



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

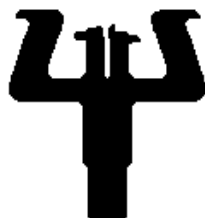
**LAS EMOCIONES Y SU RELACIÓN CON LA
DERMATITIS ATÓPICA: UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
LUZ MARÍA CARRANCO GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA



CIUDAD UNIVERSITARIA 2014



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.

Dedicatoria

A Oscar e Ilse: Por motivarme a superarme. Por su entusiasmo, comprensión y apoyo constantes, por el gran amor que me brindan y ser parte de este logro.

A Roberto: Por tu fortaleza, comprensión y cariño.

A mis padres: Por enseñarme a seguir mis sueños.

A Enrique: Por tu apoyo incondicional y creer en mí.

Agradecimientos

A la Mtra. Gabriela Romero: Por compartir sus conocimientos, pero especialmente, por sus lindas palabras en el momento adecuado que me acompañaron durante toda la licenciatura y que ya forman parte de mi vida. Con admiración, respeto y cariño.

Al Lic. Miguel Ángel Luna: Por su motivación, comprensión y entusiasmo por enseñar.

A la Mtra. Ana María Bañuelos, Lic. Mario Pérez y Lic. Cecilia Montes: Por su buena disposición y guía en este importante proceso.

A Dios: Por permitirme vivir en plenitud.

A mis compañeros y profesores: Por ser parte de mi formación profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México: Por darme la oportunidad de formar parte de ella.

Contenido

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo I. Las emociones	9
1.1 Definición de las emociones	9
1.2 Origen de la emoción	14
1.3 Perspectiva biológica y cognitiva de las emociones	16
1.4 Funciones de las emociones	35
1.5 Relación de las emociones y la enfermedad	41
Capítulo II. Dermatitis atópica y su relación con las emociones	43
2.1 Actividad electrodérmica	45
2.2 Principales detonantes de la DA	46
2.2.1 Ansiedad y depresión en la DA	46
2.2.2 Relaciones materno-filiales y el ambiente familiar en la DA	48
2.2.3 El estrés, el sistema inmunitario y la DA	50
2.2.4 Calidad de vida en la DA	54
2.3 Factores biológicos y psicológicos de la DA	56
2.3.1 Factores biológicos	56
2.3.2 Factores psicológicos	60
2.4 Tratamientos dermatológicos de la DA	62
2.5 Intervenciones cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento de la DA	62
2.5.1 Experimentos conductuales y descubrimientos guiados	63
2.5.2 Creencias irracionales	63

2.5.3 Estrategias de afrontamiento	64
2.5.4 Inversión del hábito	65
2.5.5 Relajación y respiración	65
2.5.6 Psicoeducación	69
2.6 Evidencia empírica de las intervenciones cognitivo conductuales como coadyuvantes en el tratamiento de la DA y las emociones	69
Capítulo III. Propuesta de intervención para la DA	72
Conclusiones	99
Referencias	102
Anexos	108

RESUMEN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel de múltiples causas. Los síntomas pueden empeorar o desencadenarse debido a factores psicológicos como el manejo inadecuado de emociones, el estrés y la ansiedad, produciéndose sentimientos depresivos. A partir de la investigación documental dirigida a la relación de la DA y dichos factores psicológicos, se pretende realizar una propuesta de intervención a manera de taller para manejar dichos factores psicológicos y por ende reducir la severidad de la DA. El taller está fundamentado en la Terapia Cognitivo Conductual con el fin de ayudar a los participantes a manejar sus emociones y mejorar su calidad de vida al incidir positivamente en la reducción de los síntomas.

INTRODUCCIÓN

El Consejo de Salubridad General, en la guía de práctica clínica, publicado en 2009, reporta que la dermatitis atópica (DA) es motivo de consulta en el primer nivel de atención y en los servicios de urgencia. La historia natural de la enfermedad se dirige al control y limitación de las exacerbaciones; aunque cuando se presenta de moderada a grave conduce a infecciones recurrentes y deterioro en la calidad de vida.

El impacto en la calidad de vida se ve afectado sobre todo en las personas que padecen síntomas de moderados a graves. También se da un impacto económico debido a la cantidad de recursos económicos que se utilizan en salud, no sólo en consultas y medicamentos sino también en los días de incapacidad que se generan por la disminución de la productividad.

La dermatitis atópica afecta a todas las razas y existe en todos los países, en la población en general se señala su existencia hasta en el 2%. En la etapa adulta se presentaba con poca frecuencia, sin embargo actualmente es habitual en las consultas diarias debido a los malos tratamientos.

Dado que el Consejo de Salubridad General estipula que el 20% de la población mexicana la padece, es de suma importancia dirigir la atención a este problema de salud debido a la relación tan estrecha que existe entre la dermatitis atópica y el manejo de las emociones, siendo la DA una enfermedad crónica que tiene secuelas graves en el funcionamiento psicológico de las personas; siendo

detonantes principales la ansiedad, la depresión y el estrés. (Ahmar y Kurban, citados por Antuña 2002).

La presente investigación consta de tres capítulos:

En el Capítulo I Las emociones, se trata su definición, su origen, su clasificación y funciones.

En este capítulo se definen también los componentes de las emociones, ya que cada uno de ellos le da un diferente aspecto a la emoción estos son:

- ✚ El componente sentimental
- ✚ El componente de estimulación corporal
- ✚ El componente social-expresivo
- ✚ El componente intencional

En el Capítulo II Dermatitis atópica y su relación con las emociones, se aborda la relación que existe entre la dermatitis atópica y el inadecuado manejo de las emociones, así como sus principales detonantes y los factores biológicos y psicológicos relacionados con ésta.

En el Capítulo III, se presenta la propuesta del taller denominado *“Aprende a manejar tus emociones y mejora tu dermatitis atópica”*.

El objetivo de esta tesis consistió en identificar y documentar la relación existente entre la DA y las emociones para el desarrollo de una propuesta de intervención.

Dicha propuesta se diseñó a manera de taller y está fundamentada en la Terapia Cognitivo Conductual. El propósito del taller es enseñar a los participantes a manejar sus emociones, ya que la mayoría de las investigaciones señalan que los pacientes con DA muestran alguna forma de alteración emocional (Obermayer, Brown, Faulstich y Williamson; Hashiro y Okumura, citados por Antuña, 2002). Las técnicas propuestas para trabajar en el taller son: psicoeducación, relajación y respiración, reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos automáticos y modificación de creencias irracionales) y habilidades de afrontamiento.

CAPÍTULO I. LAS EMOCIONES

La emoción es algo que todos conocemos. Sentimientos como la alegría, la tristeza, el miedo o la ira alteran nuestra mente y cuerpo. Según sean nuestras emociones, nos sentimos aceptados o rechazados, nos conducimos y nos relacionamos con los demás de manera determinada. La emoción se expresa en la cara, en el tono de voz, en los gestos. Desde un punto de vista somático, el corazón se acelera, sudan las manos, la boca se reseca, etc. También afecta la conducta, nos paraliza o nos hace huir, correr, provoca el ataque verbal o físico, o el acercamiento, el cuidado y la consideración. La emoción regula nuestro contacto con el mundo y es especialmente importante en las relaciones humanas (Grzib, 2007).

1.1 Definición de emoción

Las emociones son fenómenos de corta duración, relacionados con sentimientos, estimulación, intención y expresión, que nos ayudan a adaptarnos a las oportunidades y retos que enfrentamos durante los sucesos significativos de la vida (Reeve, 2009).

De acuerdo con Izard (1993), las emociones son multidimensionales. Existen como fenómenos sociales, subjetivos, biológicos e intencionales. En parte, las emociones son sentimientos subjetivos, ya que hacen sentirnos de un modo particular, también las emociones son reacciones biológicas, respuestas movilizadoras de la energía; son agentes intencionales, como el hambre que tiene una finalidad y son fenómenos sociales. Cuando estamos en un estado emocional,

enviamos señales faciales, posturales y vocales reconocibles que comunican a los demás la calidad e intensidad de nuestra emoción.

En opinión de Russell (1995) ninguna de estas dimensiones independientes – subjetiva, biológica, intencional o social- define adecuadamente a la emoción.

Para comprender estas cuatro dimensiones o componentes es necesario describirlas ya que resaltan un aspecto diferente de la emoción y su interacción.

Para definir la emoción, Reeve (2009), señala cuatro componentes: el sentimental, el de estimulación corporal, el intencional y el social-expresivo.

El componente sentimental proporciona a la emoción su experiencia subjetiva, que tiene tanto un significado como importancia personal. Tanto en intensidad como en calidad, la emoción se siente y experimenta a nivel subjetivo (o fenomenológico).

El aspecto sentimental está enraizado en procesos cognitivos o mentales.

El componente de estimulación corporal involucra nuestra activación neural y fisiológica (biológica), e incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales mientras se prepara y regula la conducta adaptativa de afrontamiento del organismo durante la emoción.

El componente intencional da a la emoción su carácter dirigido a metas para realizar las acciones necesarias a fin de afrontar las circunstancias del momento.

Este aspecto explica por qué la gente quiere hacer lo que quiere hacer y por qué se beneficia de sus emociones. La persona sin emociones estaría en una importante desventaja social y evolutiva respecto del resto de los seres humanos.

El componente social-expresivo es el aspecto comunicativo de la emoción. A través de posturas, gesticulaciones, vocalizaciones y expresiones faciales, nuestras experiencias privadas se vuelven expresiones públicas. Durante la expresión de emociones, comunicamos de manera no verbal a los demás cómo nos sentimos y cómo interpretamos la situación presente.

Teniendo en cuenta estos cuatro componentes las emociones involucran a la persona completa, con sus sentimientos, estimulación corporal, intención y comunicaciones no verbales.

De acuerdo con Reeve “La emoción es el constructo psicológico que une y coordina estos cuatro aspectos de la experiencia dentro de un patrón sincronizado” (2009, pág. 223).

Watson citado por Grzib (2007) define la emoción como:

“un patrón de reactividad hereditario, que implica cambios en el organismo total, aunque especialmente en los sistemas glandulares y viscerales”. Seguidamente define el “patrón de reacción” como “los componentes de respuesta que aparecen con cierta constancia, con cierta regularidad y aproximadamente en el mismo orden secuencial cada vez que se presenta el estímulo excitatorio”.

De esta definición resaltan dos aspectos:

- 1) Los patrones de reacción emocional básicos son innatos.
- 2) Las emociones tienen un efecto de desorganización de la conducta.

La definición de emoción como un conjunto de respuestas que ocurren con cierta constancia y regularidad indica que Watson concebía la respuesta emocional de una forma similar a la respuesta incondicionada. Estas respuestas podrían condicionarse a estímulos no programados innatamente (Grzib, 2007).

Para Scherer (1990), la acentuación del componente cognitivo suele conducir a que se considere el componente de conducta como una consecuencia del proceso emocional. Tomando la apreciación una posición central.

La definición de Scherer de la emoción es:

“La emoción es un episodio de sincronización de todos los subsistemas importantes del organismo, a cuyo cargo están los cinco componentes emocionales (cognición, regulación fisiológica, motivación, expresión motora y monitorización/sentimiento) y constituye una respuesta a la apreciación de un evento estimular, externo o interno, considerado de central importancia para las necesidades y metas del organismo. (1994, pág. 4).

Para Scherer, la apreciación no solamente tiene una función en el surgimiento de la emoción sino que es un procesamiento continuo y recursivo (re-apreciación).

Según Scherer, las emociones se sitúan en la intersección entre el individuo y su entorno. Las emociones son las que hacen de intermediario entre los constantes cambios en el entorno y el individuo. Este modelo descriptivo del proceso emocional intenta integrar los conocimientos actuales sobre los mecanismos neurofisiológicos ante determinadas situaciones estimulares, tanto a nivel del sistema nervioso central, como autónomo y somático, así como las principales

tendencias a la acción (aproximación, evitación) que son el resultado de una apreciación cognitiva secuencial. Cada momento de esta evaluación secuencial lleva consigo patrones específicos de reacción: cambios psicofisiológicos, de expresión, de tendencias a la acción y de sentimiento. El sentimiento se considera el resultado de la reflexión de todos los demás componentes.

Cabe señalar la diferencia entre emoción y estado de ánimo. Existen varios criterios pero tres de ellos parecen especialmente informativos: diferentes antecedentes, diferente especificidad de acción y diferente curso temporal.

Primero, en cuanto a los antecedentes diferentes, las emociones y los estados de ánimo provienen de causas distintas. Las emociones se derivan de situaciones vitales significativas y de las estimaciones de su importancia para nuestro bienestar. Los estados de ánimo surgen de procesos indefinidos y que a menudo se desconocen (Goldsmith, 1994).

Segundo, respecto a la diferente especificidad de acción, las emociones influyen mayormente en el comportamiento y dirigen cursos específicos de acción. Por el contrario, los estados de ánimo influyen en mayor medida en la cognición y dirigen aquello en lo que piensa la persona (Davidson, 1994).

Tercero, con relación al curso temporal diferente, las emociones emanan de eventos breves con duración de unos cuantos segundos o quizá minutos, en tanto que los estados de ánimo emanan de sucesos mentales que duran horas o quizá días (Ekman, 1994 a).

1.2 Origen de la emoción

La causa de la emoción ha sido un debate entre la biología y la cognición.

Según Buck (1984) los seres humanos tienen dos sistemas sincrónicos que activan y regulan la emoción.

Uno de ellos es un sistema innato, espontáneo, fisiológico que reacciona de manera involuntaria a los estímulos emocionales.

El otro es un sistema cognitivo basado en la experiencia que reacciona en forma interpretativa y social. El sistema fisiológico de la emoción se presentó primero en la evolución humana (el sistema límbico), en tanto que el sistema cognitivo de la emoción surgió posteriormente a medida que los seres humanos se fueron volviendo cada vez más cerebrales y sociales (la neocorteza). En conjunto, el sistema biológico primitivo y el sistema cognitivo contemporáneo se combinan para proporcionar un mecanismo sumamente adaptativo de emoción con dos sistemas.

Robert Levenson (1994a) lleva la perspectiva de los dos sistemas un poco más allá al proponer la hipótesis de que los sistemas biológico y cognitivo de la emoción tienen una interacción. En lugar de existir como sistemas paralelos, ambos se influyen entre sí. Buck (1984) dijo que las emociones como el temor y el enojo provienen en primer lugar de los circuitos neurales de control en áreas subcorticales.

Robert Plutchik (1985) considera que la emoción no debería conceptuarse como un fenómeno causado por la cognición o la biología, sino, más bien, como un proceso, una cadena de eventos que se suman dentro de un complejo sistema de realimentación. El sistema de realimentación comienza con un suceso importante y concluye con la emoción. Entre el suceso y la emoción interviene una compleja cadena interactiva de acontecimientos como cognición, activación, preparación para la acción, sentimientos, demostraciones expresivas, actividad conductual explícita. Para influir en la emoción se puede intervenir en cualquier punto del circuito. Si se cambia la evaluación cognitiva de “esto es benéfico” a “esto es dañino”, la emoción cambiará; si se cambia la calidad de la activación (como a través del ejercicio, un fármaco o droga, o un electrodo en el cerebro), la emoción cambiará; si se cambia la expresión corporal (muscultura facial, postura corporal), la emoción cambiará, y así sucesivamente.

La solución de Plutchik (1985), al debate entre cognición y biología se incorpora dentro del complejo mundo de la dialéctica en el que cada aspecto de la emoción se convierte tanto en causa como en efecto y el resultado final es producto de la interacción dinámica entre las seis fuerzas. El tema más importante que se deriva de este análisis es que las cogniciones no causan directamente las emociones más de lo que lo hacen los sucesos biológicos. En conjunto, la cognición, activación, preparación para la acción, sentimientos, demostraciones expresivas y actividad conductual explícita constituyen el caldero de experiencia que causa, influye y regula la emoción.

1.3 Perspectiva biológica y cognitiva de las emociones

Las emociones son fenómenos complejos (e interactivos). En términos generales, los biólogos, etólogos y neurofisiólogos se enfocan mayormente en los aspectos biológicos de la emoción, en tanto que los psicólogos cognitivos, psicólogos sociales y sociólogos se enfocan en su mayoría en sus aspectos cognitivos y socioculturales.

Perspectiva Biológica

Cuando nos ocurren sucesos vitales importantes, se activan reacciones biológicas y cognitivas en nosotros. Los procesos biológicos y cognitivos resultantes generan emociones que nos preparan para enfrentar de manera adaptativa el suceso vital importante.

Los procesos biológicos involucrados en las emociones son:

- 1) Sistema nervioso autónomo.
- 2) Sistema endocrino.
- 3) Circuitos neurales del cerebro.
- 4) Tasa de descargas neurales.
- 5) Realimentación facial.

Al enfrentarse a una situación de importancia personal (p. ej., una amenaza), el cuerpo se prepara para afrontarla de manera efectiva (por ejemplo, se prepara para correr) mediante la activación de: 1) corazón, pulmones y músculos (sistema nervioso autónomo); 2) glándulas y hormonas (sistema endocrino); 3) estructuras

cerebrales límbicas como la amígdala (circuitos neurales del cerebro); 4) actividad neural y ritmo del procesamiento de información (tasa de descargas neurales); y 5) patrones discretos de musculatura facial (realimentación facial). Al activarse estos sistemas biológicos, la persona experimenta emociones y está significativamente más preparada para afrontar la amenaza inminente.

El estudio de las emociones se inició aproximadamente hace cien años cuando se planteó la interrogante del papel que realizaba el sistema nervioso autónomo en la experiencia subjetiva de la emoción. La primera teoría de la emoción fue la de James-Lange, que sugiere esta secuencia de eventos: estímulo → emoción → reacción corporal. William James citado por Reeve (2009), argumentaba que nuestros cambios corporales no siguen a la experiencia emocional; más bien, la experiencia emocional sigue y depende de nuestras respuestas corporales, quedando la secuencia de eventos:

Estímulo → reacción corporal → emoción

La teoría de James descansaba en dos suposiciones: 1) el cuerpo reacciona de manera única y diferenciada a distintos sucesos evocadores de la emoción y 2) el cuerpo no reacciona a sucesos que no evocan emociones. El cuerpo reacciona y las reacciones emocionales resultantes ocurren en nosotros antes de que nos demos cuenta de lo que está sucediendo. James argumentaba que estas reacciones corporales instantáneas suceden en pautas perceptuales y que la experiencia emocional es la forma que la persona tiene de darle sentido a cada

pauta distinta de reacciones corporales. Si no ocurrieran estos cambios en el cuerpo, no se presentaría la emoción resultante.

La teoría de James-Lange de las emociones adquirió popularidad con rapidez, pero también se vio sometida a críticas. De acuerdo con Cannon, citado por Reeve (2009), los críticos razonaban que el tipo de reacciones corporales a las que James hacía referencia en realidad eran parte de la respuesta general de movilización corporal de pelea-huida que no varía de una emoción a otra.

Newman, Perkins y Wheeler, citados por Reeve (2009) afirmaban que el papel de la activación fisiológica era aumentar la emoción, más que ocasionarla. Los críticos concluyeron que la contribución de los cambios fisiológicos a la experiencia emocional era pequeña, complementaria y relativamente insignificante. Una década después de que se propuso, la primera teoría principal de la emoción estaba en tela de juicio.

Ante las críticas, las ideas de James cayeron en el rechazo y surgieron teorías rivales de la emoción que obtuvieron mayor popularidad. No obstante, sus discernimientos continúan guiando el estudio contemporáneo (Ellsworth, 1994; Lang, 1994), y las investigaciones modernas sustentan la especificidad fisiológica en algunas emociones (Buck, 1986; Levenson, 1992; Schwartz, 1986).

Reeve (2009), señala que existe evidencia convincente de actividad en el sistema nervioso autónomo (SNA) que se asocia con el enojo, el temor, el asco y la tristeza (Ekman y Davidson, Levenson, Cartense, Friensen y Ekman, Levenson, Ekman y Friensen, Sinha y Parsons, Stemmler. Estas pautas de actividad del SNA

supuestamente emergieron porque podían movilizar formas de comportamiento que resultaron ser adaptativas. Por ejemplo, en una pelea que despierta el enojo, un aumento en la frecuencia cardíaca y en la temperatura cutánea facilitan un comportamiento fuerte y asertivo.

Sin embargo, sólo algunas emociones tienen pautas distintivas de actividad el SNA. Si ninguna pauta específica de conducta tiene un valor adaptativo para una emoción, hay pocas razones para que se desarrolle un patrón específico de actividad en el SNA (Ekman, 1994a).

En general los investigadores contemporáneos concuerdan en que la activación fisiológica acompaña, regula y prepara el marco para la emoción, pero no es causante directa de la misma. La perspectiva moderna es que las emociones reúnen el apoyo biológico y fisiológico para hacer posibles las conductas adaptativas de pelea, huida y crianza (Levenson, 1994b).

Shaver, Schwartz, Kirson, O'Connor (1987) mencionan que la orientación biológica enfatiza las emociones primarias (enojo, temor, tristeza, alegría y amor) y le resta importancia a las emociones secundarias o adquiridas.

Desde la perspectiva biológica cada teórico, propone un número específico de emociones basados en un interés diferente. A continuación se presentan las ocho principales tradiciones de investigación en la orientación biológica en el estudio de las emociones:

TEÓRICO	INTERÉS	EMOCIONES
SOLOMON (1980)	Procesos cerebrales hedonistas oponentes	Placenteras y aversivas
GRAY (1994)	Sistemas cerebrales preprogramados	Alegría, temor/enojo y ansiedad
PANKSEPP (1982)	Circuitos neuroanatómicos en áreas subcorticales	Temor, ira, pánico y expectativa
STEIN Y TRABASSO (1992)	Estatus posibles de metas valiosas	Felicidad, tristeza, enojo y temor
TOMKINS (1970)	Patrones de descarga neural	Interés, temor, sorpresa, enojo, angustia y alegría
EKMAN (1994)	Expresiones faciales universales	Temor, enojo, tristeza, asco, gozo y desprecio
PLUTCHIK (1980)	Funciones psicoevolutivas independientes	Enojo, asco, tristeza, sorpresa, temor, aceptación, alegría y anticipación
IZARD (1991)	Sistemas separados de motivación basados en la emoción	Enojo, temor, angustia, alegría, asco, sorpresa, vergüenza, culpa, interés y desprecio

*Contenido tomado de Olivares (2005)

Cada una de estas ocho tradiciones concuerdan en que:

- 1) Existe un pequeño número de emociones básicas.
- 2) Las emociones básicas son universales para todos los seres humanos (y animales).
- 3) Las emociones básicas son productos de la biología y la evolución.

Las divergencias entre las ocho tradiciones tienen que ver con sus especificaciones de qué constituye el núcleo biológico preciso que organiza la experiencia emocional.

Perspectiva cognitiva

La orientación cognitiva reconoce la importancia de las emociones primarias, pero destaca que gran parte de lo que es interesante de las vivencias emocionales proviene de las experiencias individuales, sociales y culturales. Una orientación cognitiva, enfatiza las emociones complejas (secundarias, adquiridas).

Esta perspectiva señala de manera firme que los seres humanos experimentamos un número mayor de emociones que las dos o diez indicadas por la tradición biológica. Los teóricos cognitivos están de acuerdo de que sólo existe un número limitado de circuitos neurales, expresiones faciales y reacciones corporales. No obstante, indican que varias emociones diferentes pueden surgir de la misma reacción biológica. Por ejemplo, una sola respuesta fisiológica, como la rápida elevación de la presión arterial, puede funcionar como base biológica para el enojo, los celos o la envidia. La presión arterial alta y la estimación de una injusticia producen enojo; la presión arterial alta con una estimación de que un objeto debería ser nuestro en lugar de ser de otra persona produce celos y una presión arterial alta con una estimación de que otro tiene una posición más favorable que uno produce envidia.

Para los teóricos cognitivos, los seres humanos experimentan una rica diversidad de emociones porque las situaciones pueden interpretarse de modos muy

diferentes (Schaver, et *al.*, 1987), debido a que la emoción surge de una mezcla de evaluaciones cognitivas.

Los teóricos cognitivos coinciden en que existe un número ilimitado de emociones.

Esto se debe a que comparten la suposición de que:

“las emociones se dan en respuesta a las estructuras de significado de situaciones determinadas: diferentes emociones surgen en respuesta a diferentes estructuras de significado” Frijda, citado por Reeve (2009, pág. 230).

La diferencia entre las teorías cognitivas de la emoción reside en cómo interpretan la manera en que los individuos asimilan y generan el significado de una situación.

Un número ilimitado de emociones depende del significado situacional, importancia del suceso, antecedentes de socialización, conocimiento de la emoción y otras influencias cognitivas, sociales y culturales. A continuación se presentan nueve tradiciones de investigación dentro del estudio cognitivo de las emociones:

TEÓRICO	TRADICIÓN
SCHATCHTER (1964)	Cogniciones emocionales durante estados de activación
MANDLER (1984)	Análisis del significado durante estados de activación
KEMPER (1987)	Respuesta socializada ante el estado de activación
LAZARUS (1991 a)	Estimación de la relación persona-ambiente
FRIDJA (1993)	Estimación del significado de los sucesos ambientales
SCHAVER <i>et al.</i> (1987)	Emoción en el lenguaje
AVERILL (1982)	Roles y construcciones sociales
WEINER (1986)	Atribuciones de resultados
HEISE (1989)	Identidades sociales

*Contenido tomado de Olivares (2005)

Desde una perspectiva intermedia Ekman (1994 a) propone que cada emoción básica no es una emoción única, sino más bien una *familia* de emociones relacionadas. Por ejemplo, el enojo es una emoción básica, pero también es una familia de emociones que incluye hostilidad, ira, furia, indignación, molestia, resentimiento, envidia y frustración. La alegría es una emoción básica y también una familia de emociones que incluye diversión, alivio, satisfacción, felicidad y orgullo. Cada miembro de una familia comparte muchas características de la emoción básica, -su fisiología, su estado de sentimiento subjetivo, sus características expresivas y demás-. Existe un número limitado de estas familias de emoción básica enraizadas en la biología y la evolución, pero también existen

diversas variaciones en estas emociones básicas debido al aprendizaje, la socialización y la cultura. Existen cuando menos cinco de estas familias de emoción: enojo, temor, asco, tristeza y alegría (Ekman, 1994a).

Las familias de emoción se pueden entender desde una perspectiva más cognitiva. Un análisis del idioma inglés condujo a un grupo de investigadores a concluir que el conocimiento de la emoción implica cinco prototipos básicos de la emoción: enojo, temor, tristeza, alegría y amor (Shaver *et al.*, 1987). Según estos investigadores, la gente aprende a realizar distinciones más finas de manera progresiva dentro de las causas y consecuencias de estas cinco emociones básicas. Se requiere aprendizaje, experiencia y socialización para comprender las variedades de la emoción básica, originando las emociones secundarias adquiridas.

Las emociones llamadas básicas son aquellas que cumplen con los siguientes criterios Ekman y Davidson, citados por Reeve (2009):

- 1) Son innatas más que adquiridas o aprendidas a través de la experiencia o socialización.
- 2) Surgen de las mismas circunstancias para todos los individuos (la pérdida personal hace que todos nos sintamos tristes, sin importar edad, género o cultura).
- 3) Se expresan de maneras únicas y distintivas (como a través de una expresión facial universal).

- 4) Evocan una pauta de respuesta fisiológica distintiva y sumamente fácil de predecir.

Aunque existe diversidad de opiniones respecto a las emociones básicas no existe una gran diferencia y son: temor, enojo, asco, tristeza, alegría e interés (Izard, 1991; Shaver *et al.*, 1987).

Temor

El temor es una reacción emocional que surge de la interpretación que hace una persona acerca de si la situación que enfrenta es peligrosa y constituye una amenaza para su bienestar. Las situaciones más comunes que activan el temor son aquellas que se relacionan con la anticipación de un daño físico o psicológico, la vulnerabilidad ante el peligro o una expectativa de que las propias capacidades de afrontamiento no pudieran estar a la altura de las circunstancias que se avecinan. La percepción de que se puede hacer poco para afrontar una amenaza o peligro ambiental es tan importante como fuente de temor como cualquier característica real de la amenaza o peligro en sí (Bandura, citado por Reeve, 2009). Por ende, el temor se refiere en su mayor parte a una vulnerabilidad percibida que provoca sentirse abrumado ante una amenaza o peligro.

Enojo

El enojo es una emoción omnipresente (Averill, 1982). Cuando la gente describe su respuesta emocional más reciente, el enojo es la emoción que con más frecuencia viene a la mente (Sherer y Tannenbaum, citados por Reeve, 2009). El enojo proviene de la restricción, como en la interpretación de que alguna fuerza

externa ha interferido con los propios planes, metas o bienestar. También surge en respuesta a una traición, rechazo, críticas injustificadas, falta de consideración de los demás y molestias acumulativas (Fehr, Baldwin, Collins, Patterson y Benditt, citados por Reeve, 2009). La esencia del enojo es la creencia de que la situación no es como debería ser; es decir, la restricción, interferencia o crítica es ilegítima (De Rivera, 1981).

El enojo es la emoción más exaltada y peligrosa, ya que su propósito es destruir las barreras en el ambiente. Cerca de la mitad de los episodios de enojo incluyen exclamaciones y gritos, y cerca de 10% de estos episodios conducen a agresión (Tafrate, Kassinove y Dundin, citados por Reeve, 2009). Cuando el enojo estimula la agresión, produce destrucción y lesiones innecesarias.

Asco

Reeve (2009), cita a varios autores sobre este tema; el asco implica liberarse o alejarse de un objeto contaminado, deteriorado o podrido. El objeto en cuestión depende del desarrollo y la cultura. En la lactancia, la causa del asco se limita a los sabores amargos o agrios. En la infancia, las reacciones de asco se amplían más allá de la aversión a las repulsiones psicológicamente adquiridas y, en general, a cualquier objeto que se considera ofensivo. En la adultez, el asco surge de los encuentros con cualquier objeto que se considera contaminado de algún modo, como en la contaminación corporal (falta de higiene, sangre coagulada, muerte), contaminaciones interpersonales (contacto físico con gente indeseable) y contaminaciones morales (abuso sexual infantil, incesto, infidelidad). El

aprendizaje cultural determina gran parte de lo que el adulto considera como contaminación corporal, interpersonal o moral, pero las personas de la mayoría de las culturas califican como repugnantes aquellas cosas que son de origen animal y que se diseminan para contaminar otros objetos.

Tristeza

La tristeza (o angustia) es la emoción más negativa y aversiva. La tristeza surge principalmente de las experiencias de separación o fracaso. La separación –la pérdida de un ser querido por muerte, divorcio, ciertas circunstancias o disgusto– produce angustia. Además de la separación de los seres queridos, también experimentamos separación respecto a un lugar, trabajo, posición o estatus valioso. El fracaso también conduce a la tristeza, como el reprobar un examen, perder un concurso, etc. Incluso el fracaso que está fuera del propio control volitivo puede causar angustia, como en la guerra, enfermedad, accidentes y depresión económica (Izard, 1991).

Alegría

Los sucesos que provocan alegría incluyen resultados deseables, como conseguir lo que deseamos, obtener respeto, recibir amor o afecto, recibir una sorpresa agradable o experimentar sensaciones placenteras (Ekman y Friesen, citados por Reeve, 2009; Shaver *et al.*, 1987; Izard 1991). La alegría es la evidencia emocional de que las cosas están yendo bien. Las causas de la alegría – resultados deseables relacionados con el éxito personal y la afinidad

interpersonal-. La manera en que nos afecta la alegría es que estamos dichosos, optimistas.

Interés

Izard, (1991) dice que el interés es la emoción más predominante en el funcionamiento cotidiano. Debido a que siempre está presente cierto nivel de interés su aumento o disminución generalmente implica cambiar el interés de un suceso, pensamiento o acción a otro. Es típico que el interés no se detenga e inicie, sino más bien que se redirija de un objeto o suceso a otro. Los acontecimientos vitales que dirigen nuestra atención incluyen aquellos que implican nuestras necesidades o bienestar (Deci, 1992b). Otros sucesos que dirigen nuestra atención son aquellos que instigan un incremento moderado en la tasa de descarga neural cortical, como los asociados con cambios en el estímulo, novedad, incertidumbre, complejidad, enigmas y curiosidades, retos, pensamientos de aprendizaje, pensamientos de logro y actos de descubrimiento (Berlyne, citado por Reeve, 2009). Aquello que le resulta interesante a la gente tiene que ver con las cosas que se estiman como novedosas o complejas, aunque además es necesario que las personas se sientan competentes de que finalmente podrán entender la novedad, originalidad y complejidad que tienen enfrente, como con el arte moderno o una cátedra (Silva, 2005).

Emociones básicas negativas: amenaza y daño

Los temas que organizan las emociones por demás diversas del temor, tristeza, enojo y asco son la amenaza y el daño. Cuando se presagian o anticipan sucesos

amenazantes o dañinos, sentimos temor. Durante la lucha por combatir o rechazar la amenaza o el daño, sentimos enojo y asco. Una vez que ha ocurrido la amenaza o daño, sentimos tristeza. En respuesta a la amenaza y el daño, el temor motiva la conducta de evitación (huir de la amenaza). El enojo motiva la lucha y defensa vigorosas. El asco motiva el rechazo de un suceso u objeto nocivo. La tristeza conduce a inactividad y retraimiento y es eficaz cuando nos conduce a dejar los esfuerzos de afrontamiento en situaciones que no podemos rechazar, contras la que no podemos luchar o de las que no somos capaces de huir. Por ende, el temor, el enojo, el asco y la tristeza trabajan de manera colectiva para dotar al individuo con un sistema de emoción que le permite lidiar eficazmente con todos los aspectos de la amenaza y el daño.

Emociones básicas positivas: involucramiento en el motivo y satisfacción del motivo

El involucramiento en el motivo y la satisfacción del motivo son los temas que unen las emociones positivas de interés y alegría. Cuando se anticipa un suceso benéfico relacionado con nuestras necesidades y bienestar, sentimos interés. Si ese suceso se materializa en una satisfacción del motivo, sentimos alegría. El interés motiva las conductas de aproximación y exploración necesarias para promover el contacto con el suceso potencialmente satisfactor del motivo. El interés también prolonga nuestra participación en la tarea, de modo que podamos colocarnos en una posición en la que experimentamos satisfacción del motivo. La alegría se suma y reemplaza en cierto grado el interés una vez que ocurre la satisfacción (Izard, 1991). En ese momento la alegría promueve la persistencia

continúa en la tarea y los comportamientos subsiguientes de reinicio de la interacción con el suceso que satisface el motivo. En conjunto, el interés y la alegría proporcionan el apoyo emocional para participar plena y voluntariamente en una actividad (Reeve, 1989).

Teoría de las emociones diferenciales

Esta teoría toma su nombre de la importancia que da a las emociones básicas que sirven a propósitos motivacionales únicos o diferentes (Izard, 1991) La teoría plantea los siguientes postulados:

1. Existen diez emociones que constituyen el sistema motivacional principal de los seres humanos.
2. Sentimiento único: cada emoción tiene su propia cualidad fenomenológica subjetiva única.
3. Expresión única: cada emoción tiene su propio patrón expresivo-facial único.
4. Actividad neural única: cada emoción tiene su propia tasa específica de descarga neural que la activa.
5. Propósito/motivación única: cada emoción genera propiedades motivacionales diferenciadas y tiene funciones adaptativas.

Las diez emociones discretas que se adecuan a estos cinco postulados son:

Emociones positivas: Interés y alegría.

Emociones neutrales: Sorpresa.

Emociones negativas: Temor, enojo, asco, angustia, desprecio, vergüenza y culpa.

La teoría de las emociones diferenciales argumenta que estas diez emociones discretas actúan como sistemas motivacionales que preparan al individuo para actuar en forma adaptativa (Izard, 1991).

Las teorías de orientación biológica no cuentan las experiencias de celos, esperanza, amor, odio, presuntuosidad y la preocupación entre las emociones básicas, (Reeve, 2009). Ekman, citado por Reeve (2009), ofrece siete razones para explicar el porqué:

1. Existen familias de emoción, así que muchas emociones no básicas son derivados basados en la experiencia de una única emoción básica (p. ej., la ansiedad es un derivado del temor).
2. Muchos términos emocionales en realidad describen estados de ánimo (p. ej., irritación).
3. Muchos términos emocionales en realidad describen actitudes (p. ej., odio).
4. Algunos términos emocionales en realidad describen rasgos de personalidad (p. ej., hostilidad).
5. Varios términos emocionales en realidad describen trastornos (p. ej., depresión).
6. Algunas emociones no básicas son combinaciones de emociones básicas (p. ej., el amor romántico combina interés, alegría y el impulso sexual).

7. Muchas palabras emocionales se refieren a aspectos específicos de una emoción básica (p. ej., lo que evoca una emoción [añoranza] o la manera en que se comporta la persona [agresión]).

Aspectos sociales y culturales de la emoción

Las relaciones sociales contribuyen a la comprensión social de la emoción. Además, el contexto sociocultural en el que uno vive contribuye a la comprensión cultural de la emoción. Los psicólogos sociales, sociólogos, antropólogos y otros profesionales argumentan que la emoción no es necesariamente un fenómeno privado biológico intrapsíquico. Más bien argumentan que muchas emociones se originan dentro de la socialización así como de un contexto cultural (Averill, Kemper, Manstead, citados por Reeve, 2009).

Los que estudian la construcción cultural de las emociones señalan que si uno cambiara la cultura en la que vive, también cambiaría el repertorio emocional propio (Mascolo, Fischer y Li, 2003).

Las situaciones definen las emociones que son más apropiadas y esperadas y, debido a que las personas saben cuáles emociones tienen mayor probabilidad de suceder en qué entornos, pueden seleccionar un entorno y así “construir” una experiencia emocional específica para sí mismos.

Las diferencias de estatus entre las personas definen las emociones apropiadas y esperadas y, debido a que las personas saben qué emociones van con cada quien, pueden seleccionar parejas de interacción y, por ende, “construir” una experiencia emocional particular. Así, mediante la selección estratégica de

situaciones en las cuales estar y de personas con quienes relacionarse, cada uno de nosotros tiene los medios de construir socialmente qué emociones estamos en mayores probabilidades de experimentar.

Relaciones interpersonales

Reeve (2009) cita a Oatley y Duncan los cuales dicen que las personas son nuestra fuente más frecuente de emoción cotidiana. Experimentamos un mayor número de emociones con otros que cuando estamos a solas.

-Las acciones de otra persona o las propias o algo que haya leído o visto- es casi seguro que descubriría que sus relaciones con otros, son las que dispararon la mayoría de sus emociones. Las emociones son intrínsecas a las relaciones interpersonales. También representan un papel central en la creación, preservación y disolución de relaciones interpersonales, ya que las emociones nos unen y nos separan (Levenson, Cartensen y Gottman, citados por Reeve, 2009). Como la alegría, la tristeza y el enojo trabajan en conjunto para afectar el entramado social de las relaciones. La alegría promueve el establecimiento de las relaciones. La tristeza preserva las relaciones en tiempos de separación (al motivar la reunión). Y el enojo motiva la acción necesaria para romper las relaciones dañinas.

Las personas también nos afectan de manera indirecta a través del *contagio emocional*. El contagio emocional es “la tendencia a imitar y sincronizar expresiones, vocalizaciones, posturas y movimientos con los de otra persona y en consecuencia, converger en sentido emocional” (Hatfield, Cacioppo y Rapson,

citados por Reeve, 2009). Las tres posturas de imitación, realimentación y contagio explican cómo, durante las relaciones interpersonales, las emociones de otros causan emociones en nosotros.

Imitación: “Al conversar, las personas automáticamente imitan y sincronizan sus movimientos con las expresiones faciales, voces, posturas, movimientos y conductas instrumentales de otras personas”.

Realimentación: “La experiencia emocional se ve afectada, momento a momento, por la activación de la realimentación de la imitación facial, vocal, postural y de movimientos”.

Contagio: “En consecuencia, las personas tienden a ‘infectarse’ de las emociones de otras personas”.

Tanto Dimberg como Strayer citados por Reeve (2009), coinciden en que al estar expuestos a las expresiones emocionales de los demás, tendemos a imitar sus expresiones faciales, (Hatfield *et al.*, citados por Reeve, 2009) dicen que también tendemos a imitar su estilo de hablar. Una vez que sucede esta imitación, la hipótesis de la realimentación facial ilustra la forma en que esta imitación puede afectar la experiencia emocional del observador y, así, llevar a un efecto de contagio.

En el intercambio social, además de los efectos del contagio emocional, también nos colocamos en un contexto conversacional que proporciona la oportunidad e reexperimentar y revivir experiencias emocionales pasadas, un proceso que se conoce como “reparto social de emociones” (Rimé, Mesquita, Philippot y Boca,

citados por Reeve, 2009). Cuando las personas comparten sus emociones, normalmente lo hacen mediante el recuento completo de lo que sucedió durante el episodio emocional, lo que significó y cómo se sintió la persona a lo largo del mismo. Durante este reparto social de emociones, un escucha empático puede ofrecer apoyo o asistencia, fortalecer las respuestas de afrontamiento ayudar a darle sentido a la experiencia emocional y reconfirmar el autoconcepto (Lehman, Ellard y Wortman; Thoits, citados por Reeve, 2009).

1.4 Funciones de las emociones

Las funciones de afrontamiento de las emociones ocurren por una razón. Desde un punto de vista funcional, las emociones evolucionaron porque ayudaron a los animales a lidiar con las tareas fundamentales de la vida (Ekman, 1994a).

Las tareas vitales fundamentales son conflictos humanos universales, como la pérdida, frustración y logro (Johnson-Laird y Oakley, citados por Reeve, 2009). La emoción durante las tareas de vida energiza y dirige la conducta de modos adaptativos.

Las emociones cumplen, cuando menos con ocho propósitos diferentes: protección, destrucción, reproducción, reunión, afiliación, rechazo, exploración y orientación (Plutchik, citado por Reeve, 2009).

Los seres humanos han desarrollado una reacción emocional adaptativa correspondiente. En consecuencia, la función de la emoción es prepararnos con una respuesta, muy rápida e históricamente exitosa hacia las tareas fundamentales.

La conclusión de esta línea de razonamiento es que: no existen las emociones “malas”. La alegría no necesariamente es una emoción buena, y el enojo y el temor, no necesariamente son emociones malas (Izard, citado por Reeve, 2009). Todas las emociones son benéficas porque dirigen la atención y canalizan el comportamiento hacia donde se requiere, dadas las circunstancias que uno enfrenta. Al hacer esto, cada emoción proporciona una disposición única que responder ante una situación específica. Las emociones son organizadores positivos, funcionales, deliberados y adaptativos del comportamiento.

Las emociones también satisfacen funciones sociales (Izard, Keltner y Haidt; Manstead, citados por Reeve, 2009). Las emociones:

- 1) Comunican nuestros sentimientos a los demás.
- 2) Influyen en la interacción de las otras personas con nosotros.
- 3) Invitan y facilitan la interacción social.
- 4) Crean, mantienen y disuelven las relaciones.

Las expresiones emocionales son mensajes no verbales poderosos que comunican nuestros sentimientos a las otras personas.

En el contexto de la interacción social, la emoción satisface múltiples funciones, incluyendo las informativas (“esto es lo que siento”), de advertencia (“esto es lo que estoy a punto de hacer”) y directivas (“esto es lo que quiero que hagas”), (Ekman, *et al.* citados por Reeve, 2009). Las expresiones emocionales comunican incentivos sociales, disuaciones sociales y mensajes tácitos que ayudan a las interacciones sociales.

Muchas expresiones emocionales están motivadas por factores sociales, en lugar de biológicos, es frecuente que las personas sonrían aunque no estén dichosas; ya que con esto facilitan la interacción social.

Además la sonrisa implica un sentimiento de bienvenida, de amistad, sin necesidad de alguna expresión verbal. De esta manera la sonrisa representa una respuesta social y no biológica.

Temor

El temor motiva la defensa. Funciona como señal de advertencia de un daño físico o psicológico próximo que se manifiesta en la activación del sistema nervioso autónomo. El individuo tiembla, transpira, mira alrededor y siente tensión nerviosa que le inclina a protegerse. Es a través de la experiencia de temor que nuestro sistema emocional nos informa de nuestra vulnerabilidad. La motivación de protección se manifiesta ya sea a través de escapar o retrayéndose del objeto u objetos. La huida establece una distancia física (o psicológica) entre el sujeto y aquello que se teme. Si la huida no es posible, el temor motiva el replegarse como quedarse quieto y tranquilo.

Sin embargo, el temor puede también, de manera más positiva, dar el apoyo motivacional para aprender nuevas respuestas de afrontamiento que alejen a la persona del enfrentamiento inicial con el peligro.

En consecuencia, el temor nos advierte de nuestra vulnerabilidad y también facilita el aprendizaje y activa el afrontamiento.

Enojo

El enojo es la emoción más vehemente. La persona que está enojada se vuelve más fuerte y tiene más energía. El enojo también incrementa la sensación de control (Lerner y Keltner, citados por Reeve, 2009). El enojo hace que la gente esté más sensible y sintonizada contra las injusticias y la pelea y la sensación de control se dirigen a superar o corregir la restricción ilegítima. Este ataque puede ser verbal o no verbal y directo o indirecto. Otras respuestas comunes motivadas por el enojo son la expresión de sentimientos heridos, discutir las cosas o evitar del todo a la otra persona (Fehr *et al.* citados por Reeve, 2009). Cuando los individuos actúan su enojo, la investigación muestra una sorprendente tasa de éxito (Tafrate, *et al.* citados por Reeve, 2009). A menudo el enojo, aclara los problemas de relación, da energía a los intereses políticos y atiza a una cultura a mejorar (Tavris, citado por Reeve, 2009). No obstante, en todos estos casos en los que el enojo satisface una función positiva, casi siempre es la expresión asertiva y pacífica de esta emoción, en lugar de su expresión violenta, lo que resulta redituable, porque el enojo puede cumplir con una función importante de alerta que conduce a los demás a una comprensión más profunda de la otra persona y del problema que causó el enojo.

El enojo puede ser una emoción productiva; es fructífero cuando energiza el vigor, la fuerza y la resistencia en nuestros esfuerzos por afrontar la situación en forma productiva a medida que cambiamos el mundo que nos rodea a como debiera ser. La gente que expresan enojo adquieren en general una mayor respeto y estatus cuando quieren corregir una injusticia que las personas que expresan tristeza o

culpa (Tiedens y Linton, 2001). El enojo es una emoción que se desvanece cuando hay justicia.

Asco

La función del asco es el rechazo. A través del asco, el individuo rechaza y desecha activamente algún aspecto físico o psicológico del ambiente.

Debido a que el asco es aversivo en un sentido fenomenológico, extrañamente representa un papel motivacional positivo en nuestras vidas. Al sentirnos asqueados, deseamos evitar los objetos contaminados y aprendemos las conductas de afrontamiento necesarias para prevenir los encuentros (o la creación) de condiciones que provoquen asco. En consecuencia, debido a que la gente tiene el deseo de evitar verse en situaciones repugnantes, cambia sus hábitos y atributos personales, desecha los desperdicios y limpia su entorno y reevalúa sus pensamientos y valores; lavan los platos, se lavan los dientes, toman duchas y hacen ejercicio para evitar un cuerpo fuera de forma o que “provoque asco”.

Tristeza

Debido a que la sensación es tan aversiva, la tristeza motiva al individuo a iniciar cualquier comportamiento necesario para aliviar las circunstancias provocadoras de angustia antes de que ocurran de nuevo. La tristeza motiva a la persona a restaurar el ambiente a como era en su estado anterior a la situación angustiante. Lamentablemente muchas separaciones y fracasos no pueden repararse. Bajo

condiciones desesperanzadoras la persona se comporta de manera inactiva y letárgica que la conducen en esencia al retraimiento.

Un beneficio de la tristeza es que une a los grupos sociales. Debido a que separarse de personas significativas causa tristeza y ésta es una emoción tan incómoda, su anticipación motiva que la gente permanezca unida con sus seres queridos. Si la gente no extrañara a los demás, entonces estaría menos motivada a hacer un esfuerzo adicional para mantener la cohesión social. De este modo, aunque la tristeza es una sensación muy desagradable, puede motivar y conservar las conductas productivas.

Alegría

La función de la alegría es doble. Primero facilita nuestra disposición a participar en actividades sociales. Las sonrisas de dicha alegría facilitan la interacción social (Haviland y Lelwica citados por Reeve, 2009), pero no sólo eso, además fortalecen la relación. Pocas experiencias recompensan tanto como la sonrisa y la inclusión interpersonal. Segundo, la alegría tiene una “función tranquilizadora” (Levenson, citado por Reeve, 2009). Es el sentimiento positivo que hace agradable la vida y que equilibra las experiencias vitales de frustración, decepción y afecto negativo general. La alegría nos permite conservar el bienestar psicológico, incluso ante los sucesos angustiantes que se cruzan en nuestro camino. La alegría también neutraliza los efectos inquietantes de las emociones aversivas.

Interés

El interés crea el deseo de explorar, investigar, buscar, manipular y extraer información de los objetos que nos rodean. Es gracias al interés que somos capaces de desarrollarnos, de aprender nuevas habilidades y aumentar nuestras capacidades. El interés de una persona en una actividad determina cuánta atención dirige a ella y qué tan bien se procesa, comprende y recuerda la información pertinente (Hidi; Renninger y Wozniak; Schiefele; Shirey y Reynolds, citados por Reeve, 2009). Podemos inferir que el interés motiva al aprendizaje.

1.5 Relación de las emociones en la enfermedad

Uno de los factores psicológicos que más se ha relacionado con la enfermedad es la emoción (Rodríguez y Frías, 2005).

Dentro del enfoque cognitivo, las emociones se consideran total o parcialmente como las creencias o interpretaciones que las personas hacen de una cosa o una situación. Para los seguidores de esta perspectiva no es suficiente un estado de excitación fisiológica, sino que es necesaria una consciencia e interpretación de la propia situación. Uno de los rasgos distintivos de dicho enfoque es que realiza un análisis de la racionalidad de las emociones.

El supuesto básico es que lo racional de una emoción está vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero sólo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación (Calhoun y Salomon, 1989).

Las creencias positivas producen emociones “positivas” y las negativas producen emociones “negativas”, éstas últimas se dice que son devastadoras para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción positiva deteriora el resultado de un tratamiento médico. Las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones. En el lado opuesto está el efecto de las emociones negativas sobre la aparición y desenlace de una enfermedad, como las enfermedades psicosomáticas o las muertes “inexplicables” en personas que, pese a su buena salud, parecen decidir sobre el momento de su muerte (Coleman, Butchuer y Carson, 1988).

CAPÍTULO II. DERMATITIS ATÓPICA Y SU RELACIÓN CON LAS EMOCIONES

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por lesiones crónicas o con recurrencias crónicas, con prurito o escozor intenso y presencia de excoriaciones o huellas de rascado, así como lesiones papulovesiculares eczematosas, con formación de costras y liquenificación (engrosamiento y aparición de zonas escamosas en la piel) siendo el prurito, el síntoma predominante. Puede localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea, pero de manera predominante en la cara (cejas, párpados, alrededor de la boca), los dorsos de las manos, la región cervical y áreas de flexión (Antuña, 2002).

Los factores que Antuña sugiere considerar en los brotes de dermatitis son múltiples:

- Irritantes (agua caliente, lana, polvo y suciedad).
- Calor excesivo con sudoración que incita al prurito.
- Factores psicológicos
- Infecciones

El prurito parece ser el síntoma fundamental de la enfermedad y la posible causa de su cronificación: esta condición de la piel parece comenzar de una pequeña infección o lesión de la piel, que produce picor y consecuentemente la reacción de rascado. El rascado alivia el picor y produce una sensación placentera, lo que incrementa la posibilidad de posteriores respuestas de rascado en presencia del

picor (Bär y Küypers, 1973). De esta manera se inicia el ciclo “picor-rascado-alivio-rascado”, que puede llegar a mantenerse durante un largo periodo de tiempo.

Durante años se ha estudiado la relación que existe entre diversas enfermedades de la piel y la salud psicológica del paciente. A continuación se presentan las características de personalidad de los pacientes con DA.

La dermatitis atópica es de las alteraciones dermatológicas que mayor morbilidad psicológica acumula de acuerdo con (Pulimood, Rajagopalan y Rajagopalan et al. citados por Antuña, 2002).

Se ha notado que los pacientes con dermatitis atópica experimentan más perturbaciones emocionales que los sujetos normales, tienden a ser más irritables, resentidos, agobiados por la culpa y hostiles, que las personas que no presentan este problema dermatológico (Jordan y Whitlock, 1972).

Stokes, citado por Antuña (2002). Afirmaba que a menudo el paciente con dermatitis atópica está tenso, se siente inseguro y se muestra agresivo, o presenta la mayor parte de las características que siguen a todas ellas: sentimientos de inferioridad o inadecuación, hostilidad reprimida hacia la figura de los progenitores, hipersensibilidad afectiva, inestabilidad emocional, dificultades sexuales, y un nivel alto de inteligencia. Lo que señalan todas las investigaciones, es que la mayoría de los enfermos con dermatitis atópica muestran alguna forma de alteración emocional (Obermayer et al., citados por Antuña, 2002). Por lo general, son personas con problemas para expresar sus emociones, que internalizan sus problemas y expresan su ansiedad y hostilidad mediante el rascado de sus

lesiones (McLaughlin, Shoemaker y Guy; Kirshbaum, citados por Antuña 2002), han indicado que los sujetos con dermatitis atópica tienen perfiles de personalidad “conflictivos”.

Kirshbaum citado por Antuña (2002), afirmaba que la dermatitis atópica altera la personalidad. Debido a los cambios cutáneos desagradables. Se juzga injustamente al enfermo, debido al aspecto poco agradable de sus lesiones, lo que puede suponer un riesgo emocional. El insomnio debido al prurito también influye de manera negativa sobre la disposición del paciente y la personalidad del mismo.

2.1 Actividad electrodérmica

La actividad electrodérmica (AED) depende de la activación de las glándulas sudoríparas y ha sido uno de los índices psicofisiológicos más empleado como correlato de procesos psicológicos, ya que desde el principio se ha relacionado con la emoción y la atención. Es una medida psicofisiológica dotada de un alto nivel de sensibilidad (Wieland y Mefferd, citados por Elaine, 2009), por lo que las variaciones en la AED pueden entenderse como evidencia de cambios en el estado cognitivo o emocional del sujeto Hugdahl, citado por Elaine (2009).

Gracias a su aspecto y a su capacidad sensitiva, la piel constituye una importante zona de interconexión para la expresión emocional en el mundo interpersonal. La gama de emociones normales influye sobre el aspecto de la piel (p. ej., enrojecimiento, sudoración y palidez). Las reacciones psicofisiológicas se observan más fácilmente en la piel que en cualquier otro órgano, por ejemplo, mediante los cambios de la conductancia y el flujo sanguíneo en la piel. Aunque

no se han estudiado bien empíricamente, los clínicos hace mucho tiempo que han reconocido los efectos de los factores psicológicos sobre la piel. También intervienen los procesos patológicos de la conducta, como la negligencia en el cuidado de la piel normal, y el rascado y repelado compulsivos.

Existe apoyo empírico de que los acontecimientos vitales estresantes desencadenan o exacerban las enfermedades cutáneas, tales como dermatitis atópica, alopecia areata y urticaria. Picardi y Abeni, citados por Elaine (2009).

Debido al importante papel social y psicológico de la piel y de su aspecto, las enfermedades cutáneas pueden producir, a su vez, numerosas reacciones psicológicas, como depresión, vergüenza, aislamiento social, comportamientos obsesivo-compulsivos y rabia, Folks y Kinney, citados por Elaine (2009). Por tanto la consulta psicológica es una parte importante del enfoque terapéutico en muchos pacientes dermatológicos.

2.2 Principales detonantes de la DA

2.2.1 Ansiedad y depresión en la DA

Algunos de los trastornos más frecuentemente relacionados con la dermatitis atópica, y que se encuentran en la literatura científica, son los síntomas de ansiedad y depresión que se observan en ella frente al resto de los pacientes dermatológicos y sujetos controles sanos (Ahmar y Kurban, citados por Antuña, 2002). Más recientemente, (Hashiro y Okumura, citados por Antuña 2002) han especificado que en la dermatitis atópica los síntomas depresivos son más

intensos que los síntomas ansiosos, al comparar a estos pacientes con sujetos controles sanos, y que esa diferencia se aprecia más cuando la sintomatología es moderada que cuando es grave o ligera.

Las personas con dermatitis atópica tienen más probabilidades de responder con prurito y rascado a señales y estímulos bastante menores que los sujetos sanos, y algunas de esas señales tienen más importancia en términos psicofisiológicos de lo que pudiera parecer superficialmente. La excitabilidad y la excitación del sistema nervioso central por una perturbación emocional puede intensificar las respuestas vasomotora y de sudoración de la piel y conducir a diada prurito-rascado. Esto es compatible con la observación de que muchos pacientes experimentan un fenómeno que genera una respuesta de ansiedad antes de un brote de dermatitis (Whitlock, citado por Antuña, 2002). La ansiedad disminuye el umbral de prurito, y desencadena la respuesta de rascado (Beerman, *et al.* citados por Antuña, 2002).

El nivel de ansiedad se reduce con la mejoría de la piel y ésta podría mejorar con tratamiento psicológico. Ehlers, Stangier, Gieler (1995), obtuvieron una reducción significativa en los síntomas físicos y psicológicos, a través de la comparación de cuatro programas de tratamiento psicológico con el tratamiento médico estándar.

Linnet y Jemec citados por Antuña (2002) afirman que la severidad de los síntomas y la ansiedad son factores importantes en la dermatitis atópica, y consideran que la evaluación psicológica es relevante en este trastorno.

La ansiedad excesiva se correlaciona con la facilidad de condicionamiento, y los enfermos con dermatitis atópica quedan condicionados con mayor facilidad a respuestas de rascado que los sujetos normales (Garrie, Garrie y Mote, citados por Antuña 2002).

Existe la evidencia de que en momentos de frustración o vergüenza, muchas personas sanas también tienden a rascarse en sitios típicamente afectados por la dermatitis atópica.

2.2.2 Relaciones materno-filiales y el ambiente familiar en pacientes con DA

Desde una perspectiva biopsicosocial, y por tratarse de una patología de inicio en la primera infancia (50% de los casos), es necesario abordar las relaciones parentofiliales. Muchos investigadores han estudiado la relación entre madre e hijo, ya que parece alterada con frecuencia en el caso de los niños con DA. En el caso de la DA infantil, las influencias desfavorables en la relación padres-niño pueden provenir de ambos lados. De acuerdo con las impresiones clínicas, los niños con DA frecuentemente muestran un comportamiento inquieto, lloran de modo persistente y tienen alteraciones en el sueño relacionadas con el picor y el rascado Yamamoto y Korstanje, citados por Antuña (2002). En estudios reciente, se encuentran resultados contradictorios, los padres se describen como emocionalmente tensos, presentan sentimientos de culpa, y una mayor tendencia a mostrar o bien sobreprotección o bien actitudes de rechazo hacia sus hijos (Gil; Liedtke; Yamamoto y Korstanje citados por Antuña 2002).

La dermatitis atópica proporciona un buen modelo en el cual se pueden examinar los posibles efectos de los factores psicológicos en algunos trastornos dermatológicos. Su curso clínico es periódico y durante los brotes de exacerbación del trastorno la inflamación superficial de la piel puede ser claramente observada. El componente conductual de este trastorno, el rascado, puede provocar la liquenificación de la piel, excoriaciones y serias infecciones en la piel Buckley, citado por Antuña (2002); Sampson y McCaskill, citados por Antuña (2002).

Gil *et al.* citados por Antuña (2002), realizaron un estudio en el que examinaban sistemáticamente la posible relación existente entre el estrés y el ambiente familiar con los diferentes índices de severidad de la DA infantil, partiendo de las siguientes hipótesis: a) niveles elevados de estrés podrían estar asociados con algunos de los síntomas de la DA y b) ciertas dimensiones familiares previas, asociadas a distrés, podrían también guardar relación con algunos de los síntomas de la DA, y quizás el hallazgo más destacable fuera la relevancia del ambiente familiar en la predicción de la severidad de los síntomas; en concreto dos dimensiones están relacionadas; independencia y organización (I/O) familiar, así como moral y religión (MR). Parece ser que a mayores puntuaciones en la dimensión (I/O), menor sintomatología presenta el niño, y que a mayores puntuaciones en (M/R), mayor sintomatología presenta el menor. Estos resultados sugieren que las familias más independientes y organizadas tienden a enfatizar cualidades como una mayor disciplina, responsabilidad y clara asignación de las tareas familiares; y los resultados parecen sugerir que estas cualidades promueven la reducción de los síntomas de la DA. De esta manera los autores

explican que los padres, en un modelo de familia independiente y organizada, dan unas instrucciones claras, coherentes y consistentes con respecto a las consecuencias de la conducta de rascado y que este tipo de familias, cumplen mejor con el tratamiento y posiblemente concienticen a los niños de que deben ser más responsables del cuidado médico de la DA.

2.2.3 El estrés, el sistema inmunitario y la DA

Cuando el organismo se activa ante una situación estresante, cabe destacar la inhibición en la actividad del sistema inmunitario, que prepara al organismo para enfrentarse, ocasionalmente, a situaciones de emergencia en las cuales el medio demanda del sujeto todos sus recursos para afrontar en las mejores condiciones la situación. La respuesta de estrés cumple por tanto una función adaptativa, pero se ha constatado Selye, citado por Antuña (2002), que si esta respuesta se mantiene durante prolongados periodos de tiempo, desaparece la adaptación. Es en ese momento cuando aparecen diversas alteraciones, entre las cuales se encuentran algunas enfermedades dermatológicas, como la dermatitis seborreica, la psoriasis, y la dermatitis atópica.

Distintos factores han sugerido el papel del estrés en la DA (Faulstich y Williamson, citados por Antuña 2002). Las impresiones clínicas sugieren que acontecimientos estresantes preceden a la exacerbación de los síntomas de la DA y de trastornos dermatológicos similares a la misma (Rajka, 1975; Jacobs, 1976; Seville, 1977 citados por Antuña, 2002). Si el organismo se activa de modo repetido ante situaciones estresantes, y no se desactiva una vez que hayan

cesado, es probable que el sujeto desarrolle alguna de las enfermedades asociadas al estrés (Vila, citado por Antuña 2002). Los resultados del estudio realizado por (Capcore, Rowland-Payne y Goldin, citados por Antuña 2002), demuestran la existencia de una conexión temporal entre un acontecimiento estresante en la vida del paciente y la primera aparición del problema dermatológico: dermatitis atópica, resultado obtenido igualmente por el reciente estudio de (Kimyai-Asadi, Usman citados por Antuña 2002).

A pesar de estas evidencias, no se ha de concluir que el estrés sea el único factor causal de estas enfermedades, más bien parece que el estrés incrementa el riesgo de que el organismo las contraiga o acelere el proceso patológico.

Las vías de vulnerabilidad al estrés son aquellas que aumentan el prurito y la tendencia de rascado liberando mediadores de la inflamación. Estas vías incluyen un aumento de la liberación de histamina, un descenso central del umbral de pico, vasodilatación, la respuesta de sudor, reacciones inmunológicas y la liberación de sustancia P. Esta sustancia es un neuropéptido que facilita la migración de los linfocitos a las zonas de inflamación e incrementa la producción linfocítica de IgA (inmunoglobulina A), entre sus principales actividades destaca que es un potente mediador farmacológico del prurito.

La sustancia P se encuentra incrementada de modo significativo en regiones liquenificadas de dermatitis atópica (DA) cuando son comparadas con controles normales. La sustancia P puede entonces estar actuando de dos modos distintos: directamente provocando vasodilatación y permeabilidad vascular, o

indirectamente, a través de la liberación de factores vasoactivos por mastocitos. Ambas acciones causan eritema y prurito que son los rasgos característicos y constantes de la DA.

Se ha evidenciado que la respuesta adrenocortical al estrés está atenuada en niños con DA, hay una baja respuesta del eje HPA (hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal), que podría explicar en parte la erupción de los síntomas en estrés inducido. Los niños con DA, muestran en este estudio un despunte en los niveles de cortisol libre en respuesta a estresores, comparado con los niños del grupo control Buske-Kirschbaum, *et al.* citados por Antuña (2002).

La dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial y, entre los posibles factores etiológicos, se considera la existencia de una posible base inmunológica. En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones en esta línea. Se ha encontrado un incremento en la concentración de b-endorfina en pacientes con DA, y una posible explicación de este incremento está en cualquiera de las vías de producción de las lesiones de DA; o por el desencadenamiento del proceso inflamatorio o por la activación del eje HPA mediante estrés crónico (Glinsky, Brodecka-Gliuska, citados por Antuña, 2002).

Estudios recientes relacionan la DA con una disregulación en la activación de los linfocitos T (TH₂), así como con la desaparición de los NK, productores de IFN-g (Oishi, citado por Antuña, 2002).

La piel y el sistema nervioso central están relacionados desde el punto de vista embriológico, porque la epidermis y la placa neural se derivan del ectodermo

embrionario. La placa neural da lugar al tubo y la cresta neurales, a partir de los cuales se desarrollan los sistemas nervioso central y periférico; los melanocitos y, posiblemente las células Meckel en la piel, también se originan a partir de la cresta neural. Las inferencias clínicas de este vínculo embrionario quizá sean más trascendente porque la piel y el sistema nervioso central comparten diversas hormonas, neurotransmisores, y receptores Bernstein, citado por Antuña (2002).

Panconesi y Haulmann citados por Antuña (2002), hipotetizan que el estrés se encuentra relacionado con el descenso de linfocitos T, tanto auxiliares como supresores, a su vez provoca déficit en la inmunidad mediada por células e incrementa la liberación de mastocitos y sus mediadores, lo que produce la sensación de prurito; también parece mediar en la respuesta anómala de los receptores de membrana para las prostaglandinas, los receptores H₂ para la histamina, que si bien no es el principal elicitor de la sensación de prurito en la DA, si media en la sensación de picor y en el proceso inflamatorio (Heyer y Hornstein, citados por Antuña, 2002), y los receptores B-adrenérgicos, y de otro lado parece provocar una respuesta vasomotora anormal (vasodilatación).

Antuña (2002) cita el estudio que realizaron Hashiro y Okumura, donde encontraron una relación entre el estado psicológico e inmunológico en pacientes con DA. La actividad de las NK es significativamente inferior que en controles sanos, mientras que los niveles de IFN-g tienden a ser levemente superiores y los niveles de IL-4 se encuentran por debajo de los niveles normales en comparación con el grupo control. Algunas variables psicológicas, entre ellas el estrés y la ansiedad, parecen afectar los niveles de IFN-g e IL-4 más que a los controles. Los

autores concluyen que el estado psicológico está relacionado con el estado inmunológico de los pacientes con dermatitis atópica.

Puede sugerirse que el estrés funciona como mediador de la respuesta inflamatoria en DA y exacerba la sintomatología de la misma Heyer y Horstein, citados por Antuña (2002).

2.2.4 Calidad de vida en la DA

La piel es nuestro principal órgano de relación y tiene importancia en la socialización durante todo el ciclo vital. La piel, en un paciente de dermatitis atópica, puede pasar a convertirse en una barrera social y afectar a su calidad de vida; se ha evidenciado la existencia de una correlación negativa entre la ansiedad, la severidad de la dermatitis atópica y la calidad de vida de estos pacientes (Linnet y Jemec, citados por Antuña, 2002). Al valorar la calidad de vida, se encuentran que existen diferentes factores afectados; las relaciones interpersonales, el autoconcepto y la autoestima, y diferentes actividades de la vida cotidiana. Ehlers, et al., (1995), encontraron, junto con una significativa reducción de los síntomas, mediante la intervención psicológica, una mejora en el estado de la piel asociada con la mejora en la calidad de vida “dermatológica”.

Linnet y Jemec, citados por Antuña, (2002), desarrollaron un estudio, partiendo de la hipótesis de que los pacientes con dermatitis atópica tienen mayores niveles de ansiedad y una peor calidad de vida que los sujetos del grupo control. Entre las conclusiones que extraen, destacan la verificación de su hipótesis de partida; que la significatividad de las diferencias estacionales, existente en el grupo de

dermatitis atópica, en la escala DLQI (Dermatology Life Quality Index de Finlay y Khan, 1994), y las diferencias significativas en el SCORAD, (instrumento estandarizado para la medida de la extensión y severidad de las lesiones, y de los síntomas subjetivos de la dermatitis atópica), parece indicar que la calidad de vida tiende a cambiar con el estado de la piel y los cuidados recibidos, mientras que la ansiedad parece ser un rasgo de personalidad estable; en el grupo de dermatitis atópica, la escala DLQI muestra una correlación significativa de signo positivo con el SCORAD y la ansiedad como rasgo, lo cual presta soporte a la hipótesis de que la calidad de vida de los pacientes está relacionada tanto con la severidad de las lesiones como con la ansiedad asociada con la enfermedad. La ansiedad como estado no guarda correlación significativa alguna con la DLQI, lo cual podría indicar que la DLQI es predominantemente una medida de rasgo (como medida de la calidad de vida dermatológica durante la última semana).

Al no encontrarse correlación significativa alguna entre (SCORAD y STA), Linnet y Jemec, citados por Antuña (2002) sugieren que las reacciones ante la dermatitis atópica son individuales y complejas, y no están únicamente relacionadas con la severidad de la misma, no se puede inferir el nivel de ansiedad rasgo desde la severidad de la dermatitis. El SCORAD recoge variables subjetivas que pueden contaminar estos resultados. Por otra parte, el ambiente y las diferencias individuales pueden ser importantes factores para determinar el tipo y nivel de ansiedad.

La severidad de la dermatitis atópica parece estar relacionada con diferentes ítems del DLQI, como son los síntomas, las actividades cotidianas y el tratamiento;

mientras que la ansiedad-rasgo está relacionada con los ítems que hacen referencia a vida social, ocio, deportes y relaciones sexuales, indicando que las dificultades respecto a la intimidad y tener que mostrar el cuerpo están más relacionadas con la ansiedad.

2.3 Factores biológicos y psicológicos de la DA

2.3.1 Factores biológicos

Maldonado (2008), señala que la dermatitis atópica presenta tanto elementos genéticos como inmunológicos; la predisposición genética refiere que un 70% de los pacientes presenta antecedentes familiares de dermatitis atópica u otros padecimientos atópicos como asma y/o rinitis.

Respecto a factores inmunoalérgicos se ha encontrado hipersensibilidad (en algunos pacientes) a algunos alimentos como la leche, la carne, el chocolate, las nueces, el huevo y algunos colorantes empleados en la elaboración de refrescos, dulces, gelatinas y margarinas (Peroni, Piacentini, Bodini, Rigotti, Pigozzi y Boner 2008).

Según Maldonado, (2008), se han encontrado pacientes con concentraciones séricas altas de IgE y disminuidas de IgA, eosinofilia periférica, defectos en la química síntesis de los neurotrófilos y disminución de linfocitos T, supresores de CD8, aumento de CD23, activación crónica de macrófagos, incremento IL-4 e IL-5 por células TH2 y disminución de células secretoras de interferón gama.

En la D.A. participa un gran número de factores inmunológicos y no inmunológicos y existe una interrelación de factores genéticos, ambientales, farmacológicos y psicológicos que contribuyen al desarrollo y gravedad de la enfermedad (Sosa, Orea y Flors, citados por Salamanca 2011). Entre los inmunológicos se considera que la deficiencia de linfocitos T supresores podría involucrar el aumento de la Inmunoglobulina E (IgE) (Di Prisco y Di Prisco citados por Salamanca (2011) la cual forma parte de la inmunidad humoral; así mismo, se ha indicado que las aberraciones inmunológicas se manifiestan como: elevación de anticuerpos IgE específicos hacia antígenos comunes, de mediadores proinflamatorios por basófilos y mastocitos, eosinofilia periférica y local, actividad bifásica Th/Th2 con liberación de citosinas (IL-4, IL-5, IL-13), GM-CSF y disminución de IFN-gamma por las células Th1, aumento en la liberación de proteína básica mayor, proteína catiónica de los eosinófilos, además de la expresión de factores quimioatrayentes por los monolitos (Sosa, *et al.* citados por Salamanca (2011).

Entre los factores no inmunológicos se considera que el factor genético, el psicológico y el bacteriano, así como la teoría del bloqueo beta adrenérgico contribuyen en mayor o menor grado, dependiendo de cada individuo Di Prisco *et al.* citados por Salamanca (2011). Una hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal puede explicar en parte la erupción que se produce en esta enfermedad en situaciones productoras de estrés Kirschbaum, *et al.*, citados por Salamanca (2011).

De este modo, la DA caracterizada por una constelación de signos y síntomas, presenta un cuadro fisiopatológico complejo, con numerosos mecanismos

inmunológicos involucrados, además de enzimáticos e inespecíficos, actuando los corticosteroides como inmunomoduladores a diferentes niveles (Bózzola, citado por Salamanca 2011).

Aunque enfermedades de la piel, la psoriasis y la DA, ambas enfermedades de la piel pueden estar afectadas por factores psicológicos, no está clara la relación entre ambas; se ha investigado acerca de alteraciones inducidas en la permeabilidad de la barrera homeostática que presenta la piel en el estrato córneo, mediada por la producción de glucocorticoides endógenos; de este modo, los corticoides se convierten en un factor clave en el entendimiento de las relaciones entre los factores psicológicos y la dermatitis atópica (Choi, Brown, Crumrine, Chang, Man, Elias y Feingold 2005).

Se han investigado los efectos del estrés en el sistema inmune; el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal y el sistema nervioso autónomo son las dos grandes vías que confluyen en el control de los órganos periféricos tales como el sistema inmune (Mainer y Watkins, citados por Salamanca, 2011) y que influyen en la secreción de corticotropinas (Starkweather, Witek-Janusek y Mathews citados por Salamanca 2011). El estudio de los efectos del estrés y el sistema inmune ha recibido una gran atención por parte de diferentes autores Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Stanford y Salmon, 1993; citados por Salamanca (2011), encontrando un aumento de los síntomas en las enfermedades psicofisiológicas como la dermatitis.

Las características psicológicas pueden influir en el sistema inmune a través del sistema nervioso central, de los cambios hormonales y del cambio comportamental; a su vez, los cambios producidos en el sistema inmune generan cambios en la susceptibilidad a la enfermedad (Cohen, Herbert, citados por Salamanca, 2011), apoyando la propuesta indicada tempranamente por Selye. Así mismo, según estos autores, se demuestra la influencia de dichos factores psicológicos en el sistema inmune, así como el efecto de las alteraciones sobre la enfermedad.

Es ampliamente aceptado, que el estrés puede inducir o exacerbar la dermatitis atópica. Sin embargo, los mecanismos fisiológicos que median esta influencia negativa del estrés en la DA no se entienden claramente. Este tema ha sido investigado activamente en los últimos años por (Mitschenko, Lwow, Kupfer, Niemeier y Gieler citados por Salamanca 2011), quienes se centran en estudios neuroinmunológicos, psicoendocrinológicos y la función de barrera de la piel bajo condiciones de estrés. Diferentes neuropéptidos parecen desempeñar un papel importante en el estrés inducido por la inflamación neurogénica, el nerviosismo y el sistema inmunológico. Las células juegan un papel clave en el desarrollo de la respuesta inflamatoria frente al estrés, además éste altera la barrera de la piel por medio de un mayor nivel de cortisol. Así, el organismo disminuye la secreción de la epidermis y de expresión de péptidos antimicrobianos (beta-defensin y cathelicidin).

2.3.2 Factores psicológicos

La DA es una enfermedad crónica multicausal, que se relaciona de manera directa con el estrés, la ansiedad y la depresión como elementos que precipitan y mantienen el trastorno. Por otra parte, se evidencia que las experiencias traumáticas en la niñez, dificultades en las relaciones sociales y una estructura de personalidad ansiosa son aspectos predisponentes asociados con la enfermedad. El nivel en la calidad de vida actual que presentan estos pacientes se entiende como un elemento mantenedor; de esta manera, la relación actual con los padres o personas cercanas, puede ser generadora de estrés y manifestarse como mantenedora y precipitante de la enfermedad (Salamanca, 2011).

Ehlers, et *al.*,(1995) analizaron la comunicación, conducta verbal y no verbal de los pacientes adultos con dermatitis atópica con sus madres o acompañantes, encontrando que la comunicación fue negativa, aunque no difieren en su percepción subjetiva de la satisfacción con la relación. Estos resultados muestran que las interacciones negativas con personas importantes pueden impedir la solución de los problemas de la vida diaria y contribuyen a que los pacientes aumenten sus niveles de estrés; de igual manera se considera como un factor del pasado asociado al desarrollo de la enfermedad.

Chida, Hamer y Steptoe, citados por Salamanca (2011), realizan un meta-análisis de la asociación de factores psicológicos con enfermedades atópicas, mostrando que cada vez hay más literatura epidemiológica centrada en la asociación bidireccional entre factores psicosociales, trastornos atópicos y salud mental. El

meta-análisis mostró una asociación positiva entre factores psicosociales y el futuro del trastorno atópico; también se encuentra que entre los trastornos atópicos existe una relación con la salud mental. En particular, el subgrupo de meta-análisis sobre la salud y el trastorno atópico evidenció que los factores psicosociales tienen tanto un efecto etiológico como de pronóstico de los trastornos atópicos. Esta revisión revela una sólida relación entre factores psicosociales y trastornos atópicos, lo cual apoya el uso de los servicios psicológicos, además de los físicos convencionales y las intervenciones farmacológicas, en el éxito de la prevención el manejo de los trastornos atópicos.

Salamanca (2011) cita a Grimal y Taube, quienes dicen que los pacientes con DA pueden presentar alteraciones en la personalidad, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento escolar, aspectos que pueden manifestarse como trastornos en el inicio y curso de la enfermedad. En este sentido, Niager citado por Salamanca (2011), estudió las relaciones entre las características del temperamento y el desarrollo de una enfermedad tópica como el asma, la dermatitis atópica y la otitis, a través de un estudio longitudinal. Encontró que no existe relación entre las características temperamentales y el desarrollo de la alergia. Sin embargo, el análisis realizado en la infancia puso de manifiesto un efecto significativo en el género, donde las mujeres recibieron una calificación más alta que los hombres en las respuestas al peligro, la novedad y el auxilio, mostrando una baja adaptabilidad. Además, se encontró una interacción significativa entre el género y el nivel de actividad e intensidad emocional.

2.4 Tratamientos dermatológicos de la DA

García (2013) refiere que el tratamiento convencional de la DA tiene en primera línea el uso de corticoides; su efecto inmunosupresor, anti-inflamatorio, anti-proliferativo y vasoconstrictor, reducen el rascado, mejoran la apariencia de la piel, sin embargo a largo plazo se pueden presentar complicaciones como: la atrofia cutánea, las estrías, dermatitis de contacto, síndrome de Cushing, retardo del crecimiento y supresión del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal. Cuando los pacientes son refractarios a los corticoides tópicos, se inician tratamientos de segunda línea como los inmunomoduladores, antidepresivos, sedantes y fototerapia.

La perturbación de la calidad de vida del paciente, la preocupación por los efectos adversos de los corticoides y la insatisfacción con el tratamiento convencional, han hecho de las medicinas alternativas y complementarias una opción de tratamiento.

La más utilizada es la homeopatía, se han hecho estudios observacionales en diferentes lugares del mundo como en Alemania, Suiza, Japón, Brasil e Italia, ya que la homeopatía no generaliza el tratamiento aunque la patología sea la misma, observando mejoría en las lesiones de la piel y en la calidad de vida.

2.5 Intervenciones cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento de la DA

De acuerdo con Greenberg y Safran, Greenberg, Rice y Elliot, citados por Semerari (2002), en el tratamiento de la DA todos los estilos terapéuticos

cognitivos tienen en común la focalización en las emociones perturbadoras. Se ayuda al paciente a reconocer las emociones problemáticas, a estar atento a su naturaleza, a las circunstancias en las que surgen, así como a las representaciones a ellas asociadas. En clínica, puede coexistir una patología por exceso de emoción y una por defecto. En este último caso, existen modalidades específicas de intervención dirigidas, concretamente, a favorecer la expresión, el reconocimiento y el contacto directo con las emociones inhibidas.

Bridgett (2000) y Ehlers, et *al.*, (1995) señalan que varias técnicas cognitivo conductuales que pueden apoyar el tratamiento psicológico de los pacientes con dermatitis atópica, siendo solamente algunas las que se han puesto en práctica. A continuación estas últimas se describen brevemente.

2.5.1 Experimentos conductuales y descubrimientos guiados

Consisten en la Discusión Cognitiva que gira en torno a la búsqueda de evidencias a favor o en contra de las cogniciones del paciente. Con frecuencia no existen datos que validen o invaliden las ideas del paciente porque simplemente nunca ha hecho la conducta mencionada. Se procura generar la situación, para que exista evidencia a favor o en contra de las interpretaciones del paciente (Rivadeneira, Dahab y Minici (2012).

2.5.2 Creencias irracionales

El ABC es el concepto típico de estos modelos de reestructuración cognitiva y representa la visión de un ser humano que piensa. De la forma que adopte su

pensamiento (racional vs. irracional) va a depender cómo se siente y actúa. En este esquema propuesto por Ellis y Dryden (1997), *A* se refiere a los hechos activadores, *B*, al bloque de creencias entendido en un sentido amplio, y *C* serían las consecuencias emocionales y conductuales. Ellis siempre ha mantenido la interacción entre los tres niveles y no la causalidad lineal.

Para Ellis, *racional* significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, y que facilita que la gente logre sus metas y propósitos.

Lo irracional Ellis lo concibe como aquello que es falso, ilógico que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Lo irracional es aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad.

2.5.3 Estrategias de afrontamiento

El adiestramiento en inoculación del estrés (AIE) combina elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucciones y autorreforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno. El propósito del AIE es generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, ya sea en problemas inmediatos concretos, así como para aplicarlo a dificultades futuras. Proporcionando a los individuos y grupos una defensa activa o una serie de habilidades de afrontamiento que les permita controlar futuras situaciones estresantes (Meichenbaun 1987).

2.5.4 Inversión del hábito

Este entrenamiento consiste en reconocer el hábito de rascarse, identificar las situaciones que lo provocan y enseñar a los pacientes a desarrollar respuestas prácticas (Norén, 1995).

2.5.5 Relajación y respiración

La relajación podría ser entendida como un estado específico caracterizado por un patrón de activación psicofisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas.

El estrés se puede definir como el patrón de respuestas emitidas por el sujeto en situaciones que la persona considera que le plantean demandas excesivas y los recursos de los que dispone son evaluados como insuficientes para enfrentar con éxito esas situaciones.

La relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés (Olivares, 2005).

Principales técnicas de relajación y mecanismos de aprendizaje supuestamente implicados (*)

		Mecanismos de aprendizaje
Técnicas de relajación	Entrenamiento autógeno	Representaciones mentales de las sensaciones
	Relajación progresiva	Discriminación perceptiva tensión/relajación
	Respiración	Interacciones del control vagal
	Biofeedback	Condicionamiento instrumental

(*)Tabla tomada de Olivares (2005)

Relajación progresiva

La relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad (Davis, McKay y Eshelman, 1985).

Relajación diferencial

El objetivo de esta técnica es aprender a tensar sólo aquellos músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son

necesarios. El resultado es que la persona puede realizar la mayoría de las actividades de su vida cotidiana con un mínimo de tensión.

Este tipo de relajación pretende que la persona aprenda a relajarse en situaciones cotidianas, en las que no les es posible adoptar la posición típica de la relajación progresiva (Olivares, 2005).

Respiración

El control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por éstas (Labrador, 1992).

Hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la sangre no se va purificando adecuadamente y las células de deshecho que no se eliminan van intoxicando lentamente nuestro organismo. La sangre mal oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga. El ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, superficial, que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Estas técnicas presentan la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se pueden utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica (Olivares, 2005).

Labrador (1995) diseñó un programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración que consta de seis ejercicios graduados en orden de dificultad creciente, estos son:

Inspiración abdominal: el objetivo es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones

Inspiración abdominal y ventral: consiste en que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones.

Inspiración abdominal, ventral y costal: el objetivo es desarrollar una inspiración completa.

Espiración: se pretende que la persona sea capaz de hacer más completa y regular la respiración.

Ritmo inspiración-espriación: el objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espriación completa.

Sobregeneralización: con este ejercicio se trata de aprender a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión.

Otras maneras de relajación son mediante actividades absorbentes tales como caminar, nadar, hacer manualidades, trabajos de jardinería, platicar, etc. Con frecuencia los terapeutas no hacen hincapié en que la relajación es tanto un estado mental como físico Meichenbaum, (1987).

2.5.6 Psicoeducación

Glick, Burti, Okonogi y Sacks (1994) señalan que psicoeducar tiene como propósito proporcionar información sistemática respecto a la etiología de una enfermedad mediante los conocimientos necesarios y las formas de tratamiento de dicha enfermedad. Esta aproximación proporciona una estructura conceptual sobre la que se trabaja y puede incorporar elementos de la teoría cognitivo-conductual y de la aproximación centrada en la tarea (Pomeroy, Kiam & Green, 2000). El desarrollo de intervenciones de tipo psicoeducativo está basado en la idea que las personas necesitan información para lidiar con su enfermedad y prevenir riesgos. La psicoeducación permite sentar las bases para una mejor reestructuración cognitiva y colaboración (Moreno, 2002). Algunos autores señalan que proveer información ayuda a prevenir la aparición de nuevos casos, y para quienes ya padecen una enfermedad, promueve la búsqueda de ayuda (Crisp, 1998).

2.6 Evidencia empírica de las intervenciones cognitivo conductuales como coadyuvantes en el tratamiento de la dermatitis atópica y las emociones

En la búsqueda realizada por la autora del presente trabajo en bases de datos especializadas, se encontró poca información respecto al tratamiento psicológico de la DA mediante la terapia cognitivo conductual.

A continuación se describen algunos estudios en los cuales la terapia cognitivo conductual resultó eficaz en el tratamiento de la DA.

Wittkowski y Richards en el 2007 realizaron un estudio de caso único en el que comprobaron los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la DA. Las técnicas que usaron fueron experimentos conductuales y descubrimientos guiados, modificación de creencias desadaptativas identificadas y la práctica de estrategias de afrontamiento en situaciones sociales. Las mejoras indican reducciones de la ansiedad, la depresión y la estigmatización, creencias y mejoras de la calidad de vida. La percepción de la gravedad de la DA muestra estabilidad durante el tiempo de tratamiento. Los beneficios del tratamiento fueron especialmente evidentes en términos de reducción de los comportamientos de evitación.

En el 2011 Habib y Morrisey realizaron un estudio en el cual evaluaron un grupo utilizando el modelo ABC. Aunque en el grupo control no hubo cambio en la severidad del eczema, sí disminuyó la intensidad de la comezón.

Con una muestra aleatoria con pacientes con DA, Ehlers, et *al.*, (1995) determinaron que aquellos que recibieron terapia cognitivo conductual, específicamente una terapia de relajación, o aquellos que combinaron un programa educativo con la cognitivo conductual presentaron una reducción significativa en la intensidad de su picazón y la comezón después de 1 año, comparados con los que sólo recibieron tratamiento dermatológico. El estudio también reportó que los grupos que recibieron intervenciones psicológicas utilizaron menos esteroides tópicos.

En 1986 Melin, Frederiksen, Norén et *al.* y en 1989 Norén y Melin, (1989), realizaron estudios en los que se demostraron que el tratamiento de la DA con cremas corticoesteroides combinadas con la inversión de hábitos resultan en una reducción significativa de los episodios de comezón al día.

CAPÍTULO III. PROPUESTA DEL TALLER



“Aprende a manejar tus emociones y mejora tu dermatitis atópica”

Esta propuesta se hace con base en la investigación documental realizada, teniendo como resultado que la DA tiene grandes mejorías al combinar los tratamientos dermatológicos con los psicológicos, especialmente usando técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual debido a que existe una relación estrecha entre la DA, y las emociones (Obermayer, et *al.*, y Hashiro, et *al.*, citados por Antuña, 2002), así como con el estrés, la ansiedad y la depresión (Ahmar y Kurban, citados por Antuña, 2002).

Aunque éstos no son los causantes reales de la enfermedad están considerados como elementos precipitadores y mantenedores del trastorno, por eso es importante aprenderlos a manejar y así lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente (Salamanca, 2011).

Por la naturaleza del taller los participantes deberán ser referidos por un dermatólogo, quien entregará un tríptico (anexo VII) con la información necesaria sobre el contenido del mismo. El taller debe impartirse por un psicoterapeuta del enfoque cognitivo conductual.

Los participantes deben cumplir con los siguientes criterios:

-  Ser mayores de edad
-  Su padecimiento debe ser recurrente

Además de estos criterios los participantes deberán contestar los siguientes cuestionarios:

1. Escala de ansiedad-tensión (Reynoso y Seligson, 2009). Ver anexo I.
2. Inventario sobre síntomas de estrés (Reynoso y Seligson, 2009). Ver anexo II.
3. Calidad de vida SKINDEX-29 (González, 2009). Ver anexo III.

Los cuestionarios de los anexos I, II y III se aplicarán también al final del taller para comprobar su efectividad.

El objetivo del este taller es enseñar a los pacientes diferentes técnicas cognitivo conductuales para que aprendan a manejar sus emociones¹ incidiendo así en la mejoría de su DA; reduciendo la comezón, la intensidad y la frecuencia de las lesiones.

Durante el taller se abordarán los siguientes temas y técnicas:

1. Psicoeducación acerca de la DA
2. Relajación (progresiva y diferencial) y respiración
3. Inversión del hábito
4. Estrategias de afrontamiento
5. Pensamientos automáticos
6. Creencias irracionales

Para la aplicación del taller de una manera agradable se han integrado varias dinámicas de trabajo en grupo, por lo que los recursos necesarios para llevarlo a cabo son: salón iluminado y ventilado, sillas, mesas, plumas, plumones, lápices,

¹ Ya que la mayoría de las investigaciones señalan que las personas con DA muestran alguna forma de alteración emocional (Jordan y Whitlock, 1972).

gomas, hojas blancas, sacapuntas, grabadora, música con sonidos de la naturaleza, cordones de aprox. 50 cm. de largo, portagafetes, rotafolio y base para el mismo, plumones azul, rojo, verde y negro, periódico actual, anexos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, cartoncillo, tijeras, pegamento, revistas

Se propone que la aplicación del taller sea en consultorios y clínicas dermatológicas tanto en el sector público como el privado.

Se sugiere trabajar en grupos de 8 a 10 personas, con una frecuencia semanal en sesiones de 2 horas. La duración del taller es de 10 semanas.

1ª Sesión: Presentación

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:30	Presentación del taller.	Ninguno
10:30 a 11:10	Psicoeducación sobre la DA y las emociones. La importancia del tratamiento dermatológico	Ninguno
11:10 a 11:30	Presentación de los participantes. Se hará entrega de gafetes de identificación.	Gafetes portagafetes
11:30 a 11:50	Dinámica "libérate"	Cordón de 50 cm
11:50 a 12:00	Cierre	Ninguno

Presentación del taller

La frecuencia del taller será una vez a la semana por dos horas, con duración de 10 semanas, en las cuales se dará información respecto a la DA y las emociones, se utilizarán técnicas de la terapia cognitivo conductual, algunas dinámicas con el objetivo de ayudar a disminuir los síntomas de la DA, como la comezón, la intensidad y frecuencia de las lesiones y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Se preguntará de manera individual cómo la dermatitis atópica les ha afectado.

Psicoeducación sobre la DA y las emociones

Se abordarán generalidades de la DA y como afectan las emociones su aparición, frecuencia, severidad y tratamiento.

También se comentará la importancia de continuar con el tratamiento dermatológico.

Antes de pasar a la siguiente actividad se responderán, dudas y preguntas.

Presentación de los participantes y entrega de gafetes

Se presentarán diciendo su nombre, ocupación y hobbies

Dinámica “libérate”

En parejas utilizan el cordón de 50 cm. al cual previamente se le hará un nudo corredizo en ambas puntas, se ponen en las muñecas entrelazados con la pareja y trataran de liberarse sin deshacer los nudos.

Cierre

Se solicitará para la siguiente sesión utilicen ropa cómoda para practicar la relajación y respiración. Así como también se les recordará el día y la hora de la siguiente sesión.

2ª Sesión: Relajación y respiración (inspiración abdominal)

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:15	Psicoeducación sobre la DA y las emociones	Ninguno
10:15 a 10:35	Psicoeducación referente de los beneficios de la relajación y respiración	Ninguno
10:35 a 11:35	Práctica de relajación y respiración	Sillas, grabadora y música de sonidos de la naturaleza. Anexos VIII y IX
11:35 a 11:50	Reflexión acerca de la práctica de relajación respiración.	Ninguno
11:50 a 12.00	Cierre	Ninguno

Psicoeducación sobre la DA y las emociones

Se hablará acerca de los principales detonantes de la DA

Psicoeducación referente a los beneficios de la relajación y la respiración

Se explicará en qué consisten y cómo ayudan al tratamiento dermatológico.

Práctica de la relajación y respiración

Se darán las instrucciones de la postura y las indicaciones para llevar a cabo dichas prácticas, utilizando la música con sonidos de la naturaleza. Además se les entregara el anexo VIII para el autorregistro de la relajación en casa y el anexo IX con las instrucciones para practicar la relajación y respiración.

Reflexión acerca de la práctica de la relajación y respiración

Individualmente comentarán cómo se sienten después de esta práctica. Se hará entrega de los anexos mencionados para que hagan la práctica correctamente también en casa. También se les informará que pueden relajarse, practicando algún deporte, leyendo, haciendo manualidades o simplemente caminando.

Cierre

Recordatorio de la siguiente sesión día y hora, así como también la práctica de la relajación y la respiración y que llenen el anexo VIII en todas las sesiones.

3ª Sesión: Inversión del hábito y relajación y respiración

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:15	Psicoeducación sobre la DA y su relación con las emociones	Ninguno
10:15 a 10:30	Reflexión	Ninguno
10:30 a 11:30	Práctica de la relajación y respiración	Sillas, grabadora, música con sonidos de la naturaleza
11:30 a 11:45	Psicoeducación inversión del hábito	Ninguno
11:45 a 12:00	Cierre	Ninguno

Psicoeducación sobre la DA y su relación con las emociones

Se hablará acerca de los beneficios de combinar el tratamiento dermatológico y el psicológico en la DA

Reflexión

Se preguntará de manera individual, si tuvieron algún problema para la práctica de la relajación y respiración y si tienen dudas acerca de los beneficios de esta práctica.

Práctica de la relajación y respiración

Se recordará la postura y se dará inicio a la práctica

Psicoeducación inversión del hábito

Se informará en qué consiste esta técnica y que se verá reflejada en la disminución de la comezón.

Cierre

Se solicitará que sigan practicando la relajación y respiración en casa, también se recordará el día y la hora de la próxima sesión.

4ª Sesión: Estrategias de afrontamiento

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:25	Psicoeducación, cómo influyen las emociones en el aspecto de la piel	Ninguno
10:25 a 10:50	Dinámica “acentuar lo positivo”	Ninguno
10:50 a 11:05	Psicoeducación, estrategias de afrontamiento	Ninguno
11:05 a 11:25	Ejemplo llenado del autorregistro de pensamientos automáticos	Rotafolio, base de rotafolio, plumones, plumas, anexo IV
11:25 a 11:55	Práctica relajación y respiración	Sillas, grabadora y música con sonidos de la naturaleza
11:55 a 12:00	Cierre	Ninguno

Psicoeducación, cómo influyen las emociones en el aspecto de la piel.

Se explicará que la piel por su capacidad sensitiva es una zona de expresión emocional.

Dinámica “acentuar lo positivo”. Tomada de González, s. f.

Objetivo:

Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas debido a que no les permiten tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

Desarrollo

I.- Algunas personas tienen la idea de que no es “correcto” el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas:

- ✚ Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.
- ✚ Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.
- ✚ Una capacidad o pericia que me agrada de mí mismo.

II.- Se les aplicarán unas preguntas para su reflexión:

- ✚ ¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo “tu primero”?
- ✚ ¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?
- ✚ ¿Cómo considera ahora el ejercicio?

Psicoeducación, estrategias de afrontamiento

Se comentarán, en qué consisten y cuáles son, y que utilizaremos el autorregistro para los pensamientos automáticos. Además de explicar las características de los pensamientos automáticos. El hecho de anotarlos tiene como objetivo enseñarles como influyen sus pensamientos con las emociones. Y de esta manera se ayuda a identificar pensamientos que no son correctos percibiéndolos como posibles interpretaciones y no como realidades.

Ejemplo llenado del autorregistro de pensamientos automáticos

En el rotafolio se pondrá un ejemplo para llenar el anexo IV, el cual se dará a los participantes.

Práctica de la relajación y respiración

Se recordará la postura y se dará inicio a la práctica.

Cierre

Se recordará el día y la hora de la siguiente sesión así como anotar los pensamientos automáticos. También se les solicitará un artículo de un periódico actual que sea importante para cada uno de los participantes, esto para hacer la dinámica de la siguiente sesión, y la práctica de la relajación.

5ª Sesión: Autorregistro de pensamientos automáticos

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:20	Lectura de pensamientos automáticos	Anexo IV
10:20 a 10:50	Dinámica ¿Qué es lo que ve?	Periódico, lápiz, plumón y anexo V
10:50 a 11:35	Práctica relajación y respiración	Sillas, grabadora y música con sonidos de la naturaleza.
11:35 a 11:45	Reflexión	Ninguno
11:45 a 12:00	Cierre	Ninguno

Lectura de pensamientos automáticos

Cada participante leerá sus pensamientos automáticos y qué emoción(es) le(s) provocó.

Dinámica ¿Qué es lo que ve? Tomado de González, s.f.

Objetivos:

Estimular a cambiar el pensar negativo por el pensar positivo.

Descubrir los valores personales más importantes.

Desarrollo:

Se hacen dos grupos de 5 ó 6 personas.

I.- El facilitador basado en la dinámica de González distribuye un periódico y una copia de la hoja de trabajo (anexo VI) ¿Qué es lo que ve? A cada participante. Indica a los participantes que examinen el periódico, buscando diez artículos (incluyendo anuncios y fotografías) que crean ellos que señalen problemas concernientes a ellos o a los demás miembros del grupo. Estos problemas deben ser específicos, no generales. Luego les indica que marquen estos artículos en el periódico, para exponer los problemas breve y específicamente, y luego escribirlos en la hoja de trabajo.

II.- Cada participante luego enumera en la hoja de trabajo sus percepciones de necesidades sociales u oportunidades sugeridas por cada uno de los problemas que escogió.

III.- Luego cada miembro enumera productos o servicios que puedan satisfacer las necesidades sociales sugeridas por los problemas que escogió, concentrándose en aquellos que él u otros miembros de su grupo podrían suministrar.

IV.- Cada grupo reúne y comparte las listas de sus miembros. El instructor indica a los grupos que trabajen en áreas que parezcan útiles a los miembros individuales en lugar de otras áreas que son meramente interesantes o polémicas.

V.- El instructor concluye con una participación breve sobre los aprendizajes, sentimientos, sorpresas, reacciones, y dudas que se tuvieron durante la actividad.

Práctica de la relajación y respiración

Se recordará la postura y se dará inicio a la práctica.

Reflexión

Cada participante comentará el estado actual de su dermatitis, cómo se siente en la participación de este taller y si ha logrado disminuir su ansiedad, depresión y estrés. Se les recordará la importancia de la relajación y respiración en casa.

Cierre

Se les recordará que sigan anotando sus pensamientos automáticos, la práctica de la relajación y el día y la hora de la siguiente sesión.

6ª Sesión: Creencias irracionales

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:15	Lectura de pensamientos automáticos	Anexo IV
10:15 a 10:30	Psicoeducación creencias irracionales	Anexo VI, rotafolio, soporte del mismo, plumones
10:30 a 11:00	Dinámica "Collage II"	Un cartoncillo para cada participante, papel tijeras, pegamento, revistas y plumones.
11:00 a 11:45	Práctica relajación y respiración	Sillas, grabadora y música con sonidos de la naturaleza.
11:45 a 11:55	Explicación de tarea para la siguiente sesión	Ninguno
11:55 a 12:00	Cierre	Ninguno

Lectura de pensamientos automáticos

Leerán sus pensamientos automáticos y de qué manera los detuvieron, con lo que han aprendido en este taller, como relajación, respiración, cambiando de actividad, etc.

Psicoeducación creencias irracionales

Se explicará en qué consisten y cómo pueden cambiar su interpretación, a soluciones racionales. Se les dará el anexo VI para sus anotaciones en casa.

Dinámica “collage II” Tomado de González, s.f.

Objetivo:

- Facilitar la comunicación en pequeños grupos.
- Expresión de tensiones, intereses y motivaciones personales.

Desarrollo:

- El instructor les pide a los participantes que realicen un collage, donde exprese, ¿quién soy? Con recortes pegados al cartoncillo, (tiempo a criterio del instructor).
- El instructor divide al grupo en equipos.
- Cada uno de los integrantes del equipo interpreta el “collage” de cada participante. Sólo cuando 4 ó 5 compañeros han expresado su punto de vista, el autor explica o aclara su obra.
- Una vez que los equipos han terminado se hace una mesa redonda general con el objeto de evaluar la experiencia y de aflorar los sentimientos de los participantes.

Práctica de la relajación y respiración

Se recordará la postura y se dará inicio a la práctica.

Explicación de tarea para la siguiente sesión

Realizar una actividad cotidiana que no se hayan atrevido hacer, además anotaran en el anexo VI sus creencias irracionales.

Cierre

Se les recordará la práctica de la relajación así como también el día y la hora de la siguiente sesión.

7ª Sesión: Reforzamiento de pensamientos automáticos y creencias irracionales

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:25	Comentaran que actividad realizaron	Ninguno
10:25 a 10:55	Discusión de sus pensamientos automáticos y creencias irracionales	Anexo IV y VI
10:55 a 11:35	Practica de relación y respiración	Sillas, grabadora y música con sonidos de la naturaleza.
11:30 a 11:55	Dinámica "imágenes"	Hojas y lápices
11:55 a 12:00	Cierre	Ninguno

Comentarios de las actividades que realizaron

Comentarán la actividad cotidiana que no se atrevían a realizar hicieron y cómo se sintieron y quien no la haya hecho explicará por qué. En este punto el psicoterapeuta brindara orientación.

Discusión de pensamientos automáticos y creencias irracionales

Cada participante leerá sus pensamientos automáticos y sus creencias irracionales y la emoción no grata que le provocó. Se evaluará individualmente para poder sugerir creencias racionales y de esta manera generar emociones y conductas más gratas.

Práctica de la relajación y respiración

Se recordará la postura y se dará inicio a la práctica.

Dinámica “imágenes”

Objetivo:

Mejorar la percepción que los participantes tengan de sí mismos y permitir la apertura frente a sus compañeros en forma indirecta.

-Se solicita a cada participante que piense en cuatro o cinco animales que por alguna de sus características pueden tener similitud con parte de sus características de personalidad y que los anote.

-Después de cinco minutos se les solicitará que digan al grupo el total de los animales que se imaginaron y harán una descripción de las razones por las que se consideraron similares.

-Se solicita la retroalimentación del grupo.

Cierre

Se solicitará que hagan cuando menos una actividad cotidiana, que no se habían atrevido a realizar. Se recordará la práctica de relajación en casa, el día y la hora de la siguiente sesión.

8ª Sesión: Relajación diferencial

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:30	Psicoeducación, relajación diferencial	Ninguno
10:30 a 11:00	Práctica relajación diferencial	Ninguno
11:00 a 11:30	Comentarán que actividad realizaron cotidiana	Ninguno
11:30 a 11:45	Reflexión	Ninguno
11:45 a 12:00	Cierre	Ninguno

Psicoeducación respecto a la relajación diferencial

Se explicará la diferencia que existe con la relajación progresiva y su aplicación en la vida cotidiana.

Práctica de la relajación diferencial

Se realizará de pie y se darán las instrucciones.

Actividad cotidiana que realizaron

Comentarán qué actividad fue la que realizaron y cómo se sintieron.

Reflexión

Nuevamente se preguntará el estado de su dermatitis y si tienen alguna duda del taller y cuál es su opinión al respecto.

Cierre

Se solicitará que practiquen la relajación diferencial en la vida cotidiana. Se recordará la hora y el día de la siguiente sesión.

9ª Sesión: Psicoeducación, reforzamiento de relajación diferencial y respiración

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:30	Dinámica “20 cosas que me encanta hacer”	Hojas blancas y plumas
10:30 a 10:45	Psicoeducación la importancia del tratamiento psicológico y dermatológico para la DA	Ninguno
10:45 a 11:25	Práctica relajación diferencial y respiración	Ninguno
11:25 a 11:45	Reflexión	Ninguno
11:45 a 12:00	Cierre	Ninguno

Dinámica “20 cosas que me encanta hacer” tomada de González, s. f.

Objetivo:

Concientizar a los participantes de sus valores.

Desarrollo:

I.- Se les indicará que hagan una lista con 20 cosas que les encante hacer en su vida. Del mayor al menor interés.

II.- Se dividirán en grupos de 5 ó 6 personas y compartirán las cosas más deseadas y las menos deseadas y sigan el proceso de valoración de afirma sus valores, basándose en las siguientes preguntas:

- A) ¿Aprecio lo que hago y hago lo que aprecio?
- B) ¿Lo afirmo en público cuándo hay oportunidad de hacerlo?
- C) ¿Lo elegí entre varias alternativas?
- D) ¿Lo elegí después de considerar y aceptar las consecuencias?
- E) ¿Lo elegí libremente?
- F) ¿Mi conducta está de acuerdo con lo que pienso y digo?
- G) ¿Mis patrones de conducta son constantes y repetidos?

III. Sentados en círculo se les pide a los participantes sus experiencias con base en las siguientes preguntas:

- ✚ ¿Qué reacción tuvieron al ver los valores de los demás, son diferentes a los suyos?
- ✚ ¿Tendieron a criticar o enjuiciar?
- ✚ ¿Trataron de modificar los valores de otro creyendo que el suyo es el correcto?
- ✚ ¿Hubo cambios en su escala de valores?

IV. El terapeuta comenta y evalúa el desarrollo del ejercicio.

Psicoeducación. La importancia del tratamiento psicológico y dermatológico para la DA

Se explicarán los beneficios llevar un tratamiento combinado.

Práctica de la relajación diferencial y respiración

Se realizará de pie y cada quien trabajará los músculos que considere están tensos, se practicará la inspiración abdominal.

Reflexión

De manera individual comentarán si han notado algún cambio de tipo emocional y el estado actual de su DA.

Cierre

Se les recordará la práctica de la relajación en casa, así como la hora y día de la siguiente sesión.

10ª Sesión: Retroalimentación y clausura del taller

TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL
10:00 a 10:30	Aplicación de: Escala de ansiedad-tensión e inventario sobre síntomas de estrés.	Anexos I y II
10:30 a 11:00	Retroalimentación	Hojas blancas y plumas
11:00 a 11:30	Dinámica “ronda de caricias”.	
11:30 a 12:00	Clausura del taller	ninguno

Aplicación de la escala de ansiedad-tensión e inventario sobre síntomas de estrés.

Se contestarán los anexos I, II y III para hacer una comparación con los contestados previamente, y determinar si hubo reducción de la ansiedad, depresión y estrés.

Retroalimentación

Se solicitará que de manera individual escriban en las hojas en blanco:

- ✚ ¿Cómo se sintieron emocionalmente durante el taller?
- ✚ ¿Notaron mejoría en su DA?
- ✚ ¿Del taller qué fue lo que más les ayudó?
- ✚ Sugerencias

Dinámica “ronda de caricias” Tomado de González, s.f.

Objetivo:

-Cerrar el taller con un sentimiento positivo de sí mismo que ayude a reforzar la auto-imagen de cada participante.

-Propiciar una ocasión más para mostrar las emociones y sentimientos de manera asertiva.

Desarrollo:

-El instructor pide a los participantes que se pongan de pie y formen un círculo.

-Indica a los participantes que cada uno vaya pasando y de caricias positivas, verbales, físicas, emocionales de manera asertiva a sus compañeros.

-Cada uno dice al otro cómo se sintió.

-Cada uno dice cómo se siente después de haber recibido y dado caricias.

Clausura del taller

Se comentará que lo aprendido en el taller deberán aplicarlo a su vida cotidiana para mantener los resultados obtenidos.

Se agradecerá la participación de los asistentes.

CONCLUSIONES

La DA es una enfermedad crónica de la piel que por lo general aparece por primera vez en la niñez, sin embargo también lo puede hacer en la adultez. Ésta es una de las enfermedades dermatológicas más difíciles de manejar y afecta a ambos sexos por igual (Vázquez, 2002).

A través de diversas investigaciones, se ha concluido que aquellas personas que padecen esta enfermedad tienen también problemas para manejar sus emociones (Jordan y Whitlock, 1972).

Debido a que la piel tiene un importante papel social, las enfermedades cutáneas pueden producir numerosas reacciones psicológicas como depresión, vergüenza, aislamiento social, comportamientos obsesivo-compulsivos y rabia (Folks y Kinney, citados por Elaine, 2009).

Quienes padecen DA son personas que presentan signos de ansiedad y estrés, resultando en el empeoramiento de la enfermedad y a su vez llevándolos a un estado depresivo (Ahmar y Kurban, citados por Antuña, 2002). Así empieza un círculo vicioso que no les permite una mejoría aún con un tratamiento dermatológico adecuado; reflejándose esto en una mala calidad de vida. Por esta razón varios investigadores han experimentado complementando el tratamiento de la piel con el psicológico, obteniendo buenos resultados ellos son Wittkowski y Richards (2007).

La DA es una enfermedad que se manifiesta físicamente y por ende puede tratarse con medicamentos, sin embargo su severidad parece estar directamente relacionada con el estado emocional del paciente (Jordan y Whitlock, 1972), dando paso a un acercamiento multidisciplinar.

La Terapia Cognitivo Conductual se presenta como una muy buena opción para ayudar a los pacientes a manejar sus emociones a través de distintas técnicas, siendo la relajación una de las predilectas cuando además están involucrados problemas de DA, ya que ésta contrarresta los efectos negativos del estrés de manera natural y puede ser aprendida fácilmente, encontrándose siempre a la disposición del paciente (Ávila y Ramos, 2012).

Uno de los componentes que se propusieron para integrar la propuesta de intervención es la psicoeducación, ya que de acuerdo con Moreno (2002); Pomeroy et al (2000) y Glick, et al (1994), permite conocer los orígenes de la enfermedad, sus consecuencias, tratamientos, prevención de riesgos y permite sentar las bases para una mejor reestructuración cognitiva.

Como se ha explicado a lo largo de esta investigación, la combinación de los tratamientos médico y psicológico resulta en la mejora tanto de la frecuencia como de la intensidad de la DA, por lo cual propiamente en la presente propuesta de intervención se enfatiza la importancia de combinar ambos tratamientos.

Además la intervención psicológica tendría un impacto positivo tanto en el estado de la piel, como en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, existe una limitante para el tratamiento psicológico, ya que la mayoría de los pacientes con

DA recurre en primera instancia a un dermatólogo y éste generalmente no le sugiere al paciente complementar su tratamiento con uno psicológico. El dermatólogo funge como fuente de información, principalmente con los pacientes menos enterados sobre tratamientos alternativos para su enfermedad, por esta razón es que la cooperación y orientación del médico ayudan a que el tratamiento conjunto se lleve eficazmente.

REFERENCIAS

- Antuña, S. (2002). "Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión" [en línea]. *Clínica y Salud* 002/13, número 3: 285-306. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618090003.pdf> [consultado el 5 de diciembre de 2013]
- Averill, J. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Ávila, D., & Ramos, B. (2012). Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(1), 76-86.
- Bär, C. y Küypers, B. (1973). Behavior therapy in dermaological practice. *British Journal of Dermatology*, 88, 591-598.
- Bridgett, C. (2000). Psychodermatology and atopic skin disease in London 1989-1999 Helping patients to help themselves. *Dermatology Psychosomatics*; 1:183-6.
- Buck, R. (1984). *The communication of emotion*. Nueva York: Guilford Press.
- Buck, R. (1986). The psychology of emotion. En J. LeDoux y W. Hirst (eds.), *Mind and brain: Dialogues in cognitive neuroscience* (pp. 275-300). Nueva York: Cambridge University Press.
- Calhoum, C y Solomon, R. C. (1989). *¿Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Caro I., (2011). "Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales" Ed. Bilbao, España Desclée de Brouwer, S. A.
- Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Coleman, J., Butcher, J. y Carson, R. (1988). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.
- Consejo de Salubridad General. (2009) Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el Primer Nivel de Atención. [en línea] México: Secretaría de Salud. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/033_GPC_Der mAtopPed/IMSS_033_08_EyR.pdf [consultado el 27 de febrero de 2014]

- Choi, E., Brown, B., Crumrine, D., Chang, S., Man, M., Elias, P. y Feingold, K. (2005). Mechanisms by Which Psychologic Stress Alters Cutaneous Permeability Barrier Homeostasis and Stratum Corneum Integrity. *Journal of Investigation in Dermatology*, 124, 587-595.
- Crisp, A. (1998). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1-17.
- Davidson, K. J. (1994). An emotion, mood and related affective constructs. En P. Ekman y R. N. Davidson (eds.). *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp 51-55): Nueva York: Oxford University Press.
- Davis, M; McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985), *Técnicas de autocontrol emocional*, Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.
- Deci, E. (1992b). The relation of interest of the motivation of behavior: A self-determination theory perspective. En K. A. Renninger, S. Hidi y A. Krapp (eds.), *The role of interest in learning and development* (pp. 43-60). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- De Rivera, J. (1981). The structure of anger. En J. de Rivera (ed.), *Conceptual encounter: A method for the exploration of human experience*. Washington, D.C.: University Press of America.
- Ehlers, A., Stangier, U., Gielers, U. "Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J. Consult Clinical Psychology*. 1995; 63: 624-635.
- Ekman, P. (1994 a). All emotions are basic. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 15-19). Nueva York: Oxford University Press.
- Elaine, N. (2009) *Anatomía y Fisiología Humana*. España: Ed. Pearson.
- Ellis, A., Dryden, W. (1997) *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. Nueva York, E.E.U.U.: Ed. Springer Publishing Company
- Ellis, A., Lega, L. 1993. "Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general" [en línea]. *Psicología conductual* vol. 1 número 1: 101-110. Disponible en <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf> [consultado el 22 de febrero de 2014]

- Ellsworth, P. (1994). William James and emotion: Is a century of fame worth a century of misunderstanding? *Psychological Review*, 101, 222-229.
- García, A. (2013). Resultado del tratamiento homeopático en la calidad de vida del paciente pediátrico con dermatitis atópica. *Revista Med*, 21 (2): 79-87.
- Glick, I.D., Burti, L., Okonogi, K. & Sacks, M. (1994), Effectiveness in psychiatric care III. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106.
- González. (s. f.) *Colección de Dinámicas. Categoría autodescubrimiento*. [en línea]. Disponible en: <http://gonzalezortiz.com> [consultado el 15 de enero de 2014]
- González, L. (2009). *Validación de la escala de calidad de vida MELASQOL, en un grupo de pacientes colombianas con melasma*. [en línea]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1661/60387714.pdf?sequence=1> [consultado el 6 de mayo de 2014].
- Goldsmith, H. H. (1994). Parsing the emotional domain from a developmental perspective. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 68-73). Nueva York: Oxford University Press.
- Grzib, (2007) *“Bases Cognitivas y Conductuales de la Motivación y Emoción” 2ª*. Reimpresión. Ed. España: Centro de Estudios Ramón Areces, S. A.
- Habib, S., Morrissey, S. “Stress Management for atopic dermatitis” *Behavioural Change*. 1999; 16: 226-236.
- Hales, R., Yudofsky, S. (2005). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Ed. Masson.
- Izard, C. (1991). *The psychology of emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Izard, C. (1993). Four systems for emotion activation. Cognitive and noncognitive development. *Psychological Bulletin*. 115, 288-299.
- Jordan, J. y Whitlock, M. (1972). Emotions and the skin: the conditioning of scratch responses in atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 86, 574-585.
- Labrador, F. (1992), *El estrés*, Madrid, España: Ed. Temas de hoy.
- Labrador, F., De la Puente, M., Crespo, M. (1995). *Técnicas de control de activación: relajación y respiración*. Madrid, España: Pirámide.

- Lang, P. (1994). The varieties of emotional experience: A meditation of James-Lange theory. *Psychological Review*, 101, 211-221.
- Levenson, R. (1992). Automatic nervous system differences among emotions. *Psychological Science*, 3, 23-27.
- Levenson, R. (1994a). Human emotion: A functional view. En P. Ekman y Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). Nueva York: Oxford University.
- Levenson, R. (1994b). The search of automatic specificity. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.) *The nature of emotion fundamental questions* (pp. 252-257). Nueva York: Oxford University Press.
- Maldonado, R. (2008) *Dermatología en la consulta pediátrica: diagnóstico y tratamiento*. México: Editores de textos mexicanos.
- Mascolo, M., Fischer, K., y Li, J. (2003). Dynamic development of component systems of emotions: Pride, shame and guilt in China and the United States. En R. J. Davidson, K. R. Scherer y H. H. Goldsmith (eds.), *Handbook of affective science* (pp. 375-408). Nueva York: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D., (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Melin, L., Frederiksen, T. y Norén, P. et al. (1989) "Behavioural treatment of scratching in patients with atopic dermatitis" *Br. J. Dermatology*. 115: 467-474.
- Moreno, P. (2002). *Supercar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Norén, P. (1995) "Habit reversal: A turning point in the treatment of atopic dermatitis" *Clinical Exposition Dermatology*. 20: 2-5.
- Norén, P., Melin, L. (1989) "The effect of combined topical steroids and habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis" *Clinical Exposition Dermatology*. 121: 359-366.
- Olivares, J., Méndez, F. (2005.) *Técnicas de modificación de conducta*. 4ª ed. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva S.L.
- Peroni, D., Piacentini, G., Bodini, A., Rigotti, E., Pigozzi, R. y Boner, A. (2008). Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children. *The British Journal of Dermatology*. Vol. 158 (3), 539-43.

- Plutchik, R. (1985). On emotion: The chicken-and-egg problem revisited. *Motivation and emotion*, 9, 197-200.
- Pomeroy, E., Kiam, R., & Green, D. (2000). Reducing depression, anxiety, and trauma of male inmates: an HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social Work Research*, 24 (3), 156-167.
- Ponchin y S. W. Proges (eds.), *Psychophysiology: Systems processes, and applications* (pp. 354-377). Nueva York: Guilford Press.
- Reeve J., (2009) *Motivación y emoción* 5ª ed. México: Mc Graw Hill.
- Reynoso, L., Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici (2012). Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. [en línea]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/reestructuracion-cognitiva-ventajas> [consultado el 17 de abril de 2014]
- Rodríguez, M., Frías, L. (2005). Los factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. [en línea]. *Psicología y Salud*, 15 (2), 169-185. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/802> [consultado el 6 de mayo de 2014].
- Russell, J. A. (1995). Facial expressions of emotion: What lies beyond minimal universality? *Psychological Bulletin*, 118, 379-391.
- Salamanca, A. 2011/08. "Factores Biológicos y Psicológicos de la Dermatitis Atópica" [en línea]. *Psychologia: Avances de la disciplina*, enero-junio. 2011/5, número 1: 47-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a05.pdf> [consultado el 6 de diciembre de 2013].
- Sánchez, M. (2006) "Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares" *Instituto de Hematología e Inmunología* [en línea]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22_3_06/hih02306.html [consultado el 25 de noviembre de 2013]
- Schwartz, G. (1986). Emotion and psychophysiological organization: A systems approach. En M. G. H. Coles, E.

-Semerari A., (2002) *"Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva"* Ed. Barcelona, España: Paidós Ibérica. S. A.

-Silva, P. (2005). What is interesting? Exploring the appraisal structure of interest. *Emotion*, 5, 89-102.

-Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D. y O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1086.

-Tiedens, L. y Linton, S. (2001). Judgment under emotional certainty and uncertainty: The effects of specific emotions on information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 973-988.

-Tordjman G., (1978) *"Como Comprender las Enfermedades Psicomaticas"* 1ª. Ed. Barcelona, España: Granica Editor, S. A.

-Vázquez, (2002). Dermatitis Atópica. *Mendunab*; 5 (14), 121-132.

-Watson, D y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

-Wittkowski, A. & Richards, H. (2007). How beneficial is cognitive behavior therapy in the treatment of atopic dermatitis? A single-case study, *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 12(4), 445-449.

ANEXO I ESCALA DE ANSIEDAD-TENSIÓN

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una X si actualmente presenta o no el síntoma.

USTED SIENTE LA TENSIÓN, LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD EN:		
La frente	SÍ	NO
La nuca	SÍ	NO
El pecho	SÍ	NO
El estómago	SÍ	NO
La cara	SÍ	NO
Los brazos	SÍ	NO
Las piernas	SÍ	NO

CUANDO ESTÁ USTED TENSO, NERVIOSO O ANSIOSO:		
Suda	SÍ	NO
Su corazón late más aprisa	SÍ	NO
Puede sentir los latidos de su corazón	SÍ	NO
Puede escuchar los latidos de su corazón	SÍ	NO
Se le calienta la cara o se le sonroja	SÍ	NO
Siente frío en la piel y se le humedece	SÍ	NO
Le tiemblan las manos	SÍ	NO

Le tiemblan las piernas	SÍ	NO
Su estómago se le hunde o siente que se le contrae	SÍ	NO
Siente náuseas	SÍ	NO
Se agarra fuerte o aprieta lo que tiene en las manos	SÍ	NO
Se rasca una parte del cuerpo	SÍ	NO
Cuando tiene las piernas cruzadas, mueve el pie de encima	SÍ	NO
Se muerde las uñas	SÍ	NO
Rechina o aprieta los dientes	SÍ	NO
Tiene problemas para hablar	SÍ	NO

ANEXO II INVENTARIO SOBRE SÍNTOMAS DE ESTRÉS

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una X si actualmente presenta o no el síntoma.		
Dolores musculares	SÍ	NO
Cambios de apetito	SÍ	NO
Insomnio y pesadillas	SÍ	NO
Sudoración profusa	SÍ	NO
Náuseas, dolor de estómago e indigestión	SÍ	NO
Rechinar los dientes	SÍ	NO
Dolores de cabeza, mareos	SÍ	NO
Estreñimiento o diarrea	SÍ	NO
Pérdida del deseo sexual	SÍ	NO
Presión alta	SÍ	NO
Garganta y boca seca	SÍ	NO
Irritabilidad o mal humor	SÍ	NO
Letargo o incapacidad para trabajar	SÍ	NO
Manos frías	SÍ	NO
Depresión	SÍ	NO
Miedo, pánico o ansiedad	SÍ	NO
Fatiga, dormir en exceso	SÍ	NO

Hiperventilación o que se corte la respiración	SÍ	NO
Incremento en el número de accidentes menores	SÍ	NO
Pensamientos de apuro; falta de concentración	SÍ	NO
Aumento de los lapsus de memoria	SÍ	NO
Incremento en la frecuencia de los errores	SÍ	NO
Cambio en las conductas habituales	SÍ	NO
Falta de ganas de jugar o trabajar	SÍ	NO
Sentimiento de desesperación o de inutilidad	SÍ	NO
Pensar constantemente en cosas que no puede cambiar	SÍ	NO
Sentir que el corazón se sale del pecho	SÍ	NO
Tensión muscular, torceduras musculares y tics	SÍ	NO

ANEXO III INVENTARIO CALIDAD DE VIDA SKINDEX-29

Ítem	Nunca	Rara-mente	A veces	A menudo	Siempre
La piel me duele					
Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño					
Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave					
Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones					
Mi enfermedad de la piel afecta a mi vida social					
Mi enfermedad de la piel me deprime					
Mi enfermedad de la piel quema o escuece					
Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel					
Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel					
La piel me pica					
Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas querida					
Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel					
Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore					
Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad de					

la piel					
Estoy enfadado por mi enfermedad de la piel					
El agua empeora mi enfermedad de la piel (baño, lavado de manos)					
Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto					
Mi piel está irritada					
Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás					
Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas					
Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero					
Estoy frustrado por mi enfermedad de la piel					
Mi piel está sensible					
Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente					
Encuentro humillante mi enfermedad de la piel					
Mi enfermedad de la piel sangra					
Me enoja mi enfermedad de la piel					
Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual					
Mi enfermedad de la piel me produce cansancio					

El Skindex-29 se centra en 3 dimensiones: la funcional (12 ítems), la emocional (10 ítems) y la sintomática (7 ítems). Cada dimensión se obtiene transformando la suma de las respuestas en una escala lineal desde 0 (ausencia de impacto en la calidad de vida relacionada con la salud) hasta 116 (máximo impacto en la calidad de vida). En la escala “nunca” tiene un valor de 0, aumentando en 1 punto por cada nivel (raramente, a veces, a menudo) hasta llegar a 4 con “siempre”.

ANEXO V DINÁMICA

HOJA DE TRABAJO

¿QUÉ ES LO QUE VE?

PROBLEMAS	NECESIDADES/OPORTUNIDADES SOCIALES INSATISFECHOS	PRODUCTOS/SERVICIOS

ANEXO VI REGISTRO DE CREENCIAS IRRACIONALES

CREENCIAS IRRACIONALES	SOLUCIONES RACIONALES



Taller Psicológico

Sabías qué...

Es una enfermedad multicausal asociada directamente con el estrés, la ansiedad y la depresión.

Afectando tu calidad de vida en los siguientes factores

- ◆ Relaciones interpersonales
- ◆ Autoconcepto y autoestima
- ◆ Actividades de la vida cotidiana



na

Si eres mayor de edad, asiste al taller psicológico **“Aprende a manejar tus emociones y mejora tu dermatitis atópica”**

El cual consiste de 10 sesiones, una

¿Qué te ofrece este taller?

A través de la Terapia Cognitiva Conductual se aplicarán técnicas para reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. Lo que llevará a la mejora de la rasquiña, la intensidad y frecuencia de las lesiones.

¡BIENVENIDO!



Pregunta a tu dermatólogo el lugar la hora y la fecha.



¿Padeces Dermatitis Atópica?



Pregunta a tu dermatólogo

ANEXO VIII AUTORREGISTRO DE PRÁCTICA DE RELAJACIÓN

DÍA	CÓMO ME SIENTO ANTES	CÓMO ME SIENTO DESPUÉS

ANEXO IX INSTRUCCIONES DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN (OLIVARES, 2005)

Es importante evitar las interrupciones una vez iniciados los ejercicios de relajación.

La postura idónea para iniciar el entrenamiento en relajación es: sentado cómodamente en un sillón que permita apoyar la cabeza, con toda la espalda descansando sobre el respaldo. Los pies se deberán reposar en el suelo sin hacer ningún tipo de esfuerzo. Los brazos pueden estar apoyados sobre los músculos con las palmas de la mano hacia abajo o bien sobre el descansabrazos.

Este entrenamiento consiste básicamente en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación. Es decir, que aprenderemos a reconocer la tensión en cada parte del cuerpo y a relajarnos. Los mismos músculos que usted tensa deliberadamente son los que se tensan cuando se encuentra nervioso. Si aprende a relajarse y practica siguiendo estas indicaciones, podrá conseguir relajarse en cualquier situación que le provoque malestar.

La relajación es una habilidad que podemos aprender. Sin embargo sin su cooperación activa y su práctica regular, estos procedimientos serán de poca utilidad.

El objetivo de este entrenamiento es ayudarle a aprender a reducir la tensión muscular en el cuerpo, siempre que quiera hacerlo. Para lograrlo le pediré que tense un grupo determinado de músculos, para después relajarlos. Tensar los músculos antes de relajarlos es como dar una salida hacia la relajación profunda a través del momento creado por la liberación de la tensión. Otro motivo para crear y distender la tensión es que le dará una buena oportunidad para centrar su atención y llegar a ser claramente consciente de cómo se siente realmente la tensión en cada uno de estos grupos durante la vida cotidiana. Este procedimiento también le permitirá comparar directamente la diferencia de sensaciones asociadas con la tensión y con la relajación.

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
Extremidades superiores	1°	Mano y antemano dominantes	Apretar el puño dominante
	2°	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra brazo

			del sillón
	3°	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
	4°	Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el brazo del sillón
Cabeza y cuello	5°	Frente	Levantar las cejas
	6°	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	7°	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar
	8°	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja)
Tronco	9°	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos
	10°	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él
Extremidades inferiores	11°	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
	12°	Pierna dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
	13°	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie
	14°	Muslo no dominante	Apretar muslo no dominante contra el

			sillón
	15°	Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba
	16°	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro para curvar el pie

*Méndez y Romero, citados por Olivares (2005)

Otro tipo de relajación es la diferencial, su objetivo es aprender a tensar sólo aquellos músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son necesarios. El resultado es la concientización de que se pueden realizar la mayoría de las actividades de la vida cotidiana con un mínimo de tensión. Para practicarla, no es necesario adoptar la posición típica, que es sentados o acostados con los ojos cerrados. Ésta se puede practicar de pie como lo hicimos en el taller.

Respiración

El objetivo es que se dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para esto se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago. Si se realiza el ejercicio correctamente debe percibirse movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.