

01964

3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE
ANSIEDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA
GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A
GABRIELA ESTHER ESPINOSA MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES RODRIGUEZ ORTIZ

COMITE DE TESIS: DR. FRUCTUOSO AYALA GUERRERO
DR. JOSE MENDEZ VENEGAS
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
DR. LEONARDO REYNOSO



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS.

Al Hospital General Manuel Gea González, en especial a la Dra. Ma. Teresa Hojyas médico adscrito al Servicio de Dermatología, por las facilidades prestadas para la realización de esta investigación.

A la Dra. Dolores Rodríguez Ortiz por toda su ayuda, paciencia y valiosa dirección que me brindó a lo largo de la preparación y curso de mi tesis.

Y por su apoyo y conocimientos para la realización de la tesis:

Dr. Fructuoso Ayala Guerrero.

Dr. José Méndez Venegas.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Dr. Leonardo Reynoso.

INDICE.

Introducción.	1
Resumen.	2
Capítulo I. Psoriasis.	3
1.1. Definición.	3
1.2. Epidemiología.	3
1.3. Edad de presentación.	3
1.4. Herencia.	4
1.5. Características clínicas.	4
1.6. Clasificación clínica de la psoriasis.	5
1.7. Factores desencadenantes.	7
1.8. Asociación con enfermedades sistémicas.	8
1.9. Fisiopatología.	9
1.10. Tratamiento.	11
Capítulo II. Estrés y psoriasis.	13
2.1. Delimitación conceptual del estrés.	13
2.2. Formas básicas de evaluación cognitiva.	18
2.3. Fuentes de estrés.	21
2.4. Factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante.	23
2.5. Respuestas al estrés.	27
2.6. Estrés y enfermedad.	28
Capítulo III. Afrontamiento del estrés y psoriasis.	40
3.1. El afrontamiento del estrés.	40
3.2. Funciones del afrontamiento.	42
3.3. Recursos para el afrontamiento.	45
3.4. Estrategias de afrontamiento.	49
3.5. Afrontamiento como adaptación.	50
3.6. El afrontamiento de la enfermedad.	52
3.7. Respuestas de afrontamiento en la enfermedad.	57

Capítulo IV. Ansiedad y psoriasis.	61
4.1. Delimitación conceptual de la ansiedad.	61
4.2. Factores cognitivos y ansiedad.	63
4.3. Ansiedad estado-rasgo.	65
4.4. Ansiedad y estrés.	66
4.5. Ansiedad y enfermedad.	69
Capítulo V. Metodología.	73
5.1. Planteamiento del problema.	73
5.2. Objetivos.	74
5.3. Preguntas de investigación.	74
5.4. Hipótesis.	75
5.5. Variables.	77
5.6. Definición conceptual de variables.	77
5.7. Definición operacional de variables.	78
5.8. Población y sujetos.	79
5.9. Muestra.	79
5.10. Tipo de estudio.	80
5.11. Diseño.	80
5.12. Instrumentos.	81
5.13. Procedimiento.	82
Capítulo VI. Resultados.	83
6.1. Datos sociodemográficos.	83
6.2. Datos de evolución y clínicos.	86
6.3. Datos de los cuestionarios Modos de Afrontamiento al Estrés e IDARE.	86
Discusión.	95
Referencias.	100
Anexos.	109

INTRODUCCIÓN.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta entre el 1 y el 2% de la población general. Se caracteriza por hiperproliferación de la epidermis y por lesiones delgadas, rojas, con escamas que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. La severidad de la enfermedad puede ir desde muy leve hasta muy severa pudiendo llegar a requerir hospitalización (Christophers y Sterry, 1999).

Los estudios realizados en el campo del estrés que experimentan los pacientes con psoriasis apoya la noción de que el estrés puede ser un factor exacerbador de la psoriasis, existiendo una variación individual en la habilidad para afrontar tal experiencia (Al'Abadie, Kent y Gawkrödger, 1994). Asimismo, durante este afrontamiento del estrés se pueden ocasionar niveles emocionales de ansiedad, los cuales pueden llegar a ser altos (Polenghi, Molinari, Gala, Guzzi, Garutti, y Finzi, 1994).

En nuestro país no se han reportado a la fecha investigaciones desde el punto de vista psicológico de la psoriasis, por lo que se consideró la necesidad de realizar el presente estudio; siendo el objetivo principal determinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento, determinar las diferencias en ansiedad estado-rasgo y determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo para un grupo de pacientes con psoriasis moderada y un grupo de pacientes con psoriasis severa.

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

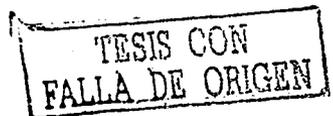
RESUMEN.

Objetivo: El propósito del presente estudio fue determinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento, determinar las diferencias en ansiedad estado-rasgo y determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo para un grupo de pacientes con psoriasis moderada y un grupo de pacientes con psoriasis severa.

Método: A un grupo de 25 pacientes con psoriasis moderada y otro grupo de 25 pacientes con psoriasis severa de ambos sexos se les aplicó el cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y severidad de la enfermedad (puntajes de superficie corporal afectada).

Resultados: Los resultados revelaron: 1) que no existen diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento entre pacientes con psoriasis moderada y pacientes con psoriasis severa, 2) no existen diferencias significativas en ansiedad estado-rasgo entre ambos grupos y 3) existe una relación negativa entre ansiedad estado y flexibilidad de afrontamiento y una relación positiva entre ansiedad rasgo y pensamiento mágico para el grupo de pacientes con psoriasis moderada; mientras que en el grupo de pacientes con psoriasis severa se encontró una relación negativa entre ansiedad estado y afrontamiento dirigido al problema.

Conclusión: La severidad clínica de la enfermedad no es un factor que influya en la forma de afrontamiento ante una situación, ni en el nivel de ansiedad estado-rasgo.



CAPÍTULO I. PSORIASIS.

1.1. Definición.

La psoriasis es una enfermedad crónica del sistema tegumentario que se caracteriza por lesiones eritroescamosa, llamadas así por el incremento vascular local y producción epidérmica (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992).

1.2. Epidemiología.

La psoriasis es una enfermedad de distribución mundial, sin embargo, es sensiblemente más frecuente en la población de raza blanca, sobretodo en las ciudades con menor proporción de luz solar a lo largo del año. Asimismo, se estima una incidencia de 2.8% de la población de las Islas Faraón, 2.3% en Suecia, 1.7% en Dinamarca, 1.6% en el Reino Unido, 1.3% en Alemania, 1% de la población en los Estados Unidos y 0.97% en América del Sur. La incidencia en la raza negra es rara, así como en Japón. En nuestro país no se ha establecido la incidencia, pero se estima una prevalencia del 2% y una de los principales motivos de consulta dermatológica (Raychaudhuri y Farber, 2001).

1.3. Edad de presentación.

El comienzo de la enfermedad puede ser a cualquier edad, se han descrito casos desde el nacimiento hasta la vejez. En general, las lesiones comienzan a

observarse en la tercera década de la vida. En general, en los hombres los síntomas de la enfermedad comienzan a los 29 años y en las mujeres a los 27 años de edad. En los niños el promedio de inicio de la enfermedad es a los 8 y 12.5 años de edad, se ha observado que cuando el inicio de la enfermedad es antes de los 15 años de edad, la enfermedad es más severa, involucrando mayor área de lesiones por superficie corporal; asimismo los pacientes con herencia familiar tiene mayores probabilidades de inicio de la enfermedad a temprana edad.

1.4. Herencia.

Existen tres factores que apoyan el concepto que la psoriasis tiene una predisposición genética, 1) el incremento en la incidencia de psoriasis cuando alguno de los padres es portador de la enfermedad, cuando ninguno de los padres se encuentra afectado, el riesgo de padecer la enfermedad es del 7.5%, cuando uno de los padres se encuentra afectado el riesgo es del 15% y cuando los dos padres tienen la enfermedad el riesgo es del 50%, 2) mayor frecuencia entre los gemelos homocigotos cuando uno es afectado y 3) expresión de antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad tipo I cuando se expresa la enfermedad. Los tipos de HLA (antígeno leucocitario humano) más asociados son el HLA-B13, B17, Bw57 y Cw6.

1.5. Características clínicas.

Las lesiones cutáneas son las características de la psoriasis y éstas permiten al clínico realizar el diagnóstico. Tiene cuatro características: 1) son bien

circunscritas con bordes claramente definidos; 2) la superficie contiene escamas plateadas, 3) debajo de la escama, la piel tiene una lámina eritematosa y 4) se observa el signo de Auspitz (lesión eritroescamosa manifestada por gotas diminutas de sangre), este signo es de valor diagnóstico ya que en su ausencia se puede descartar la enfermedad.

El color es descrito como "Rosa Salmón", de forma redonda, oval policíclica, anular o lineal. El tamaño de las lesiones es variable de un punto a otro de la placa y puede cubrir cualquier lugar del cuerpo.

Las lesiones en las uñas son muy frecuentes, en los dedos de la mano es del 50% y del 35% en los pies.

1.6. Clasificación clínica de la psoriasis.

1. No Pustulosa.

- a) Psoriasis vulgar de inicio temprano (16-22 años de edad) y tardío (56 años de edad).
- b) Psoriasis eritrodérmica.

2. Pustular.

- a) Psoriasis pustular de von Zumbusch.
- b) Psoriasis pustular palmoplantar de Barber.
- c) Psoriasis pustular, tipo anular.
- d) acrodermatitis continua.
- e) Impétigo herpetiforme.

La *psoriasis vulgar* es el patrón clínico más frecuente, las lesiones son escamosas y eritematosas, las cuales persisten de meses a varios años, la producción de escamas es progresiva, el tamaño y la forma de las lesiones no cambia significativamente. Las áreas del cuerpo más afectadas son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo en particular la región retroauricular, el área lumbar y el ombligo. Las lesiones pequeñas pueden confluir y formar áreas geográficas en el cuerpo. Las lesiones estacionarias están más frecuentemente localizadas en las axilas, región genitocrural y el cuello. En estos lugares las lesiones no tiene escamas y se observan por engrosamientos y zonas de eritema.

La *psoriasis eruptiva o gutativa* se manifiesta por lesiones pequeñas (0.5-1.5 cm de diámetro), tiene un predominio de afección del tronco superior y extremidades proximales; se observa con frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Alguna infección por estreptococos puede precipitar su aparición.

La *psoriasis entrodérmica* representa la generalización corporal de la enfermedad, por lo tanto puede afectar grandes áreas del cuerpo. Además de la extensión, el eritema y el prurito intenso son las manifestaciones clínicas de mayor relevancia y la resistencia al tratamiento es una característica. Es una de las formas con más deterioro emocional que los pacientes pueden tener y el rechazo social es un factor que desencadena más estrés en los pacientes.

La *psoriasis pustular generalizada* (von Zumbusch) es un tipo de psoriasis caracterizada por fiebre de varios días de evolución, con erupción de pústulas

estériles de 2-3mm de diámetro que aparecen en forma paralela con los picos febriles. Las pústulas se diseminan rápidamente por la parte superior del tronco y extremidades superiores incluyendo las uñas, dedos y manos.

La *psoriasis pustular anular* es una rara variante de psoriasis pustular que ocurre durante los brotes de psoriasis donde las lesiones tienden a formar anillos; típicamente se manifiestan por eritemas anulares de disposición centrífuga. Histológicamente se observa leve acantosis y acumulación de neutrófilos con formación de microabscesos.

La *psoriasis pustular localizada* tiene dos formas de presentación clínica, en estas dos formas no hay síntomas generalizados. La primera forma es la pustular palmoplantar de Barber y la segunda es la acrodermatitis continua.

1.7. Factores desencadenantes.

Traumatismos locales (fenómeno de Koebner): La incidencia de este tipo de factor desencadenante se ha estimado entre el 30 y 50%; incrementándose cuando la enfermedad se encuentra activa.

Infecciones: La incidencia es muy variable pero se ha determinado entre el 15 y 70% de los pacientes con psoriasis debutan o se agravan con alguna infección, específicamente con infecciones del tracto respiratorio superior; los niños y adultos jóvenes son los más afectados.

Estrés: En estudios clínicos controlados se ha descrito que la psoriasis se agrava con el estrés en el 30-40% de los pacientes con cualquier tipo de psoriasis (Farber y Nail, 1974). En los niños la frecuencia de agravamiento de la psoriasis por estrés es cercana al 90%. Por otro lado, no se ha podido relacionar con algún tipo de personalidad en especial.

Sitios anatómicos: Se han descrito algunos sitios corporales que son más susceptibles a episodios de agudizaciones, como las articulaciones, cuero cabelludo, tronco superior y especialmente los que se encuentran en contacto intenso con la ropa.

Fármacos: Los esteroides sistémicos o tópicos pueden exacerbar la enfermedad, especialmente en la fase de rebote; no obstante se les considera como parte del tratamiento médico. Se han reportado brotes de psoriasis después de la ingesta de antimaláricos, litio y agentes beta-bloqueadores.

1.8. Asociación con enfermedades sistémicas.

Alrededor del 5-10% de los pacientes con psoriasis tienen manifestaciones articulares, las cuales están más frecuentemente involucradas en los pacientes con lesión ungueal. Algunos tienen coincidencia con enfermedades reumáticas, muchos en los que están involucradas las articulaciones caen en alguno de los tres tipos siguientes:

1) Artritis inflamatoria asimétrica la cual involucra más frecuentemente las articulaciones interfalángicas distales y proximales y menos comúnmente las rodillas, cadera, tobillos y muñecas. 2) artritis reumatoide sero negativa, un porcentaje significativo desarrollarán lesiones articulares destructivas, o 3) enfermedad limitada a la columna vertebral (Espondilitis psoriásica).

1.9. Fisiopatología.

La psoriasis es muy particular ya que representa un excesiva proliferación e inflamación celular que ocurre de manera controlada iniciándose en una superficie de 0.2 mm de piel. Microscópicamente la lesión de la psoriasis se caracteriza por paraqueratosis, ausencia de la capa granular de la piel, acantosis e infiltrado inflamatorio en la dermis y epidermis, así como cambios en los capilares de la dermis papilar.

La participación de los mecanismos inmunológicos ha sido documentado por el mayor número de linfocitos T activados dentro de la dermis y epidermis, por macrófagos y antígenos HLA tipo I. Los cambios predominantes son el incremento importante de la proliferación de los queratinocitos con un componente ligado a la herencia. El recambio de la piel normalmente es de 311 horas y en la psoriasis se incrementa la velocidad a 36 horas; asimismo, la proliferación de la población celular se duplica y el 100% de las células germinales tegumentarias entran en crecimiento comparado con el 60 a 70% del crecimiento de la piel normal. Estas

alteraciones producen 35,000 células por mm^2 por día. La piel normal produce solamente 1,218 células por mm^2 por día.

Los queratinocitos de los pacientes con psoriasis expresan varias moléculas de adhesión que son reguladas por citocinas como la interleucina 1, 2, 6 y 8 (IL-1 y IL-2, IL-6 e IL-8), factor de necrosis tumoral (FNT α) alfa, e interferón gama (γ -interferón). Las moléculas de adhesión incluyen moléculas del HLA tipo II, moléculas de adhesión 1 (ICAM-1), y miembros de las moléculas llamadas integrinas como la β -integrina (Christophers y Sterry, 1999).

Otras células involucradas son los granulocitos los cuales forman microabscesos llamados microabscesos de Munro; las células endoteliales, los mastocitos y los fibroblastos también han sido involucrados en la fisiopatología de la enfermedad, estas células son mediadoras de procesos inflamatorios agudos y crónicos que conducen a la señalización de sustancias que estimulan la producción de queratinocitos.

Los leucotrienos producen sustancias con propiedades que dirigen a los granulocitos a las lesiones de la psoriasis como los leucotrienos LTB₄ y LTC₄ los cuales son producidos por el metabolismo del ácido araquidónico el cual es un constituyente lipídico de la mayoría de las células corporales.

1.10. Tratamiento.

El tratamiento de la psoriasis es múltiple y depende del tipo de manifestación clínica, desafortunadamente no es curativo y se enfoca en disminuir las dimensiones de las placas o lesiones y ofrecerle a los pacientes una mejor apariencia física y bienestar mental.

Tratamiento tóxico. En esta modalidad se encuentran las sustancias que disminuyen la proliferación de los queratinocitos y los síntomas como el prurito (comezón) temporalmente, en este rubro se encuentran la antralina, los esteroides, alquitrán de hulla, el ácido salicílico, entre otros.

Tratamiento con Luz Ultravioleta B (UVB). Es considerada como una forma de fototerapia con radiación UVB con una salida de luz de 311 nm, es muy efectiva en lesiones sistémicas.

Tratamiento con Fotoquimioterapia (PUVA). Esta modalidad de tratamiento fue introducida desde los años setentas como una forma más agresiva pero efectiva en los casos más severos de la enfermedad. El tratamiento consiste en una dosis oral de un potente fotosensibilizador como el Monetroxypsoralen (8-MOP) o trimetoxpsoralen a una dosis constante de 0.6 a 0.8 mg/kg y dosis variables de UVA (*luz ultravioleta A*), dependiendo de la sensibilidad de cada paciente. Aproximadamente a dos horas de la ingestión del medicamento, el UVA es administrado a dosis de 1 J/cm², y la dosis se va incrementando progresivamente.

Esta forma de tratamiento se aplica dos a tres veces por semana y en los casos graves hasta cuatro veces a la semana. El mecanismo de acción es la interferencia con las moléculas de ADN (ácido desoxirribonucleico) produciendo la disminución del crecimiento celular.

Tratamiento sistémico. Existen varios fármacos que han sido usados en los casos de gravedad o en los casos donde se encuentra involucrada alguna enfermedad reumática o artritis psoriásica. Los esteroides sistémicos son los anti-inflamatorios con mayor potencia, el mecanismo es la inhibición de la enzima llamada fosfolipasa A2 la cual es un precursor primario en la síntesis de moléculas pro inflamatorias, es un medicamento que tiene múltiples efectos secundarios que limitan su uso cotidiano, además de crear cierta tolerancia por los queratinocitos. El Metotrexate y la Ciclosporina son fármacos usados como quimioterapia en enfermedades como el cáncer e inmunológicas, tiene múltiples efectos secundarios que producen lesión hepática y renal que limitan su uso; no obstante son de gran ayuda en algunos casos.

Además de los tratamientos antes descritos, existen medidas que son recomendadas para evitar la aparición de brotes, la diseminación y el aislamiento de los pacientes. Las medidas más recomendadas son evitar los traumatismos y favorecer la estabilidad emocional (Christophers y Sterry, 1999).

CAPÍTULO II. ESTRÉS Y PSORIASIS.

2.1. Delimitación conceptual del estrés.

"Todo el mundo lo ha experimentado, todo el mundo habla de él, pero pocas personas se han tomado la molestia de tratar de establecer que es el estrés realmente...En las reuniones sociales escuchamos discusiones sobre el estrés de los ejecutivos, el producido por el desempleo, por los problemas familiares, por la contaminación, o por la muerte de un familiar". Pero la palabra "estrés" como éxito, fracaso o felicidad, significa cosas diferentes para personas distintas de forma que definirlo es muy difícil.

El hombre de negocios que está bajo una constante presión de sus clientes y empleados, el controlador de tráfico aéreo que sabe que un momento de distracción por su parte puede significar la muerte de centenares de personas, el atleta que desea ganar una carrera y el marido que ve impotente como su mujer muere lenta y dolorosamente de cáncer, todos ellos sufren estrés. Los problemas con los que se enfrentan son totalmente diferentes, pero la investigación médica ha mostrado que en muchos aspectos el cuerpo responde de una forma estereotipada, con cambios bioquímicos idénticos, esencialmente producidos para afrontar cualquier tipo de aumento de las demandas que se planteen a la máquina humana (Selye, 1974).

A través de este párrafo Selye (1974) subraya la importancia del estrés como "respuesta"; sin embargo, ésta no es la única definición existente. El concepto de

estrés fue tomado como una adaptación del mismo término utilizado en el campo de la física, durante el siglo XIV para expresar dureza o adversidad (Lumsden, 1981; en Lazarus, 1993). Toma importancia técnica en el siglo XVII con el trabajo de Robert Hooke (1973; en Lazarus, 1993) quien definió la palabra "load" (carga, peso) como una fuerza externa, "stress" hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa que tiende a distorsionarlo, y "strain" es la deformación o distorsión sufrida por el objeto.

Para entender el desarrollo posterior del concepto de estrés y de los trastornos producidos por éste, es importante mencionar en primer lugar el concepto de equilibrio o constancia del medio interno corporal propuesto inicialmente por Claude Bernard (1877; en Carrobbles, 1996) considerado esencialmente por este fisiólogo francés para el mantenimiento de una vida saludable y posteriormente el concepto desarrollado por Walter B. Cannon (1932, en Carrobbles, 1996) de homeostasis o vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo después de ser desequilibrado o alterado por las demandas del medio. Consecuentemente, un organismo se hace más vulnerable a las enfermedades cuando ese equilibrio se altera y, sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado.

Este concepto de homeostasis (Cannon, 1932; en Carrobbles, 1996) es recogido y desarrollado posteriormente por Hans Selye (1974) quien define el estrés como una "respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante". Lo entiende como una respuesta específica en sus manifestaciones,

pero inespecífica en su causa, puesto que cualquier estímulo podría provocarlo. Al investigar qué ocurre cuando la situación de estrés se prolonga, Selye descubrió que la respuesta de "lucha" o "huida" es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia y claudicación) que denominó Síndrome General de Adaptación (SGA).

El primer estadio es la reacción de alarma en donde el cuerpo muestra los cambios característicos de la primera exposición al estresor. Al mismo tiempo, su resistencia es disminuida, y si el estresor es lo suficientemente fuerte (por ej. quemaduras severas, temperatura extrema) puede resultar la muerte.

En el segundo estadio de resistencia, si la exposición al estresor continúa y es compatible con la adaptación entonces, el organismo intenta adaptarse al estresor. Los signos corporales característicos de la reacción de alarma han desaparecido virtualmente y la resistencia llega a ser normal.

En el tercer estadio de agotamiento, después de una exposición larga y continua al mismo estresor, al cual el cuerpo ha llegado a ajustarse, la energía de adaptación puede eventualmente estar exhausta. Los signos de la reacción de alarma reaparecen, pero ahora son irreversibles, constituidas estas tres fases por las manifestaciones corporales coordinadas que lo forman: aumento de la corteza suprarrenal, reducción de los órganos timolinfáticos y cambios gastrointestinales, la enfermedad se torna muy probable o puede ocurrir la muerte (Selye, 1974).

Selye (1956, 1974; en Everly, 1997) además, distinguió entre el estrés constructivo del destructivo, señalando que no todo el estrés es deletéreo. Argumenta que la activación del estrés puede ser positiva, una fuerza motivante que mejora la calidad de vida. Llamó a tal estrés positivo "eustress" y al estrés debilitante y excesivo "distress". Así como, el estrés incrementa la salud/ejecución y bienestar general, también si continúa aumentando, se alcanza un punto de retorno. Este punto es llamado el nivel de estrés óptimo, porque como el estrés continúa incrementándose, llega a ser deletéreo para el organismo. El punto en el cual el nivel de estrés óptimo de un individuo es alcanzado, es el punto de tolerancia para el estrés; como una fuerza productiva, pareciendo ser una función de genética biológica, factores fisiológicos y conductuales adquiridos.

La teoría del estrés de Selye, además de constituir una de las primeras formulaciones sobre el tema ofrece una definición operativa del fenómeno del estrés, incluyendo los dos elementos básicos que componen, un estímulo estresante (un estresor) y una respuesta o reacción de estrés, además de proporcionar un mecanismo fisiológico que explica la relación entre el estrés y la enfermedad (Rodríguez y Haan, 1995).

Investigaciones posteriores han demostrado que esta teoría tiene limitaciones referentes a la definición del estresor o estímulo estresante, en términos exclusivamente de su efecto como productor de una respuesta de estrés, sin establecer las condiciones o características intrínsecas necesarias para considerar un estímulo como estresor (Binguerotes, 1985; en Carrobles, 1996) y por otro

lado, a la supuesta característica de inespecificidad también atribuida al estresor, ya que la respuesta de estrés parece ser más bien producida por los factores psicológicos o emocionales que pueden acompañar a los estímulos (Mason, 1968; en Carrolles, 1996).

Como alternativa a estas limitaciones, diversos autores han propuesto lo que se conoce como teorías transaccionales del estrés, en donde lo más característico es la gran importancia concedida a los factores psicosociales, especialmente los de naturaleza cognitiva, cuya función básica es la de mediar entre los estímulos estresantes (estresores) y la respuesta de estrés. Siendo la teoría principal y más conocida la formulada por Lazarus y colegas (1991).

En la definición del estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1991) el estrés "es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

En esta aproximación transaccional al estrés hay dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento.

La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como

estresantes y las emociones que ello genera. La evaluación cognitiva es necesaria porque para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, se deben tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como, los factores (valores, compromisos, estilos de pensamientos y de percepción) que afectan a la naturaleza de tal mediación, de lo contrario nunca podremos entender el por qué de tales diferencias; lo que realmente importa es la situación psicológica resultado de la interacción entre el entorno y los factores del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

2.2. Formas básicas de evaluación cognitiva.

2.2.1. Evaluación primaria.

La evaluación primaria es aquella en la cual la persona juzga el significado de una transacción específica con respecto a su bienestar. Se distinguen tres clases de evaluación primaria: 1) irrelevante, 2) benigno-positiva y 3) estresante.

Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría *irrelevante*. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias, es decir, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso, no se pierde ni se gana en la transformación.

La evaluación *benigno-positiva* tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, se preservan y logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, regocijo y tranquilidad.

Entre las evaluaciones *estresantes* se incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio (una pérdida irrevocable) como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia y social, o bien haber perdido a algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se prevén. Aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenazantes por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

El desafío resulta de demandas difíciles en las que nos sentimos confiados acerca de la consecuencia, movilizándolo y desarrollando nuestros recursos de afrontamiento (Lazarus, 1993).

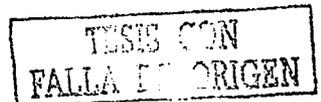
2.2.2. Evaluación secundaria.

En la evaluación secundaria la persona evalúa si algo se puede hacer para prevenir el daño o mejorar los prospectos para el beneficio. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo y de lo que está en juego.

La evaluación secundaria es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas, por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como, la seguridad de que uno pueda aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

La evaluación de la estrategia de afrontamiento incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia determinada o un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podrán ocurrir primariamente.

La evaluación primaria y secundaria convergen para determinar si la primariamente persona-ambiente es tomada como significativa para el primariamente y de ser así, si es primariamente amenazante (contiene la posibilidad de daño o pérdida) o desafío (posibilidad de beneficio) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).



2.2.3. Reevaluación.

El concepto de reevaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial con base a la nueva información recibida del entorno (la cual puede bien eliminar la tensión del individuo o bien aumentarla) y/o con base en la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla (Lazarus y Folkman, 1991).

2.3. Fuentes de estrés.

Las fuentes de estrés pueden ser clasificadas de acuerdo al sistema del que provengan: la persona, la familia, la comunidad y la sociedad (Sarafino, 1990; en Rodríguez y Haan, 1995).

2.3.1. Fuentes personales de estrés.

Una de las fuentes personales de estrés más frecuentes son las situaciones de conflicto y la enfermedad. El conflicto surge cuando se dan simultáneamente dos o más tendencias de respuesta que son incompatibles entre sí. Las situaciones de conflicto pueden ser de cuatro tipos: acercamiento-acercamiento (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables); evitación-evitación (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables); acercamiento-evitación (caso en el que

la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera) y doble acercamiento-evitación (cuando el acercamiento a un objetivo concreto implica la pérdida de otro, de forma que el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida del otro). Tanto el procedimiento de solución de conflicto, como el hecho de que el conflicto quede sin resolver, producen tensión, es decir, son estresantes (Lewin, 1935; en Rodríguez y Haan, 1995).

2.3.2. Fuentes familiares de estrés.

La interacción entre los diferentes miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, producen frecuentemente estrés. Naturalmente, el papel de la familia es ambivalente, ya que si crea estrés, también lo previene y en su caso, lo reduce. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros. Cabe examinar los acontecimientos críticos relacionados con la vida familiar que tienden a producir estrés, tales como la muerte del cónyuge, el nacimiento de un hijo discapacitado, etc. (Holmes y Rahe, 1967; en Rodríguez y Haan, 1995). Se pueden considerar también los estados de tensión excesiva tal como la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica o con una grave incapacidad y finalmente, examinar los patrones de interacción familiar y la atmósfera emocional en la familia.

2.3.3. Fuentes sociales de estrés.

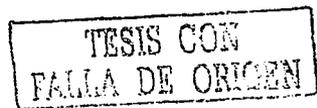
La diversidad de contextos sociales a los que pertenecemos son asimismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes (Rodríguez y Haan, 1995).

2.4. Factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante.

Dos tipos de factores que influyen en la evaluación son: los personales y los situacionales (Lazarus y Folkman, 1991).

Los factores personales incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales. Entre los cognitivos, Lazarus y Folkman (1991) destacan las creencias y los compromisos. Estas variables influyen en la evaluación determinando: a) que es lo más sobresaliente para conservar el bienestar, b) de que modo el individuo entiende la situación poniendo en marcha reacciones emocionales y estilos de afrontamiento y c) cuales serán las bases para evaluar los resultados.

Los *compromisos* expresan aquello que es importante para el individuo. Asimismo, deciden lo que se haya en juego en una determinada situación estresante. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será



evaluado como significativo en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso. Los compromisos deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos.

Los compromisos determinan la evaluación mediante numerosos mecanismos. En primer lugar, acercan y alejan al individuo de las situaciones y pueden amenazarle o desafiarle, beneficiarle o dañarle. También influyen en la evaluación mediante la forma en que determinan la sensibilidad del sujeto a las características de la situación y mediante su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo. El potencial de una situación para ser psicológicamente perjudicial, amenazante o desafiante dependerá directamente de la intensidad con que existen compromisos establecidos.

Cuanto mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso. Los compromisos son importantes en la determinación del estrés psicológico, además de su cualidad motivadora, la cual ayuda a mantener el esfuerzo de afrontamiento, dirigen y elevan al individuo en situaciones que puedan dañarle, amenazarle o desafiarle, modelan su sensibilidad hacia las señales (estímulos) y más importante aún, definen las áreas de significado y por consiguiente determinan cuáles son los encuentros importantes para su bienestar.

Las *creencias* son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. En la evaluación, las creencias determinan la realidad de "como son las cosas" en el entorno, y moderan el entendimiento de su significado.

Existe un conjunto específico de creencias que intervienen en el proceso de evaluación: las creencias que tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos y las creencias que tienen que ver con temas como Dios, el destino y la justicia. Estas dos categorías principales no cubren en absoluto todas las posibilidades, sino que nuestra elección refleja cual es el interés y pensamiento actual.

En las creencias sobre el control personal el hecho de que las personas confíen en su poder de dominio sobre el entorno, o por el contrario, temen resultados dañinos en un mundo concebido como peligroso y hostil, determinan que las evaluaciones del contexto sean de amenaza o de desafío.

Las creencias generales sobre el control incluyen el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. La formulación mejor conocida es el concepto de Rotter (1966; en Lazarus y Folkman, 1991) del locus de control interno versus el externo. El locus de control interno se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno y el locus de control externo se refiere a la creencia que de esos

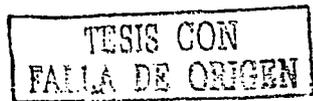
acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependerán de la suerte, la casualidad, destino o el poder de los demás.

La evaluación del control situacional se refiere al grado en que el individuo cree que puede tener o modificar sus relaciones estresantes con el entorno. Son el resultado de las evaluaciones de las demandas de la situación, de los recursos propios, de las alternativas de afrontamiento y de la capacidad de aplicarlas.

Las creencias existenciales se refieren a aquello que uno piensa que es verdad al margen de que le guste o le merezca desaprobación, mientras que los compromisos reflejan valores, es decir, aquello que uno prefiere o considere deseable.

Las creencias específicas también pueden investirse de sentido emocional o generar esperanza. El papel de las creencias específicas en los procesos de evaluación difiere del que juegan las creencias existenciales principalmente en que las primeras son menos generales y hacen referencia solo a situaciones específicas donde un importante aspecto psicológico y físico está en juego. Por otro lado, estas creencias específicas son afectivamente neutras o es probable que no afecten una evaluación.

Los factores personales y situacionales influyen de forma interdependiente en la evaluación, es importante no perder de vista este principio porque sólo cuando el individuo percibe algo en el entorno que es importante para sus compromisos y



creencias, estas características personales influirán selectivamente en la evaluación en cierto sentido, los factores del individuo y los que hacen referencia a la situación deben unirse uno al otro para que tenga lugar la evaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

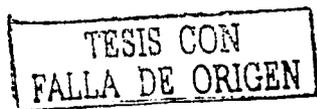
2.5. Respuestas al estrés.

El estrés produce cambios fisiológicos, pero también tiene efectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como reacciones involuntarias al estrés, otras son respuestas voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontar el estrés.

La respuesta inicial a una situación de estrés es la activación fisiológica. Esta reacción fisiológica puede considerarse bien descrita por el modelo de Selye (1974).

En segundo lugar se producen respuestas cognitivas. Entre ellas hay que considerar los resultados de la evaluación cognitiva, es decir la percepción de características perjudiciales o amenazantes en el acontecimiento del que se trate.

En tercer lugar encontramos una amplia gama de reacciones emocionales ante el estrés. Utilizamos nuestro estado emocional para evaluar el nivel de estrés que experimentamos. El proceso de evaluación cognitiva está muy ligado al tipo de emoción que se produce, porque implica otra activación fisiológica experimentada.



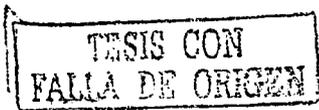
La emoción no sólo refleja la activación fisiológica, sino otros contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se vinculan, a su vez, al contexto social y cultural de la persona (Torregrosa, 1982; en Rodríguez y Haan, 1995). Las reacciones emocionales ante el estrés incluyen el miedo, la ansiedad, la excitación, la ira, la depresión y la resignación.

En cuarto lugar el estrés provoca un amplísimo número de respuestas comportamentales, que dependen naturalmente del acontecimiento estresor y de su percepción por el sujeto. El estrés produce, además, cambios en la conducta social de las personas.

Las respuestas al estrés tienen como meta funcional la recuperación del equilibrio biopsicosocial del organismo. En la medida en que se ejecutan más o menos conscientemente con ese fin se consideran respuestas de afrontamiento (Rodríguez y Haan, 1995).

2.6. Estrés y enfermedad.

El análisis de la relación entre el estrés y la enfermedad se puede realizar desde dos puntos de vista: el primero, considerando el estrés como agente causal o coadyuvante en la génesis y desarrollo de la enfermedad; y el segundo, considerando a la enfermedad como acontecimiento productor de estrés en la persona, como agente estresor.



2.6.1. El estrés como causa de enfermedad.

Al analizar el papel del estrés como posible agente activo en la etiología de la enfermedad se pueden considerar hipótesis, especulaciones e investigaciones referidas a las relaciones entre los estímulos psicosociales estresantes:

- 1) Mecanismos que se piensa que están asociados con la enfermedad.
- 2) Precursores de la enfermedad.
- 3) La enfermedad misma. Esas relaciones se pueden producir siguiendo dos caminos fundamentalmente: a) un camino directo, de acuerdo con el cual el estrés produciría cambios fisiológicos que conducirían al desarrollo de la enfermedad; b) otro indirecto, que fundamentalmente afecta a la conducta de la persona, a consecuencia de la cual se produciría o facilitaría la enfermedad.

En el primer caso, el estrés produciría cambios en el sistema biológico que afectan a la salud. En el caso de la ruta indirecta, el estrés afecta a la conducta, provocando cambios en ella, a su vez, perturban la salud de la persona.

El estrés puede producir también una conducta de enfermedad, aunque sin producir realmente enfermedad. Este es el caso cuando el estrés genera una variedad de síntomas (ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, fallas de atención, etc.) (Rodríguez y Haan, 1995).

2.6.2. La enfermedad como acontecimiento estresante.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto. Por tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante. En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, que es en último extremo, lo que cabe denominar situación estresante.

Todos necesitamos un equilibrio psicológico y social, al igual que una homeostasis fisiológica. Cuando algo rompe nuestras pautas de comportamiento y modo de vivir, empleamos mecanismos, en general, también habituales, para solucionar los problemas y restablecer el equilibrio. Una situación nueva en la que nuestras pautas y respuesta habituales son inadecuadas para manejarla, conduce a un estado de desorganización a menudo acompañado de ansiedad, miedo, culpabilidad, u otros sentimientos desagradables que contribuyen todavía más a la desorganización.

El carácter estresante de la enfermedad depende de muchos factores:



- 1) De su duración (aguda/crónica).
- 2) De su forma de aparición: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa.
- 3) De su intensidad y gravedad.
- 4) De las etapas del proceso de la enfermedad.

Una vez reconocida como tal por el paciente, la enfermedad tiene muchas de las características que hacen de ella que un acontecimiento sea estresante, es decir, es interpretada como dañina, perjudicial, o en algunos casos, como desafiante, para la persona: Tiene una valencia negativa, puesto que constituye un daño y/o una pérdida (material y/o funcional) objetiva socialmente valorada como tal; es impredecible las más de las veces, y es, también, al menos desde la perspectiva del enfermo, incontrolable, por lo que deberá confiar el control de los acontecimientos a otra persona, el médico.

Así como, en el caso de otros estresores, no hace falta que padezcamos de hecho la enfermedad para sufrir estrés por ello. La anticipación de la enfermedad puede ser tan estresante como su ocurrencia real y a menudo lo es mucho más. Por otro lado, el estrés provocado por la enfermedad no sólo tiene efectos a corto plazo, sino que tales efectos persisten hasta mucho tiempo después de que el acontecimiento estresante haya dejado de actuar.

Además, no podemos olvidar que la misma situación de enfermedad hace problemática la puesta en marcha de los mecanismos, tanto fisiológicos como

psicológicos, de ajuste a la situación y de la emisión de las respuestas de afrontamiento correspondientes. La amenaza puede ser compleja porque tiene que ver con los problemas más inmediatos de dolor y de inmovilización pero también con la pérdida de control de acontecimientos que afectan a nuestra vida. Por lo que se refiere a las pérdidas producidas por la enfermedad, dependen del tipo de enfermedad y del contexto vital en el que se sufren. Se puede perder una parte del cuerpo, o una función, o ambas cosas; o ambas más una pérdida de energía física. Estas pérdidas provocan una aflicción potente que puede cambiar a una persona y significar para ella un tiempo prolongado de profunda perturbación psicológica (Rodríguez y Haan, 1995).

Cohen y Lazarus (1982) señalan los siguientes aspectos estresantes de la enfermedad física y su tratamiento:

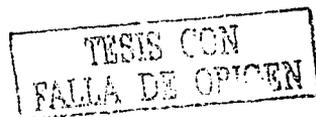
1. Amenaza a la vida y miedo a la muerte.
2. Amenaza a la integridad corporal y al bienestar: Daño o incapacidad corporal; cambios físicos permanentes; dolor, incomodidad y otros síntomas negativos; discapacidad.
3. Amenazas al auto-concepto y a los planes futuros: Necesidad de alterar la propia imagen o el sistema de creencias; incertidumbre acerca del curso de la enfermedad y del futuro; peligro para las metas y valores vitales; pérdida de la autonomía y el control.
4. Amenazas al equilibrio emocional.

5. Amenazas al cumplimiento de los roles y actividades habituales: Separación de familia, amigos y otros apoyos sociales; pérdida de roles sociales importantes; necesidad de depender de otros.
6. Necesidad de ajustarse a un nuevo entorno físico y social: Ajuste al marco hospitalario; problemas de comprensión de la terminología y usos médicos; necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes.

2.6.3. Estrés y enfermedad dermatológica.

Hace 20 años se evidenciaba un interés considerable por los desórdenes de la piel en la literatura psicológica somática. Sin embargo, la preocupación estaba comúnmente relacionada con rasgos de personalidad, los cuales se pensaba predisponían a los individuos a problemas en la piel. Con el desarrollo de la ciencia médica llegó a ser evidente que estas formulaciones psicológicas estaban en un error conforme se encontraron explicaciones orgánicas (James; en Broome, 1989).

La piel es un órgano visible, extenso y propenso a una amplia extensión de condiciones dolorosas, comezón y desfiguraciones, las cuales son frecuentemente crónicas en naturaleza. En estudios previos de los desórdenes psicocutáneos se concluyó que el estrés emocional juega un papel en la enfermedad crónica de la piel, ya que induce la exacerbación o aparición de síntomas. Siendo necesario profundizar en el entendimiento de cómo los procesos psicológicos pueden influenciar en la piel.



Primero, es necesario identificar problemas donde los individuos expresen su distress en una forma que conduzca a la atención dermatológica, sin patología de la piel o desorden. Esto se ha referido como "enfermedad no dermatológica" (Cotterill, 1981; en James, 1989) e incluye problemas como dismorfia (percibir un defecto físico sin evidencia objetiva), ilusiones de parasitosis (percibir infestación de la piel sin evidencia objetiva adecuada), tricotilomanía y dermatitis artefacta (Koblenzer; en Fitzpatrick, Elsen, Wolf et al., 1999).

También se puede hacer una distinción entre procesos psicológicos los cuales influyen el curso de la condición de la piel y las consecuencias psicológicas las cuales resultan directamente de tal condición.

De acuerdo con el modelo de estrés se puede predecir que la ansiedad o el estrés pueden explicarse mejor si se busca la manera en que un individuo evalúa el impacto de la condición en él, más que necesariamente buscar en la naturaleza misma de la condición de la piel. El énfasis está en identificar las actitudes del paciente hacia su condición. La gran mayoría de los pacientes dermatológicos parecen adaptarse a su condición razonablemente bien. Sin embargo, todavía necesitamos conocer si hay alcance para mejorar niveles moderados o bajos de afrontamiento en el individuo o en la familia (James; en Broome, 1989).

2.6.4. Estrés y psoriasis.

La vulnerabilidad en la psoriasis parece depender de la acción de un número de genes, los cuales en acumulación alcanzan un umbral, con lo cual los factores ambientales pueden precipitar la enfermedad. Los factores comúnmente reconocidos son trauma, infección, medicamentos y cambios hormonales (Farber, Nickoloff, Recht, Fraki, 1986). También se ha sugerido que los factores psicológicos pueden precipitar la psoriasis, por lo que esto es un ejemplo de la necesidad de un modelo de etiología multicausal (Farber y Nall, 1993; Farber, Rein y Lanigan, 1991; Gaston, Lassonde, Bernier-Buzzanga, Hodgins y Crombez, 1987).

El impacto de la psoriasis en los individuos es muy variada como señala Gupta, Gupta, Kirkby et al. (1989) encontraron que en pacientes considerados como reactivos altos al estrés su enfermedad es más desfigurativa, son más dependientes interpersonalmente, no reportan enojo en asociación a su enfermedad y reportan más estrés relacionado a la enfermedad, en contraste con el estrés producido por eventos de la vida.

La percepción de la imagen corporal puede estar afectada adversamente y entre más severa sea la psoriasis habrá más desequilibrio (Leichtman; en James, 1989). La función sexual está interrumpida en alguna medida en la mayoría de los pacientes (Ramsay y O'Reagan, 1988) especialmente cuando el área genital está afectada (Buckwalter, 1982; en James, 1989). Los pacientes con psoriasis

parecen ser más vulnerables a tener medidas elevadas de agresión externa (Matussek et al., 1985; en James, 1989), ansiedad y depresión (Fava, Perini, Santonastaso y Fornash, 1980) y alcoholismo (Morse et al., 1985; en James, 1989). Entonces parece haber un rango amplio de secuelas por tener psoriasis, habrá muchos quienes están bien ajustados y relativamente afectados. A este respecto una aproximación útil para medir la discapacidad en la psoriasis ha sido desarrollada por Finlay y Kelly (1995) quienes identificaron 10 reactivos independientes y relevantes acerca de la actividad diaria, trabajo, tiempo libre y tratamiento. Concluyendo que dicho cuestionario (Índice de Discapacidad en la Psoriasis) puede ser utilizado como una medida adjunta de las consecuencias de la terapia o evaluación clínica y que los pacientes con psoriasis severa revelan mayor discapacidad causada por la enfermedad.

Revisando los procesos psicológicos involucrados en el desarrollo y exacerbación de la psoriasis, un problema es la falta de medición psicofisiológica que refleje directamente el proceso de la psoriasis. Sin embargo, en un estudio realizado por Benoit y Harrell (1980) observaron que la reducción voluntaria de la temperatura periférica de la piel puede permitir a los pacientes incrementar la vasoconstricción, a través de la cual se decrementa la actividad metabólica del tejido psoriático y de esta manera afectar la proliferación celular, siendo la temperatura de la piel un factor importante.

Arnetz, Fjellner, Eneroth y Kallner (1985) encontraron que variables no específicas psicoendócrinas y metabólicas en investigaciones psicofisiológicas de la psoriasis

incluyen niveles séricos de hormonas de crecimiento, las cuales son de interés general. Este grupo expuso 10 pacientes con psoriasis y 10 controles a estresores. Durante los niveles de descanso no hubo diferencias entre los grupos, pero después de la exposición a los estresores los pacientes con psoriasis mostraron más estrés mental, niveles más altos de adrenalina urinaria, y niveles más bajos de cortisol en plasma. Concluyeron que los pacientes con psoriasis perciben ciertas situaciones de reto como más estresantes que los controles y reaccionan de acuerdo a su patrón psicoendócrino diferencial.

En otro estudio realizado por Schmid-Ott, Jacobs, Jäger et al. (1998) encontraron que pacientes que asisten a tratamiento de PUVA aumentan su estrés induciendo una respuesta autonómica y disminuyendo la actividad pituitaria-adrenal. Concluyendo que el tratamiento con PUVA interfiere con la respuesta cardiovascular y de las células naturales asesinas al estrés psicológico agudo.

Evidencia más convincente acerca de que los factores psicológicos influyen el curso de la psoriasis, se encuentra en reportes que sugieren que existe una conexión temporal y por lo tanto, posiblemente un rol causal entre el estrés y la exacerbación de la psoriasis. Ampliamente en las bases de una entrevista o datos de un cuestionario se ha reportado que el 40% de 2144 pacientes con psoriasis dijeron que la preocupación les trajo su psoriasis, 37% dijeron que esto hace que la psoriasis existente empeore (Farber, Bright y Nall, 1968).

Similarmente, Farber y Nall (1974) reportaron que en 5600 pacientes 1/3 de los pacientes pensó que el preocuparse hacía que su psoriasis empeorara, 1/3 pensó que esto no influyó y el otro tercio estuvo inseguro. Críticas a las hipótesis de que el estrés tiene un rol causativo en la psoriasis podría afirmar que la evidencia anecdótica aumenta esta correlación (Baughman y Sobel, 1971) y que mucho del estrés emocional es una reacción a, y no una causa de (Shuster, 1979; en James, 1989).

Al'Abadie, Kent y Gawkrödger (1994) encontraron que la experiencia del estrés puede jugar un rol más importante en la aparición y progreso de la psoriasis que en otras condiciones de la piel tales como urticaria, acné y tumores de la piel. No se encontró relación entre la severidad del estrés y tiempo de aparición o exacerbación. Apoyando con estos resultados que el estrés se asocia más con la aparición de la psoriasis que en otras condiciones y además de que existe una variación individual en la habilidad para afrontar.

En dos estudios donde se han utilizado cuestionarios de eventos de la vida se pudo observar objetivamente la presencia de estrés antes de que la psoriasis apareciera. El primer estudio recolectó una lista de eventos no deseables, que ocurrieron un mes antes de la aparición de la psoriasis, las recaídas fueron menores que cuando no se había descubierto, siendo el estrés un factor precipitante importante (Seville, 1977). En un estudio de 60 pacientes comparando el mismo número de pacientes con psoriasis, urticaria crónica y micosis, mostró casos mayores de eventos de la vida a 6 meses antes de la aparición de la

enfermedad en psoriasis y urticaria (Fava, Perini, Santonastaso y Fornash, 1980).

De toda esta evidencia disponible, es muy probable que para algunos individuos su psoriasis empeore durante el estrés; sin embargo, la proporción de pacientes con psoriasis de esta manera afectados y por cuál mecanismo permanece sin contestar.

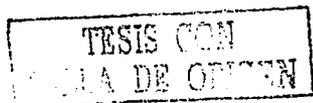
CAPÍTULO III. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y PSORIASIS.

3.1. El afrontamiento del estrés.

"Así como fue desarrollado el punto de vista sobre la mediación cognitiva, también el proceso de afrontamiento obtuvo importancia, ya que el estrés psicológico se refiere a una relación no favorable entre la persona y el ambiente, su esencia es el proceso y cambio, más que la estructura. Podemos alterar nuestras circunstancias, o como éstas sean interpretadas, para hacerlas aparecer más favorables, un esfuerzo llamado afrontamiento" (Lazarus, 1993).

Este análisis enfatiza el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1991).

Así el afrontamiento sería un proceso, más que un rasgo, lo cual se refleja al decir que es cambiante con demandas y conflictos específicos. Es importante hacer una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitarlo a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. No se debe confundir el afrontamiento con los esfuerzos para manejar las demandas, ya que éste, permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que

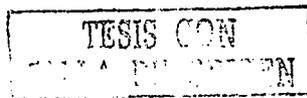


obtenga. Manejar significa minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, así como, intentar dominar el entorno (Lazarus; en Sotelo, 1999).

El proceso de afrontamiento continuamente cambia como una función de evaluaciones constantes y reevaluaciones de la cambiante relación persona-ambiente. Su cambio se debe a los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el ambiente o el significado o a entender el evento. Los cambios también pueden ser el resultado de cambios en el ambiente que son independientes de la persona. Cualquier cambio conduce a una reevaluación de la situación, la cual a su vez, influencia los esfuerzos de afrontamiento subsecuentes (Folkman; en Cummings, Greene y Karraker, 1991).

El afrontamiento tiene tres aspectos principales:

- 1) Es un proceso orientado, lo cual quiere decir que se centra en lo que la persona piensa y hace en un entorno estresante específico y como éste cambia conforme el entorno se desarrolla.
- 2) Es contextual, esto es, está influenciado por la evaluación de la persona de las demandas actuales en el entorno y recursos para manejarlos. El énfasis en el contexto significa que una persona particular y situación varían juntas dando forma a los esfuerzos de afrontamiento.
- 3) No se hacen suposiciones a priori acerca de lo que constituye un afrontamiento bueno o malo: el afrontamiento se define simplemente como

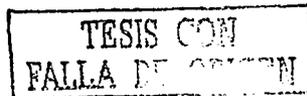


los esfuerzos de una persona para manejar las demandas, sean o no los esfuerzos exitosos (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruen, 1986).

La dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso es consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Estas variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Al margen de su origen, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de que está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por lo tanto, el proceso de afrontamiento se encuentra constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas (Lazarus y Folkman, 1991).

3.2. Funciones del afrontamiento.

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene, es decir, las funciones no se definen en términos de resultados,



aunque cabe esperar que determinadas funciones tendrán determinados resultados.

El afrontamiento afecta las reacciones al estrés subsecuentes en dos formas principales: primero si la relación de una persona con el ambiente es cambiada por acciones de afrontamiento, las condiciones del estrés psicológico pueden también ser cambiadas para mejorar, entonces el afrontamiento es dirigido a manipular o alterar el problema: afrontamiento dirigido al problema. Otros procesos de afrontamiento llamados afrontamiento dirigido a la emoción cambian sólo la manera en la que se atiende o interpreta lo que está sucediendo, ya que el afrontamiento está dirigido a regular la respuesta emocional a la que el problema da lugar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruen, 1986).

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.



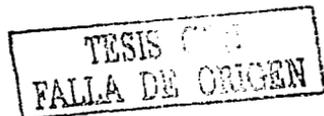
3.2.1. Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación.

El afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza para conservar la experiencia y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad.

3.2.2. Modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste: como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la concentración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio; la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, a la emoción y donde se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (Lazarus y Folkman, 1991).



3.3. Recursos para el afrontamiento.

El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. La evaluación primaria así como las propiedades del individuo y del entorno influyen en la valoración de la importancia de lo que está en juego. La evaluación secundaria se refiere a qué se puede hacer, lo que realmente el individuo haría en una determinada situación. Muchos aspectos afectan a la evaluación secundaria, sin embargo, la forma en que el individuo realmente afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si realmente son útiles (por ejemplo, dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes) como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

Los recursos de afrontamiento de una persona no son constantes en el tiempo, esto es, es probable que se expandan y contraigan, algunos más erráticamente que otros, como función de la experiencia, grado de estrés, tiempo de vida y requerimientos de adaptación asociados con estilos diferentes de vida o periodos en el curso de la vida. Por lo tanto, la presencia de un recurso dado en un tiempo



dado no implica que estará disponible para la misma persona en la misma extensión que en otro tiempo, a pesar de que algunos recursos son probablemente más estables que otros.

Cada transacción estresante mayor tiene sus propios requerimientos: la enfermedad hace diferentes demandas de afrontamiento con evaluaciones calificadas o una situación determinada puede requerir que alguien sea influenciado. Una persona efectiva es probable que sea efectiva a través de una variedad de circunstancias, pero habrá ocasiones cuando las habilidades requeridas no estén ahí o exista un déficit psicológico, lo que impedirá el uso efectivo del afrontamiento. De esta manera, es esencial distinguir entre recursos de afrontamiento y el proceso de afrontamiento específico utilizado en una situación estresante dada (Folkman; en Vernon y Warburton, 1979).

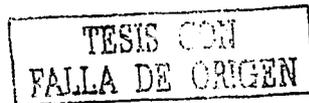
Dentro de los recursos que muestran las personas para afrontar las demandas de la vida se encuentran: las que se consideran propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas.

- 1) Salud/energía/moral: Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

- 2) Creencias positivas: En esta categoría se incluyen aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la experiencia y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. Sin embargo, no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo; ya que una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas (Lazarus y Folkman, 1991).

Por lo tanto, la naturaleza de un sistema de creencias como su grado de generalización determinan su valor como recurso y su influencia en los procesos de evaluación y de afrontamiento.

- 3) Técnicas para la resolución de problemas: Incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones para identificar el problema, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados o elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Mann, 1977; en Folkman, 1979).
- 4) Habilidades sociales: Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.



- 5) Apoyo social: Se refiere al hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible.
- 6) Recursos naturales: Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que puedan adquirirse con él, los cuales incrementan las opciones de afrontamiento disponibles para una persona en cualquier transacción estresante o en el curso normal de la vida.

La novedad y la complejidad de muchas situaciones estresantes dan lugar a una serie de demandas que pueden exceder los recursos del individuo. Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno. Tales como:

- 1) Condicionantes personales: Hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo. Los valores y las creencias culturales sirven como normas que determinan cuando ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no.
- 2) Condicionantes ambientales: Los condicionantes existen tanto en el ambiente como en el individuo. Muchos recursos especialmente los materiales son finitos (como el dinero), por lo que hay que decidir como distribuirlos.
- 3) Grado de amenaza: La amenaza puede ser evaluada como mínima cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. El grado en que una

persona se sienta amenazada dependerá, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de los condicionantes que limitan su aplicación. El grado de amenaza a su vez, influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuanto mayor es la amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción o más limitado en los modos de afrontamiento dirigidos al problema (Lazarus y Folkman, 1991).

Por último, es importante señalar que los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos periodos de la vida. Es importante dirigirse a los procesos en lugar de a los recursos para identificar los mecanismos que influyen en la relación estrés-resultado.

3.4. Estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son las conductas que ocurren después de que se presenta un evento estresante. Una estrategia usada por el afrontamiento individual pertenece a un recurso de uso prolongado o constante.

Lazarus y Folkman (1991) propusieron que las estrategias de afrontamiento que cada sujeto decide utilizar en una situación estresante se influyen por sus recursos de afrontamiento y la evaluación que se haga del evento.

En el afrontamiento dirigido al problema como a la emoción existen diferentes estrategias que pueden servir a ambas funciones. Encontrándose, de acuerdo con Cohen y Lazarus (1982) las siguientes estrategias de afrontamiento:

- 1) Búsqueda de información, es una de las formas básicas de afrontamiento en situaciones que son nuevas y en las cuales el conocimiento es limitado, o bajo condiciones de ambigüedad. La persona trata de encontrar si los problemas existen y si algo se puede hacer.
- 2) Acciones directas incluyen discutir, fugarse o hacer algo acerca del problema.
- 3) Procesos intrapsíquicos incluyen la negación, evitación, intelectualización, dar buena cara en una situación adversa y cualquier variedad de lo que se conoce como defensa.
- 4) Búsqueda de apoyo social, pedir auxilio a otros.

3.5. Afrontamiento como adaptación.

La importancia principal de los procesos de evaluación y afrontamiento radica en que ambos influyen en la adaptación. Existiendo tres consecuencias adaptativas:

- 1) Funcionamiento social con el que se manejan eficazmente las demandas de una determinada situación.
- 2) El estado moral que hace referencia al estado de ánimo positivo o negativo que experimenta un individuo durante la interacción estresante y después de ella y
- 3) La salud del organismo referida a los cambios fisiológicos originados por una situación estresante.

1) Funcionamiento social.

Se define psicológicamente como la satisfacción obtenida a partir de las relaciones interpersonales y/o en términos de las predisposiciones y habilidades necesarias para conseguirla. El funcionamiento social se ve influido por factores tales como la historia personal del individuo con todas sus implicaciones en cuanto a dependencia, autonomía, seguridad, intimidad, etc., valores culturales y las expectativas sobre los roles sociales y sobre como pueden establecerse. Estas constantes características del individuo y de su entorno juegan un papel principal en el momento de determinar las personas con las que establece relaciones, las funciones de esas relaciones y cómo serán experimentadas subjetivamente y expresadas en la conducta.

2) Moral.

Se define como el conjunto de lo que sienten las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida y guarda relación con la felicidad manifiesta, la satisfacción y el bienestar subjetivo.

3) Salud del organismo.

En el análisis del estrés, del afrontamiento y de la salud, una cuestión esencial es la suposición de que las evaluaciones de daño, amenaza y desafío se ven acompañadas de estados emocionales de todas clases e intensidades (Lazarus y Folkman, 1991).

Existiendo además diversos factores importantes en la evaluación de la eficacia de cada tipo de afrontamiento: el dominio en que se produce, el momento temporal en que se evalúa la eficacia, los resultados de la conducta y el contexto (Rodríguez y Haan, 1995).

3.6. El afrontamiento de la enfermedad.

Desarrollar síntomas de una enfermedad y sufrir el tratamiento médico puede ser un evento altamente estresante. Muchas personas cuidan su salud y habilidades para llevar a cabo actividades diarias y llenar los roles sociales. Desde este punto de vista de uno mismo como un ser saludable, capaz, y con un físico normal es

central para la imagen de muchas personas y su evaluación, llegar a estar enfermo puede ser un choque para el sentido de seguridad de una persona y para su auto-imagen. No sólo es amenazante para el acostumbrado punto de vista de uno mismo, sino también señala que uno es vulnerable (a la enfermedad, y tal vez entonces a otros problemas), la vida es incierta, uno puede tener poco control sobre los eventos, y la vida de uno puede ser cambiada en muchos aspectos. Como resultado, el ajuste a la enfermedad o daño que es amenazante para la vida o potencialmente incapacitante puede requerir un esfuerzo de afrontamiento considerable (Cohen y Lazarus, 1982).

Estar enfermo puede involucrar amenazas no sólo para la vida y bienestar físico sino también para el auto-concepto, sistema de creencias, funcionamiento social y ocupacional, valores, compromisos y equilibrio emocional.

El proceso de adaptación a la enfermedad crónica, además de estar determinado por los factores que condicionan la adaptación a las situaciones estresantes en general, está determinado por factores que tiene que ver con la enfermedad misma: la naturaleza de la enfermedad, el significado de la enfermedad, el contexto de la enfermedad y las respuestas a la enfermedad y su eficacia adaptativa.

3.6.1. La naturaleza de la enfermedad.

Existen tres características de la enfermedad importantes para la emisión de respuestas adaptativas:

- a) La forma de aparición, curso esperado de la enfermedad y tratamiento que exige.
- b) La naturaleza y extensión de las limitaciones que implica.
- c) El tipo y extensión de los cambios en la apariencia física y funciones corporales que produce (Moos, 1977; en Rodríguez y Haan, 1995).

Con respecto a la forma de aparición se puede distinguir entre:

- a) Enfermedades crónicas congénitas y adquiridas.
- b) Imprevistas y graduales.
- c) Resultado de accidente, de patología, de defecto genético, u otra causa.

El curso de la enfermedad puede ser muy variado. Algunas enfermedades son estables una vez pasada la crisis aguda. Otras pasan por periodos de remisión seguidos de exaltación. Otras son continua y progresivamente deteriorantes. Siendo la predictibilidad el factor clave para la adaptación y manejo de la enfermedad.

El control del tratamiento, del régimen terapéutico, es un factor de adaptación, ya que algunos tratamientos exigen mucho tiempo y son aburridos, otros tratamientos son físicamente dolorosos y otros requieren modificaciones importantes en el estilo de vida de la persona.

Por lo que respecta a la naturaleza y extensión de las limitaciones que produce, se encuentran diferencias en los tipos de respuesta y en las capacidades de afrontamiento dependientes de que se haya producido afectación somática o no.

En tercer lugar, la adaptación a la enfermedad crónica está también determinada por el tipo y extensión de los cambios en la apariencia física y en funciones corporales (Rodríguez y Haan, 1995).

3.6.2. El significado de la enfermedad.

El modo como una persona interpreta su enfermedad depende también de varios factores:

- a) De la extensión del daño o anomalía de la estructura biológica.
- b) De la gravedad de la función dañada.
- c) De la naturaleza y gravedad de los síntomas.
- d) De la capacidad para controlar esos síntomas.
- e) De la valoración, normas y expectativas de los otros.

Excepto en los cambios de estructura anatómica o disfunción fisiológica causados por el proceso de la enfermedad misma, la mayoría de esos factores están relacionados, de alguna manera, con los elementos socioculturales de la persona. El campo de la enfermedad crónica no atañe sólo al propio enfermo, sino también a su familia, sus amigos, a los profesionales de la salud y a los administradores del sistema. Ya que para cada persona la enfermedad tiene un significado diferente, se crean ambigüedades, confusión, tensiones, y en consecuencia, aumento de los niveles de estrés en el enfermo crónico (Rodríguez y Haan, 1995).

3.6.3. Contexto de la enfermedad.

El último grupo de factores que tienen influencia en la adaptación a la enfermedad crónica puede ser considerado como el ecosistema. El contexto o la circunstancia de la persona enferma está constituido por el contexto físico, el contexto personal y el contexto socio-cultural.

Estos factores ambientales pueden tener su impacto en todos los aspectos de la enfermedad crónica: su aparición y características, el modo como es percibida y el significado que tiene para la persona, las posibles respuestas y las respuestas adaptativas. En qué medida influyen depende de las capacidades particulares de cada persona y de los recursos cuya disponibilidad y uso permita la enfermedad.

3.7. Respuestas de afrontamiento en la enfermedad.

Vivir con una enfermedad crónica exige control en muchas áreas: de las crisis posibles; de los regímenes terapéuticos que requieran grandes cambios del estilo de vida; reorganización del tiempo; de los sentimientos y emociones; mantenimiento de relaciones adecuadas con otras personas significativas, de la identidad nueva; mantenimiento de un equilibrio entre la necesidad de pedir ayuda a la familia y amigos y la de tener un control personal y autosuficiencia (Moos, 1977; en Rodríguez y Haan, 1995).

Ese control o manejo del acontecimiento estresante que supone la enfermedad crónica se realiza mediante la emisión de conductas de afrontamiento muy variadas. Distinguiendo las siguientes categorías comportamentales más frecuentes:

- 1) Negación o minimización de la gravedad de la crisis. Existiendo tres formas básicas de negación: Negación del hecho de la enfermedad, negación del significado de la enfermedad y negación del estado emocional de la enfermedad (Moos, 1977; en Rodríguez y Haan, 1995).
- 2) Respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento.

- 3) Búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamiento alternativos y sus probables consecuencias.
- 4) Conductas confrontativas: esfuerzos activos centrados sobre los problemas, para aprender procedimientos específicos relacionados con la enfermedad.
- 5) Mantenimiento regular de rutinas, planificación de actividades e introducción de cambios de vida positivos.
- 6) Manejo de la auto-presentación y apoyo emocional de la familia, amigos y personal médico.
- 7) Ensayo de consecuencias alternativas como preparación mental y discusión de las alternativas posibles.
- 8) Instalación o mantenimiento del sentimiento de control.
- 9) Dar sentido a la enfermedad, reinterpretación positiva de la enfermedad.
- 10) Búsqueda y obtención de apoyo social.
- 11) Comparación social positiva.
- 12) Resignación o aceptación de la enfermedad.

Cohen y Lazarus (1982) identificaron cinco tareas adaptativas a la enfermedad:

- 1) Reducir las condiciones ambientales perjudiciales y aumentar los prospectos de recuperación.
- 2) Tolerar o ajustarse a los eventos negativos y realidades.

- 3) Mantener una auto-imagen positiva,
- 4) Mantener un equilibrio emocional y
- 5) Continuar con relaciones satisfactorias con otras personas.

3.7.1. Afrontamiento y psoriasis.

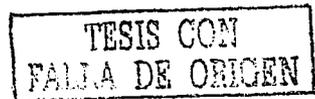
Ha sido de gran interés estudiar como las personas afrontan enfermedades serias o incapacitantes, por mencionar algunas investigaciones encontramos: el afrontamiento en pacientes con poliomeilitis severa (Visotsky, Hamburg, Goss y Lebovits, 1961); en pacientes con artritis reumatoide (Scharloo, Kaptein, Weinman et al., 1999) y en pacientes con urticaria crónica e infecciones micóticas (Fava, Perini, Santomastaso y Fornash, 1980).

Encontrando en los pacientes con psoriasis en un trabajo realizado por Rapp, Cottrell y Leary (2001) con 318 pacientes estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas por estos pacientes fueron decir a otros acerca de su psoriasis, cubrir las lesiones y evitar a la gente, lo cual se encuentra asociado con un decremento mayor en la calidad de vida.

Scharloo, Kaptein, Weinman, Bergman, Vermeer y Rooijmans (2000) con 69 pacientes con psoriasis leve a moderada encontraron que los pacientes que se comprometen inicialmente en un afrontamiento caracterizado por más expresión de las emociones, buscan más apoyo social, se distraen más y su afrontamiento es menos pasivo, por lo que se les prescribió un número menor de terapias

diferentes, son menos ansiosos, sufren menos depresión y tuvieron mejor salud física después de un año.

Estos resultados tienen implicaciones para el manejo de los pacientes con psoriasis, lo cual refuerza la importancia de integrar los aspectos psicológicos en el cuidado clínico de estos pacientes.



CAPÍTULO IV. ANSIEDAD Y PSORIASIS.

4.1. Delimitación conceptual de la ansiedad.

El concepto de ansiedad ha sido ampliamente utilizado en la literatura psicológica, siendo aún utilizado indiscriminadamente y reflejando significados diferentes. Términos tales como miedo, fobia, neurosis y ansiedad son utilizados intercambiabilmente, con problemas en su definición por la superposición en el uso de términos ansiedad y estrés.

Históricamente, el miedo y la ansiedad fueron diferenciados en la base de presencia o ausencia de señales, a pesar de que los términos son frecuentemente igualados en la literatura psicológica más reciente. La ansiedad no sólo pretende subrayar los desórdenes de ansiedad como agorafobia, desórdenes de pánico, desorden obsesivo-compulsivo y desorden por estrés posttraumático, sino también es considerado como un factor que influye la presentación de los síntomas, la aparición y curso de la enfermedad y el proceso de la recuperación postoperatoria.

El término ansiedad de esta manera tiene muchos significados como se refleja tanto en las definiciones psicológicas y en las descripciones presentadas; es posible decir que "Soy una persona ansiosa", que "Estoy ansioso cuando voy al dentista", que "Me siento ansioso" o que "Evité la fiesta porque estaba ansioso por tener que conocer gente". La primera descripción asume una característica relativamente duradera de la ansiedad, la cual muestra poca variación a través de las situaciones; ésta contrasta con la característica específica denotada por la

segunda descripción. La tercera descripción implica una calidad afectiva particular mientras que la descripción final utiliza el nivel como una explicación particular para algunas conductas. Estos significados diferentes tienden a ser reflejados en las distintas definiciones de ansiedad las cuales aparecen en la literatura:

La ansiedad es una característica de la personalidad de responder a ciertas situaciones con un síndrome de respuestas al estrés (Simpson, 1980; en Edelman, 1992).

La aprehensión, tensión o inquietud, son el resultado de la anticipación al peligro, siendo la fuente desconocida o irreconocible (Asociación Americana de Psiquiatría, 1975; en Edelman, 1992).

Un estado de tensión displacentero, el cual indica la presencia de algún peligro para el organismo (Weiss e English, 1957; en Edelman, 1992).

Una condición o estado emocional displacentero, el cual está caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión y preocupación y por la activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1972).

La ansiedad puede entonces ser caracterizada como un constructo inferencial utilizado para explicar conductas o como un concepto categórico que denota la ocurrencia de conductas designadas en situaciones específicas.



4.2. Factores cognitivos y ansiedad.

La importancia de los factores cognitivos en la determinación del estado emocional es señalada principalmente por Lazarus y Averill (1972) quienes refieren a la ansiedad como "una emoción basada en la evaluación del miedo; una evaluación la cual vincula los elementos simbólico, anticipatorio e incierto".

Estas características, ampliamente concebidas, se refieren a que la ansiedad resulta cuando los sistemas cognitivos de la persona no son tan amplios como para facilitar una relación significativa de la persona con su propio mundo. En la parte de la respuesta, la ansiedad puede estar acompañada por manifestaciones conductuales y fisiológicas; sin embargo, predominan los modos cognitivos de respuesta. Cabe señalar que este análisis trata solamente con episodios emocionales o reacciones.

La evaluación de la ansiedad se realiza con base en las características simbólicas, anticipatorias y de incertidumbre.

1) Características simbólicas.

Por simbólico, se entiende que las amenazas las cuales son producto de la ansiedad no son concretas, son eventos inmediatos que están relacionados a ideas, conceptos, valores o sistemas cognitivos a los que la persona está fuertemente comprometida. El hombre utiliza los símbolos para construir su mundo

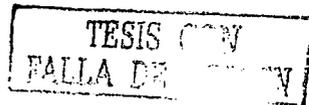
e investirlo de significado. Cuando estos símbolos no encajan más con la realidad o están en peligro de desintegración, el resultado es la ansiedad. La falta de ajuste puede ser el resultado de cambios en el ambiente, especialmente en las relaciones sociales o cambios dentro del individuo.

2) Características anticipatorias.

Se considera a la anticipación como un fracaso para comprender los eventos que ocurren en el momento, entonces la evaluación de la ansiedad puede pertenecer al presente. La ansiedad se distingue de las emociones de confrontación, en que el estímulo elicitor generalmente es claramente definido e inmediato. Los procesos psicológicos involucrados en la anticipación de daño (o amenaza) son diferentes de aquellos que ocurren durante y después de que un daño ha sido confrontado.

3) Incertidumbre.

Durante la ansiedad existe incertidumbre acerca de una o varias cosas: exactamente que sucederá, si sucederá, cuándo sucederá y qué se puede hacer. Estas no son formas idénticas de incertidumbre y la forma en que la persona reaccionará variará de una a otra. Si una situación potencialmente perjudicial es concreta y cierta, entonces medidas positivas pueden ser tomadas, pero si no son posibles acciones directas, uno puede comprometerse en una variedad de defensas de negación o resignarse a su fe. La ansiedad es incierta no sólo sobre



la naturaleza exacta de la amenaza (evaluación primaria) sino en consecuencia de ésta, sobre que puede hacerse acerca de esto (evaluación secundaria).

La ansiedad resulta de cierto tipo de evaluación, en efecto, la aprehensión de peligro precede más que seguir a la ansiedad. Cuando la ansiedad es media, el despertar fisiológico y psicológico que la acompañan pueden ayudar al organismo a mantener la vigilancia y tal vez, eventualmente a concretizar el peligro, por lo que las acciones de afrontamiento adaptativas pueden ser realizadas. De esta manera, la ansiedad puede en tiempos ser benéfica en la medida en que promueva la vigilancia. Si llega a ser demasiado intensa; sin embargo, puede tener el efecto opuesto (Lazarus y Averill, 1972).

4.3. Ansiedad estado-rasgo.

De acuerdo con Spielberger (1972) el estudio de la ansiedad se divide en ansiedad estado-rasgo.

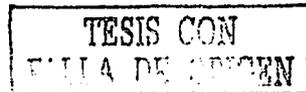
La *ansiedad estado* puede ser conceptualizada como un estado emocional transitorio o una condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Esta condición es caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, conscientemente percibidos y aprehensivos, y una activación del sistema nervioso autónomo. El nivel de ansiedad estado deberá ser alto en circunstancias que son percibidas por un individuo como amenazantes, sin importar el peligro objetivo; la intensidad de la ansiedad estado deberá ser baja en situaciones no

estresantes, o en circunstancias en las cuales un peligro existente no es percibido como amenazante.

La *ansiedad rasgo* se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. La ansiedad rasgo puede ser también referida como diferencias individuales reflejadas en la frecuencia y en la intensidad con la cual la ansiedad estado ha sido manifestada en el pasado y en la probabilidad de que tales estados serán experimentados en el futuro. Las personas quienes son altas en ansiedad rasgo tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, más que las personas quienes son bajas en la ansiedad rasgo y responden a situaciones amenazantes con elevaciones de la ansiedad estado de gran intensidad.

4.4. Ansiedad y estrés.

El estrés es un aspecto diferente de una secuencia temporal de eventos que resultan de la evocación de un estado ansioso. Es utilizado para referirse a las propiedades del estímulo objetivo de una situación y denotará condiciones del estímulo externo o situaciones que son caracterizadas por algún grado de peligro objetivo.



Una situación que es objetivamente estresante será percibida como peligrosa o amenazante por muchas personas. El que una situación estresante sea percibida o no como amenazante por una persona en particular dependerá de su evaluación subjetiva de la situación. Además, las situaciones objetivamente no estresantes pueden ser evaluadas como amenazantes por individuos quienes, por alguna razón, lo perciben como peligroso. De esta manera, donde el estrés se refiere a las propiedades del estímulo objetivo de una situación, la amenaza se refiere a la percepción idiosincrásica de un individuo de una situación particular como física o psicológicamente peligrosa. La evaluación de una situación como peligrosa o amenazante será determinada, en parte, por las disposiciones de la personalidad del individuo y la experiencia pasada con situaciones similares.

El término ansiedad, o más específicamente, estado de ansiedad, se utiliza para referirse a reacciones emocionales complejas que son evocadas en individuos quienes interpretan situaciones específicas como personalmente amenazantes. Si una persona percibe una situación como amenazante, sin tener en cuenta la presencia de un peligro real (objetivo), se asume que responderá a éste con una elevación en el estado de ansiedad. La intensidad y duración de esta reacción en la ansiedad estado será determinada por la cantidad de amenaza que es percibida y por la persistencia del individuo a interpretar la situación como peligrosa.

Los estados de ansiedad involucran un proceso o secuencia de eventos temporalmente ordenados iniciados por estímulos tanto externos como internos que son percibidos como peligrosos o amenazantes por un individuo. Cualquier

estímulo interno que cause en un individuo que piense acerca de o anticipe un peligro o situación de miedo puede también evocar niveles altos de ansiedad estado.

La evaluación de un estímulo particular o situación como amenazante también está influenciada por las aptitudes de la persona, habilidades y experiencia pasada, así como, por su nivel de ansiedad rasgo y el peligro objetivo que es inherente en la situación.

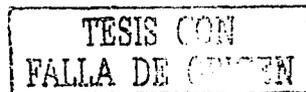
Una vez que una situación estímulo es evaluada como amenazante se asume que: 1) una reacción ansiedad estado será evocada y 2) la intensidad de esta reacción será proporcional a la cantidad de amenaza que posea la situación para el individuo. Además la duración de la reacción ansiedad estado dependerá de la persistencia del estímulo evocado y de la experiencia previa del individuo enfrentando circunstancias similares. Las situaciones estresantes que son enfrentadas frecuentemente pueden conducir a un individuo a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas que rápidamente alivian o minimizan el peligro y por lo tanto, reducen inmediatamente el nivel de intensidad de la ansiedad estado. Una persona puede también responder a situaciones amenazantes con procesos defensivos que sirven para reducir la intensidad de las reacciones de la ansiedad estado.

Los niveles altos de la intensidad ansiedad estado son experimentados como desagradables y pueden servir para iniciar procesos cognitivos o motores que han reducido efectivamente la ansiedad estado en el pasado.

Existen dos clases importantes de situaciones estresantes que pueden ser identificadas y que parecen tener diferentes implicaciones para la evocación de ansiedad estado en personas quienes difieren en ansiedad rasgo: 1) los individuos con alto ansiedad rasgo parecen interpretar las circunstancias en las cuales su adecuación personal es evaluada como más amenazante que los individuos con ansiedad rasgo baja, y 2) las situaciones que son caracterizadas por peligro físico no son interpretadas como diferencialmente amenazantes por sujetos con ansiedad rasgo alta y baja. De acuerdo con esto, elevaciones diferentes en ansiedad estado serán esperadas para personas quienes difieran en ansiedad rasgo bajo circunstancias caracterizadas por algún miedo a la auto-estima, pero no en situaciones que involucren peligro físico a menos que la adecuación personal también sea amenazada (Spielberger, 1972).

4.5. Ansiedad y enfermedad.

Ciertas enfermedades pueden producir, con mayor probabilidad que otras, reacciones emocionales y complicaciones psicológicas. Este tipo de respuestas son resultado, de la apreciación del acontecimiento de la enfermedad como estresante, es decir, de su evaluación como amenaza, daño, pérdida o desafío y de que los recursos no son adecuados para afrontar las demandas del

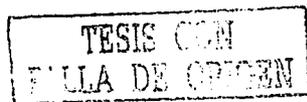


acontecimiento. Esta apreciación puede evocar estados afectivos negativos entre los cuales, la depresión y la ansiedad son los más habituales. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la apreciación de estrés, sino que también, puede hacerlo en fases posteriores como consecuencia del fracaso en el ajuste realizado, de la posibilidad de recurrencia del acontecimiento, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la pena (Wilson-Barret, 1979; en Rodríguez y Haan, 1995).

4.5.1. Ansiedad y enfermedad dermatológica.

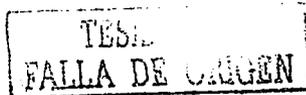
El impacto exacto de una condición de la piel en un individuo dependerá de la manera en que éste interfiera con su habilidad para conocer sus necesidades y la extensión en la cual pruebe ser estresante para él y su familia. Las personas pueden reaccionar diferente a la misma condición de la piel y ciertos problemas de la piel pueden dar lugar a que la gente experimente un grupo común de problemas. Dada esta compleja interacción individuo versus condición, sólo se propone una lista de las consecuencias más comunes o probables que aplican a todas las condiciones de la piel.

Las lesiones de la piel pueden conducir a reducir la movilidad y destreza. Algunos factores ambientales provocan restricciones con el uso de vendajes y pomadas. Estos y otros factores conducen a niveles de discapacidad física percibida, lo cual es muy importante en la perspectiva psicológica. Posteriormente, el individuo se impone limitaciones en su conducta porque percibe las consecuencias por ejemplo



reacciones sociales negativas a lesiones contagiosas y feas. Por lo tanto, existirá una discrepancia entre los deseos o expectativas de un individuo y lo que percibe que es capaz de hacer. Pudiendo inadecuadamente atribuir los fracasos en la vida o desengaños a la condición de su piel. Estos efectos combinados pueden ser contruidos por los pacientes como una pérdida de la función. Se puede observar que en cada caso de los señalados es necesario entender como el impacto de una condición puede variar en magnitud de acuerdo a la manera de pensar de un individuo.

Los modelos de estrés (Meichenbaum y Jaremko, 1982; en James, 1989) predicen incremento de la vulnerabilidad donde los individuos se perciben a sí mismos en una situación que requiere recursos los cuales pueden no tener (demanda) o en situaciones donde perciben amenaza a su bienestar físico, control personal, o autoestima (incluyendo imagen corporal y rol socialmente válido). Las condiciones crónicas de la piel son impredecibles, incontrolables, provocan reacciones negativas en los espectadores, afectan las percepciones de la imagen corporal (Shuester et al., 1978; Leichtman et al.; en James, 1989) interfieren con la actividad sexual (Buckwalter, 1982; en James, 1989) y conducen a una discapacidad física y social. Se piensa que para algunos individuos la condición de la piel puede servir como un estresor mayor por la amenaza percibida o demanda. Puede haber estrés adicional en la forma de dolor y comezón los cuales son elementos integrales de muchos desórdenes de la piel. Acumular estrés puede ocasionar niveles emocionales de ansiedad, frustración y enojo, por lo que es importante que éstos sean observados en los pacientes dermatológicos.



4.5.2. Ansiedad y psoriasis.

En estudios realizados con pacientes con psoriasis se han reportado tanto niveles elevados de ansiedad como normales (Fava, Perini, Santonastaso y Fornash, 1980; Polenghi, Molinari, Gala, Guzzi et al., 1994). Observándose que en pacientes con una severidad baja de la enfermedad los niveles de ansiedad no difieren significativamente de los controles (Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar y Boyvat, 2000). Mientras que Kabat-Zinn, Wheeler, Light et al. (1998) y Harvima, Viinamäki, Harvima et al. (1996) encontraron que los pacientes con un mayor porcentaje de superficie corporal afectada no mostraron niveles altos de ansiedad, sugiriendo estabilidad de este sentimiento.

Ginsburg y Link (1993) reportaron que los pacientes que se encuentran ansiosos, anticipan el rechazo, evitan situaciones interpersonales o lugares públicos, tales como albercas, en las cuales, puedan ser rechazados y de esta manera reducen su calidad de vida y decrementan sus oportunidades sociales y de empleo. Mientras que Scharloo, Kaptein, Weinman et al. (2000) encontraron que los pacientes que buscan apoyo social son menos ansiosos.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.

5.1. Planteamiento del problema.

La psoriasis es una enfermedad dermatológica con una incidencia elevada en la población mundial, la cual se ha reportado de manera similar en nuestro país y en la cual, se ha reportado el efecto del estrés en la aparición y exacerbación de la enfermedad (Christophers y Sterry, 1999). En el proceso general de evaluación del estrés, uno de los elementos esenciales a considerar es la evaluación del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991). Independientemente, de que la estrategia de afrontamiento seleccionada tenga éxito o no en eliminar al estresor, el proceso psicológico conlleva una fatiga cuyos efectos cuando se acumulan pueden tener las mismas consecuencias negativas que el propio estresor, impidiendo una regulación adecuada de la respuesta emocional, lo cual da lugar a niveles de ansiedad inadecuados para el bienestar del individuo (Spielberger, 1972). En estudios realizados con pacientes con psoriasis se ha encontrado que éstos tienden a utilizar estrategias de afrontamiento caracterizadas por fomentar el pensamiento tranquilizador, evitación, búsqueda de distracción y apoyo social (Scharloo, Kaptein, Weinman et al., 2000). Mostrando diferencias con respecto al nivel de ansiedad experimentado por estos pacientes (Fava, Perini, Santonastaso y Fornash, 1980; Polenghi, Molinari, Gala, Guzzi et al., 1994). Sin embargo, estos resultados no pueden ser ampliamente generalizados, ya que, como los mismos autores de dichas investigaciones lo señalan, se han llevado a cabo en pacientes con psoriasis leve a moderada. Por tal motivo, es el propósito de la presente

investigación conocer las diferencias en estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad estado-rasgo y la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo entre los pacientes con psoriasis moderada y psoriasis severa, con lo cual se detectarán carencias de afrontamiento y relación entre estrategias y ansiedad, lo que permitirá realizar una intervención terapéutica más completa en este aspecto y ampliará el conocimiento en el campo de la Psicología de la Salud mostrando la necesidad de un acercamiento con la Dermatología para el desarrollo y reconocimiento de la investigación psicológica en nuestra población y en el campo de los trastornos dermatológicos.

5.2. Objetivos.

Determinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento entre un grupo de pacientes con psoriasis moderada y otro grupo de pacientes con psoriasis severa.

Determinar las diferencias en ansiedad estado-rasgo entre un grupo de pacientes con psoriasis moderada y otro grupo de pacientes con psoriasis severa.

Determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo para el grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo de pacientes con psoriasis severa.

5.3. Preguntas de investigación.

1. ¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento entre el grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo de pacientes con psoriasis severa?

2. ¿Existen diferencias en ansiedad estado-rasgo entre el grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo de pacientes con psoriasis severa?

3. ¿Existe alguna relación en las estrategias de afrontamiento y la ansiedad estado-rasgo para el grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo de pacientes con psoriasis severa?

5.4. Hipótesis.

Las estrategias de afrontamiento y la ansiedad estado-rasgo son factores que influyen en la psoriasis.

5.4.1. Hipótesis de investigación.

Hi: Las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con psoriasis moderada y los pacientes con psoriasis severa son diferentes.

Hi: La ansiedad estado-rasgo entre los pacientes con psoriasis severa y los pacientes con psoriasis severa es diferente.

Hi: Las estrategias de afrontamiento se relacionan con la ansiedad estado-rasgo en el grupo de pacientes con psoriasis moderada y en el grupo de pacientes con psoriasis severa.



5.4.2. Hipótesis nula.

Ho: No existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con psoriasis moderada y los pacientes con psoriasis severa.

Ho: No existen diferencias significativas en la ansiedad estado-rasgo entre los pacientes con psoriasis moderada y los pacientes con psoriasis severa.

Ho: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad estado-rasgo en el grupo de pacientes con psoriasis moderada y en el grupo de pacientes con psoriasis severa.

5.4.3. Hipótesis alterna.

Ha: Si existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con psoriasis moderada y los pacientes con psoriasis severa.

Ha: Si existen diferencias significativas en la ansiedad estado-rasgo entre los pacientes con psoriasis moderada y los pacientes con psoriasis severa.

Ha: Si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad estado-rasgo en el grupo de pacientes con psoriasis moderada y en el grupo de pacientes con psoriasis severa.

5.5. Variables.

5.5.1. Variable independiente.

1. Clasificación de la severidad de la psoriasis.

5.5.2. Variable dependiente.

1. Estrategia de afrontamiento.
2. Ansiedad estado-rasgo.

5.6. Definición conceptual de variables.

5.6.1. Variable independiente.

Psoriasis: Enfermedad crónica de la piel, de etiología desconocida, caracterizada por recaídas crónicas naturales y constituida por placas eritematoescamosas, localizadas en diferentes partes del cuerpo y con una superficie corporal afectada entre el 10-40% (moderada) y >40% (severa) (Fitzpatrick, Elsen, Wolff et al. 1994).

5.6.2. Variable dependiente.

Estrategia de afrontamiento: Respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés (Lazarus y Folkman, 1991).

Ansiedad: Un estado emocional displacentero o condición, la cual es caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, y preocupación y por la activación o despertar del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1972).

Ansiedad estado: Condición o estado emocional transitorio del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo (Spielberger, 1972).

Ansiedad rasgo: Son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberger, 1972).

5.7. Definición operacional de variables.

5.7.1. Variable independiente.

1. Regla de los nueve: Puntaje en porcentaje de superficie corporal afectada: < 10 (leve), 10-40 (moderada) y > 40 (severa) (Ramsay, Lawrence, 1991; Fleischer, Rapp, Reboussin et al., 1994).



5.7.2. Variable dependiente.

1. Puntaje obtenido para cada estrategia de afrontamiento.
2. Puntaje obtenido a través de la calificación para la escala ansiedad estado-rasgo.

5.8. Población y sujetos.

Se utilizó una muestra de 50 pacientes la cual estuvo dividida en dos grupos (veinticinco y veinticinco) diagnosticados con psoriasis atendidos por el Servicio de Dermatología del Hospital General Doctor Manuel Gea González. 25 pacientes representaron al grupo de pacientes con psoriasis moderada. Los otros 25 pacientes representaron al grupo de pacientes con psoriasis severa.

5.9. Muestra.

El muestreo de la presente investigación fue no probabilístico e intencional, ya que los sujetos fueron seleccionados de acuerdo con el criterio del investigador y con base a ciertas características específicas, las cuales ya estaban dadas.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron: 1) pacientes de ambos sexos, 2) con una edad de 18 a 65 años, 3) con psoriasis moderada (10-40) y severa (>40) de acuerdo con la regla de los nueve, 4) con síntomas de psoriasis de un año previo al estudio, 5) pacientes que sepan leer y escribir, 6) pacientes



que no padecieran otra enfermedad crónica-degenerativa. Excluyéndose todos aquellos sujetos que no cumplieran con los criterios anteriormente señalados.

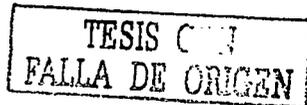
5.10. Tipo de estudio.

La presente investigación fue un estudio de campo, ya que la población utilizada fue tomada directamente del Servicio de Dermatología del Hospital General Doctor Manuel Gea González. De tipo prospectivo ya que la información fundamental fue captada de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación. Transversal ya que las variables dependientes fueron medidas sólo una vez. Comparativo ya que se manejaron dos grupos y a ambos se les explicaron las mismas variables.

5.11. Diseño.

Fue de tipo expost-facto ya que el fenómeno ya está dado y cuasiexperimental debido a que la asignación de los sujetos no fue al azar y se manejaron dos muestras independientes:

1. 25 pacientes con psoriasis moderada.
2. 25 pacientes con psoriasis severa.



5.12. Instrumentos.

1) Se utilizó el cuestionario "Modos de Afrontamiento al Estrés" de Lazarus y Folkman (1985; en Sotelo, 1999). Constituido por 66 reactivos con seis escalas de estrategias de afrontamiento al estrés: a) flexibilidad de afrontamiento, b) afrontamiento dirigido a lo positivo, c) pensamiento mágico, d) distanciamiento, e) afrontamiento dirigido al problema y f) revaloración positiva. Con una escala de 4 puntos para responder (no, de ninguna manera; en alguna medida; generalmente, usualmente; siempre, en gran medida).

2) Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Constituido por dos escalas separadas de veinte afirmaciones cada una que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) Ansiedad Estado (A-Estado) y 2) Ansiedad Rasgo (A-Rasgo). Con una escala de 4 puntos para responder: no, en lo absoluto; un poco; bastante y mucho (para ansiedad-estado) y casi nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre (para ansiedad-rasgo).

3) Regla de los nueve: Puntaje de superficie corporal calculada por porcentajes de piel afectada: <10 (leve), 10-40 (moderada) y >40 (severa).

5.13. Procedimiento.

Durante la consulta externa del Servicio de Dermatología se le invitó al paciente diagnosticado previamente con psoriasis a participar en la presente investigación, explicándole que ésta tenía por objetivo el recabar una serie de datos, los cuales permitirían conocer su manera de afrontar una situación estresante y su nivel de ansiedad, es decir, como se siente en un momento determinado y generalmente. Una vez que el paciente aceptó se le condujo al consultorio de PUVA del Servicio de Dermatología, en donde de manera individual y a través de una entrevista semi estructurada se obtuvieron los datos sociodemográficos y los lugares de superficie corporal afectada y se aplicaron los cuestionarios de "Modos de Afrontamiento al Estrés" y el "Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado". Señalándoles que sus respuestas no obtendrían ninguna calificación buena o mala. Posteriormente se llevó a cabo la calificación de los cuestionarios y el análisis estadístico de datos.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS.

6.1. Datos sociodemográficos.

Para los datos sociodemográficos se obtuvieron frecuencias y porcentajes, mientras que para la variable edad se obtuvo el rango, media y desviación estándar.

En relación con los datos sociodemográficos de los pacientes con psoriasis moderada (grupo 1) y con psoriasis severa (grupo 2) se obtuvieron las frecuencias de las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

En cuanto a la variable sexo, en la tabla 1 se observó que para el grupo 1 predominó el sexo femenino, con una frecuencia de 16 (64%) y para el grupo 2 predominó el sexo masculino con un frecuencia de 17 (68%).

Tabla 1.

Sexo de los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Sexo	Grupo 1 N=25	%	Grupo 2 N=25	%
Femenino	16	64	8	32
Masculino	9	36	17	68

Con respecto a la edad, en la tabla 2 el grupo 1 obtuvo un rango de 20 a 66 años, una media de 46.40 y una desviación estándar de 14.37. El grupo 2 obtuvo un rango de 32 a 69 años, una media de 48.20 y una desviación estándar de 12.65.

Tabla 2.

Edad de los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Grupo	Rango de edad		Media	Desviación Estándar
	Mínimo	Máximo		
Grupo 1	20	66	46.40	14.37
Grupo 2	32	69	48.20	12.65

En relación al estado civil en la tabla 3 predominaron en el grupo 1, 17 personas casadas, el 68% y para el grupo 2, 15 personas también casadas siendo el 60%.

Tabla 3.

Estado civil de los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Estado civil	Grupo 1 N=25	%	Grupo 2 N=25	%
Soltero	5	20	5	20
Casado	17	68	15	60
Divorciado	1	4	2	8
Viudo	2	8	3	12

En relación a la escolaridad en la tabla 4 el grupo 1, estuvo constituido en su mayoría por 10 personas, es decir, el 40% con primaria, asimismo, el grupo 2 estuvo representado por 10 personas el 40% con licenciatura.

Tabla 4.

Escolaridad de los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Escolaridad	Grupo 1 N=25	%	Grupo 2 N=25	%
Primaria	10	40	9	36
Secundaria	4	16	4	16
Preparatoria	1	4	2	8
Licenciatura	5	20	10	40
Carrera Técnica	5	20	0	0

En relación a la ocupación en la tabla 5, en el grupo 1 predominaron las personas dedicadas al hogar, contando con 11 personas (44%), mientras que en el grupo 2 predominaron 13 personas (52%) dedicadas al empleo.

Tabla 5.

Ocupación de los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Ocupación	Grupo 1 N=25	%	Grupo 2 N=25	%
Estudiante	2	8	0	0
Hogar	11	44	5	20
Empleado	8	32	13	52
Profesionista	1	4	5	20
Jubilado	3	12	2	8

6.2. Datos de evolución y clínicos.

Respecto a las características de evolución y clínicas se obtuvo tanto para el grupo 1 como para el grupo 2 el tiempo de evolución de la enfermedad, es decir, desde el inicio de la enfermedad hasta el día en que fue valorado nuevamente, observándose en la tabla 6 con un rango de 1 a 35 años y una media de 11.52 años para el grupo 1 y de 1 a 34 años y una media de 14.92 años para el grupo 2.

Tabla 6.

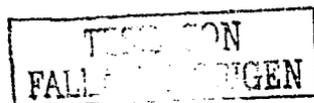
Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa.

Rango (años)		Media		Desviación estándar	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
1-35	1-34	11.52	14.92	8.26	12.00

6.3. Datos del Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés e IDARE.

Para los datos obtenidos en el cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés por tratarse de variables con un nivel de medición ordinal y una muestra pequeña se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Los reactivos se encuentran agrupados de acuerdo a la relación que tienen con cada estrategia de afrontamiento, los resultados se presentan en la tabla 7, en



donde el grupo 1 representa al grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo 2 a los pacientes con psoriasis severa.

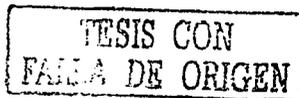
En la estrategia de afrontamiento Flexibilidad de Afrontamiento se obtuvo una media de 27.32 para el grupo 1 y una media de 23.68 para el grupo 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para la estrategia de afrontamiento Dirigido a lo Positivo se obtuvo una media de 28.82 para el grupo 1 y para el grupo 2 una media de 22.18. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la estrategia de afrontamiento Pensamiento Mágico el grupo 1 obtuvo una media de 26.96 y el grupo 2 una media de 24.04. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para la estrategia de afrontamiento Distanciamiento se obtuvo una media de 23.46 para el grupo 1 y una media de 27.54 para el grupo 2. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la estrategia de afrontamiento Dirigido al Problema la media de 26.96 fue obtenida por el grupo 1 y una media de 24.04 por el grupo 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.



Para la estrategia de afrontamiento Revaloración Positiva el grupo 1 obtuvo una media de 25.44 y el grupo 2 una media de 25.56. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 7.

Diferencias entre pacientes con psoriasis moderada y con psoriasis severa en el cuestionario "Modos de Afrontamiento al Estrés".

Estrategia de afrontamiento	Grupo 1 N=25 Media	Grupo 2 N=25 Media	U de Mann-Whitney	$\alpha=.05$
Flexibilidad de Afrontamiento	27.32	23.68	267.00	.37
Afrontamiento dirigido a lo positivo	28.82	22.18	229.50	.10
Pensamiento Mágico	26.96	24.04	276.00	.47
Distanciamiento	23.46	27.54	261.50	.31
Afrontamiento dirigido al problema	26.96	24.04	276.00	.47
Revaloración Positiva	25.44	25.56	311.00	.97

Correlación significativa .05 (2 colas) N=50.

Tomando en consideración a la variable "sexo" en la tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en estrategias de afrontamiento entre mujeres (grupo 1) y hombres (grupo 2).

En la estrategia de afrontamiento Flexibilidad de Afrontamiento se obtuvo una media de 21.56 para el grupo 1 y una media de 29.13 para el grupo 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.



Para la estrategia de afrontamiento Dirigido a lo Positivo se obtuvo una media de 22.48 para el grupo 1 y para el grupo 2 una media de 28.29. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la estrategia de afrontamiento Pensamiento Mágico el grupo 1 obtuvo una media de 24.10 y el grupo 2 una media de 26.79. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para la estrategia de afrontamiento Distanciamiento se obtuvo una media de 24.02 para el grupo 1 y una media de 26.87 para el grupo 2. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la estrategia de afrontamiento Dirigido al Problema la media de 20.96 fue obtenida por el grupo 1 y una media de 29.69 por el grupo 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para la estrategia de afrontamiento Revaloración Positiva el grupo 1 obtuvo una media de 20.50 y el grupo 2 una media de 30.12. Estadísticamente se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

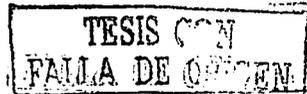


Tabla 8.
Diferencias entre mujeres y hombres en el cuestionario "Modos de Afrontamiento al Estrés".

Estrategia de afrontamiento	Grupo 1 N= 24 Media	Grupo 2 N= 26 Media	U de Mann-Whitney	$\alpha=.05$
Flexibilidad de Afrontamiento	21.56	29.13	217.50	.06
Afrontamiento dirigido a lo positivo	22.48	28.29	239.50	.15
Pensamiento Mágico	24.10	26.79	278.50	.51
Distanciamiento	24.02	26.87	276.50	.48
Afrontamiento dirigido al problema	20.96	29.69	203.00	.03 *
Revaloración Positiva	20.50	30.12	192.00	.01 *

Correlación significativa .05 (2 colas) N=50.

Para los datos obtenidos en el cuestionario IDARE y obtener diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 se utilizó la prueba U de Mann-Whitney por tratarse de variables con un nivel de medición ordinal y una muestra pequeña.

Los resultados se presentan en la tabla 9, en donde el grupo 1 representa el grupo de pacientes con psoriasis moderada y el grupo 2 pacientes con psoriasis severa.

El grupo 1 obtuvo una media de 24.66 para ansiedad estado y una media de 24.58 para ansiedad rasgo. En el grupo 2 se obtuvo una media de 26.34 para ansiedad estado y una media de 26.42 para ansiedad rasgo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

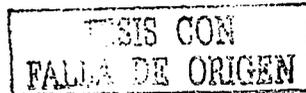


Tabla 9.
Diferencias entre pacientes con psoriasis moderada y pacientes con psoriasis severa en el cuestionario "IDARE".

Tipo de ansiedad	Grupo 1 N=25 Media	Grupo 2 N=25 Media	U de Mann-Whitney	$\alpha=.05$
Ansiedad Estado	24.66	26.34	291.50	.68
Ansiedad Rasgo	24.58	26.42	289.50	.65

Correlación significativa .05 (2 colas) N=50.

Tomando en consideración a la variable "sexo" en la tabla 10 se muestran los resultados obtenidos en ansiedad estado rasgo entre mujeres (grupo 1) y hombres (grupo 2).

Para la ansiedad estado se obtuvo una media de 29.79 para el grupo 1 y una media de 21.54 para el grupo 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para la ansiedad rasgo se obtuvo una media de 30.13 para el grupo 1 y una media de 21.23 para el grupo 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

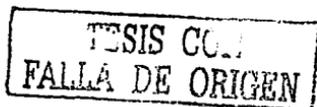


Tabla 10.
Diferencias entre mujeres y hombres en el cuestionario "IDARE".

Tipo de ansiedad	Grupo 1 N=24 Media	Grupo 2 N=26 Media	U de Mann-Whitney	$\alpha=.05$
Ansiedad Estado	29.79	21.54	209.00	.04 *
Ansiedad Rasgo	30.13	21.23	201.00	.03 *

Correlación significativa .05 (2 colas) N=50.

Para establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo para cada grupo se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 11 se observan los resultados obtenidos de la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado rasgo para el grupo de pacientes con psoriasis moderada (grupo 1). Obteniéndose resultados estadísticamente significativos con una relación negativa entre flexibilidad de afrontamiento y ansiedad estado y una relación positiva entre pensamiento mágico y ansiedad rasgo.

Tabla 11.
Relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado rasgo en
pacientes con psoriasis moderada.

Estrategia de afrontamiento	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Flexibilidad de Afrontamiento	-.464 *	-.192
Afrontamiento dirigido a lo positivo	.019	.357
Pensamiento Mágico	-.298	-.016
	.149	.939
	.203	.424 *
	.331	.035
Distanciamiento	.160	.322
	.445	.117
Afrontamiento dirigido al problema	-.189	-.055
	.365	.793
Revaloración Positiva	.033	.174
	.876	.405

Coeficiente de correlación Rho de Spearman. Correlación significativa .05 (2 colas) N=25.

En la tabla 12 se observan los resultados obtenidos de la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado rasgo para el grupo de pacientes con psoriasis severa (grupo 2). Obteniéndose resultados estadísticamente significativos con una relación negativa entre afrontamiento dirigido al problema y ansiedad estado.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Tabla 12.

Relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo en pacientes con psoriasis severa.

Estrategia de afrontamiento	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Flexibilidad de Afrontamiento	-.241 .245	.045 .829
Afrontamiento dirigido a lo positivo	-.322 .116	.028 .893
Pensamiento Mágico	.088 .677	.309 .132
Distanciamiento	.223 .283	.262 .206
Afrontamiento dirigido al problema	-.422 * .036	-.098 .641
Revaloración Positiva	-.239 .250	-.052 .804

Coefficiente de correlación Rho de Spearman. Correlación significativa .05 (2 colas) N=25.

HEIS CON
FALLA DE ORIGEN

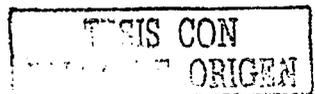
DISCUSIÓN.

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se puede establecer que no existen diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento entre pacientes con psoriasis moderada y pacientes con psoriasis severa, lo que indica que los pacientes afrontan de manera similar sin importar la severidad clínica de su enfermedad.

La utilización de las estrategias de afrontamiento que cada sujeto hace ante una situación estresante se influencia por sus recursos de afrontamiento y la evaluación que se haga del evento (Lazarus y Folkman, 1991).

De esta manera, se puede suponer que los pacientes están respondiendo psicológicamente a sus creencias y evaluaciones particulares acerca de la psoriasis más que responder a su severidad clínica objetiva. Es importante también tomar en consideración la experiencia subjetiva de la enfermedad para cada paciente y el significado que atribuyen a los elementos de su condición, lo cual se encuentra relacionado con elementos socioculturales de la persona (Rodríguez y Haan, 1995).

A pesar de no haber estado contemplado en los objetivos de la presente investigación realizar una comparación por sexos se decidió buscar diferencias a través de esta variable la cual pudiera aportar información adicional en cuanto a la

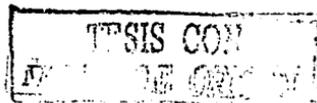


utilización de las estrategias de afrontamiento y diferencias en el nivel de ansiedad estado-rasgo, el cual se retomará posteriormente.

Observándose diferencias significativas en la utilización de la estrategia de afrontamiento dirigido al problema, en donde se confronta activamente al problema a través de acciones conductuales se busca que los efectos sean positivos para lograr el bienestar de la persona, siendo ésta utilizada mayormente por los hombres que por las mujeres.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento revaloración positiva se encontró que también son los hombres quienes utilizan con mayor frecuencia esta estrategia, caracterizándose por tratar de obtener un aprendizaje a través de la experiencia, buscan cambiar y madurar como personas y sacar provecho de las adversidades que viven día con día, esforzándose por crear resultados positivos en su crecimiento personal teniendo una visión positiva hacia el problema.

Estos resultados rebelan que de acuerdo con la teoría de Lazarus y Folkman (1991) el grupo de hombres utilizan para afrontar dos funciones: la dirigida al problema y a la emoción. Sin embargo, se observa una tendencia o predominio por estrategias dirigidas al problema, logrando así un afrontamiento activo y valorando la situación como controlable por alguna acción. Mientras que las mujeres tienden a dirigir su afrontamiento al control de la emoción sin cambiar la situación objetivamente.

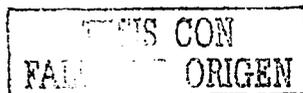


Estos resultados coinciden con los reportados en otros estudios realizados con sujetos sanos donde se ha observado que de acuerdo al sexo se utilizan determinadas estrategias de afrontamiento, lo cual puede ser atribuido a la influencia de los factores socioculturales (Sotelo, 1999; Díaz Guerrero, 1996).

Respecto a los niveles de ansiedad estado-rasgo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que puede significar que la severidad de la psoriasis tampoco modifica los niveles de ansiedad. Coincidiendo estos resultados con los referidos por otros autores (Devrimci-Ozguven, et al., 2000; Kabat-Zinn, et al., 1998).

Sin embargo, al realizar una comparación entre sexos se observan diferencias significativas entre los dos grupos con niveles de ansiedad estado-rasgo más altos para el grupo de mujeres, lo que indica que existe una tendencia a percibir su ambiente como más amenazante o estresante, siendo esto probable debido al rol social, familiar y cultural que asume la mujer con respecto al hombre y que tiene como consecuencia, una mayor preocupación y ansiedad, con respecto a los roles anteriormente mencionados.

En cuanto a la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad estado-rasgo en los pacientes con psoriasis moderada se encontraron dos correlaciones significativas. La primera entre ansiedad estado y flexibilidad de afrontamiento la cual es negativa indicando que conforme los pacientes interpretan una situación estresante como controlable el nivel de ansiedad estado disminuye dando lugar a



un aumento en el empleo de conductas flexibles para afrontar sus problemas, ejerciendo mayor control en la situación.

Por otro lado, en la segunda correlación de este mismo grupo se encontró una relación significativa entre ansiedad rasgo y pensamiento mágico, indicando que conforme tienden a percibir como peligrosas y/o amenazantes diferentes situaciones emplean la estrategia de afrontamiento pensamiento mágico, es decir, afrontan con fantasías voluntarias y concientes sus problemas sin tener una participación activa en la situación, pero controlando la emoción.

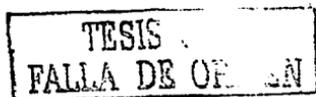
Con respecto al grupo de pacientes con psoriasis severa se encontró una correlación significativa negativa entre el afrontamiento dirigido al problema y la ansiedad estado, esto es, la disminución de la reacción emocional displacentera de tensión y nerviosismo aumenta el empleo de acciones conductuales a confrontar activamente el problema.

De acuerdo con los resultados los pacientes con psoriasis no mostraron diferencias en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad estado-rasgo dependiendo de la severidad clínica de su enfermedad. Siendo únicamente significativas estas diferencias al tomar en consideración la variable sexo, lo cual pueda estar relacionado a factores socioculturales. También se encontraron relaciones entre ciertas estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad estado-rasgo para ambos grupos.

Los resultados presentes sugieren que el funcionamiento psicológico de estos pacientes puede ser mejorado con una intervención psicológica al incrementar el sentido de control emocional ante situaciones estresantes, fortalecer el afrontamiento activo (dirigido a manejar la situación problema), reestructuración cognitiva de creencias y pensamientos disfuncionales, así como, información sobre la misma enfermedad, todo esto con el propósito de establecer destrezas efectivas que faciliten la adaptación y tengan un efecto positivo en el curso de la psoriasis.

Se considera de interés esta investigación en la medida que proporciona información sobre aspectos psicológicos de la psoriasis, ya que este aspecto ha sido poco estudiado en nuestro país y ampliará el conocimiento en el campo de la Psicología de la Salud mostrando la necesidad de un acercamiento con la Dermatología para el desarrollo y reconocimiento de la investigación psicológica en nuestra población y en el campo no solo de la psoriasis sino de los trastornos dermatológicos en general.

Para posteriores investigaciones se sugiere ampliar la muestra, tomar en consideración las variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, etc.), así como, las variables clínicas (tiempo de evolución, localización corporal de las lesiones y tipo de tratamiento), además de incluir más grupos de comparación con sujetos con otras enfermedades y sujetos control.



Referencias.

Al'Abadie, M., Kent, G. y Gawkrödger, D. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 130, 199-203.

Arnetz, B., Fjellner, B., Eneroth, P. y Kallner, A. (1985). Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions. *Psychosomatic Medicine*, 47, 528-541.

Baughman, R. y Sobel, R. (1971). Psoriasis, stress and strain. *Archives of Dermatology*, 103, 599-605.

Bendlin, A., Linares, H. A. y Benaim, F. (1993). *Tratado de quemaduras*. México: Interamericana-McGraw Hill.

Benoit, L. J. y Harrell, E. H. (1980). Biofeedback and control of skin cell proliferation in psoriasis. *Psychological Reports*, 46, 831-839.

Carrobes, J. A. (1996). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. En Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carrobes, J. A. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación. Vol. 2. Cáp. 12. España: Siglo XXI.

Christophers, E. y Sterry, W. (1999). *Psoriasis*. En Fitzpatrick, T. B., Eisen, A. Z., Wolf, K., Freedberg, I. M., Austin, K. F. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill.

Cohen, F. y Lazarus, R. S. (1982). *Coping with the stresses of illness*. En Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. y asociados. *Health Psychology. A handbook: Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system*. New York: Jossey-Bass Publishers.

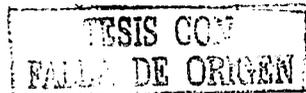
Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H. y Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14, 267-271.

Díaz Guerrero, R. (1996). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1992). México: Salvat.

Downie, N. M. y Heath, R. W. (1986). *Métodos estadísticos aplicados*. México: Harla.

Edelman, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. New York: John Wiley and Sons.



Everly, G. S. (1997). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

Farber, E., Bright, R. y Nall, N. (1968). Psoriasis, a questionnaire survey of 2144 patients. *Archives of Dermatology*, 98, 248-259.

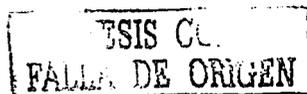
Farber, E. y Nall, N. (1974). The natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatological*, 148, 1.

Farber, E. y Nall, L. (1993). Psoriasis: A stress-related disease. *Cutis*, 51, 322-326.

Farber, E., Nickoloff, B., Recht, B., Fraki, J. (1986). Stress, symmetry and psoriasis: possible role of neuropeptides. *Journal of American Academy of Dermatology*, 14, 305-311.

Farber, E., Rein, G. y Lanigan, S. (1991). Stress and psoriasis. Psychoneuroimmunologic mechanisms. *International Journal of Dermatology*, 30 (1), 8-12.

Fava, G., Perini, G., Santonastaso, P. y Fornash, C. (1980). Life events and psychological distress in dermatological disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 277-282.



Finlay, A. y Coles, E. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132, 236-244.

Fleischer, A. B., Rapp, S. R., Reboussin, D. M., et al. (1994). Patient measurement of psoriasis severity with a structured instrument. *Journal of Investigative Dermatology*, 102, 967-969.

Folkman, S. (1991). *Coping across the life-span: Theoretical issues*. En Cummings, M. E., Greene, A. L. y Karraker, K. H. Life-span developmental psychology. Perspectives on stress and coping. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates publishers.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.

Folkman, S., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1979). *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. En Vernon, H. y Warburton, D. M. Human stress and cognition: An information processing approach. New York: John Wiley and Sons.



Fried, R. G., Friedman, S., Paradis, C., Hatch, M., Lynfield, Y., Duncanson, C. y Shalita, A. (1995). Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 33, 101-105.

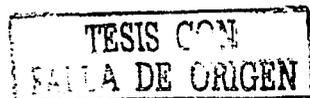
Gaston, L., Lassonde, M., Bernier-Buzzanga, J., Hodgins, S. y Crombez, J. (1987). Psoriasis and stress: A prospective study. *Journal of American Academy of Dermatology*, 17, 82-86.

Ginsburg, I. H. y Link, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32 (8), 587-591.

Gupta, M., Gupta, A., Kirkby, S., Schork, N., Gorr, S., Ellis, C. y Voorhees, J. (1989). A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. *General Hospital Psychiatry*, 11, 166-173.

Harvima, R. J., Vilnamäki, H., Harvima, I. T., et al. (1996). Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Dermatológica Venereológica (Stockh)*, 76, 467-471.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.



James, P. (1989). *Dermatology*. En Broome, A. K. Health Psychology: Processes and applications. USA: Chapman and Hall.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D. y Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.

Koblentzer, C. S. (1999). *Psychological aspects of skin disease*. En Fitzpatrick, T. B., Eisen, A. Z., Wolff, K. et al. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw- Hill.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R. S. y Averill, J. R. (1972). *Emotion and cognition: with special reference to anxiety*. Current trends in theory and research. Vol. II. Cap. 7. New York: Academic Press.

Lazarus, R. S., Averill, J. R. y Opton, E. M. (1974). *The psychology of coping: Issues of research and assessment*. En Coelho, G. V., Hamburg, D. A. y Adams, J. E. *Coping and adaptation*. New York: Basic books Inc. Pub.



Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Roca.

Méndez, R. I., Namihira, G. D., Moreno, A. L. y Sosa de M., C. (1997). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.

Polenghi, M. M., Molinari, E., Gala, C., Guzzi, R., Garutti, C. Y Finzi, A. F. (1994). Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Dermatológica Venereológica (Stockh)*, 186 (Suppl), 65-66.

Ramsay, B., Lawrence, C. M. (1991). Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 124, 565-570.

Ramsay, B. y O'Reagan, M. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 118, 195-201.

Rapp, S. R., Cottrell, C. A. y Leary, M. R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 145, 610-616.

Raychaudhuri, S. P. y Farber, E. M. (2001). The prevalence of psoriasis in the world. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 15, 16-17.

Rodríguez, J. y Haan, N. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.



Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J. y Rooijmans, H. G. M. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899-907.

Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Breedveld, F. y Rooijmans, H. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 26, 1686-1693.

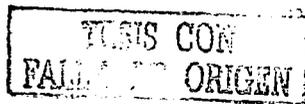
Schmid-Ott, G., Jacobs, R., Jäger, B., Klages, S., Wolf, J., Werfel, T., Kapp, A., Schrürmeyer, T., Lamprecht, F., Schmidt, R. E. y Schedlowski, M. (1998). Stress-induced endocrine and immunology changes in psoriasis patients and healthy controls. *Psychotherapy Psychosomatics*, 67, 37-42.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder and Stoughton.

Seville, R. (1977). Psoriasis and stress. *British Journal of Dermatology*, 97, 297-302.

Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. Current Trends in Theory and Research. Vol I. Cap 2. New York: Academic Press.

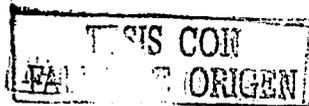
Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.



Sotelo, A. C. (1999). *Traducción y estandarización del cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Visotsky, H. M., Hamburg, D. A., Goss, M. E. y Lebovits, B. Z. (1961). Coping behavior under extreme stress. *Archives of General Psychiatry*, 5, 423-448.

Zinzer, O. (1992). *Psicología experimental*. México: McGraw Hill.



ANEXOS.

TESTS CON
FACILIDAD DE ORIGEN

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS.

Nombre _____ No. Exp. _____

Sexo _____ Edad _____ Grado escolar _____ Ocupación _____

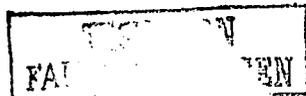
Tiempo de evolución de la psoriasis _____

Instrucciones:

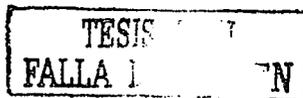
Deténgase por un momento y piense en una situación estresante que haya experimentado en el último mes. Para nosotros estresante significa una situación o evento que resulta difícil o amenazante de afrontar, en el cual usted realizó un esfuerzo considerable al negociarlo o mediarlo, pero además le causó cierto grado de preocupación y/o malestar.

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su problema personal (anotarlo) _____ de acuerdo a la siguiente escala:

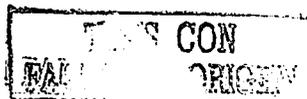
		No. de ninguna manera.	En alguna medida.	Generalmente, usualmente.	Siempre, en gran medida.
1.	Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.	0	1	2	3
2.	Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.	Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4.	Pienso que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tengo que hacer esperar.	0	1	2	3
5.	Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6.	Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7.	Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8.	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9.	Me critico o me sermoneo a mí mismo.	0	1	2	3
10.	No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino reviso alguna alternativa abierta.	0	1	2	3
11.	Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3



12.	Sigo adelante con mi destino pues solo algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3
13.	Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14.	Guardo solo para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15.	Busco alguna mínima esperanza, viéndolas cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.	Duermo más de lo que acostumbro.	0	1	2	3
17.	Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18.	Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.	Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor.	0	1	2	3
20.	Me siento inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.	Intento olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.	Busco la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23.	Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.	0	1	2	3
24.	Espero a ver lo que sucede antes de hacer algo.	0	1	2	3
25.	Me disculpo o hago algo para compensar.	0	1	2	3
26.	Desarrollo un plan de acción y lo sigo.	0	1	2	3
27.	Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
28.	De algún modo expreso mis sentimientos.	0	1	2	3
29.	Me doy cuenta de que soy la causa del problema.	0	1	2	3
30.	Salgo mejor de la situación de cómo la empecé.	0	1	2	3
31.	Hablo con alguien que puede hacer algo por mí problema.	0	1	2	3
32.	Me alejo del problema por un tiempo, intento descansar o distraerme.	0	1	2	3
33.	Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34.	Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35.	Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso.	0	1	2	3
36.	Tengo fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37.	Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38.	Redescubro lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39.	Hago cambios para que las cosas salgan mejor.	0	1	2	3



40.	Evito estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.	No dejo que el problema me venza; rehuso pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
42.	Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo.	0	1	2	3
43.	Oculto a los demás lo mal que me va.	0	1	2	3
44.	No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.	0	1	2	3
45.	Le platico a alguien como me siento.	0	1	2	3
46.	Me mantengo firme y peteo por lo que quiero.	0	1	2	3
47.	Me desquito con los demás.	0	1	2	3
48.	Recorro a experiencias pasadas, ya antes me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49.	Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.	0	1	2	3
50.	Me niego a creer lo que ha ocurrido.	0	1	2	3
51.	Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.	Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Acepto la situación pues yo no puedo hacer más al respecto.	0	1	2	3
54.	Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado en otras cosas.	0	1	2	3
55.	Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo o la forma como me siento.	0	1	2	3
56.	Cambio algo en mí.	0	1	2	3
57.	Sueño o me imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58.	Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.	0	1	2	3
59.	Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.	Rezo alguna oración.	0	1	2	3
61.	Me preparo para lo peor.	0	1	2	3
62.	Repaso mentalmente lo que haré o diré.	0	1	2	3
63.	Pienso cómo dominaría la situación a quien admiro y la tomo como modelo.	0	1	2	3
64.	Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.	Me digo a mí mismo que las cosas podrían ser peor.	0	1	2	3
66.	Realizo algún ejercicio.	0	1	2	3



IDARE

SXE

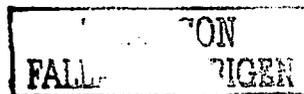
Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielbeger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero.

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado(a).....	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a).....	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a).....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a).....	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a).....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a).....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a).....	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a).....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a).....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a).....	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a).....	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar".....	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a).....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a).....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a).....	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a).....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4



Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo *se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *generalmente*.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado(a).....	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo(a).....	1	2	3	4
33. Me siento seguro(a).....	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico(a).....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho(a).....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quietar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).....	1	2	3	4



REGLA DE LOS 9
PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA

