatizar las palabras clave de las oraciones. Nunca habla en voz baja ni murmura y raramente hace pausas a la mitad de las oraciones. Cuando habla de un tema de su interés y se le interrumpe, siempre vuelve al punto del tema que le interesa.

Casi nunca escucha si no se habla de temas que lo interesen o se relacionen con su estilo de vida.

En ocasiones, puede admitir que está poseído por una urgencia temporal crónica y puede expresarse por ejemplo de la siguiente manera: "Si, quisiera que hubiera más tiempo para poder hacer las cosas, siempre me parece que no hay tiempo suficiente", "me gusta estar haciendo algo por ahí", "Me gusta que se hagan las cosas, no tiene caso andar perdiendo el tiempo", "No hay suficiente tiempo en el día". Admitirá que odia esperar en una fila. De hecho, evitará bancos, restaurantes y supermercados u otros lugares donde sabe que tiene que esperar en una fila. La persona Tipo A-1 revelará su sentido de competitividad en el trabajo, por ejemplo "Si no estás en continuo movimiento en el mundo de los negocios, te vas para abajo".

Odia perder cualquier tipo de competencia, aún con sus hijos: "Cuando juego, juego a ganar", "¿No es de eso de lo que se trata el juego?". No le gusta hacer cosas rutinarias en casa como limpiar y trapear. En breve, todo lo que no implique ganar algo que valga la pena no le interesa.

La persona Tipo A-1 posee un pensamiento rápido, "poliédrico y multifacético". Es decir que va de un tema a otro con rapidez y le desespera que sus interlocutores no le sigan el paso a sus pensamientos. Le gusta la gente que puede llegar al grano rápido y tiende a alentar a los demás, en especial a los miembros de su familia a hacerlo.

Resumen de Características

Después de varios años de exhibir un comportamiento competitivo y en lucha constante por lograr sus metas, los individuos Tipo A exhiben ciertos manierismos y conductas motoras que permiten identificarlos. Estas características son:

- 1.- Expresión general de vigor, confianza, energía y actitud alerta.
- 2.- Saludo y paso firmes.
- 3.- Voz fuerte y vigorosa.
- 4.- Respuestas breves.
- 5.- Falla en la pronunciación de la terminación de las palabras.
- 6.- Discurso rápido y aceleración del mismo en las oraciones largas.
- 7.- Discurso explosivo: discurso puntuado por ciertas palabras dichas enfáticamente estableciendo un patrón en el discurso. El discurso puede contener palabras a manera de juramentos.
- 8.- Interrumpe con respuestas rápidas y frecuentes antes de que su interlocutor termine de hablar o de preguntar.
- 9.- Apresuran el discurso con exclamaciones como "sí, sí", "correcto, correcto" o "mm, mm", o bien mueven la cabeza afirmativamente mientras la otra persona habla.
- 10.- Presenta reacciones vehementes a las preguntas relacionadas con la pérdida de tiempo (hacer fila, manejar lento, etc.)
- 11.- Utiliza el puño cerrado o el dedo índice para enfatizar al final de sus oraciones.
- 12.- Frecuentemente suspira, en especial cuando habla de su trabajo. No confundir este tipo de suspiro con el suspiro de una persona deprimida.
- 13.- Hostilidad dirigida al entrevistador o a los tópicos de la entrevista.
- 14.- Frecuentes respuestas abruptas y enfáticas de una sola palabra: ¡Sí!, ¡Nunca!, ¡Definitivamente!, ¡Absolutamente!, etc.

El Tipo A-2

No todas las personas Tipo A son agresivas, competitivas y orientadas al logro. Hay personas más conscientes que sin embargo el medio les demanda estar a prisa y en aceleración constante. Por ejemplo, un empleado de teléfonos, un técnico de T.V, etc. pueden no haber sido originalmente personas Tipo A, pero el medio ambiente demandante de una constante necesidad de hacer las cosas rápido y bajo presión, lo hacen convertirse en un Tipo A. Esta es posiblemente la razón de la existencia de un Tipo A menos exagerado, al cual llamamos Tipo A-2. Es posible visualizar como un Tipo B se convierte en Tipo A si el individuo trabaja en una línea de producción, si es pagado con base a la cantidad de piezas que produce, o si es un taxista en una ciudad moderna.

Resumen de Características

- 1.- Impresión general de vigor y energía pero no excesiva como en una persona Tipo A-I.
- 2.- Saludo y paso firmes pero sin mucha impaciencia.
- 3.- Tono alto de voz en promedio, cambiando de tono durante la conversación bajando el volumen de voz pero no consistentemente.
- 4.- Respuestas cortas pero no abruptas, ni tensas, ni de una sola palabra.
- 5.- En ocasiones es posible evidenciar una falla en la pronunciación de la terminación de las palabras.
- 6.- Discurso rápido o acelerado especialmente en oraciones largas.
- 7.- Discurso explosivo en algunas ocasiones.
- 8.- Interrupciones a las preguntas del entrevistador.
- 9.- Apresuran el discurso con comentarios como "sí, sí", "correcto, correcto" o "mm, mm", o bien mueven la cabeza asertivamente mientras la otra persona habla.

- 10.- Ocasionalmente presentan reacciones vehementes a las preguntas relacionadas con la pérdida de tiempo (hacer fila, manejar lento, etc.)
- 11.- Raramente utiliza el puño cerrado o el dedo índice para apuntar mientras habla.
- 12.- Ocasionalmente suspira.
- 13.- En pocas ocasiones muestra hostilidad contra el entrevistador o los tópicos de la entrevista; sin embargo, detesta esperar en fila o quedar atrapado en el tráfico.
- 14.- Ocasionalmente emite respuestas abruptas y enfáticas de una sola palabra: ¡Sí!, ¡Nunca!, ¡Definitivamente!, ¡Absolutamente!, etc.

El Tipo B

La persona Tipo B no puede ser descrita como la antítesis de la persona Tipo A, pues presenta los mismos rasgos que ésta pero sin la exageración característica de los Tipo A. Tampoco se encuentran estas características todas juntas en el Tipo B como sucede en el Tipo A. A manera de analogía, la persona Tipo B posee una "temperatura corporal normal", mientras que la persona Tipo A tiene "fiebre". La persona Tipo B no vive en lucha continua contra el tiempo aunque en ocasiones sienta algo de presión temporal. No es enteramente competitivo y mientras lleva a cabo sus ambiciones, llega a sus metas en una forma no agresiva.

El verdadero Tipo B es aquel que jamás le ha importado competir contra el tiempo o competir en exceso. Por supuesto que puede haber sido un buen estudiante o un excelente pensador. Puede trabajar por mucho tiempo, pero sin sentir la necesidad de comprimir el tiempo y hacer más cada día. A diferencia del Tipo A, el Tipo B piensa que hay suficiente tiempo para hacer lo que desea hacer. La persona Tipo B generalmente está satisfecho con su estatus tanto económico

como social. En general, su comportamiento sugiere relajación, contento y falta de prisa.

Perfil

El rostro de una persona Tipo B es de expresión relajada, con los labios también relajados y sin tensión muscular. Su sonrisa y su risa son amplias. Puede tener una cara inteligente, sin hostilidad.

Acostumbra sentarse relajado, recargado en la silla. Da la impresión de encontrarse cómodamente sentado preparado para pasar ahí un buen rato. Sus manos generalmente las mantiene sueltas, con los dedos relajados; nunca empuña la mano. Puede dar un saludo de mano gentil, un poco nervioso y rápido.

No da la impresión de estar impaciente. Da la impresión de que el mismo entrevistador puede relajarse con él. Raramente tratará de terminar las oraciones del entrevistador o dirá "sí, sí" o "mm, mm" antes que el entrevistador termine sus oraciones.

Su discurso no es rápido ni necesariamente lento. Pero puede dudar al comenzar una oración o a la mitad de una respuesta para pensar antes de terminarla. Puede hablar pausadamente o no, puede sonreír durante la plática; si está hablando de un tema de su interés, y es interrumpido, rara vez regresa al tema por sí mismo.

Puede admitir que en ocasiones siente una urgencia por el tiempo, pero sin vehemencia excesiva o discurso explosivo. No tiene sentimientos de culpa por las actividades no orientadas al logro. No disfruta al acelerar su paso en el trabajo o al trabajar bajo presión. Puede reír y decir algo como "Después de todo, es solo un juego, me agrada el compañerismo o el gusto de patear la pelota, no me importa ganar o la calificación". Es apto para hacer más rutinas en casa, sin

tener una meta o motivo principal. No le importa si una persona tarda mucho para expresarse; el individuo Tipo B solo se relaja y espera.

Si su trabajo requiere cavilación, el individuo Tipo B puede sentarse a pensar las cosas antes de tomar decisiones. De hecho, muchos altos ejecutivos son Tipo B. Tiende a quedarse una vez terminada la entrevista y en ocasiones exclama "¡eso es todo!" Puede mostrarse interesado en el proyecto y hacer preguntas al respecto, inclusive puede hacer sugerencias. Si se le habla de temas que le interesan al interlocutor, la persona Tipo B suele interesarse también. Sabe escuchar y comprender.

Resumen de Características

A pesar de que el Tipo B se da en varios grados, no es necesario en este caso hacer las distinciones entre los grados. Una preponderancia de características Tipo B asignan a la persona a la categoría B. Las características conductuales y motoras del Tipo B son:

- 1.- Expresión general de relajación, calma y atención.
- 2.- Saludo gentil y paso moderado o lento.
- 3.- Voz melosa, a veces en volumen bajo.
- 4.- Respuestas largas.
- 5.- No presenta fallas al terminar las oraciones.
- 6.- Respuestas verbales lentas y pausadas, sin aceleración al final de las oraciones.
- 7.- Discurso casi monótono, sin explosiones.
- 8.- Raramente interrumpe a su interlocutor.
- 9.- No presenta prisa al hablar.
- 10.- No presenta reacciones vehementes ante situaciones de pérdida de tiempo.
- 11.- Jamás utiliza el puño o el dedo índice para enfatizar.
- 12.- Raramente suspira a menos que esté hiperventilando y mostrando ansiedad nerviosa.

- 13.- Nunca o raramente se observa hostilidad.
- 14.- Ausencia de respuestas enfáticas o de una sola palabra.

El Tipo X

Ocasionalmente, un individuo puede poseer características tanto de Tipo A como de Tipo B. Este fenómeno ejemplifica que no todas las personas pueden categorizarse como Tipo A o Tipo B. El Tipo X no es ni puramente Tipo A ni puramente Tipo B.

Descripción de la Entrevista Estructurada para el análisis del patrón conductual tipo A-B (PTAB)

En la literatura actual existen dos métodos aceptados por consenso (Snyder, 1989) que se emplean para medir la conducta tipo A, uno es la entrevista estructurada (Rosenman, Friedman, Strauss, Wurm, Kosichick, Hann & Werthessen, 1975; Nava, Hernández-Pozo, Garrido, Huichan, Núñez, Vázquez, & Campos, 1998) y el otro son los cuestionarios autodescriptivos (Jenkins, Rosenman & Friedman, 1967).

Se desarrolló una entrevista estructurada (EE) para evaluar la PTAB en el Grupo de Estudio colaborativo del Oeste. A pesar de que se provee de una fuerte validez de constructo para PTAB y correlaciones con varias medidas psicométricas como la Lista de Adjetivos de Gough y el Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone, los errores de apreciación limitan la habilidad de los cuestionarios de autoreporte para sustituir la EE.

Se ha intentado desarrollar cuestionarios para sustituir la EE, como la Encuesta de Actividad de Jenkins, la Escala Bortner, la Escala de Framingham para Tipo A, y la Escala de Vickers. Sin embargo, estos cuestionarios son de autoreporte y se

refieren a la percepción individual de actitudes, atributos y actividades del sujeto, más que a su conducta. Además, los ítemes de contenido presentan importantes diferencias culturales, por lo que es difícil su adaptación transcultural. Por otro lado, los autoreportes no pueden capturar los estilos y conductas psicomotoras que son esenciales para la evaluación de la PTAB y no evalúan la competitividad conductual ni la hostilidad del tipo A. Las medidas de auto reporte pueden ser útiles para poblaciones grandes, pero no son muy buenas para la evaluación individual.

La entrevista estructurada se diseñó con el propósito de aportar un escenario de provocación en donde se puede evaluar el estilo de respuesta y la conducta del individuo. El diseño permite a un entrevistador entrenado evaluar la relativa presencia o ausencia de signos motores y estilos verbales característicos así como otros Comportamientos Tipo A como el grado de impulsividad y ambición, el grado de competitividad, agresividad y hostilidad conductual pasada y actual; y el grado de impaciencia, la sensación de urgencia temporal y conductas apresuradas.

Los observadores entrenados pueden ver durante la EE el comportamiento actual Tipo A relacionado con los aspectos cotidianos del sujeto, así como sus respuestas ante las adversidades. Además, como se trata de una entrevista de reto, permite evaluar mejor los rasgos de constructo de la PTAB como ocurren en el medio normal, asociados con las respuestas ante situaciones estresantes cotidianas. Finalmente, se ha encontrado que la EE tiene una fuerte relación predictiva con la Enfermedad Arterial Coronaria y la Enfermedad Cardíaca Coronaria.

Con entrevistadores capacitados la EE aporta evaluaciones confiables y estables en el tiempo. Los entrevistadores aprenden a provocar a los sujetos y a ser flexibles durante la entrevista así como a variarla con interrupciones frecuentes y otras irritaciones diseñadas para probar la impaciencia del sujeto así como su hostilidad y otras conductas Tipo A.

Es posible notar que algunas preguntas de la entrevista son importantes por el contenido de las respuestas, mientras que otras van dirigidas hacia el grado de impulsividad y ambición del entrevistado así como su agresividad, competitividad, sentimientos hostiles, urgencia temporal e impaciencia. Algunas preguntas se enfocan específicamente a explorar el discurso apresurado.

Se enfatiza que, a pesar de estar interesados en las respuestas del sujeto a las preguntas, una evaluación correcta depende más de las cualidades motoras y emocionales que acompañan las respuestas que de el contenido de las respuestas en si.

El PTAB involucra disposiciones conductuales como la agresividad, competitividad e impaciencia; conductas específicas como tensión muscular, estilos vocales rápidos y enfáticos, aceleración en el ritmo de actividades; respuestas emocionales como irritación, hostilidad encubierta y aumento de enojo potencial. Algunos estudios (Hernández-Pozo, Serrano, Méndez, Montes & Rodríguez, 1992; Hernández Pozo, Hermosillo & Osório, 1996; Hernández Pozo, 1996) han valorado en forma no verbal algunos componentes claves del PTAB como urgencia bajo programas de reforzamiento diferencial de tasas bajas, reactividad fisiológica y tolerancia a la frustración en ausencia reforzamiento en poblaciones extremas que incluyen deportistas, pacientes con cáncer, científicos, amas de casa, ejecutivos, estudiantes con altas o bajas ejecuciones académicas.

La entrevista se utiliza para evaluar la presencia de un patrón conductual que a lo largo del uso de esta técnica, se ha encontrado que está independientemente asociado con la Enfermedad Cardíaca Coronaria y riesgo de arteriosclerosis coronaria. Al parecer, el patrón conductual de casi todos los individuos es estable a través del tiempo. En los sujetos del WCGS¹, el 80% mostraron evaluaciones similares con el método de la entrevista en un período de 12 a 20 meses. Los individuos Tipo A pueden alterar temporalmente su patrón conductual cuando están de vacaciones, o cuando han sido hospitalizados por enfermedades

¹ Investigaciones de la Universidad de Wisconsin

agudas, incluyendo las consecuencias de la Enfermedad Cardíaca Coronaria clínico.

Se ha encontrado contabilidad categórica en un 84% sobre la evaluación del comportamiento en un grupo de entrevistas del WCGS entre Rosenman y Jenkins y un 83 % entre Rosenman y Belmaker en 84 participantes en el Estudio de Intervención Tipo 11. La confiabilidad en el Estudio de Cleveland fue de 79% y de 75 a 77% en los estudios de Caffrey y asociados. El control más rígido se logró en el Experimento de Intervención de Factores Múltiples de Riesgo (MRFIT) en el que dos auditores del Instituto Harold Brunn evaluaron las entrevistas grabadas de todos los participantes en cinco centros MRFIT. En los primeros 2,198 sujetos, se observó una contabilidad categórica del 83.5 % con un rango del 81 al 85 % entre los cinco entrevistadores de campo y los dos auditores.

Una cuestión importante es que el patrón conductual del sujeto puede influenciar la técnica del entrevistador y más aún, los estilos y manierismos del discurso del mismo pueden influenciar significativamente las respuestas del sujeto. A pesar de que esto no ha sido estudiado a fondo, las investigaciones de la Universidad de Wisconsin sugieren que estos factores influyen muy poco o nada en el comportamiento del sujeto.

En México la validación que se hace de esta prueba es interjueces, existiendo ya un primer antecedente en diversos tipos de población mexicana (Nava, Hernández-Pozo, Garrido, Huichan, Núñez, Vázquez, & Campos, 1998)

La calificación se realiza con tres jueces entrenados en forma previa, los cuales analizan en forma independiente cada entrevista grabada, registrando sus observaciones en una hoja de respuestas (ver anexos) para, posteriormente obtener una confiabilidad interjueces mínima de .80 de lo contrario se vuelve a calificar la entrevista hasta obtener el puntaje aceptado.

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Algunas tendencias conductuales han sido objeto de estudio por los especialistas por su importancia como factores de riesgo en salud, la ejecución académica y laboral. Tal es el caso de la tolerancia a la frustración, un elemento singular, estudiado como componente de la conducta tipo "A", que juega un papel en la etiología de disfunciones cardiovasculares (Friedman & Rosenman, 1974).

La tolerancia a la frustración se caracteriza como la disposición de un sujeto a persistir en responder en una situación no contingente, es decir, en la que no existe relación entre su comportamiento y las consecuencias de su conducta.

Existen varias maneras de medir las tendencias comportamentales asociadas al patrón conductual tipo A entre ellas, tolerancia a la frustración.

Una manera consiste en enfrentar a el sujeto a una situación de simulación computarizada con un paradigma de extinción en el cual el sujeto esta representado en la pantalla por un corredor que puede moverse hacia arriba y/o hacia abajo teniendo cuarenta teclas del teclado estándar de la computadora para emitir sus respuestas.. (Hernández-Pozo, 1997; Hernández Pozo, Harzem 1990; Hernández-Pozo, Serrano, Méndez, Montes & Rodríguez, 1992)

Al ser éste un dispositivo multioperante se obtienen las siguientes medidas de variabilidad operante:

Total de respuestas: entendida como el número de respuestas emitidas durante la sesión, es decir el total de veces que el sujeto presionó alguna tecla de las cuarenta habilitadas para contestar;

Tiempo entre respuestas (TER): El promedio de tiempo transcurrido entre una respuesta y otra.

Patrón del polígono de frecuencia: El patrón de respuestas puede describirse cualitativamente en términos de alto constante, bajo constante, alto variable y bajo variable, de acuerdo a la ejecución presentada en un polígono de frecuencia donde las respuestas se representan en la abscisa y el tiempo se grafica en la ordenada.

Media: tiempo total de la sesión dividido entre el número total de respuestas.
Desviación estándar: La variación que puede tener el tiempo con respecto a la media.

Una situación multioperanda involucra la disponibilidad simultánea de dos o más operandos que pueden ser empleados en forma equivalente para alcanzar la emisión de respuestas que satisfacerán al programa de reforzamiento vigente.

Con este tipo de programas se trabaja con patrones, que son macrorespuestas, definidas como una secuencia de respuestas con un número fijo de elementos, y una duración particular, con límites inferiores y superiores, donde el orden de los elementos constituye una característica de identificación del patrón, así una secuencia ABCD, diferirá de otra ACDB.

Número de patrones numéricos emitidos (Patnum); Total de patrones diferentes emitidos durante la sesión siendo las características del patrón que contenga cuatro elementos y que sean emitidos en un tiempo mínimo de 2 segundos y un tiempo máximo de tres.

Frecuencia de un patrón (Patfrec), valor máximo de veces que un patrón se emitió durante la sesión.

Porcentaje de caos (caospor) Total de patrones diferentes emitidos en una sesión, que ocurrieron con frecuencia igual a uno, es decir, que no se repitieron.

Estereotipograma. calificación cualitativa de la generación de patrones que se obtiene al representar gráficamente a los mismos, usando la ordenada para el tiempo y la abscisa para la cronología de ocurrencia de los patrones.

El segundo método aceptado por consenso en la literatura actual (Snyder, 1989) empleado para medir la conducta tipo A, son los cuestionarios autodescriptivos (Jenkins, Rosenman & Friedman, 1967)

Hernández Pozo y Col. (1996) desarrollaron un cuestionario autodescriptivo que evalúa la tolerancia a la frustración a través de 14 preguntas las cuales se

califican como verdadero o falso, presentando una serie de situaciones frustrantes para la persona.

El cuestionario TOFU se validó con población mexicana siendo la *n* de sujetos igual a 1077 adultos agrupados en diferentes características de la siguiente manera: 1) Población general de bajos recursos 320 mujeres y 20 hombres 2) Estudiantes universitarios 108 mujeres y 56 hombres de la facultad de psicología o de la ENEP Iztacala; 3) deportistas de alto rendimiento 112 mujeres y 121 hombres pertenecientes al grupo de atletas mexicanos becados por su rendimiento deportivo por la comisión nacional del deporte; 4) deportistas de silla de ruedas del equipo de la UNAM, 11 personas 6 hombres y 5 mujeres; 5) mujeres embarazadas que de acuerdo con una entrevista planearon su preñez, 219 y 110 que no la planearon.

La versión inicial de la prueba constó de 43 preguntas, que debían ser contestadas con un sí o un no. Después de la eliminación de los reactivos que no cubrieron los criterios estadísticos ni de confiabilidad, se integró una versión de esta prueba que constó de 14 reactivos.

Los resultados se analizaron de acuerdo a la subdivisión en los siguientes grupos: I población general femenina. II población general masculina, III Estudiantes universitarios femeninos, IV estudiantes universitarios masculinos, V Deportistas de alto rendimiento femeninos, VI Deportistas de alto rendimiento masculinos. VII Deportistas universitarios de silla de ruedas ambos géneros, VIII mujeres con embarazo planeado, IX mujeres identificadas con embarazo no planeado. Se seleccionaron estos grupos de acuerdo a expectativas de que por sus características, esos grupos representarían calificaciones extremas en cuanto a esta disposición comportamental, así, se pensaba que los deportistas de alto rendimiento exhibirían índices bajos de tolerancia a la frustración mientras que los atletas de silla de ruedas, mostrarían valores elevados de tolerancia. Por otro lado, las mujeres identificadas con embarazo no planeado mostrarían mayor tolerancia que las que sí lo planearon. Los estudiantes universitarios se distinguirían de la población general por su entrenamiento, reflejándose esto en

sus indicaciones de tolerancia a la frustración. Convenía entonces, bajo estos supuestos, realizar los análisis en forma diferencial para los subgrupos, con el fin de retener los reactivos que produjeron diferencias entre los mismos y en lo posible, realizar análisis por sexo dentro de cada subgrupo así como en forma generalizada, para constatar la hipótesis de que existen tendencias diferenciales asociadas a el género en este terreno.

El criterio de selección de un ítem de la prueba original consistió en cumplir con las siguientes tres condiciones: a) tener un % de respuestas verdaderas que oscilara entre 15 y 85 al menos en 6 de los 9 subgrupos; b) tener un % de omisiones inferior al 20% en al menos 7 de los 9 subgrupos y c) tener correlaciones biseriales superiores al .40 al menos 2 de los subgrupos. Por el fraseo de las preguntas, las respuestas negativas representaran calificaciones de intolerancia a la frustración, de ahí los valores negativos de las correlaciones biseriales. Era necesario cumplir con los tres requisitos mencionados para que un ítem fuera admitido como parte del cuestionario depurado, de la versión original quedaron 14 reactivos.

La confiabilidad se calculó para cada subpoblación mediante el coeficiente de correlación de Pearson obtenido al comparar la calificación por cada sujeto resultado de calcular la sumatoria de los reactivos nones, versus la sumatoria de los reactivos pares. El índice de confiabilidad global para el cuestionario de 14 ítemes depurados fue de .6239, al .001.

EXPRESION DE LA IRA:

Otra disposición conductual del La PTAB es la agresividad verbal (rara vez física), caracterizada por tensión muscular, estilos vocales enfáticos, respuestas emocionales como irritación, hostilidad encubierta y aumento de enojo potencial. (Rosenman, 1988; Carmelli & Rosenman, 1987; Friedman, 1984).

Se han realizado estudios en enfermedades crónicas como cáncer (Temoshock, 1987) para determinar el papel que juegan factores como la expresión de la ira en la evolución de la enfermedad encontrando en estos pacientes una inhabilidad para expresar emociones negativas (Greer & Morris, 1975; Pettingale, Greer & tee, 1977; Morris et al, 1981; Jansen & Muenz, 1984).

La expresión de la ira de acuerdo a el patrón conductual tipo A-B incluye entonaciones explosivas, enfatizamiento de las palabras clave de las oraciones. Rara vez hablará en voz baja ni murmurando y raramente hace pausas a la mitad de las oraciones. Cuando el sujeto habla de un tema de interés y se le interrumpe, siempre vuelve al punto del tema que le interesa.

Casi nunca escucha si no se habla de temas que lo interesen o se relacionen con su estilo de vida.

Este estilo se puede medir en varias formas, creando un escenario controlado de provocación donde se hagan emerger el tipo de respuestas verbales y motoras asociadas a la expresión de la ira, la Entrevista Estructurada crea este escenario controlado.

El segundo método aceptado por concenso en la literatura actual (Snyder, 1989) empleado para medir la conducta tipo A, son los cuestionarios autodescriptivos (Jenkins, Rosenman & Friedman, 1967)

Hernández Pozo y Col. (1995) desarrollaron un cuestionario autodescriptivo que evalúa la Expresión de la Ira a través de 17 preguntas las cuales se califican como verdadero o falso, presentando una serie de situaciones de hostilidad para la persona.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura actual acerca del LES reporta una multiplicidad de factores que pueden desencadenar los signos y síntomas de esta enfermedad, algunos de estos factores están en amplia relación con un aprendizaje social de patrones de conducta. En investigaciones afines en enfermedades crónicas se han encontrado patrones de conducta específicos que pueden servir como predictores para la presentación de la patología y su evolución; así en cáncer ha surgido la noción de conducta tipo "C" como un conglomerado de características comportamentales que probablemente sean precursoras de las oncopatías (Temoshok en Hernández Pozo, 1997) e incluye aspectos como la inhabilidad para expresar emociones negativas.

Así diversas enfermedades manifiestan patrones específicos de conducta hasta ahora poco explorados por lo que esta investigación explora la relación que existe entre el patrón conductual tipo A-B, la agresividad entendida como expresión de la ira, tolerancia a la frustración, y el Lupus Eritematoso Sistémico.

OBJETIVO.

El objetivo de la investigación fue identificar la presencia de características de conductas tipo A y compararla entre un grupo de pacientes con LES y un grupo control.

Identificar si el estilo verbal y no verbal de tolerancia a la frustración es diferente en pacientes con LES comparados en sus respuestas con un grupo control.

Identificar si el estilo verbal y no verbal de expresión de la ira es diferente en pacientes con LES comparados en sus respuestas con un grupo control.

Estos estilos conductuales pueden estar asociados a una serie de cambios de tipo emocional que no son observables directamente (Wright, 1992), por lo que se analizó la reactividad fisiológica de los sujetos ante las ejecuciones registrando las medidas fisiológicas de Tensión arterial, pulso, respuesta galvánica de la piel (RGP) y temperatura periférica en los dos grupos ya que de acuerdo a la literatura (Rosenman, 1988) se ven afectados en sujetos con tendencias de PTAB y bajo el paradigma de tolerancia a la frustración y expresión de la ira

HIPÓTESIS.

Hipótesis metodológica:

Los pacientes con LES tienen una respuesta de tolerancia a la frustración, expresión de la ira y patrones de conductas Tipo A distintas que las personas sin LES.

Hipótesis de trabajo.

Los pacientes con LES presentarán niveles más bajos de tolerancia a la frustración

Los pacientes con LES presentarán niveles más altos de expresión de la ira.

los pacientes con LES manifestarán más características del patrón de conducta tipo A

Hipótesis estadísticas:

Ho. No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de tolerancia a la frustración.

Hi. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de tolerancia a la frustración.

Ho. No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de tolerancia a la frustración.

Hi. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de tolerancia a la frustración.

Ho. No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de expresión de la ira.

Hi. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de expresión de la ira.

Ho. No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de expresión de la ira.

Hi. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de expresión de la ira.

Ho. No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas de conducta tipo A.

Hi. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas de conducta tipo A.

VARIABLES.

Variables Independientes.

Lupus Eritematoso Sistémico. Medido según el protocolo internacional SLEDAI por nivel de actividad (activo o no activo), y la actividad en caso de existir a nivel sistémico (riñón, pulmón, corazón, sistema nervioso central u otro).

Sexo (mujeres)

Variables Dependientes.

Respuestas verbales y no verbales de tolerancia a la frustración.

Respuestas verbales y no verbales de expresión de la ira

Respuestas no verbales de Conducta tipo A..

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Variables Independientes:

Lupus Eritematoso Sistémico (LES): Enfermedad autoinmune, crónica y de origen desconocido, afecta a mujeres en proporción de 10 a 1 en relación a el hombre, teniendo su mayor frecuencia se encuentra entre mujeres de 20 a 40 años, se caracteriza por la formación de anticuerpos y una gran diversidad de manifestaciones clínicas inflamatorias mediadas por mecanismos inmunológicos.

Los órganos blanco mayores o principales de la enfermedad son la piel, las membranas serosas, la médula ósea, los riñones y el cerebro. La expresión clínica y la gravedad de la patología de estos órganos es diversa. Hasta la fecha se ignora la etiología de la enfermedad (Martínez-Elizondo, 1995).

Variables Dependientes:

RESPUESTAS VERBALES DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

Definición Conceptual: Por la construcción del cuestionario TOFU las respuestas verdadero constituyen un respuestas asociadas a un nivel mayor de tolerancia a la Frustración, las respuestas falsas denotan un nivel menor de Tolerancia a la frustración, además de comparación estadística.

Definición Operacional: Respuestas a el cuestionario Tolerancia a la frustración (TOFU)

RESPUESTAS NO VERBALES DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

Definición Conceptual: El videojuego de tolerancia a la frustración funciona bajo un programa de extinción, es decir una situación no contingente, por lo que el mantenimiento del nivel de respuestas, variabilidad conductual y tiempos entre respuestas cortos son indicadores de niveles altos de tolerancia a la frustración, contrario a esto, un descenso en el número de respuestas, la variabilidad y aumento en el tiempo entre respuestas se asocia a un nivel bajo de tolerancia a la frustración.

Definición Operacional: Respuestas emitidas en el videojuego de tolerancia a la Frustración

RESPUESTAS VERBALES DE EXPRESIÓN DE LA IRA

Definición Conceptual: Por la construcción del cuestionario EXIR las respuestas verdadero constituyen un respuestas asociadas a un nivel mayor de expresión de la ira, las respuestas falsas denotan un nivel menor de expresión de la ira, además de comparación estadística.

Definición Operacional: Respuestas a el cuestionario de expresión de la ira (EXIR)

RESPUESTAS NO VERBALES DE EXPRESIÓN DE LA IRA

Definición Conceptual: Las tres fases de la Entrevista estructurada (EE) pueden concebirse como una exposición en grado ascendente a sondeo de expresión de ira, por lo que el aumento en los siguientes indicadores muestra un aumento en la expresión de la ira: calidad de voz fuerte, expresión facial expresiva, mandíbula tensa, risa franca, apretar puño, actitud de enojo, termina frases del experimentador, latencia de respuesta alta, mantener el contacto visual enfatizar al hablar y apretar labios.

Definición Operacional: Indicadores metalingüísticos asociados a la Entrevista estructurada

RESPUESTAS NO VERBALES DE CONDUCTA TIPO A

Definición Conceptual: El patrón conductual Tipo A-B (PTAB) se define como complejos emotivo-conductuales que los individuos utilizan para enfrentarse a su medio. El tipo "A" se caracteriza por un intenso impulso de llevar a cabo metas específicas pero poco definidas, una profunda inclinación y deseo de competencia, un deseo persistente de reconocimiento y progreso, involucramiento continuo en diversas funciones sujetas a restricciones de tiempo, una propensión habitual para acelerar la tasa de ejecución de muchas funciones físicas y mentales, alertividad mental y física extraordinarias (Rosenman, 1975).

La entrevista estructurada aporta un escenario de provocación en donde se puede evaluar el estilo de respuesta y la conducta del individuo. El diseño permite a un entrevistador entrenado evaluar la relativa presencia o ausencia de signos motores y estilos verbales característicos así como otros comportamientos Tipo A como el grado de impulsividad y ambición, el grado de competitividad, agresividad y hostilidad conductual pasada y actual; y el grado de impaciencia, la sensación de urgencia temporal y conductas apresuradas, caracterizados por los siguientes indicadores metalingüísticos: habla apresurada, calidad de voz promedio o fuerte, expresiones faciales con boca lateral, mandíbula tensa, sonrisas laterales, suspiros entrecortados (por hiperventilación), actitud de impaciencia, actitud de enojo, terminar frases del entrevistador, responder rápido a las preguntas, enfatizar las respuestas (usualmente junto con el puño apretado), mantener el contacto visual al contestar y apretar labios.

Definición Operacional: Indicadores metalingüísticos asociados a la entrevista estructurada

TIPO DE ESTUDIO.

Se desarrolló un pseudoexperimento de tipo exploratorio cuya finalidad fue conocer factores comportamentales relacionados con el LES rastreando posterior a esto la distribución de estas tendencias de acuerdo a variables como el nivel de actividad y el sitio de manifestación en caso de actividad sistémica de la enfermedad.

METODOLOGÍA.

SUJETOS.

La n total fue de 110 sujetos, 55 experimentales y 55 controles.

Se realizó un muestreo intencional para conformar dos grupos.

El primero de ellos se formó por 55 mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 50 años con Lupus eritematoso sistémico (LES) cuyo diagnóstico fue determinado por el departamento de reumatología del Hospital de especialidades médicas IMSS de la Cd. de León, Guanajuato con base en la escala SLEDAI (Bombardier, 1992).

El segundo grupo, el control, se determinó por las características del experimental, ya que las características escogidas resultan determinantes en la enfermedad realizándose un proceso de grupos igualados. Por cada sujeto experimental se igualó en el control las características de: Sexo (la literatura reporta una incidencia de 10:1 en mujeres contra hombres); Edad +/- 2 años, (la mayor cantidad de los pacientes con LES se encuentran entre los 20 y los 50 años por lo que es el parámetro más común de edad a investigar); Estatus marital, condición de tener o no hijos (siendo ésta característica muy importante ya que uno de los factores de riesgo asociados a la activación del LES es el postparto específicamente el periodo posterior a los tres meses).

Por lo tanto, si el sujeto experimental era una mujer de 30 años casada y con 2 hijos se buscaba un sujeto control de 28 a 32 años como máximo, casada y con hijos esto para poder acercar las características del control a las situaciones de

riesgo del experimental en la vida diaria buscando acercar al control a la situación de riesgo del experimental (Martínez-Elizondo, 1995).

La media de edad del grupo LES fue de 32.818 años ($\sigma = 7.474$) mientras que la media del grupo control fue de 32.473 ($\sigma = 8.217$).

MATERIAL.

Se usaron cuatro instrumentos y una escala médica adicional:

1. Entrevista estructurada de Rosenman y Friedman (versión modificada)

La entrevista estructurada es un instrumento creado por Friedman y Rosenman (1961) para medir Conducta tipo A con un énfasis en la detección de la tendencia a la agresividad en pacientes con infarto al miocardio.

En esta investigación se usó una versión modificada de la entrevista que consistió en una cuantificación de categorías de respuesta no verbales acompañados de cambios en el monitoreo fisiológico y una tercera parte de entrevista con la finalidad de explorar las respuestas no verbales de expresión de la ira en los sujetos.

Cada una de las fases de la entrevista se filmó para realizar un análisis de categorías no verbales por pregunta y por fase.

En la primera fase de la entrevista se filmó al sujeto mientras se le hacían una serie de preguntas neutras; esto, con el fin de que el sujeto se habituara a la situación de filmación y obtener una línea base de sus respuestas y medidas fisiológicas

Las preguntas de la segunda parte son orientadas a provocar conductas del tipo "A" para realizar un análisis de categorías no verbales por pregunta.

la tercera parte consiste en una serie de preguntas tendientes a explorar las reacciones de expresión de la ira de los sujetos.

Material:

- ⇒ Videocámara VHS compact, con tripie
- ⇒ Cassettes VHS compact
- ⇒ Baumanómetro

- ⇒ Estetoscopio
- ⇒ Termómetro digital
- ⇒ Voltímetro digital (puesto en Oms = 2000)
- ⇒ Para codificar las respuestas se usó una hoja de codificación de patrones conductuales (ver anexos).

2. Video juego computarizado "tolerancia a la frustración".

Se trata de un programa de simulación computarizada con un paradigma de extinción en el cual el sujeto esta representado en la pantalla por un corredor que puede moverse hacia arriba y/o hacia abajo teniendo cuarenta teclas del teclado estándar de la computadora para emitir sus respuestas (figura 2):

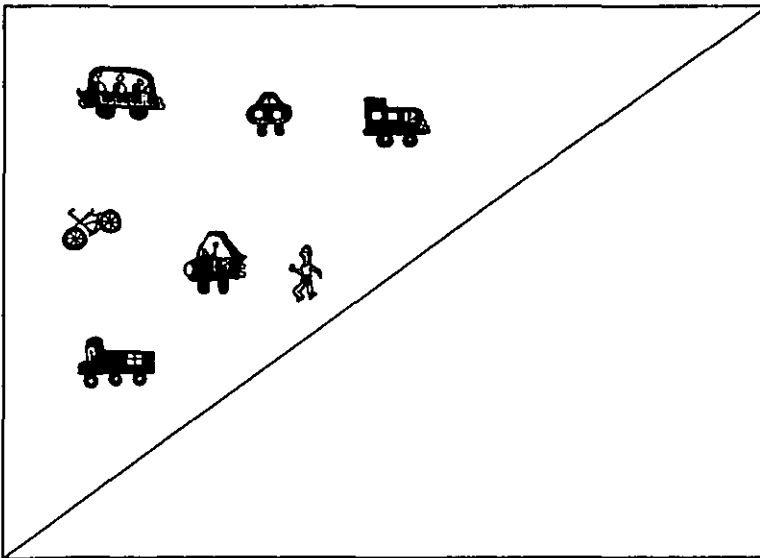


Figura 2

Aparecen al inicio del juego las siguientes instrucciones: "Usted estará representado en la pantalla por un corredor que puede moverse hacia arriba o hacia abajo usando las teclas de color, el objetivo del juego es ganar tantos puntos como usted pueda durante la sesión pero usted debe descubrir cual es la manera de ganarlos. Al responder sobre una tecla, no la mantenga apretada, solo oprímala y suéltela".

Material:

- ⇒ Computadora portátil
- ⇒ Baumanómetro
- ⇒ Estetoscopio
- ⇒ Termómetro digital
- ⇒ Voltímetro digital (puesto en Oms = 2000)

3. Cuestionario tolerancia a la frustración (TOFU)

Este cuestionario (Hernández Pozo, Hermosillo & Osorio, 1996). consta de 14 preguntas las cuales se califican como verdadero o falso, presenta una serie de situaciones frustrantes para la persona y se obtiene un reporte verbal de su conducta.

Material:

- ⇒ Cuestionario TOFU
- ⇒ Hojas de respuesta (ver anexos)
- ⇒ Lápices.

3. Cuestionario *Expresión de la Ira (EXIR)*

Este cuestionario (Hernández Pozo, Hermosillo & Osorio, 1995). consta de 17 preguntas las cuales se califican como verdadero o falso, presenta una serie de situaciones de hostilidad para la persona y se obtiene un reporte verbal de su expresión de la ira.

Material:

- ⇒ Cuestionario EXIR
- ⇒ Hojas de respuesta (ver anexos)
- ⇒ Lápices.

4. *Escala SLEDAI. (uso exclusivo del reumatólogo)*

Protocolo a nivel internacional para clasificar el LES (Bombardier, 1992) determina el nivel de actividad y en que sistema

Material:

- ⇒ Escala SLEDAI

PROCEDIMIENTO.

Las sesiones se realizaron en un salón con adecuada iluminación y ventilación, previamente se instaló una cámara de video en un lugar claramente visible.

Las sesiones fueron individuales con una duración de aproximadamente 1 ½ horas y se llevaron a cabo de la siguiente manera.

1.- Se comenzó con un breve report para crear la confianza necesaria (5 min. en promedio)

2.- Se aplicó al sujeto el videojuego de tolerancia a la frustración tomando al inicio y final del juego las medidas de tensión arterial, pulso, respuesta galvánica de la piel y temperatura periférica, estas medidas se registraron en una hoja de registro (ver anexos)

3.- Se aplicó el cuestionario TOFU.

4.- Se aplicó el cuestionario EXIR.

5.- Se entrevistó al sujeto con la entrevista estructurada de Rosenman y Friedman Al inicio y fin de cada fase se tomaron las medidas fisiológicas de Tensión arterial, pulso, temperatura periférica y respuesta galvánica de la piel.

RESULTADOS:

1.- Comparación entre grupos de autoreporte verbal de Tolerancia a la Frustración (LES/Control)

Resultados obtenidos de la comparación entre grupos del cuestionario de Tolerancia a la Frustración.

Al analizar las respuestas dadas por los sujetos al responder el cuestionario de tolerancia a la frustración se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($U=750.5$ $p=.0000$) entre los dos grupos, los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) reportaron una tolerancia a la frustración menor que el grupo control.

la tabla 1 muestra los porcentajes en cada grupo según su autoreporte de Tolerancia a la Frustración.

Tabla 1

TOFU	LES (%)	CONTROL (%)
BAJO	30.9	1.8
MEDIO	67.3	89.1
ALTO	1.8	9.1

Se acepta H_1 . Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de tolerancia a la frustración.

Al ser el LES una enfermedad Crónica puede tener periodos de remisión llamados LES no activo, este nivel se determina con la escala SLEDAI, cuando el puntaje es igual a cero el LES es no activo, cualquier puntaje igual o superior a uno se considera LES activo.

Se comparo en el grupo LES a aquellos pacientes que tenían actividad de la enfermedad al momento de la aplicación del cuestionario de Tolerancia a la Frustración contra aquellos que no manifestaban actividad encontrándose que los pacientes con LES activo reportan verbalmente un nivel de tolerancia a la frustración más bajo ($\chi^2=16.1509$, $p=.0030$) que aquellos con LES no activo.

Así pues, el grupo que reporto mayor tolerancia a la frustración fue el grupo control, seguido de los pacientes con LES no activo y finalmente los pacientes con LES activo.

2.- Comparación entre respuestas no verbales de Tolerancia a la Frustración (Videojuego LES/Control)

Reporte del análisis de las respuestas emitidas durante el videojuego de tolerancia a la frustración (programa de extinción), comparación entre grupos.

Al comparar la ejecución de los dos grupos ante la prueba no verbal de tolerancia a la frustración se encontró que los pacientes con LES emitieron un número de respuestas menor que las emitidas por los controles (acorde a su reporte verbal), se tardaron más en responder y sus respuestas fueron más repetitivas que las de los controles.

Así pues, los pacientes con LES mostraron un nivel de tolerancia a la frustración no verbal menor al responder menos, de forma más repetitiva y con tiempos entre respuesta más amplios que el grupo Control.

Se acepta la H_1 . Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de tolerancia a la frustración.

la tabla 2 muestra la comparación entre grupos de la ejecución en el videojuego de tolerancia a la frustración se presentan los puntajes estadísticamente significativas.

la tabla 2.1 muestra las tendencias (puntajes estadísticamente no significativos) presentadas por los dos grupos.

Tabla 2

Comparación entre Grupos			
	U	p	LES
Respuestas	893.5	.0000	LES -
Tasa de Respuestas	893.5	.0002	LES -
Tiempo entre Respuestas	923	.0004	LES +
Frecuencia máx. de un patrón	216	.0000	LES +

Tabla 2.1

Comparación entre Grupos			
	U	p	LES
Número de patrones		.0824*	LES

(*)Puntajes no significativos, solo se presenta el valor de p

La Tabla 3 muestra las medidas operantes clásicas y medidas que se desprenden del dispositivo multioperante en cada uno de los grupos (para más información de estas medidas, ver el apartado de tolerancia a la frustración en el marco teórico)

Tabla 3

	LES		CONTROL	
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.
Teclas	31.35	9.14	29.891	8.326
Respuestas	663.91	391.25	951.33	486.3
Tasa de Respuesta	66.39	39.12	95.13	48.6
Tiempo entre respuestas1	33.83	136.86	.892	.64
Tiempo entre respuestas2	35.93	136.65	2.341	1.8
Total de Patrones	130.48	78.206	168.345	64.895
Número de patrones	92.2	61.1	110.9	64.9
Frecuencia Máx. de 1 Patrón	122.9	82.9	10.9	7.03
Porcentaje de Caos	81.1	14.8	78.2	15.8
Shannon	.868	.105	.85	.13

3.- Comparación entre respuestas no verbales de Tolerancia a la Frustración y escala SLEDAI (Solo Grupo LES)

1.- Comparación de pacientes con LES activo y LES no activo

Al ser el LES una enfermedad crónica puede tener periodos de remisión en los cuales no existen manifestaciones de la enfermedad, a estos periodos se les clasifica con el nombre de LES no activo o en remisión.

Se comparó la ejecución en el videojuego de tolerancia a la frustración en los pacientes que al momento de la aplicación mostraban un LES activo contra los que tenían un LES no activo, se encontró que los pacientes con LES activo mostraban un total de patrones mayor que los no activos pero estas respuestas fueron estereotipadas (se repetían mucho los patrones, por eso su número era mayor) que los pacientes con LES no activo, esto corresponde a un nivel de tolerancia a la frustración menor al no buscar alternativas ante situaciones no contingente, como la presentada por el videojuego. también se mostró como tendencia (valor estadísticamente no significativo) que los pacientes con LES activo tardaron más tiempo en responder. Es decir los pacientes con LES activo mostraron indicadores no verbales que denotan una tolerancia a la frustración menor que los pacientes con LES no activo.

La tabla 4 muestra los valores que mostraron diferencias significativas de estas comparación, la tabla 4.1 muestra las tendencias encontradas (valores estadísticamente no significativos pero que pueden mostrar direcciones de los grupos).

Tabla 4

LES activo contra no activo			
	χ^2	p	
Total de patrones	4.2730	.0387	LES Activo +
Frecuencia máx. de 1 patrón	3.9640	.0465	LES Activo +

Tabla 4.1

LES activo contra no activo			
	χ^2	p	
Tiempo entre respuestas		.0604*	LES Activo +
Número de patrones		.0947*	LES Activo +

(*)Puntajes no significativos, se presenta solo el valor de p

2.- Pacientes que toman medicamento hormonal contra pacientes que no toman o toman menos de 30 mg/día.

Uno de los medicamentos indicados en el caso del tratamiento del paciente con LES son los corticoesteroides glucosados, entre estos la prednisona es el más utilizado en estos pacientes. Se comparó a aquellos pacientes que toman niveles significativos de prednisona contra los que no toman o toman niveles no significativos en su ejecución del videojuego de tolerancia a la frustración.

Se encontró que los pacientes que toman prednisona en niveles significativos (30 mg/día o más) mostraron un número total de patrones mayor que los que no toman prednisona, pero este número mayor de patrones no significa mayor búsqueda de opciones ante situaciones frustrantes, ya que estas respuestas emitidas fueron estereotipadas (mostraron un número mayor de patrones ya que

repetían mucho el mismo patrón), esto corresponde a un nivel de tolerancia a la frustración menor al no buscar alternativas ante la situación no contingente. Así pues, los pacientes que toman prednisona mostraron indicadores que denotan un nivel de tolerancia a la frustración no verbal menor que los pacientes que no toman prednisona

Tabla 5

Comparación entre actividad multisistémica			
	U	p	
Patol	189	.0258	Toman prednisona +
Patfrec	194	.0248	Toman prednisona +

3.- Pacientes que toman tranquilizantes contra pacientes que no toman.

Otro de los medicamentos utilizados en el tratamiento de los pacientes con LES son los tranquilizantes, estos se utilizan como relajante muscular en el caso de dolor.

Se comparo a aquellos pacientes que tomaban tranquilizantes al momento de la aplicación contra aquellos que no tomaban estos medicamentos en la ejecución del videojuego de tolerancia a la frustración, no se encontraron diferencias significativas para ninguno de los indicadores, se reportan solo las tendencias, los pacientes que toman tranquilizantes respondieron más a lo largo de la sesión pero se tardaban más en responder que los que no toman tranquilizantes, *estos puntajes no son estadísticamente significativos*, al no haber diferencias estadísticamente significativas en esta comparación se reportan solo las tendencias sin interpretación.

Tabla 6

Comparación entre pacientes que toman tranquilizantes		
	U	P
Respuestas		.0697*
Tasa de respuestas		.0967*
Tiempo entre respuestas		.0641*

(*)Puntajes no significativos, se reporta solo el valor de p

4.- Pacientes que toman Anticonvulsivantes contra pacientes que no toman.

En algunos casos se pueden presentar convulsiones en el paciente con LES por lo que en estos casos se usan anticonvulsivantes.

Se comparo a los pacientes que al momento de la aplicación tomaban anticonvulsivantes contra los que no tomaban. Los pacientes que toman estos medicamentos emiten un número significativamente más alto de respuestas ante la situación frustrante, esto denota un nivel de tolerancia a la frustración mas alto al seguir respondiendo cuando la situación es no contingente.

Tabla 7

Comparación entre pacientes que toman Anticonvulsivantes		
	U	p
Respuestas	30	.0196
Tasa de respuestas	30	.0196

4.- Comparación entre grupos del autoreporte verbal de Expresión de la Ira (LES/Control).

Comparación entre grupos del cuestionario EXIR (Expresión de la ira)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($U=941.5$ $p=.0023$) entre el grupo control y el experimental al contestar el cuestionario EXIR, los pacientes con LES reportaron un mayor nivel de expresión de la ira (Dato curioso ya que Temoshock en 1987, investigando en pacientes con cáncer encontró como factor central una inexpressión de la ira, esto sirvió de base para el desarrollo del patrón tipo "C" en cáncer, este dato por tanto no es atribuible a otras enfermedades solo por su carácter crónico, por lo menos no a el LES).

la tabla 8 muestra los porcentajes en cada grupo según su autoreporte de Expresión de la Ira.

Tabla 8

EXIR	LES (%)	CONTROL (%)
BAJO	27.3	12.7
MEDIO	63.6	54.5
ALTO	9.1	32.7

Se acepta H_1 . Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas verbales de expresión de la ira.

5.- Comparación entre grupos de respuestas no verbales de Expresión de la Ira (LES/Control).

Comparación de la Entrevista Estructurada Fases 1, 2 y 3 entre grupos.

Las tres fases de la Entrevista estructurada (EE) pueden concebirse como una exposición en grado ascendente a sondeo de expresión de ira. Para compararlas, como contenían un número diferente de preguntas (14, 22 y 12), se convirtieron a valores percentilares.

Se encontraron relaciones lineales inversas para latencia de respuesta media y calidad de voz media para el grupo con LES, esto es, a medida que aumenta la confrontación, el tono de voz descendía en forma lineal ($\chi^2= 22.61, p = .0000$); el mismo tipo de relación inversa se encontró para LES con respecto a la latencia de respuesta media bajo confrontación ($\chi^2=19.7, p=.0001$), mientras que en el grupo control se observó lo opuesto, esto es, la latencia baja de respuesta aumentó en forma lineal ante la Confrontación ($\chi^2= 6.8, p=.0339$).

Curiosamente este patrón de reacción del grupo LES, incluye un aumento del contacto visual bajo máxima confrontación ($\chi^2=9.6, p= .0084$), así como de un aumento consistente de la probabilidad de expresión con voz baja ($\chi^2=13.4, p=.0012$), mecanismo que está ausente en el grupo control.

La tabla 9 reporta aquellos indicadores metalingüísticos que resultaron con diferencias significativas entre los grupos, también se reportan tendencias (puntajes no significativos) entre los grupos (los puntajes se reportan con base en el grupo LES esto es, que cuando el puntaje de Les es alto el de Control es bajo y viceversa).

Tabla 9

Fase 1	GRUPO	P	Fase 2	GRUPO	P	Fase 3	GRUPO	P
	LES			LES			LES	
Aprelab	↑	.0010	aprelab	↑	.0002	aprelab	↑	.0001
Inconvis	↓	.0000	inconvis	↓	.0000	inconvis	↓	.0000
			aprepun	↓	.0550*	aprepun	↓	.0190
			cavome	↓	.0274	cavome	↓	.0030
Movrit	↑	.0526*						
Susp	↓	.0240						
Latbaja	↓	.0248						
			risamin	↑	.0470			
			risared	↓	.0032			
			habenfat	↑	.0040			
						termfras	↑	.0100
						exfaex	↑	.0550*
						risared	↑	.0104
						risalat	↓	.0455

(*) Puntajes no significativos

El grupo LES mostró mayor expresión de la ira pasiva en comparación con el grupo control, esto incluyó apretar labios, mantener contactos visuales, terminar frases del interlocutor y mostrar una apariencia expresiva.

la tabla 10 muestra las medias y desviaciones de los indicadores que correlacionaron en la Entrevista estructurada en comparación entre los dos grupos.

tabla 10

Entrevista	Grupo LES		Grupo Control	
	Media	Desviación	Media	desviación
Aprelab1	7.942	4.075	4.821	3.538
Aprelab2	12.981	6.643	7.500	5.777
Aprelab3	7.600	3.720	4.342	2.943
Inconvi1	6.804	3.447	10.056	3.068
Inconvi2	10	5.4337	14.691	5.747
Inconvi3	4.640	2.577	7.655	3.406
Aprepun3	1	0	9.833	7.600
Cavome2	18.981	3.285	19.788	4.299
Cavome3	9.291	2.536	10.863	1.697
Movrit1	9.329	4.517	7.720	4.291
Susp1	1.667	.963	2.455	1.214
Ialbaja1	2.057	1.282	3.208	2.167
Rismin2	7.358	3.680	6.093	3.713
Risred2	5.429	3.596	3.389	2.791
Habenf2	4.914	3.166	2.417	1.311
Terfre3	1.864	.834	1.100	.316
Exfaexp3	3.625	2.264	1.938	1.611
Risred3	5.429	3.596	3.389	2.791
Rislat3	1.00	0	2.00	0

también se analizaron los datos con base en la edad dividiendo cada grupo (cuyos valores mínimos y máximos eran 20 y 50 años) en 3 grupos ordinales, de 20 a 27 como grupo 1, de 28 a 37 grupo 2 y de 38 en adelante el grupo 3.

En cuanto a interrupción del contacto visual en relación con el grupo de edad, el grupo LES mostró una relación inversamente proporcional ($\chi^2=9.8131$, $p=.0074$) esto es que a menor edad interrumpían más el contacto visual.

En cuanto a la lectura de los indicadores de la EE, se concluye que el grupo de pacientes con LES exhibe una tendencia pasiva de expresión de la ira que coincide con su autoreporte y de un aumento en su estado de alerta. Las categorías de apretar los labios (sube), mantener contacto visual (sube), terminar las frases del interlocutor (sube) y apariencia facial expresiva (sube) apoyan este postulado.

Se afirma que la expresión de la ira aumenta en su dimensión pasiva, al no registrarse indicadores de expresión de ira activos que incluyen: apretar el puño, actitud de enojo, habla apresurada, calidad de voz fuerte, mandíbula tensa, actitud de recelo, actitud de enojo/molestia, habla enfática y latencias bajas.

Se acepta la H_1 . Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas no verbales de expresión de la ira.

6.- Comparación entre grupos de Indicadores del Patrón Conductual Tipo A (LES/Control).

Análisis de los indicadores metalingüísticos de la Entrevista estructurada en sus fases 1 y 2 en los dos grupos para determinar características asociadas a el patrón conductual tipo A-B.

Así como las tres fases de la Entrevista estructurada (EE) pueden concebirse como una exposición en grado ascendente a sondeo de expresión de ira, el análisis de las fases 1 y 2 fue concebido por Rosenman como un sondeo de indicadores del patrón conductual tipo A-B., para comparar estas fases ya que tenían un número de preguntas distintas (14 y 22) se convirtieron a valores percentilares.

Los pacientes con LES mostraron más características metalingüísticas asociadas a el patrón conductual tipo A como son mantener el contacto visual ante las situaciones de confrontación, apretar más los labios, hablar de forma enfática, los movimientos rítmicos que aumentaron en la fase 1 desaparecen en la 2, se asume que fueron resultado de la ansiedad ante la filmación (ya que solo se presentaron durante la fase 1 de habituación), sin embargo no se encontraron indicadores de urgencia temporal como serían interrumpir las preguntas del entrevistador, actitud de impaciencia. Se concluye que en las respuestas entre los dos grupos ante la entrevista estructurada existen diferencias estadísticamente significativas, estas diferencias muestran para el grupo LES una mayor cantidad de indicadores metalingüísticos del patrón conductual tipo A, (el más notorio expresión de la ira). se acepta la H_1 . Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con LES y el grupo control en las respuestas de conducta tipo A.

Sin embargo no se podría clasificar a los pacientes con LES como personas cuya conducta se ajusta plenamente a el patrón conductual tipo A (al no presentarse indicadores claros en las áreas que lo forman) por lo que es en este caso más enriquecedor el análisis individual de los componentes de este constructo.

Tabla 11

Fase 1	GRUPO LES	P	Fase 2	GRUPO LES	p
Aprelab	↑	.0010	aprelab	↑	.0002
Inconvis	↓	.0000	inconvis	↓	.0000
			aprepun	↓	.0550*
			cayome	↓	.0274
Movrit	↑	.0626*			
Susp	↓	.0240			
Latbaja	↓	.0248			
			risamin	↑	.0470
			nsared	↓	.0032
			habenfal	↑	.0040

(*)Puntajes no significativas

Medias y desviaciones de los indicadores que correlacionaron en la Entrevista estructurada en comparación entre los dos grupos.

Tabla 12

Entrevista	Grupo LES		Grupo Control	
	Media	Desviación	Media	desviación
Aprelab1	7.942	4.075	4.821	3.538
Aprelab2	12.981	6.643	7.500	5.777
Inconv1	6.804	3.447	10.056	3.068
Inconv2	10	5.4337	14.691	5.747
Gavome2	18.981	3.265	19.788	4.299
Movrit1	9.329	4.617	7.720	4.291
Susp1	1.667	.863	2.455	1.214
lalbaja1	2.057	1.282	3.208	2.167
Rismin2	7.358	3.680	6.093	3.713
Risred2	5.429	3.596	3.389	2.791
Habent2	4.914	3.166	2.417	1.311

7.- Descripción de Variables Sociodemográficas.

Además de las variables que se controlaron en el diseño (sexo, edad, edo. civil, condición de tener o no hijos), se realizó un cruce entre otras variables sociodemográficas para controlar factores de error entre los grupos encontrándose que las pacientes con LES tenían más hermanos que el grupo control ($U=938$ $p=0021$), el grupo control tuvo un nivel de escolaridad superior a el experimental ($U=974.5$ $p=.0032$) otras variables analizadas en las cuales no se encontró correlación fueron: fumar, orden de nacimiento y ser primogénito.

Videojuego TOFU:

Se analizó la suma de los dos grupos (n total = 110) para encontrar características afines encontrándose cambios significativos en presión sistólica y pulso tomados antes y después del videojuego en aquellas personas que tienen hijos con respecto a las que no tienen, es decir las personas que tienen hijos mostraron una mayor reactividad fisiológica ante situaciones frustrantes ($U= 216$ $p= .0255$), la misma relación se encontró en aquellas personas que son casadas con respecto a las solteras ($U= 187.5$ $p= .0134$).

Se encontró además, una relación inversa de edad y presión sistólica inicial ($\chi^2=6.9255$ $p= .0313$), a menor edad fue mayor la presión sistólica al iniciar el videojuego.

también se encontró que a más escolaridad la variabilidad es menor ($\chi^2=11$ $p= .0041$).

8.- Reactividad fisiológica

ENTREVISTA ESTRUCTURADA.

a) Se tomaron 4 veces a lo largo de la Entrevista Estructurada cinco indicadores (Presión sistólica, diastólica, pulso, temperatura periférica y respuesta galvánica de la piel) no se encontró reactividad fisiológica en ninguna de las fases (Fase 1,2,3) para ninguno de los cinco indicadores en la comparación entre grupos.

b) Se comparó la suma de los dos grupos (n = 110) para encontrar tendencias afines a todos los sujetos. Se encontró una relación inversa en la temperatura y las fases de la entrevista, a medida que avanzaba la entrevista la temperatura bajaba en todas las fases ($\chi^2=24.2103$, $p=.0000$).

VIDEOJUEGO DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

Comparación entre grupos

Se Comparó la reactividad fisiológica entre los cinco indicadores tomados al principio y al final del videojuego y se comparó entre la ejecución de los dos grupos.

Los pacientes con LES mostraron presiones diastólicas más altas al iniciar el juego con respecto a los controles, pulsos más bajos al finalizar y menos cambios en relación con la presión sistólica inicial y final que los controles

la Tabla 13 muestra estos indicadores, la tabla 13.1 muestra las tendencias encontradas en esta comparación.

Tabla 13

Comparación entre Grupos			
	U	P	
Presión diastólica1	1129	.0213	LES +
Pulso2	1172	.0408	LES -

Tabla 13.1

Comparación entre Grupos			
	U	P	
Pulso1		.0743*	LES -
PS1 menos PD1		.0590*	LES -
PS2 menos PS1		.0982*	LES -

(*)Puntajes no significativos, se presenta solo el valor de p.

Grupo LES

Se comparó a los pacientes con LES usando su primera medida en los cinco indicadores ya mencionados como línea base y contrastando estos mismos indicadores al finalizar el videojuego para encontrar reactividad fisiológica asociada a la situación no contingente.

a) Se encontró reactividad fisiológica en el grupo de pacientes con LES en la exposición a el videojuego, hubo cambios significativos en la presión sistólica inicial y final, en el pulso y en la relación de los cinco indicadores con respecto al inicio y final del juego, estos indicadores fueron registraron puntajes más altos al final de la ejecución con respecto al principio.

Tabla 14

Indicadores fisiológicos pre y post		
	χ^2	p
P. Sistólica1 vs P. Sistólica2	14.2545	.0002
Pulso1 vs pulso2	70.9455	.0002
Relación de los 5 indicadores pre vs post	19.4218	.0006

b) Reactividad contrastada con escala SLEDAI

1.- Por sistema afectado.

Se contrasto en aquellos pacientes activos (50.9%) si el sistema afectado tenia relación en la reactividad fisiológica ante una situación no contingente encontrándose relación en aquellas pacientes con LES activo con afección renal. Estos presentaron rangos diferenciales más amplios entre la presión sistólica y distólica ($\chi^2 = 6.4611$ $p = 0395$) al finalizar el videojuego siendo este un indicador de tensión ante la prueba.

2.- Actividad multisistémica.

Al ser el LES una enfermedad sistémica cabe la posibilidad de que uno o más órganos pertenecientes a diferentes sistemas se vean afectados, se contrastó a aquellos pacientes que solo tenían afectado un sistema contra aquellos que tienen dos o más sistemas afectados, a estos últimos se les llamó LES con actividad multisistémica (AMS).

Tabla 15

Comparación entre actividad multisistémica			
	U	p	
Presión sistólica ²	175	.0055	Pacientes con AMS +
Pulso ²	212	.0369	Pacientes con AMS +

Tabla 15.1

Comparación entre actividad multisistémica			
	U	p	
Presión distólica ¹		.0912*	Pacientes con AMS +
Presión sistólica ¹		.0560*	Pacientes con AMS +

(*)Puntajes no significativos, se presenta solo el valor de p

La presión sistólica y el pulso fue más alto al finalizar el videojuego en los pacientes con AMS. Se encontró como tendencia en los pacientes con LES con AMS mostraron una presión sistólica y distólica más alta que aquellos con solo un sistema afectado.

3.- Pacientes que toman medicamento hormonal contra pacientes que no toman o toman menos de 30 mg/día.

Uno de los medicamentos indicados en el caso del tratamiento del paciente con LES son los corticoesteroides glucosados, entre estos la prednisona es el más comúnmente utilizado en estos pacientes. Se comparó a aquellos que toman niveles significativos de prednisona (por lo menos 30 mg./día o más) contra los que no toman o toman niveles no significativos.

Ninguno de los indicadores mostró diferencias significativas, solo aparecieron algunas tendencias por lo cual solo se presentan estos datos sin interpretación.

Tabla 16

Comparación entre Medicamento Hormonal		
	U	p
Presión Sistólica ²		.0628*
Pulso ²		.0639*

(*)Puntajes no significativos, se presenta solo el valor de p

4.- Pacientes que toman tranquilizantes contra pacientes que no toman.

Otro de los medicamentos utilizados en el tratamiento de los pacientes con LES son los tranquilizantes, estos se utilizan como relajante muscular en el caso de dolor.

Se comparó la reactividad fisiológica de aquellos pacientes que tomaban tranquilizantes al momento de la aplicación contra aquellos que no tomaban estos medicamentos.

los pacientes que toman tranquilizantes mostraron un pulso más acelerado al iniciar el videojuego que los que no los toman., además la relación de pulso inicial y final en estos pacientes mostró rangos más amplios, es decir reaccionaron ante la situación frustrante acelerando su pulso; así mismo, la relación de presión sistólica y pulso inicial en comparación con la presión sistólica y pulso final fue más amplia en los pacientes que toman tranquilizantes (Tabla 17).

Tabla 17

Comparación entre pacientes que toman tranquilizantes			
	U	p	
Pulso1	58	.0025	Los que toman Tranquilizantes -
Diferencia de Pulso2-1	75.5	.0100	Los que toman Tranquilizantes +
Presión Sis1 y Pulso1	77.5	.0124	Los que toman Tranquilizantes +
PS2 y pul2 vs PS1 y pul1	64.5	.0046	Los que toman Tranquilizantes -

5.- Pacientes que toman inmunosupresores contra pacientes que no los toman.

Al ser el LES una enfermedad autoinmune otro de los grupos de medicamentos ocupados son los inmunosupresores, se comparó la reactividad fisiológica que presentan los pacientes que toman inmunosupresores con respecto a los que no los toman.

Los pacientes que toman inmunosupresores mostraron presiones distólicas más altas al iniciar el videojuego que aquellos que no toman estos medicamentos, también se mostró la tendencia en estos pacientes a tener puntajes más altos de presión distólica al finalizar la ejecución y rangos más amplios entre la presión sistólica y distólica al iniciar el videojuego.

Tabla 18

Comparación entre pacientes que toman inmunosupresores			
	U	p	
Presión Distólica1	266	.0461	toman inmunosupresores +

tabla 18.1

Comparación entre pacientes que toman Inmunosupresores			
	U	p	
Presión Distólica2		.6630*	toman inmunosupresores +
PSI menos PDI		.0794*	toman inmunosupresores +

(*)Puntajes no significativos, solo se presenta el valor de p

6.- Pacientes que toman otros medicamentos.

ya que la actividad de el LES puede ser sistémica es necesario cuando se presenta este tipo de actividad tratar los posibles órganos afectados, así pues se agrupó bajo el título de otros medicamentos a las medicinas que tratan estas situaciones así, por ejemplo la cloroquina sirve cuando hay posible daño visual.

Ningún indicador correlaciono de forma significativa por lo que se presentan solo la tabla de tendencias sin interpretación. (Tabla 19).

Tabla 19

Comparación entre pacientes que toman otros medicamentos		
	U	p
Presión Sistólica ²		.0884*
PS2 menos PS1		.0805*

(*)Puntajes no significativos

Reactividad fisiológica asociada a los dos grupos

Se comparó la reactividad fisiológica de la suma de los dos grupos (n=110) para buscar reactividad fisiológica común a las dos poblaciones se encontró que en la relación de los cinco indicadores con respecto al inicio y final del videojuego hubo cambios significativos ($\chi^2=9.900$, $p=.0017$). Es decir la suma total de los grupos mostró reactividad fisiológica ante la situación no contingente, aumentando los puntajes de la toma final de los cinco indicadores con respecto a la toma inicial.

9.- Comparación de autoreporte de Tolerancia a la Frustración contra Entrevista Estructurada. (por grupos).

A) Grupo Experimental

Se correlacionó por grupos las respuestas del reporte verbal de tolerancia a la frustración contra los indicadores metalingüísticos de la Entrevista Estructurada.

No se obtuvo ningún indicador significativo solo tendencias, el grupo experimental ante la situación de máxima confrontación (fase3 EE) los pacientes que reportaron una tolerancia a la frustración menor terminaban más las preguntas que le hacia el entrevistador, se tardaba más tiempo en responder y el pulso bajo con respecto a la primera toma de la entrevista y la toma final.

La Tabla 19 muestra las tendencias encontradas entre las respuestas del cuestionario TOFU y la Entrevista Estructurada:

Tabla 19

Entrevista Estructurada		
Terra3	p= .0511*	a - tofu + terra3
Laiba3	p= .0948*	a - tofu + laiba3
Difu2	p= .0796*	a - tofu - dif. pulso2

(*)Puntajes no significativos, se presenta solo el valor de p.

B) Grupo Control.

En el grupo control se encontró relación entre la entrevista estructurada, la latencia de respuesta y la reactividad fisiológica en un indicador.

Las personas que se reportaron con una tolerancia a la frustración alta tardaban más en responder a las preguntas de la fase2 (Fase2 = situaciones de urgencia temporal) es decir mostraron baja urgencia temporal y los que reportaron tolerancia a la frustración baja mostraron más respuesta galvánica de la piel (más humedad en la palma de la mano) con respecto a la primera (inicio fase1) y a la última medida (final fase3) lo cual es coherente con su autoreporte.

Tabla 20

Entrev. Estructurada			
Latba2	$\chi^2=8.941$	$p=.0114$	a + tofu tardan +
DIRGP2	$\chi^2=6.5414$	$p=.0380$	a - tofu + tranquilidad

10. Comparación de autoreporte de Expresión de la ira contra Entrevista Estructurada (reporte verbal contra no verbal de EXIR) por grupos

A) Grupo Experimental

Se correlacionó el reporte verbal de expresión de la ira contra la situación no verbal de EXIR.

Las personas con LES (que se describieron con mayor expresión de la ira) se tardaron más en responder ante la situación de máxima confrontación (fase3), también, terminaron más las frases del experimentador ante la máxima confrontación así también los que reportaron expresión de la ira media y alta mostraron más risas mínimas en la fase1.

la tabla 21 muestra las diferencias significativas y tendencias encontradas entre las respuestas del cuestionario EXIR con las siguientes variables de la Entrevista Estructurada:

tabla 21

Entrevista Estructurada	χ^2	p
Larbas	7.0697	.0292
Terra3		.0870*
Disput		.0707*
Didia3	7.6680	.0216
Rismin1	6.9685	.0307

(*) Estos no son puntajes estadísticamente significativos, se presentan para mostrar las tendencias adoptadas por el grupo en la comparación antes descrita.

B) Grupo Control

Se encontraron diferencias significativas y tendencias entre las respuestas del cuestionario EXIR con las siguientes variables de la Entrevista Estructurada:

Tabla 22

Entrevista Estructurada	χ^2	p
Cavome3		.0536*
Cavofu3	3.85	.0497
Exfame3		.0835
Exfaex3	.66764	.0131

(*) Estos no son puntajes estadísticamente significativos, se presentan para mostrar las tendencias adoptadas por el grupo en la comparación antes descrita.

las personas del grupo control que se reportaron con menos expresión de la ira mostraron más voz fuerte y las que se reportaron con más expresión de la ira mostraron junto con las que reportaron menos expresión de la ira mostraron una expresión facial expresiva.

11.-Caracterización de la escala SLEDAI

la tabla 23 muestra la manera en como se distribuyó la población de pacientes con LES de acuerdo a la escala SLEDAI, los puntajes se expresan en puntos porcentuales.

Tabla 23

Descripción	NO	SI
LES (no activo contra activo)	49.1	50.9
LES AMS (Actividad multisistémica de la enfermedad por lo menos 2 sistemas afectados)	67.3	32.7
LES SN (Actividad en Sistema Nervioso ya sea central o periférico)	92.7	7.3
LES REN (Actividad Renal)	78.2	21.8
LES HEMATO (Actividad hematológica)	67.3	32.7
LES MC (Actividad Muocutanea)	83.6	16.4
LES MA (actividad micarticular, músculo y articulación)	87.3	12.7
LES INMUNO (Actividad Inmunológica)	74.5	25.5
Corticoesteroides (si = prednisona arriba de 30 mg/día, no = menos de 30 mg/día o no toma)	67.3	32.7
Tranquilizantes	85.5	14.5
Anticonvulsivantes	92.7	7.3
Inmunosupresores	49.1	50.9
Otros medicamentos	18.2	81.8

12. Entrevista Estructurada análisis de características Grupo LES

En el grupo de pacientes con LES se subdividió al grupo con base a la edad para buscar características asociadas a rangos de edad por cada medida de la EE y por cada una de las 3 fases.

Se convirtió la edad en una medida ordinal con base en los siguientes datos:

Media= 32.818 (Desv.=7.474)

Edad1 = valores de edad comprendidos por debajo Media - 1 desv. estandar

Edad2 = valores comprendidos entre media-1 ds y media + 1 ds.

Edad3 = valores por arriba de Media + 1 ds.

Tabla 24

Entrevista	χ^2	p
Cavome2		.0900*
Cavome3	8.0927	.0176
Exfaexp1	8.107	.0174
Aprefab3		.0900*
Suspiro1	7.2783	.0263
Inconvi3	9.8131	.0074
Terra1	8.6455	.0133
Latba1		.0959*
latat3	6.8414	.0327

(*) Estos no son puntajes estadísticamente significativos, se presentan para mostrar las tendencias adoptadas por el grupo.

Los pacientes con LES a menor edad interrumpen más el contacto visual ente la máxima confrontación y hay la tendencia directa con la edad al responder, a mayor edad más se tardan en responder a las preguntas de la entrevista.

13.- Entrevista Estructurada, comparación con escala SLEDAI

1.- Comparación entre pacientes activos con no activos

Se encontró que los pacientes con LES activo en condiciones normales (fase1) mostraron un habla menos apresurada que los activos, conforme avanzo la entrevista mostraron menos risas francas, así como un aumento marcado en los movimientos rítmicos del cuerpo no asociados a la respuesta, así también la presión distólica en los pacientes con LES activo fue mayor al final de la fase4 que la de los no activos, junto a una respuesta galvánica de la piel mayor (más humedad), es decir a mayor confrontación los pacientes con LES activo mostraron una tensión mayor que los no activos, reaccionaron ante la situación de confrontación pero no de una forma abierta como sería interrumpir, enfatizar, impaciencia, etc.

Tabla 25

categorias	U	P	No activo	Activo
Hablapt1	1	.0120	+	
Latme1	267	.0544*		+
Risred2	134	.0283	+	
Movrit3	158.5	.0495		+
Dia1	253	.0514*		+
Difgr1	105	.0429		+
Difdia4	227.5	.0108	+	

*Puntajes no significativos

2.- Comparación entre pacientes con Lupus no activo y grupo control

Se comparo a los pacientes con LES no activo contra el grupo control encontrándose que los primeros (LES no activo) a lo largo de la entrevista enfatizaron más sus respuestas, mostraron más risas francas y ante la máxima confrontación terminaban más las frases del entrevistador que el grupo control y la temperatura tomada al final de la fase3 fue considerablemente mayor que la temperatura al inicio de la entrevista. El grupo control, por su parte apretó más el puño ante la situación de máxima confrontación pero mantuvo un volumen medio de voz constante. Se concluye que los pacientes con LES no activo mostraron más indicadores de expresión de la ira que el grupo control.

Tabla 26

categorias	U	P	No activo	Activo
Habent2	60.5	0414		+
Cavome2	495	0444		
Risred2	171	0005		+
Aprepun3	0	0369	+	
Tertra3	25	0032		+
Cavome3	424.5	0035	+	
Risred3	257	0127		+
Difrgp1	304.5	0268	+	
Diftemp2	535.5	0409		+
Difrgp4	332.5	0666*	+	

*puntajes no significativos

3.- Comparación de pacientes con LES activo contra grupo control

Se comparó a los pacientes que tenían LES activo contra el grupo control encontrándose más movimientos rítmicos en los pacientes con LES activo al inicio de la entrevista posiblemente por ansiedad, conforme avanzó la entrevista estos pacientes mostraron un énfasis mayor en su voz, más risas francas y ante la mayor confrontación mostraron más movimientos rítmicos, más risas francas y terminaban más las frases del entrevistador; siendo estos, indicadores de una expresión de la ira mayor que el grupo control.

Tabla 27

categorias	U	P	No activo	Activo
Movrit1	461.5	.0362		+
Latba1	133	.0521*	+	
Habent2	39.5	.0051		+
Cavome2	517	.0452	+	
Rismin2	517.5	.0190		+
Movrit3	386.5	.0240		+
Tertra3	24	.0197		+
Cavome3	471	.0088	+	
Exfaex3	4.5	.0181		+
Risred3	240.5	.0494		+

*puntajes no significativos

4.- Comparación entre pacientes con actividad multisistémica contra aquellos que solo tienen un sistema afectado.

Al ser el LES una enfermedad sistémica, pueden verse afectados a la vez varios sistemas; se comparó a los pacientes que tienen actividad multisistémica (que tienen afectados a las vez más de un sistema) contra los pacientes con actividad en un solo sistema.

Se encontró que los pacientes con actividad multisistémica ante la máxima confrontación en la entrevista mostraron más movimientos rítmicos, y se mostraron más expresivos, así también mostraron presiones sistólicas y distólicas mayores al inicio de la entrevista que los pacientes con un solo sistema afectado, estos por su parte mostraron más risas francas en las primeras fases de la entrevista, más bocas laterales, este último es un indicador asociado al patrón conductual tipo A, sin embargo se mostró aislado por lo que su interpretación debe tener mucha reserva.

Tabla 28

categorias	U	P	No.	Si
Risred1	128	.0471	+	
Susp2	36	.0545*	+	
Exfabo2	22.5	.0576*	+	
Risred2	106.5	.0245	+	
Movrit3	127.5	.0363		+
Exfaex3	1	.0936*		+
Sis1	198.5	.0193		+
dia1	194.5	.0160		+

*puntajes no significativos

5.-Comparación De pacientes con presencia y ausencia de actividad en Sistema Nervioso.

Los pacientes con actividad en Sistema Nerviosos mostraron más impaciencia ante la máxima confrontación (fase3 EE) y sus respuestas fueron más tardadas que las de los pacientes que no mostraban actividad en sistema nervioso, estos últimos mostraron más risas francas a lo largo de la entrevista.

Tabla 29

categorias	U	P	No	Si
Risred2	26	.0308	+	
Actimp3	0	.0082		+
Laiba3	1	.0192		+
Dia1	36	.0321		+

6.- Comparación De pacientes con presencia y ausencia de actividad Renal.

los pacientes con actividad renal mostraron presiones sistólicas y diastólicas mayores al inicio de la entrevista que los pacientes sin actividad a nivel renal.

Tabla 30

categorias	U	P	No	Si
Sis1	139	.0169		+
Dia1	116.5	.0043		+

7.- pacientes con presencia/ausencia de actividad a nivel mucocutánea.

Los pacientes con actividad mucocutánea mostraron más interrupción de frases ante máxima confrontación siendo este un indicador de expresión de la ira y en la fase2 tardaron más en responder, y su calidad de voz fue mayor, es decir conforme avanza la entrevista y subió la confrontación el volumen de la voz al responder fue mayor y las interrupciones subieron, estos dos son indicadores de expresión de la ira.

Tabla 31

categorias	U	P	No	Si
Exfaex1	11	.0325	+	
Susp2	10.5	.0570*	+	
Cavoba2	57	.0265	+	
Latba2	71.5	.0368		+
Terrfa3	9.5	.0496		+
cavoba3	61	.0481	+	

*Puntajes no significativos

8.- Pacientes con presencia/ausencia de actividad a nivel hematológica.

Los pacientes con actividad a nivel hematológico mostraron una mayor cantidad de movimientos rítmicos y boca lateral ante la máxima confrontación (este último es un indicador de conducta tipo A, pero se presento aislado por lo que debe tomarse con reserva)

Tabla 32

categorias	U	P	No	Si
Cavome1	95.5	.0399		+
Movmt3	50.5	.0267		+
Exfabo13	5	.0605*		+

*Puntajes no significativos

9.- Comparación de pacientes con presencia/ausencia de actividad a nivel mioarticular (músculo y articulaciones).

Los pacientes con actividad a nivel mioarticular mostraron un ritmo constante en sus respuestas a lo largo de las primeras dos fases de la entrevista; incluso, en la fase2 se mostraron expresivos al responder, y ante la máxima confrontación mostraron más movimientos rítmicos que los pacientes sin actividad a nivel mucocutáneo, estos mostraron bocas laterales y más risas redondas durante la fase2.

Tabla 31

categorias	U	P	No	Si
Latme1	40	.0009		+
Cavome2	87	.0475		+
Exfaex2	5.5	.0533*		+
Exfabo12	7.5	.0484	+	
Risred2	16.5	.0102	+	
Movmt3	21.5	.0607*		+
Difsis2	86	.0386		+

*Puntajes no significativos

10.- Comparación de pacientes con presencia/ausencia de actividad a nivel inmunológico.

Los pacientes con actividad a nivel inmunológico mostraron presiones sistólicas y diastólicas más altas al inicio de la entrevista que los pacientes que no muestran actividad a este nivel, estos últimos mostraron de forma constante risas francas en las fases 1 y 2.

Tabla 32

categorias	U	P	No	Si
Risred1	92	0226	+	
Risred2	69.5	0146	+	
Sis1	156	0129		+
Dia1	168.5	0256		+
Difou4	181	0393	+	

11.- Comparación de pacientes que toman Esteroides contra los que no los toman.

Los pacientes que toman esteroides (prednisona) ante la máxima confrontación tardaban más tiempo en responder que los pacientes que no toman prednisona, estos últimos mostraron más risas francas, más bocas laterales, y al iniciar la entrevista enfatizaban más sus respuestas (en las fases posteriores cuando subió la confrontación esta característica desapareció), además comparando el pulso al inicio de la entrevista y al final de las fases 2 y 3 aumento considerablemente en los pacientes que no toman corticoesteroides.

Tabla 33

categorias	U	P	No	Si
Habenf1	17.5	.0260	+	
Risred1	127.5	.0635*	+	
Lalme1	219.5	.0361		+
Extabol2	13.5	.0167	+	
Risred2	98	.0084	+	
Latba3	101	.0508*		+
Difpu2	214.5	.0323	+	
Difpu4	232	.0682*	+	

*Puntajes no significativos

12.- Comparación de pacientes que toman Tranquilizantes contra los que no toman.

Los pacientes que toman tranquilizantes mostraron impaciencia ante la máxima confrontación (fase3) , así como un aumento en los suspiros en las fases 1 y 2, mostraron también un habla menos apresurada, menos risas mínimas y un pulso menor que el registrado por los pacientes que no toman tranquilizantes, estos indicadores mostraron ansiedad pero no denotaron factores de expresión de la ira, la impaciencia sin embargo podría asociarse a urgencia temporal pero no se presento con otro componente importante que es terminar las frases del entrevistador.

Tabla 34

categorias	U	P	No	Si
Hablapre1	1.5	.0320	+	
Susp1	6	.0584*		+
Rismin1	104	.0644*	+	
Susp2	8.5	.0369		+
Cavoba3	28	.0404	+	
Cavome3	114.5	.0748*		+
Actimp3	3	.0833*		+
pulso1	95.5	.0267	+	

*Puntajes no significativos

13.- Comparación de pacientes que toman Anticonvulsivos contra los que no toman.

Los pacientes que toman anticonvulsivos no mostraron diferencias significativas en ninguno de los indicadores, solo se mostraron dos tendencias, por lo que solo se presenta la tabla sin interpretación.

Tabla 35

categorias	U	P	No	Si
Susp3	0	.0658*		+
Ditpu3	44	.0577*		+

*puntajes no significativos

14.- Comparación de pacientes que toman Inmunosupresores contra los que no toman.

Los pacientes que toman inmunosupresores mostraron un habla más apresurada y un aumento en la temperatura en la fase3 de la entrevista, los que no toman inmunosupresores mostraron aumento en el pulso entre la fase1, y 4

Tabla 36

categorias	U	P	No	Si
Ordenac	138.5	.0562*	+	
Exfaex1	8	.0557*		+
Hablapre2	2	.0171		+
Difpu1	224	.0093	+	
Difpu2	158.5	.0428	+	
Diftem3	221	.0318		+
Difpu4	219.5	.0072	+	

*puntajes no significativos

15.- Comparación de pacientes que toman otros medicamentos contra los que no toman.

Los pacientes que toman otros medicamentos mostraron una expresión facial neutra como respuesta ante la situación de máxima confrontación (fase3 EE)

Tabla 37

categorias	U	P	No	Si
Ordenac	138.5	0562*	+	
Exfanc3	4	0418		+
Difsis1	136.5	0594*	+	

*puntajes no significativos

14.- Entrevista Estructurada análisis de características Grupo Control

En el grupo Control se subdividió al grupo con base a la edad para buscar características asociadas a rangos de edad por cada medida de la EE y por cada una de las 3 fases.

Se convirtió la edad en una medida ordinal con base en los siguientes datos:
Media= 32.473 (Desv.=8.217)

Edad1 = valores de edad comprendidos por debajo Media - 1 desv.estandar

Edad2 = valores comprendidos entre media-1 ds y media + 1 ds.

Edad3 = valores por arriba de Media + 1 ds.

Tabla 38

Entrevista	χ^2	p
Risred1	6.5511	0378
Risred2	7.0363	0297
Movrit3		0512*
Inconv11		0632*
Inconv12		0556*
actimp		0885*
Latme1		0659*
Temperatura	22.8164	0000

(*) Estos no son puntajes estadísticamente significativos, se presentan para mostrar las tendencias adoptadas por el grupo.

Los sujetos control mostraron a menor edad una mayor cantidad de risas francas en las fases 1 y 2 y baja la latencia de respuesta media en la fase1, además hay una relación inversa en relación con la edad y la temperatura, a menor edad la temperatura es mayor y va descendiendo a lo largo de la entrevista.

15.- Entrevista Estructurada, Análisis global de características (Grupo LES + Control)

Finalmente se analizó la EE en la suma de los dos grupos para encontrar características comunes a las dos poblaciones asociadas a rangos de edad por cada medida de cada una de las 3 fases.

Se encontró una relación inversa en cuanto a la edad y el terminar las frases del entrevistador en las fases 1 y 3, es decir mientras menor edad, más terminan las frases del entrevistador; también se presentaron tendencias asociadas a la edad, en la fase 1 a menor edad se presenta más risa franca más expresividad y expresión con boca lateral.

Tabla 39

Entrevista	χ^2	p
exbola1		0895*
Inconvi3		0515*
Terfra1	12.514	0023
Terfra3	6.9472	0310
Latba1		0622*
Latme3		0773*
Latat3		0558*
Ridred1		0716*

(*) Estos no son puntajes estadísticamente significativos, se presentan para mostrar las tendencias adoptadas por el grupo en la comparación antes descrita.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Del análisis de los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

La tolerancia a la frustración se caracteriza como la disposición de un sujeto a persistir en responder en una situación no contingente, es decir, en la que no existe relación entre su comportamiento y las consecuencias de su conducta.

El primer instrumento usado para medir la tolerancia a la frustración y aceptado por consenso en la literatura actual (Snyder, 1989) fue un cuestionario autodescriptivo, se usó el instrumento desarrollado por Hernández Pozo y Col. (1996) este cuestionario evalúa la tolerancia a la frustración a través de 14 preguntas las cuales se califican como verdadero o falso, presentando una serie de situaciones frustrantes para la persona.

La segunda manera en la cual se evaluó la tolerancia a la frustración consistió en enfrentar a el sujeto a una situación de simulación computarizada con un paradigma de extinción en el cual el sujeto estuvo representado en la pantalla por un corredor que podía moverse hacia arriba y/o hacia abajo teniendo cuarenta teclas del teclado estándar de la computadora para emitir sus respuestas.. (Hernández-Pozo, 1997; Hernández Pozo, Harzem 1990; Hernández-Pozo, Serrano, Méndez, Montes & Rodríguez, 1992)

Los pacientes con LES reportaron verbalmente tener menor tolerancia que el grupo control, este indicador por si solo resulta indicativo pero más lo es aún el hecho de que existió concordancia entre la respuesta verbal y la no verbal

consistente en el videojuego en el cual los pacientes con LES respondieron mostrando una tolerancia a la frustración menor esto al tardar más en responder, emitir respuestas repetitivas, mostrando menor variabilidad ante la situación contingente, explorar menos. Además, mientras la enfermedad es más agresiva en el paciente, estos niveles de tolerancia a la frustración bajan aun más, así pues el grupo que reporto el nivel de tolerancia a la frustración más alto fue el grupo control, seguido de el grupo de pacientes con LES no activo y finalmente el grupo de pacientes con LES activo.

Se encontró por tanto, relación en este indicador en los pacientes con LES en el decir y el hacer, dato interesante ya que Rosenman (1988), refiere al hacer análisis globales del patrón Tipo A, que algunas personas tipo A no se autoreportan como tales, sin embargo Rosenman no ha estudiado estos autoreportes en las diferentes áreas de este constructo, como lo sería la tolerancia a la frustración. En esta investigación se encontró una relación en como se describen a sí mismos los pacientes y como actúan ante una situación frustrante.

Como indica Reyes (1997), una enfermedad crónica se convierte en una nueva constante vital para el paciente y es necesario pasar por un proceso de reconocimiento el cual puede conllevar el no tener los recursos necesarios a situaciones de frustración al verse alteradas las condiciones "normales" o acostumbradas de funcionamiento del sujeto, el paciente puede verse a sí mismo con pocos recursos para afrontar la enfermedad, agravado esto a que la enfermedad puede tener periodos de exacerbación de los síntomas (activarse) lo cual suele ser inesperado y alterar el relativo equilibrio del paciente cuando el LES no esta activo, esto explica por que los niveles verbales y no verbales de tolerancia a la frustración descendieron aún más en los pacientes con LES cuando este se encuentra activo.

Existió una concordancia entre el reporte verbal y no verbal de los pacientes con LES, reportando tanto verbal como operativamente niveles de tolerancia a la frustración menores que los del grupo control.

En cuanto a los demás indicadores de la escala SLEDAI se encontró que los pacientes que toman prednisona mostraban niveles no verbales de tolerancia a la frustración menores que los que no toman este medicamento, esta misma relación se encontró en los pacientes que toman anticonvulsivantes. Algunos de los medicamentos pueden ser muy agresivos para el paciente, la prednisona es uno de ellos, puede hacer subir de peso al paciente por arriba de los 100 Kg., y crea dependencia por lo cual es esperado este descenso del nivel de tolerancia a la frustración en los pacientes que toman este medicamento, además, se prescribe el uso de prednisona o sube su nivel de consumo cuando la enfermedad se torna más agresiva por lo que tiene relación con el hecho de que el paciente tenga un LES activo y tome prednisona con el descenso en el nivel de tolerancia a la frustración, como anteriormente se comentó.

Curiosamente los pacientes que toman anticonvulsivantes mostraron un número de respuestas mayores que los pacientes que no toman este medicamento, estos pacientes entran en el grupo con afectación del sistema nervioso, presentando crisis convulsivas, y en sus encefalogramas muestran un aumento de actividad en determinadas áreas de la corteza cerebral, tal vez esta sea una explicación del porque respondieron más ante la situación no contingente.

EXPRESIÓN DE LA IRA

Con respecto a los indicadores verbales y no verbales de Expresión de la Ira se puede concluir lo siguiente:

La segunda disposición conductual del La PTAB estudiada fue la expresión de la ira, caracterizada por tensión muscular, estilos vocales enfáticos, respuestas emocionales como irritación, hostilidad encubierta y aumento de enojo potencial. (Rosenman, 1988; Carmelli & Rosenman, 1987; Friedman, 1984).

El primer instrumento usado para medir la expresión de la ira y aceptado por consenso en la literatura actual (Snyder, 1989) fue el cuestionario autodescriptivo, desarrollado por Hernández Pozo y Col. (1995) este cuestionario evalúa la expresión de la ira a través de 17 preguntas las cuales se califican como verdadero o falso, presentando una serie de situaciones de hostilidad para la persona.

El segundo instrumento usado fue la Entrevista estructurada de Rosenman (1975), la cual crea un escenario controlado de provocación donde se hacen emerger el tipo de respuestas verbales y motoras asociadas a la expresión de la ira.

En cuanto al reporte verbal de expresión de la ira, los pacientes con LES reportaron un nivel mayor de expresión de la ira que el grupo control, este dato reviste de interés ya que se han realizado estudios en enfermedades crónicas como cáncer (Temoshock, 1987) para determinar el papel que juegan factores como la expresión de la ira en la evolución de la enfermedad encontrando en estos pacientes una inhabilidad para expresar emociones negativas (Greer & Morris, 1975; Pettingale, Greer & tee, 1977; Morris et al, 1981; Jansen & Muenz,

1984), este factor en particular llevo a Temoshock a determinar que la inhabilidad de expresión de emociones negativas como un factor importante en el desarrollo del cáncer, llamando a esta conducta patrón tipo "C", pero de los resultados obtenidos en LES se desprende que este patrón no es común a las enfermedades por su carácter de crónico ya que los pacientes con LES reportaron niveles verbales más altos de expresión de la ira.

Con respecto a la entrevista estructurada (Rosenman, 1975) la expresión de la ira de acuerdo al patrón conductual tipo A-B se caracteriza por los siguientes indicadores metalingüísticos: entonaciones explosivas, enfatizamiento de las palabras clave de las oraciones. Rara vez se habla en voz baja ni murmurando y raramente hace pausas a la mitad de las oraciones. Cuando el sujeto habla de un tema de interés y se le interrumpe, siempre vuelve al punto del tema que le interesa.

Casi nunca escucha si no se habla de temas que lo interesen o se relacionen con su estilo de vida.

De estos factores solo se presentaron algunos en los pacientes con LES como mantener el contacto visual bajo máxima presión, apretar los labios, terminar las frases del entrevistador, expresión facial expresiva. Se afirma por tanto, que la expresión de la ira aumentó en su dimensión pasiva al no registrarse indicadores de ira activos como apretar el puño, actitud de enojo, habla apresurada, calidad de voz fuerte, mandíbula tensa, recelo, actitud de enojo/molestia, y habla enfática

En los dos instrumentos usados para medir la expresión de la ira se encontró en los pacientes con LES niveles más altos de expresión, solo que en el autoreporte los pacientes se describieron con un nivel de expresión de la ira mayor al mostrado ante las situaciones de confrontación.

Se realizó también análisis intragrupo, en el caso de los pacientes con LES se comparo los indicadores metalingüísticos de la entrevista estructurada contra la escala sledai encontrándose en los pacientes con LES no activo más indicadores de expresión de la ira (Enfatizan más al responder, más risas francas, terminan más las frases, aumento de temperatura) que en los sujetos control. Esta actitud de confrontación pasiva se repitió al comparar a los pacientes con LES activo y el grupo control (terminan más frases, más risas francas, más énfasis en las respuestas).

Esto corrobora lo encontrado con el cuestionario de expresión de la ira y la entrevista estructurada al mostrar los el grupo experimental niveles más altos de expresión de la ira pero, esta expresión de la ira es de tipo pasiva.

CARACTERÍSTICAS NO VERBALES DEL PATRON CONDUCTUAL TIPO A

El patrón conductual Tipo A-B (PTAB) se define como complejos emotivo-conductuales que los individuos utilizan para enfrentarse a su medio.

La PTAB involucra disposiciones conductuales como la agresividad verbal (rara vez física), competitividad e impaciencia; conductas específicas como estados de alerta, tensión muscular, estilos vocales rápidos y enfáticos, y aceleración en el ritmo de actividades; y respuestas emocionales como irritación, hostilidad encubierta y aumento de enojo potencial.

El patrón conductual llamado tipo A es exhibido por personas impacientes y que siempre tienen prisa, son competitivos, agresivos, impulsivos y frecuentemente hostiles

El individuo Tipo A camina atrabancado. Su cara se ve extraordinariamente alerta: esto es, sus ojos se ven muy vivos, rastrean rápidamente cualquier situación. Puede emplear una postura tensa, con los dientes y la mandíbula apretadas. Su sonrisa tiene una extensión lateral más que oval y su risa rara vez es abierta. Acostumbra mirar directamente a los ojos. Frecuentemente se sienta en la orilla de la silla. Puede estirar las piernas, cruzarlas o solo mantenerlas debajo de la silla.

Raramente tiene las manos sueltas con los dedos extendidos. Es muy dado a enfatizar poniendo la mano en puño al hablar, en especial cuando enfatiza un tema. Sólo pone el puño cuando habla, mas no cuando le hablan y en particular cuando se enoja o se inquieta. Puede dar la impresión de que está impaciente y puede hacer sentir incómoda a la gente lenta que está cerca de él. Cuando el entrevistador siente que el sujeto lo apresura en la entrevista, es muy probable que se trate de un Tipo A. Una de las formas en las que lo hace es apresurando las preguntas y las explicaciones del entrevistador contestando "si, si" casi antes de que el entrevistador termine la pregunta o utilizando expresiones como "Ya veo, ya veo", "Mm", "Bien, bien". Puede moverse alrededor del lugar o chasquear los dedos o pegar con el pie en el piso con impaciencia.

Su discurso no es necesariamente rápido, pero incluye entonaciones explosivas y se acelera en las oraciones largas. Tiende a enfatizar las palabras clave de las oraciones. Nunca habla en voz baja ni murmura y raramente hace pausas a la mitad de las oraciones. Cuando habla de un tema de su interés y se le interrumpe, siempre vuelve al punto del tema que le interesa.

Estos indicadores se evaluaron a través de la entrevista estructurada en sus fases 1 y 2 (siendo la fase1 la línea base y la fase 2 el análisis del patrón conductual tipo A) encontrándose que los pacientes con LES mostraron una mayor cantidad de indicadores metalingüísticos asociados al patrón conductual tipo A como son el enfatizar las respuestas, aumento de la risa mínima junto con el descenso de la

risa franca, mantener el contacto visual ante la confrontación, apretar los labios. Sin embargo, faltaron por presentarse algunos otros importantes como actitud de enojo, voz fuerte, mandíbula tensa, terminar frases del experimentador, por lo que no se podría clasificar totalmente las respuestas de los pacientes con LES como ajustadas al patrón conductual tipo A, o por lo menos no a lo que Rosenman llama Tipo A1 (A extremo) sin embargo una mejor relación se encuentra entre las respuestas de los pacientes con LES y el patrón A2 (ajustivo) es decir, un patrón un tanto más ajustivo de respuestas de que no conlleva el carácter crónico del A1.

Es decir, no todas las personas Tipo A son agresivas, competitivas y orientadas al logro. Hay personas más conscientes que sin embargo el medio les demanda estar aprisa y aceleración constantes. Por ejemplo, un empleado de telégrafos, un técnico de T.V, etc. pueden no haber sido originalmente personas Tipo A, pero el medio ambiente demandante de una constante necesidad de hacer las cosas rápido y bajo presión, lo hacen convertirse en un Tipo A. Esta es posiblemente la razón de la conducta de los pacientes con LES ya que al tener que estar en un constante vaivén de consultas, análisis de laboratorios, tramites administrativos, muchos de ellos tienen además que viajar con horarios restringidos para estas actividades por ser de otras ciudades por lo que sería entendible este ajuste de la conducta a las necesidades del medio.

En el grupo LES se encontró un indicador asociado a la edad, mientras menos edad tenía el paciente más interrumpía el contacto visual, esto puede ser explicado con base en la misma edad, por lo general estas pacientes acuden a la consulta con un acompañante y éste es quien informa de los signos y síntomas al reumatólogo, y a más edad las pacientes acuden por lo general solas a consulta (a menos que su estado general requiera de un acompañante) y por las características de novedad del sujeto ante el experimento, ya que los pacientes

de más edad mantenían más el contacto visual a lo largo de la entrevista. Esta relación no se encontró en el grupo control.

De la N total de 110 personas se encontró en la entrevista estructurada que a medida que avanzaba la entrevista bajaba la temperatura en todos los sujetos, esta relación no se encontró para ninguno de los otros cuatro indicadores, en el videojuego ocurrió lo contrario, ya que los sujetos mostraron un aumento en los cinco indicadores registrados con respecto a la toma inicial y final, esto se debe a la situación no contingente, al no estar recibiendo reforzamiento (no ganaban puntos) una de las reacciones que mostraron fue de tensión (esto se presentó en la suma de los dos grupos, en el análisis de cada grupo no se encontró esta misma relación).

Finalmente es interesante el relacionar porque los pacientes con LES que reportaron una tolerancia a la frustración menor muestran una expresión de la ira pasiva, esto parece ser contradictorio.

Tenemos que considerar que los pacientes con LES se frustran al no poder tener los estándares de funcionamiento que desearían, entonces si consideramos que existe una relación entre la frustración y la agresión (Dollard, Doob, Miller y Sears, 1943), los que más se frustran serán los que muestren niveles de expresión de la ira más altos, esto explica porque en los pacientes con LES a medida que la enfermedad es o no activa los patrones de conducta presentados en el grupo se vuelven más marcados.

BIBLIOGRAFÍA.

Adams S., Dammers P., Saia T., Brantley P. & Gaydos G. (1994). Stress, Depression, and Anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus. *Journal of behavioral Medical*, Oct; 17(5):459-477.

Amado S. (1996) *Lecciones de Dermatología*. Ed. Méndez 395-414, México.

Antony N. (1985) *Tratado de Dermatología* Ed. Salvat, 193-208, Barcelona.

Bombardier C., Gladman D., Urowitz M., Caron D., Hsing C. & The committee on prognosis studies in SLE. (1992).

Derivation of the SLEDAI. *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 35, No. 6, Pags. 630-640.

Carmelli D., Rosenman R., Chesney M. (1987). Estability of the Type A structured interview and related questionnaires in a 10-years follow-up of an adult cohort of twns. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 513-525.

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, H. y sears, R. (1943) *Frustration and agresion*. Yale University.

Domonkos A., (1985)., *Tratado de Dermatología*. Ed. Salvat, Barcelona. Págs. 193-208.

Friedman M., y Rosenman R. (1974) *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Friedman M., & Powell L. (1984). The diagnosis and quantitative assessment of type A behavior: introduction and description of the Videotaped Structured Interview. *Integrative Psychiatry*, 2, 123-136.

Fox B. (1978) Premorbid psychological factors as relates to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 45-133.

Gardner J. (1992) *El mundo de Sofia*. Seix Barral.

Greer S. Morris T. (1975) Psychological attributes of woman who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.

Harzem P. (1984) Experimental analysis of individual differences and personality. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 42:3855-395.

Hernández-Pozo R.(1996) Análisis de la conducta tipo "A" en atletas de alto rendimiento en *Psicología del Deporte*, UNAM, México.

Hernández-Pozo R.(1998) Valoración del estilo conductual de Urgencia en pacientes oncológicos. *Cuadernos de Investigación Multidisciplinaria en Ciencias de la Salud y el Ambiente*. 1, 29-42.

Hernández -Pozo R.(1990), Harzem P. Evaluación del estilo conductual de urgencia temporal: Ejecución bajo un programa de reforzamiento RDB. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, 113-129.

Hernández-Pozo R., Hermosillo A. y Osorio G. (1996) Medidas verbales de tolerancia a la Frustración en padres e hijos: Reporte de validación de dos instrumentos con adultos y niños. En Juárez (ed) *Memoria del IV Encuentro*

Nacional de Investigadores Sobre Familia. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Hernández-Pozo R., Harzem P., Rossi M. y Fernández G. (1990) Evaluación del estilo conductual de "urgencia temporal": Ejecución bajo programas de reforzamiento RDB. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, (3), 113-129. ISSN: 0185-4534.

Hernández-Pozo R. (1996) Procedimientos para el análisis de la conducta humana compleja: Comportamiento inteligente y tendencias reactivas. Número Especial: El análisis de la Conducta en México. *Psicología Iberoamericana*, 4, 2, 44-51. ISSN: 1405-0943.

Hernández-Pozo R., Serrano A., Méndez J., Montes E. and Rodríguez G. (1992). Computerized operant evaluation of tolerance to frustration in high performance mexican athletes and marathon runners. *Proceedings of the International Conference on Computer Applications in Sport and Physical Education*. Netanya: Wingate Institute, pag. 25.

Hernández-Pozo R. tendencias a la conducta tipo "A" en mujeres mexicanas, un estudio operante. Fontamara, México.

Hernández-Pozo R., Castillo M., Santamaria G. y Terán I. (1997) Perfil Bioestadístico y tendencias en la expresión de la ira en pacientes oncológicos. En Rangel R., Soto Y. y Weis B. IV Reunión de Investigación en cáncer en México. *Memorias y Comentarios México: UNAM*, pag. 69. ISBN:968-36-6512-8.

Hernández-Pozo R., Prado X., Osorio G., Garrido N., Avila R., Nava S. y Calleja N. (en preparación) Medición de la expresión de la ira: aspectos psicométricos de un instrumento de autoreporte.

Jansen M., Muenz L. (1984) A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.

Jenkins C., Rosenman R. & Friedman, (1967) Development of an objective psychological test for determination of coronary prone behavior in employed men. *Journal of Chronic Disease*, 38, 46-51.

Jenkins C., Zyzanski S., & Rosenman R. (1979) *The Jenkins Activity Survey*, New York: Psychological Corp.

Lundin R. (1974) *Personality: A behavioral analysis*. 2a. Ed. New York: Macmillan Publishing Co.

Martínez-Elizondo P. (Editor)., (1995) *MKSAP en Reumatología: Programa de autoevaluación del conocimiento médico*, Programa en español. México, Intersistemas S.A. de C.V.; Págs.. 109-120.

Milton O. (1994)., *Dermatología*. De. *Manual moderno*, México., Págs. 741-746.

Morris T., Greer S., Pettingale R., Watson M. (1981) Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25. 111-117.

Nava S., Hernández Pozo R., Garrido N., Huichan F., Núñez E., Vázquez R. & Campos O., (1998) Cuantificación de la entrevista estructurada de Rosenman

para medir conducta tipo A en mexicanos. Ponencia en el VII congreso de psicología. 15 al 17 de octubre de 1998. Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional, Siglo XXI.

Pettingale K., Philalithisa A., Tee D., Greer S. (1981) The biological correlates of psychological response to breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 25, 453-458.

Petri M. (1995). SLE. Treatment of the rheumatic diseases, compilation to the textbook of reumatology. Philadelphia. Págs.. 93-108.

Reyes C., (1997) Enfermar y padecer del reumático, una visión psicológica. *Revista Mexicana de Reumatología*, Vol. 12 No. 6 Págs.. 223-230.

Rosenman R., Friedman M., Strauss R., Wurm M., Kosichick,R., Hahn M. & Wethwsen. (1975). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 189, 152-153.

Rosenman R. Some relationships of contrasting emotions to cardiovascular disorders. *Emotions and cardiovascular disorders, Stress Medicine* Vol. 4, 1988.

Rosenman R. Type A Behavior Pattern: A Personal Overview, *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol. 5 (1) 1-24. 1990.

Ropes M. (1976) *Systemic lupus erythematosus*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Tan E., Cohen A., Fries J. et al: The 1892 Revised criteria for classification of systemic lupus erythematosus (SLE). *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1271-77.

Temoshock L. (1987) Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, (3), 545-567.

Wright R., Williams, B. and Dill, J. (1992) Interactive effects of difficulty and instrumentality of avoidant behavior on cardiovascular reactivity. *Psychophysiology*. Vol 29 (6):677-686.

ANEXOS

Cuestionario TOFU Ver. 3.0

Por R. Hernández Pozo

Derechos de autor 1995

Conteste este cuestionario en la hoja de respuestas usando las opciones "V" para verdadero y "F" para falso. Califique con sinceridad cada afirmación de acuerdo a su manera de pensar y a su manera de ser.

- (1) Sufro cuando tengo que trabajar con personas que no conozco.
- (2) Me desalienta imaginar los peligros que tiene uno que enfrentar para salir adelante.
- (3) Me pone de mal humor que los demás me critiquen.
- (4) Cuando recibo malas noticias, me siento sin ganas de hacer nada.
- (5) Me molesta que alguien cancele una cita conmigo.
- (6) Desconfío de las acciones de los demás.
- (7) Me desespera que se pospongan mis planes por factores que están fuera de mi alcance.
- (8) Me da mala espina cuando se tardan en darme una respuesta.
- (9) Me enoja recibir malas noticias.
- (10) Es tonto insistir cuando un teléfono esta ocupado.
- (11) Evito probar comida con la que no estoy familiarizado.
- (12) Por lo general me niego a participar en rifas o sorteos.
- (13) Me deprime recibir críticas de mis amigos.
- (14) la actitud de los demás me afecta mucho.

Cuestionario EXIR ver 2.0

Por R. Hernández Pozo

Derechos de autor 1995

Conteste este cuestionario en la hoja de respuestas usando las opciones "V" para verdadero y "F" para falso. Califique con sinceridad cada afirmación de acuerdo a su manera de pensar y a su manera de ser. Sus respuestas son confidenciales.

- (1).. Con frecuencia ofendo a las personas que me hacen enojar.
- (2) Cuando me dejo llevar por la ira, digo cosas de las que luego me arrepiento.
- (3) Tengo fama de ser respondón (respondona).
- (4)..Es tonto quedarse callado ante las agresiones de la gente.
- (5)..En ocasiones he estado tan enojado(a), que he pegado a algún objeto.
- (6)..Discuto acaloradamente cuando alguien me hace enojar.
- (7)..Cuando me enojo, hago cosas de las que luego me arrepiento.
- (8)..El que me la hace, me la paga.
- (9)..Después de un coraje solo los cobardes se quedan callados.
- (10).Si alguien me ofende, hago todo lo posible por desquitarme.
- (11).Hablo de más cuando me han hecho enojar
- (12).Mi familia me dice que debo controlar mi carácter.
- (13).Soy de los(las) que nunca se quedan callados.
- (14).Cuando pierdo los estribos, digo cosas duras a quien sea.
- (15).Me dan lastima las personas que no saben como defenderse.
- (16).Me gusta poner a los demás en su lugar.
- (17) Seria imposible para mi poner la otra mejilla.

Entrevista estructurada para la evaluación de la PTAB

Fase 1 Entrevista Neutra/Habitación

Introducción: "Me gustaría que contestara una serie de preguntas. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y se utilizará un número clave en el videocasete en el que se grabará la entrevista. Casi todas las preguntas se refieren a sus hábitos cotidianos y ninguna es embarazosa". (Comienza la grabación).

Hoy es _____ de _____ de 19 _____, Son las _____
Quiere decirme su nombre completo y su edad.

- 1.- ¿De donde es usted?
- 2.- ¿Cuánto tiempo tardo en llegar desde su casa hasta este lugar?
- 3.- ¿Lo han filmado antes?, ¿Se siente nervioso?
- 4.- ¿Le gusta que le tomen fotos?
- 5.- platíqueme sobre su familia. ¿Cuántos hermanos tiene?, ¿y que número es usted?, ¿Cómo son sus papás?, ¿es casado?, ¿Cómo es su esposo (a)?
- 6.- ¿Tiene algún pasatiempo?, ¿Cual?, ¿Le gusta hacerlo solo o acompañado?
- 7.- ¿Practica algún deporte?, ¿que deporte le gusta ver?

Hasta aquí cinco minutos (control de tiempo)

- 8.- ¿Que opina acerca de vivir en provincia? ¿le agradaría más vivir en una ciudad como la Cd. de México?
- 9.- ¿ve usted televisión?, ¿Cuál es su programa favorito?
- 10.- ¿le gusta leer?, ¿Cuál fue el último libro que leyó?, ¿que otros géneros prefiere?
- 11.- ¿le gusta ir al cine?, ¿Cuál es la última película que vio?
- 12.- ¿vive solo o con su familia?, ¿alguien más vive con usted(es)?
- 13.- ¿maneja usted automóvil?, ¿le gustaría manejar?, ¿tienen automóvil?
- 14.- ¿Conque frecuencia sale usted de vacaciones?, ¿que lugares prefiere?, ¿la última vez que salió a donde fue?, ¿lo atendieron bien?

esta es la primera parte de esta entrevista muchas gracias.

Fase 2 Entrevista Estructurada para la evaluación de la PTAB

Comienza la grabación.

Como le decía anteriormente, toda la información que se obtenga de esta entrevista es confidencial y se guarda bajo un número clave que es este caso es el No: _____

- 1.- ¿Cuál es su TRABAJO u OCUPACIÓN?, ¿hace cuanto realiza esta actividad?
- 2.- ¿Esta SATISFECHO con lo que hace?, ¿porque?
- 3.- ¿Usted tiene que tomar DECISIONES IMPORTANTES con respecto a su trabajo (familia si es ama de casa)?, ¿Hay ocasiones en que se sienta particularmente APRESURADO o PRESIONADO? ¿Hay ocasiones en las que quisiera que se TOMARA MAS EN CUENTA su opinión? Cuando se siente relegado, ¿le molesta?
- 4.- ¿se describiría como una persona MOTIVADA y TRABAJADORA o se considera una persona RELAJADA?, ¿Si su pareja estuviera aquí (en caso de no tener pareja

- algún conocido cercano a usted) y le pidiéramos que la describiera, QUE DIRÍA DE USTED?, ¿alguna vez le ha pedido su pareja (conocidos) su OPINIÓN sobre algún asunto importante?, ¿nunca?, ¿de ser así como se lo ha pedido?
- 5.- ¿Cuándo se ENOJA o se INQUIETA, ¿la gente a su alrededor lo nota? ¿Cómo lo demuestra?
 - 6.- ¿creé usted que se EMPENA MAS en ser CUMPLIDO que la mayoría de sus compañeros de trabajo? (conocidos en caso de amas de casa)
 - 7.- ¿acostumbra llevar TRABAJO a casa? ¿que tan seguido?
(en amas de casa: ¿acostumbra realizar las actividades de su hogar TODO el día?)
 - 8.- Si tuviera que jugar con niños de 6 o 7 años algún juego competitivo como ajedrez, carteritas, etc., ¿usted los DEJARÍA GANAR?
 - 9.- Cuando juega con gente DE SU MISMA EDAD, ¿usted juega por DIVERSIÓN o para GANAR?
 - 10.- ¿Hay mucha competencia en su empleo o trabajo?

Hasta aquí cinco minutos

- 11.- Cuando va en un auto y al frente va un automóvil que va DEMASIADO DESPACIO para usted, ¿cual es su reacción? ¿acostumbre REFUNFUÑAR o QUEJARSE? si una persona la acompaña en el auto, ¿se daría cuenta de que esta molesto?
- 12.- La mayoría de la gente debe levantarse temprano por la mañana,..... en su caso,.....¿a que...hora...acostumbra usted a.....levantarse?
- 13.- Si usted hace una CITA con alguien, digamos a las dos de la tarde, y lo hacen ESPERAR, ¿se sentiría lastimado en su amor propio?, ¿RECLAMARÍA usted a la persona que lo hizo esperar?
- 14.- ¿Cuando ve a alguien haciendo un trabajo DESPACIO y SABE que usted podría hacerlo MEJOR y MÁS RÁPIDO, se siente usted INCOMODO al observarlo? ¿se sentiría atraído a HACERLO usted mismo?
- 15.- ¿Que es lo que más le IRRITA de su trabajo o la gente con la que trabaja?
- 16.- ¿Come usted RÁPIDO?, ¿camina RÁPIDO?, cuando termina de comer en casa, ¿le gusta QUEDARSE a la sobremesa o prefiere LEVANTARSE e IRSE?
- 17.- Cuando sale a cenar a un restaurante y encuentra una fila de ocho o diez gentes ESPERANDO MESA ANTES QUE USTED, ¿esperaría?, ¿que HARÍA mientras espera?
- 18.- ¿Como se siente con respecto a ESPERAR en una fila? como en el BANCO, el SUPERMERCADO.
- 19.- ¿Se siente ANSIOSO siempre por APRESURARSE y TERMINAR a tiempo lo que esta haciendo?
- 20.- ¿Tiene la sensación de que el TIEMPO pasa demasiado RÁPIDO para que usted pueda CUMPLIR con todas las cosas que desearía HACER en un día?, ¿que tan seguido siente URGENCIA POR EL TIEMPO o PRESIÓN POR EL TIEMPO?
- 21.- ¿Se APRESURA usted al hacer casi todas sus cosas?
- 22.- ¿Que tan seguido se DISGUSTA o se MOLESTA usted?

Fase 3 Entrevista Estructurada para la evaluación de la PTAB

- 1.- Cuando trata usted con niños y ellos se comportan GROSEROS con USTED, ¿como reacciona?
- 2.- ¿Le agrada participar en concursos donde tenga que SUPERAR A OTRAS PERSONAS con sus habilidades?
- 3.- Es usted muy PASIVO, VERDAD?
- 4.- Cuando ve a alguien haciendo una tarea difícil y que le esta costando trabajo. ¿Usted de INMEDIATO se presta a ayudarlo?, ¿Lo OBSERVA y ESPERA?, ¿se ALEJA y no HACE NADA?
- 5.- ¿Que cosas le enojan de su Familia? (pareja o hijos según el caso)
- 6.- pero USTED TIENE LA CULPA, entonces, ¿DE QUE SE QUEJA?

HASTA AQUI CINCO MINUTOS

- 7.- Si ha estado haciendo cola por mas de una hora en el cine y ve que una mujer SIN FORMARSE compra su boleto en la taquilla. ¿CUAL seria su REACCIÓN?, ¿RECLAMARÍA ?, ¿Pediría que la atendieran PRIMERO? ó ¿No haria NADA?
- 8.- Si al caminar por la calle siente ACCIDENTALMENTE un golpe leve por la espalda, ¿COMO REACCIONARÍA?
- 9.- ¿Con que frecuencia ABANDONA una situación que le parece molesta?
- 10.- ¿Que hace cuando en su PRESENCIA, una persona adulta pero más joven que usted, MALTRATA FISICAMENTE a un menor?
- 11.- ¿Le han dicho que PIERDE los estribos con facilidad?
- 12.- ¿Es USTED CONFORMISTA, VERDAD?

Esto es todo MUCHAS GRACIAS.

Hoja de registro de variables fisiológicas

Fecha: _____ N° Orden _____

Nombre _____

Edad: _____

Antecedentes heredofamiliares:

Medidas Fisiológicas				
	Presión	Pulso	Temp.	RGP
Video (inicio)				
Video (fin)				
Entrev 1				
Entrev 2				
Entrev 3				

NOMBRE: _____ FECHA: _____

SLEDAI

Peso	Puntuación	Descripción	Definición
8	_____	Convulsión	Ataque reciente excluir: causa metabólica, infecciosa, drogas
8	_____	Psicosis	Alucinaciones incoherencia, disturbios en percepción de realidad
8	_____	Sx. Orgánico Cerebral	Alteración de la orientación, memoria, lenguaje incoherente
8	_____	trastornos visuales	Cambios en retina, hemorragias, neuritis óptica, excluir: infección, HAS o drogas
8	_____	trastornos de pares craneales	Nuevo ataque de neuropatía sensitiva o motora de pares craneales.
8	_____	Cefalea	Cefalea importante que no cede a analgésicos
8	_____	EVC	Nuevo ataque cerebro vascular. Excluyendo: arteroesclerosis
8	_____	Vasculitis	Ulceras, infartos periungueales, gangrena, biopsia o angiografía DX de vasculitis.
4	_____	Artritis	Mas de 2 articulaciones, con dolor o sinovitis
4	_____	Miositis	Debilidad muscular asociada con CPK elevada
4	_____	Cilindros urinarios	Cilindros granulosos
4	_____	Hematuria	Mas de 5 eritrocitos excluyendo: cálculos o infección.
4	_____	Proteinuria	Mas de 0.5 g/24 hrs. o incremento de mas de 0.5 g/24 hrs.
4	_____	Piuria	Mas de 5 leucocitos por campo. Excluir: infección.
2	_____	Eritema malar	Eritema reciente o recurrencia.
2	_____	Alopecia	Nuevo evento o alopecia difusa o en parches.
2	_____	Ulceras Mucosas	Nuevo evento o recurrencia de úlceras orales o nasales.
2	_____	Pleuritis	Dolor pleurítico o torácico con frote pleural.
2	_____	Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes: frote, derrame, ECG o Ecocardiograma.
2	_____	Complemento bajo	Anotar C3 _____ C4 _____
2	_____	Anti-DNA	Positividad a este.
1	_____	Fiebre	Mayor de 38° C. Excluir: infección
1	_____	Trombocitopenia	Menor de 100,000 Cel. _____
1	_____	Leucopenia	menor de 3,000. Excluir drogas Anotar: _____

Calificación: _____

Edad: _____

Filiación: _____

FUM: _____

Tratamiento _____

HOJA DE CODIFICACION DEL PATRON CONDUCTUAL

Hoja 1

Nombre del sujeto _____
 Clave _____ Edad _____ años Escolaridad _____
 Fecha de la entrevista _____ Entrevisto _____ Calificó _____

Escriba una marca en caso de que al ver la filmación usted considere que se presentó la categoría conductual. procure que durante el saludo y la introducción del sujeto a la sala de filmación esté con usted otra persona para que observe esta parte también.

Entrevista de Habitación

CARACTERÍSTICAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Habla apresurada														
2. calidad de voz baja														
3. calidad de voz promedio														
4. calidad de voz fuerte														
5. Mov. rítmico mano/pie														
6. Expres. facial neutra														
7. Expres. facial expresiva														
8. Expres. boca lateral														
9. mandíbula tensa														
10. Risa mínima														
11. risa franca-redonda														
12. Sonrisa lateral														
13. Apretar puño														
14. Suspiro														
15. Actitud de recelo														
16. Actitud enojo/molestia														
17. Actitud impaciencia														
18. Termina frases exper.														
19. latencia resp. baja														
20. latencia resp. normal														
21. latencia resp. alta														
22. Habla enfática														
23. Interrumpe contacto visual														
24. Aprieta labios														

Nombre del sujeto _____
 Clave _____ Edad _____ años Escolaridad _____
 Fecha de la entrevista _____ Entrevistado _____ Calificó _____

Entrevista Tipo "A" de Rosenman ver 2.0

CARACTERÍSTICAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Habla apresurada											
2. calidad de voz baja											
3. calidad de voz promedio											
4. calidad de voz fuerte											
5. Mov. rítmico mano/pie											
6. Expres. facial neutra											
7. Expres. facial expresiva											
8. Expres. boca lateral											
9. mandíbula tensa											
10. Risa mínima											
11. risa franca-redonda											
12. Sonrisa lateral											
13. Apretar puño											
14. Suspiro											
15. Actitud de recelo											
16. Actitud enojo/molestia											
17. Actitud Impaciencia											
18. Termina frases exper.											
19. latencia resp. baja											
20. latencia resp. normal											
21. latencia resp. alta											
22. Habla enfática											
23. Interrumpe contacto visual											
24. Aprieta labios											
CARACTERÍSTICAS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Habla apresurada											
2. calidad de voz baja											
3. calidad de voz promedio											
4. calidad de voz fuerte											
5. Mov. rítmico mano/pie											
6. Expres. facial neutra											
7. Expres. facial expresiva											
8. Expres. boca lateral											
9. mandíbula tensa											
10. Risa mínima											
11. risa franca-redonda											
12. Sonrisa lateral											
13. Apretar puño											
14. Suspiro											
15. Actitud de recelo											
16. Actitud enojo/molestia											
17. Actitud impaciencia											
18. Termina frases exper.											
19. latencia resp. baja											
20. latencia resp. normal											
21. latencia resp. alta											
22. Habla enfática											
23. Interrumpe contacto visual											
24. Aprieta labios											

calificación del entrevistador

A1 A2 X B

(Cierto) (Incierto)

Nombre/clave del entrevistador _____

calificación final

A1 A2 X B

(Cierto) (Incierto)

Nombre del sujeto _____
 Clave _____ Edad _____ años Escolaridad _____
 Fecha de la entrevista _____ Entrevisto _____ Calificó _____

Entrevista de sondeo: EXPRESION DE LA IRA

CARACTERÍSTICAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Habla apresurada												
2. calidad de voz baja												
3. calidad de voz promedio												
4. calidad de voz fuerte												
5. Mov. rítmico mano/pie												
6. Expres. facial neutra												
7. Expres. facial expresiva												
8. Expres. boca lateral												
9. mandíbula tensa												
10. Risa mínima												
11. risa franca-redonda												
12. Sonrisa lateral												
13. Apretar puño												
14. Suspiro												
15. Actitud de recelo												
16. Actitud enojo/molestia												
17. Actitud impaciencia												
18. Termina frases exper.												
19. latencia resp. baja												
20. latencia resp. normal												
21. latencia resp. alta												
22. Habla enfática												
23. Interrumpe contacto visual												
24. Aprieta labios												

GLOSARIO

Alopecia: (calvicie) deficiencia natural o anormal del cabello caracterizada por ocurrir en áreas bien definidas .

Antígeno: Término general para toda sustancia que, introducida en el organismo, provoca la formación de anticuerpos.

Anticuerpo: Sustancia específica de la sangre y líquidos de los animales inmunes producida como reacción a la introducción de un antígeno y que ejerce una acción antagónica específica sobre la sustancia por cuya influencia se ha formado.

Artralgia: dolor en una articulación.

Cefalalgia: Dolor de cabeza.

Eritrocitos: Corpúsculo o glóbulo rojo de la sangre.

Esteroide: sustancia de importancia fisiológica constituida por cuatro anillos unidos de manera característica: dos anillos de seis miembros de carbono abajo y dos anillos, uno de seis y otro de cinco miembros, de carbono arriba.

Eritema: Enrojecimiento difuso o en manchas en la piel.

Esclerodermia: Afección caracterizada por la induración de la piel y atrofia más o menos completa de la misma.

Falange: En general cualquiera de los pequeños huesos largos de los dedos de la mano o del pie.

Granulocito: Célula que contiene gránulos, especialmente leucocito que contiene gránulos basófilos o eosinófilos en su protoplasma.

Hemoglobina: Materia colorante de los hematies que contiene el hierro de la sangre; sustancia cristalina de color rojo y composición compleja que consta principalmente de una proteína, globina típica del adulto.

Hiperqueratótico: Hipertrofia de la capa córnea de la piel, o cualquier enfermedad cutánea caracterizada por ella.

Leucocitos: Glóbulo blanco de la sangre.

Leucopenia (Linfopenia): Reducción del número de leucocitos en la sangre por debajo de 5,000.

Malar: Relativo a la mejilla o pómulo.

Meningitis: Inflamación de las meninges, especialmente de la aracnoides y piamadre.

Mixovirus: Virus que afecta el tejido mucoso.

Nódulos subcutáneos: Pequeña eminencia o vegetación, nudosidad por debajo de la piel.

Osteopenia: Termino general para las afecciones óseas.

Periarticulares: situado o que ocurre alrededor de una articulación.

Pericarditis: Inflamación del pericardio.

Periungueal: Situado o que ocurre alrededor de la uña.

Pleuritis: Inflamación aguda o crónica de la pleura (**Pleura** : sacos membranosos que recubren en forma independiente cada uno de los pulmones).

Poliartritis: Inflamación simultánea de varias articulaciones.

Proteinuria: Presencia de proteínas en la orina; albuminuria.

Sistémico: las diferentes partes de un organismo en conjunto.

Treponema Pallidum: Agentes causales de la sífilis.

Trombocitopenia: Disminución del número de plaquetas en la sangre.