

Universidad de Lima
Escuela de Humanidades
Carrera de Psicología



“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS QUE PADECEN DE PSORIASIS EN LIMA METROPOLITANA”.

Tesis para Optar el Título de Licenciada en Psicología

Verónica Hikari Fujiki Pereyra

Código 20080400

Asesora

Roxana Zevallos Vega

Lima – Perú

Octubre de 2016





“Estilos de Afrontamiento en adultos que padecen de Psoriasis en Lima Metropolitana”

Agradecimientos

A Dios por poner en mi camino, en el momento preciso, las situaciones y personas para realizar este trabajo de investigación.

A mi padre, quien nunca se cansó por preguntarme día a día cómo iba mi tesis y a alentarme para culminarla. Gracias papá, aquí está, ¡Vamos con todo!

A mi madre, quien fue el motivo para investigar sobre esta difícil enfermedad. Gracias mamá, ahora te comprendo y sé que puedo ayudarte.

A Ronald, por tu apoyo incondicional y a ti Elsa, un beso al cielo.

Quiero agradecer profundamente a Roxana Zevallos, mi asesora, por compartir tus conocimientos y guiarme en todo este arduo pero gratificante camino.

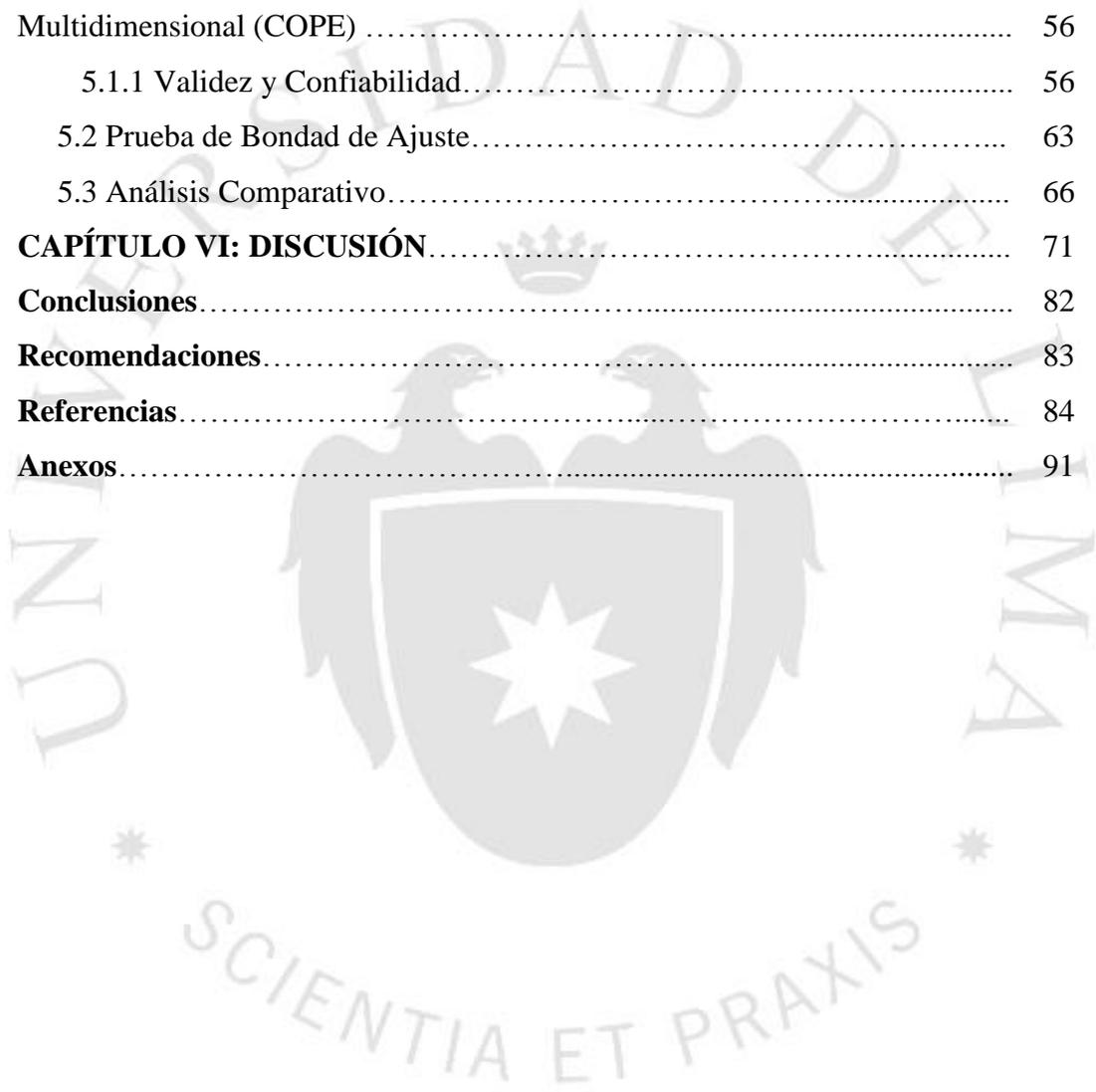
Finalmente, y no menos importante, agradecer infinitamente al profesor Cipriano Olivera por apoyarme siempre e impulsarme a realizar esta investigación.

Gracias a todas las personas que estuvieron involucradas conmigo en el desarrollo de mi tesis.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación y relevancia.....	2
1.3 Limitaciones.....	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO...	4
2.1 Antecedentes del tema.....	4
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	4
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	7
2.2 Base teórica conceptual.....	12
2.2.1 Enfoque Cognitivo – Conductual.....	12
2.2.2 Enfermedades Crónicas Dermatológicas.....	16
2.2.3 La Psoriasis.....	18
2.2.4 Causas de la Psoriasis.....	20
2.2.5 El Estrés.....	23
2.2.6 Estrés y sistema inmunitario en la psoriasis.....	27
2.2.7 Ciclo Vital.....	28
2.2.8 Afrontamiento.....	34
2.2.9 Afrontamiento, edad y género.....	39
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	43
3.1 Objetivo General.....	43
3.1.1 Objetivos Específicos.....	43
3.2 Hipótesis.....	43
3.3 Definición de Variables.....	44
3.4 Definición Operacional de Variables.....	46
CAPÍTULO IV: MÉTODO	47
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	47
4.2 Participantes.....	47
4.3 Técnica de recolección de datos.....	48

4.3.1 Descripción del instrumento.....	48
4.3.2 Estructura del cuestionario.....	49
4.3.3 Características psicométricas.....	51
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	54
4.5 Estrategia de análisis de datos.....	54
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	56
5.1 Análisis psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE)	56
5.1.1 Validez y Confiabilidad.....	56
5.2 Prueba de Bondad de Ajuste.....	63
5.3 Análisis Comparativo.....	66
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	71
Conclusiones.....	82
Recomendaciones.....	83
Referencias.....	84
Anexos.....	91



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1: <i>Escalas de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)</i>	49
Tabla 4.2: <i>Análisis de confiabilidad de las escalas del cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE)</i>	52
Tabla 4.3: <i>Análisis de confiabilidad de las escalas del cuestionario de estilos de afrontamiento reorganizado</i>	53
Tabla 5.1: <i>Análisis Psicométrico de Escala de Afrontamiento Multidimensional agrupando los ítems según estrategias de afrontamiento.</i>	58
Tabla 5.2: <i>Análisis Psicométrico de Escala de Afrontamiento Multidimensional luego de eliminar ítems</i>	59
Tabla 5.3: <i>Análisis Psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional según Estilos de Afrontamiento</i>	61
Tabla 5.4: <i>Versión Final de la Escala de Afrontamiento Multidimensional adaptada para adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana</i>	63
Tabla 5.5: <i>Prueba de Bondad de Ajuste, Medidas de tendencia central y de dispersión en las estrategias de afrontamiento</i>	64
Tabla 5.6: <i>Prueba de Bondad de Ajuste y análisis descriptivos en los estilos de Afrontamiento</i>	66
Tabla 5.7: <i>Prueba U de Mann Whitney para la comparación de las Estrategias de afrontamiento, según el género</i>	68
Tabla 5.8: <i>Prueba U de Mann Whitney para la comparación en los estilos de afrontamiento, según el género</i>	69
Tabla 5.9: <i>Prueba U de Mann Whitney para la comparación de las Estrategias de afrontamiento, entre adultos de edad temprana y edad intermedia</i>	70
Tabla 5.10: <i>Prueba U de Mann Whitney para la comparación en los estilos de afrontamiento del cuestionario de afrontamiento entre adultos de edad temprana y edad intermedia</i>	7

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representación gráfica de los promedios obtenidos en las escalas del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE) 66

Figura 2: Representación gráfica de los promedios obtenidos en los estilos de afrontamiento del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE)..... 66



Resumen

El presente estudio tiene la finalidad de conocer los estilos y estrategias de afrontamiento en adultos con psoriasis en Lima Metropolitana. Asimismo se pretende comparar cada estilo de acuerdo al género y la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Los participantes fueron 80 personas de ambos sexos, entre 20 y 65 años con el diagnóstico de psoriasis. El instrumento utilizado fue la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989), adaptada por Cassuso en 1996 y una ficha sociodemográfica.

Se encontró que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción es la más utilizada entre las personas de la muestra, seguido del afrontamiento centrado en el problema y el menos empleado es el estilo de afrontamiento menos útil o evitativo. Las estrategias de mayor preferencia son la “aceptación”, “reinterpretación positiva” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”, mientras que las de menos uso son “negación”, “desentendimiento conductual” y “desentendimiento mental”. Se encontraron diferencias significativas según el género y la edad. Las mujeres prefieren un estilo de afrontamiento centrado en la emoción y emplear estrategias de “acudir a la religión” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”. Por otra parte, los adultos en edad intermedia prefieren usar un estilo de afrontamiento centrado en el problema y un estilo de afrontamiento evitativo; empleando estrategias de “afrontamiento activo”, “planificación”, “postergación del afrontamiento”, “negación”, “religión” y “desentendimiento mental”.

Palabras clave: estilos afrontamiento, psoriasis, ciclo vital, género

Abstract

The present study aims to know the styles and coping strategies in adults with psoriasis in Metropolitan Lima. It also seeks to compare each style according to gender and the stage of development in which they are located. The participants were 80 persons of both sexes between 20 and 65 years old with the diagnosis of psoriasis. The instrument used was the Multidimensional Coping Scale (COPE) of Carver, Scheier and Weintraub (1989), adapted by Cassuso in 1996 and a sociodemographic tab.

It was found that the coping style focused on emotion is the most used among the people of the sample, followed by the coping focused on the problem and the least used is the coping style less useful or avoidant. The strategies of major preference are the "acceptance", "positive reinterpretation" and "use of emotional social support", while the less use are "denial", "behavioral disengagement" and "mental disengagement". Significant differences were found according to gender and age. Women prefer a coping style focused on the emotion and use strategies of "religious coping" and "use of emotional social support ". On the other hand, intermediate-age adults prefer to use a coping style focused on the problem and a coping style avoidant; using coping strategies of "active coping", "planning", "postponement of coping", "denial", "religious coping" and "mental disengagement".

Key words: coping styles, psoriasis, life cycle, gender

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que produce diversos síntomas como lesiones rojas, escamosas, secas e inflamadas que producen picor, localizándose en la mayoría de casos en los codos, rodillas, tronco y cuero cabelludo. Sin embargo, también puede presentarse en otras partes del cuerpo (Psoriasis Perú, 2011). Se estima que afecta a un 2% de la población mundial y prevalece tanto en hombres como en mujeres por igual. Dicha enfermedad está altamente relacionada con factores psicológicos que lo desencadenan y contribuyen en su desarrollo lo cual obliga al paciente a tener que afrontar diversos cambios en su vida y reajustes psicológicos de gran impacto.

En el Perú, aún es escasa la información que se tiene respecto a la cantidad de personas que tiene psoriasis y menos aún sobre los factores asociados.

El objetivo de la presente investigación se centra en describir los estilos y estrategias de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis con el fin de conocer en profundidad cómo son sus propias conductas de afrontamiento y emplear, en un futuro, estrategias más adecuadas de intervención terapéutica.

Con dicho propósito, en el primer capítulo se presenta el problema identificado que motiva a realizar dicha investigación, algunos lineamientos generales acerca de la enfermedad, su incidencia, posibles causas y las posibles consecuencias que derivan de ésta con la finalidad de plantear la justificación de la misma así como también las limitaciones encontradas.

Seguidamente, en el segundo capítulo, se hace una revisión de los antecedentes tanto nacionales como internacionales relacionados al tema. Se describen las principales propuestas del enfoque cognitivo conductual, marco en el que se basa el instrumento utilizado en la presente investigación. Se define el término de estrés y su relación con el sistema inmunitario y el ciclo vital. Asimismo, se define el afrontamiento desde la propuesta cognitivo – conductual.

En el tercer capítulo, se exponen tanto el objetivo general como los objetivos específicos planteados para la presente investigación; además, se presentan las hipótesis y la definición de variables.

Mientras que, en el cuarto capítulo se detalla la metodología empleada durante la investigación, el tipo de diseño, se resaltan las características más importantes de la

muestra, los instrumentos utilizados en la medición y el procedimiento desarrollado en cada etapa del estudio.

En el capítulo quinto se describen los resultados de la investigación, resaltando los más significativos y siguiendo la lógica de los objetivos planteados.

Finalmente en el sexto capítulo, se elabora la discusión en base a lo encontrado en la investigación para contrastarlo con lo encontrado en investigaciones nacionales e internacionales con el fin de concluir sobre lo observado en la muestra y elaborar recomendaciones que ayuden a estudiar en profundidad el tema.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que evoluciona por crisis, adoptando diversas formas clínicas. Aunque la causa básica aún es desconocida, existen factores predisponentes o potencialmente provocadores como la presencia de antecedentes familiares y efectos ambientales, teniendo dentro de éstos últimos al trauma crónico de la piel, cuadros infecciosos, medicamentos, obesidad, consumo de sustancias, entre otros (Bartolo et al., 2010). Asimismo, se ha encontrado que es una enfermedad que afecta aproximadamente a más de 125 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia global del 2 a 3%. A pesar de que en nuestro país no se cuenta con estudios epidemiológicos al respecto, es motivo de consulta repetida, una de las diez patologías dermatológicas más atendidas en consulta externa y la primera causa de hospitalización en varios hospitales del Perú (Catacora et al., 2007).

Con frecuencia el impacto psicosocial de la psoriasis es mayor que la misma enfermedad ya que afecta no sólo aspectos físicos de la persona sino también sus actividades diarias, sus relaciones interpersonales, la elección de carreras, la decisión de tener hijos y su estabilidad emocional.

Por otro lado, debido a su carácter crónico requiere consultas y medicación frecuentes. En la mayoría de casos es el dermatólogo quien asume la responsabilidad y hace un seguimiento del paciente psoriásico con el fin de ofrecer el mejor manejo integral posible. Sin embargo, las formas de tratamiento son diversas y las mejorías que se producen son usualmente temporales causando gran insatisfacción y frustración tanto para el paciente como para el especialista. Es así que estos tratamientos tienen tolerancia y eficacia limitada e inclusive con efectos secundarios que afecta aún más el estado emocional de quien padece la enfermedad.

De esta manera, se considera relevante conocer los estilos de afrontamiento de las personas que sufren de psoriasis, sus propias conductas de afrontamiento y comprender en profundidad su situación para emplear estrategias más adecuadas de intervención terapéutica. Así, al conocer cómo son los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar la enfermedad, se logrará realizar un trabajo conjunto

entre especialistas de la salud con el fin de velar por el mayor bienestar posible para todos los pacientes con psoriasis.

Por lo expuesto y por la necesidad de ampliar el campo de conocimiento y acción de la psicología de la salud a enfermedades dermatológicas poco estudiadas como es el caso de la psoriasis, surgió la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana?

1.2 Justificación y relevancia

La psoriasis es una enfermedad crónica que con el paso del tiempo evoluciona y se extiende lentamente. Es así que, con frecuencia el impacto es tanto a nivel social como emocional provocando problemas perceptivos y de procesamiento de la información, tensión en las relaciones interpersonales, agresividad e inestabilidad. De esta manera, es importante explorar y conocer cómo las personas en edad temprana o intermedia, que padecen psoriasis la afrontan y cuáles son los factores que influyen en sus acciones de afrontamiento. Este hecho permitirá no sólo identificar la manera en que las personas con psoriasis modulan situaciones estresantes y qué estrategias utilizan para enfrentar la enfermedad sino también brindar herramientas de intervención psicológica. Se podrá contribuir al desarrollo de estrategias de intervención terapéutica que posibiliten un trabajo interdisciplinario que repercuta en el mayor bienestar y mejora de la calidad de vida del paciente con psoriasis. Así, el alcance de esta investigación es de tipo práctica ya que propone describir las estrategias de afrontamiento en personas con psoriasis para posteriormente realizar estrategias de intervención psicológica y dermatológica que les permitan alcanzar mayor bienestar.

1.3 Limitaciones

Existen algunas restricciones que pueden afectar al desarrollo del proyecto, una de ellas es el acceso a la muestra debido a que es difícil encontrar el apoyo de los hospitales e instituciones de la salud para contactar con los pacientes que padecen de psoriasis. Por otro lado, cabe mencionar que en el Perú la investigación sobre psoriasis desde un punto de vista psicológico aún es escasa lo cual puede generar dificultades para plantear los antecedentes del tema y discutir los resultados.

Finalmente, es importante mencionar que se obtuvo la muestra en un evento organizado por la Sociedad Peruana de Dermatología lo cual puede sesgar los resultados debido a que la asistencia de los participantes podría demostrar mayor conciencia de enfermedad, mayor interés por mejorar y adherirse a un tratamiento en comparación a aquellas personas con psoriasis que no asistieron al evento.



CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del tema

2.1.1 Antecedentes internacionales

Se ha encontrado evidencia científica sobre las personas que padecen de psoriasis a nivel internacional, así como también los estilos de afrontamiento en personas con enfermedades dermatológicas crónicas y enfermedades crónicas. Es así que Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz (2015) realizaron un estudio con el objetivo de contrastar el papel mediador de varias estrategias de afrontamiento en la relación entre la percepción de la enfermedad dermatológica y la calidad de vida. Fueron 220 participantes residentes en Islas Canarias, España con edades comprendidas entre 19 y 82 años con enfermedades dermatológicas de baja expresión como: granos, piel sensible, estrías, cicatrices, verrugas y lunares. Se utilizaron cuatro instrumentos de medición. El primer instrumento fue un cuestionario para identificar la sintomatología dermatológica percibida, el segundo instrumento evaluaba el impacto psicológico que tiene la alteración dermatológica, el tercer instrumento valoraba las estrategias de afrontamiento utilizadas para afrontar la alteración dermatológica y el cuarto instrumento evaluaba la calidad de vida del paciente entendida como la satisfacción específica con diferentes aspectos de la vida. Los resultados indican que el afrontamiento es una variable de gran influencia en la percepción de calidad de vida y en la respuesta a la enfermedad. Sin embargo, no todas las estrategias de afrontamiento median de igual manera la percepción de la enfermedad sobre la calidad de vida. Se ha observado que la estrategia de pensamientos positivos contribuye a mantener la calidad de vida, a pesar de que la persona perciba el daño dermatológico, por el contrario, los pensamientos desiderativos contribuyen a disminuir la calidad de vida de los pacientes que perciben el mismo problema. Asimismo, se obtiene que las estrategias de afrontamiento como búsqueda de soluciones, búsqueda de apoyo, búsqueda de información y distanciamiento no actúan como estrategias de afrontamiento mediadoras de la calidad de vida. Estos resultados indicarían que realizar conductas dirigidas a obtener ayuda profesional, a lograr la comprensión y apoyo de otras personas, a ampliar el conocimiento del problema o separa el problema de otros ámbitos de la vida difícilmente modifican las consecuencias psicológicas de la enfermedad y calidad de vida. Sin embargo, es importante mencionar que estas estrategias se caracterizan por tener una orientación conductual, muy diferente a las estrategias que sí tienen un rol mediador que son las cognitivas (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015). Estos resultados

pueden explicarse porque las alteraciones dermatológicas estudiadas son de baja expresión sintomatológica, de manera que el uso de estrategias cognitivas de afrontamiento puede ser suficiente para relativizar el efecto de la enfermedad sobre la calidad de vida. De esta manera, se concluye que cuando una persona tiene una alteración dermatológica de baja expresión sintomatológica, es el impacto psicológico y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento lo que va a determinar su calidad de vida.

Por otro lado, Martín et al. (2010), realizaron un estudio en pacientes con psoriasis para comprobar si existe alguna variable de estilo de personalidad implicada en el desarrollo o mantenimiento de la enfermedad. Para ello, se comparó una muestra de 36 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con psoriasis con una población normal no dermatológica. La muestra fue formada por pacientes con psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, España. Se utilizaron ciertos criterios de inclusión para la muestra, los participantes deberían ser diagnosticados por un dermatólogo especialista y no deberían tener ningún trastorno psicológico o neurológico severo. Para evaluar los estilos de personalidad se utilizó el Inventario de Personalidad de Millon (MIPS), el cual analiza 24 dimensiones de personalidad y cuenta con un índice de ajuste que informa el grado de adaptación de una persona a su entorno. Luego se utilizó un baremo de población adulta normal para establecer las comparaciones de medias entre las muestras. Los resultados muestran que existen diferencias de personalidad entre la muestra normal y las personas con psoriasis en las siguientes variables: individualidad, protección, intuición, innovación, dominio y aquiescencia. Respecto a los estilos cognitivos que presentan los pacientes de psoriasis encontramos que la escala de intuición está disminuida, lo que indica que son personas más orientadas cognitivamente hacia los aspectos concretos, más a los abstractos. Además, cuentan con una menor tendencia a utilizar los esquemas cognitivos de formas novedosas o creativas. En cuanto a las conductas interpersonales se encontró que estas personas presentan menos discrepancia que la muestra de referencia, son personas menos dominantes y más aquiescentes. Dentro de la dimensión de metas motivacionales se encontró que las personas con psoriasis presentan tendencia a mostrar refuerzo externo, orientados a los deseos de los demás, más que a los suyos propios. Esta tendencia queda reforzada por encontrarse disminuida su orientación a sus propias metas y a basarse más en los demás. En general, estas personas tienden a buscar la unión con su entorno, presentando poca discrepancia o disonancia con las opiniones de los demás con el fin de buscar puntos de

unión con el otro. Pueden resultar ser más dependientes, poco dominantes y sin iniciativa u opiniones propias. Los resultados también indican que poseen un perfil de personalidad más desajustado, lo que se ha relacionado con una menor satisfacción con la vida. En la muestra estudiada, se encontró que existe la tendencia a tratar de disminuir el grado de distancia o disonancia lo cual podría explicarse como una tendencia protectora a ser rechazados o discriminados por los demás. De esta manera, los resultados confirman que existen diferencias de personalidad entre las poblaciones sin patología cutánea y con psoriasis siendo el índice de ajuste un indicador de riesgo o vulnerabilidad del perfil de personalidad encontrado.

En Ecuador, Núñez (2015), realizó una investigación a 50 personas entre 25 y 45 años que acuden a un consultorio dermatológico para determinar si el estrés tiene relación con las enfermedades dermatológicas, identifica el porcentaje de las personas que presentan un riesgo potencial para adquirir enfermedades psicosomáticas producto del estrés y detectar la enfermedad dermatológica más frecuente en los pacientes. La autora utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de estrés de Holmes y Rhae. Los resultados indican que si existe una relación entre el estrés y las enfermedades dermatológicas en los pacientes de 25 a 45 años. Asimismo, mediante la escala de estrés aplicada, se identificó que el 34% de la población presenta un riesgo leve de adquirir una enfermedad como consecuencia del estrés, el 38% presenta un rasgo moderado y el 28% presenta un riesgo elevado. Además se pudo constatar que la sintomatología más común es la descamación de la piel en un 38%, así mismo la parte del cuerpo más afectada es el rostro en un 42%, el diagnóstico más común es la dermatitis atópica con un 38%, mientras que el 40% de la población tiene otro diagnóstico que pueden ser, vitiligo, pre psoriasis, entre otras. Finalmente, se encontró que el 58% de la población tiene una enfermedad dermatológica debido al estrés, el 86% de la población tiene un tratamiento solamente farmacológico para su enfermedad, mientras que tan solo el 10% recibe ayuda psicológica.

Vinaccia et al. (2008), evaluaron las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la ansiedad-depresión y el apoyo social en pacientes con diagnóstico de psoriasis vulgar leve en la ciudad de Medellín. Para ello, trabajaron con 55 pacientes voluntarios entre 14 y 61 años de ambos géneros. Se utilizó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y la Escala de Apoyo Social (AS). Concluyeron que los pacientes con

psoriasis leve cuentan con una calidad de vida favorable, exhibieron síntomas de bajo afecto positivo y desesperanza, hiperventilación fisiológica e incertidumbre relacionados con la ansiedad. Además, encontraron que la enfermedad estaba asociada con una variedad de problemas psicológicos, incluyendo baja autoestima, disfunción sexual, ansiedad, depresión e ideas suicidas. Finalmente, respecto al apoyo social, se halló que los pacientes tenían una percepción positiva en cuanto a la disponibilidad de personas en su entorno que le podrían brindar ayuda práctica o apoyo emocional en las áreas afectivas, económico, laboral y familiar. De esta manera, diversos factores psicosociales se asocian con la psoriasis y apoya la hipótesis de que contribuye a mejorar el curso clínico.

Sampogna et al. (2006), llevaron a cabo una investigación en Italia con pacientes diagnosticados de psoriasis con el fin de evaluar el impacto en su calidad de vida. Aplicaron un Cuestionario Dermatológico de Calidad de Vida, el Índice de Inhabilidad de Psoriasis, el Cuestionario de Impacto de la Psoriasis y un Cuestionario para medir la calidad de vida general (SF-36). Encontraron que la calidad de vida asociada a funciones físicas era similar a enfermedades que producen poco impacto en la salud pero que la salud mental estaba muy deteriorada, semejante a la de pacientes con enfermedades psiquiátricas. Plantearon que la calidad de vida en personas que padecen psoriasis difiere de acuerdo al área afectada por la enfermedad. Del mismo modo, Fortune et al. (2002), desarrollaron en el Reino Unido una investigación de pacientes con psoriasis para evaluar la contribución relativa de variables médicas, de percepción de enfermedad, de afrontamiento y alexitimia a la variación en estrés, angustia e inhabilidad en pacientes con esta enfermedad. Se les aplicó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Penn State Woeey Questionnaire (PSWQ), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), el Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI). Concluyeron que los factores cognitivos del estrés, la angustia y la inhabilidad son variables psicológicas significativas en pacientes con psoriasis.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Debido al escaso campo de investigación sobre la psoriasis y factores psicológicos en el Perú, se consideró la opción de presentar investigaciones relacionadas a algunas variables como el instrumento de evaluación “Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y las edades de los participantes.

De esta manera, se encontró que Solano (2012) estudió la relación entre la percepción del dolor, el bienestar psicológico y los estilos de afrontamiento y el nivel de sintomatología depresiva en personas con artritis reumatoide. Para ello, tomó una muestra de 45 personas de ambos sexos con dicha enfermedad, con edades entre 28 y 83 años. Se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico propuesta por Carol Ryff en 1989, el Cuestionario de estimación del afrontamiento propuesta por Carver, Scheier y Weintraub en 1989, la Escala visual- analógica numérica para evaluar el dolor y el Inventario de Depresión de Beck II propuesta por Beck, Steer y Brown en 2006. Los resultados indicaron que no existen relaciones significativas entre la percepción del dolor y las variables sociodemográficas y médicas. Sin embargo, se observó que la percepción del dolor, se reporta en rangos moderados al relacionarse con la mayoría de las variables ya mencionadas. Por otro lado, se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre el bienestar psicológico, en especial en las dimensiones de relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación, y el grado de instrucción. La dimensión con mayor puntaje es la de relaciones positivas y la de menor puntaje es el de dominio del entorno. En relación al afrontamiento y las variables tanto sociodemográficas como médicas se encontraron diferencias significativas directas entre la estrategia de afrontamiento de acudir a la religión y la variable de religión. También, se registraron diferencias inversas entre la estrategia de negación y la comorbilidad, entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y el tiempo de diagnóstico. Esto implica que mientras mayor es la vivencia religiosa, más se usa la estrategia de acudir a la religión y si las personas con artritis reumatoide padecen otras enfermedades asociadas, usan menos la estrategia de negación y a mayor tiempo con el diagnóstico hay menor uso de la estrategia enfocar y liberar emociones. Asimismo, se observó que el estilo de afrontamiento más utilizado es el afrontamiento enfocado en la emoción, seguido del afrontamiento enfocado en el problema y al último el estilo evitativo del afrontamiento. Además, las estrategias de afrontamiento más usadas fueron acudir a la religión y la aceptación; mientras que las estrategias menos usadas fueron el desentendimiento conductual y el soporte social por motivos emocionales. Se encontró que aproximadamente el 60%, presentó una mínima cantidad de sintomatología depresiva, el 18% una sintomatología depresiva leve, el 15% moderada y el 7% severa. Por último, al evaluar las relaciones existentes entre la percepción del dolor con el bienestar psicológico, los estilos de afrontamiento y el nivel de depresión en los pacientes con

artritis reumatoide, se encontraron algunas correlaciones moderadas. Entre el afrontamiento y la percepción del dolor, existen relaciones directas entre el estilo de afrontamiento enfocado en el problema y las estrategias de supresión de actividades competentes y postergación. Esto implica que cuando la persona busca solucionar su dolor enfocándose en tomar alguna medida para eliminarlo, percibe más dolor. Además, se encontró una relación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones lo que significa que mientras más dolor se reporta, menor es la tendencia a centrar la atención en las emociones negativas experimentadas y expresadas.

Soto (2010), realizó una investigación sobre “Síntomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama” con la intención de describir la relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento. Su muestra estuvo conformada por 53 mujeres con edades entre 40 y 75 años. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados indicaron que, de acuerdo al BDI-II, aproximadamente un 50% de la muestra presenta un nivel mínimo de depresión, el 23% un nivel leve y un 13% un nivel moderado y severo respectivamente. También, se encontró mayor tendencia a la utilización de un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y una menor tendencia al uso de un estilo evitativo. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la estrategia emocional “acudir a la religión”, es la de mayor media muestral, mientras que el desentendimiento conductual dentro del estilo evitativo se presenta como la menos empleada por los participantes. Respecto a las variables sociodemográficas y los estilos de afrontamiento, se encontró que la condición de filiación a un sistema integral de salud marcó diferencias significativas en los puntajes para los estilos y estrategias de afrontamiento. Es decir, se encontró un mayor uso de un estilo evitativo y de la estrategia de desentendimiento mental en el grupo afiliado a un sistema de salud en comparación al grupo que no lo tenía. Dentro de las variables de enfermedad se encontró diferencias para el estadio clínico donde se observó que las estrategias de supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento y el apoyo social instrumental correspondientes al estilo de afrontamiento enfocado en el problema, son los más empleados por los pacientes en estadio clínico III, en comparación a las que presentaban estadio clínico II de la enfermedad. Asimismo, la variable tipo de cirugía fue significativa para la muestra ya que se encontró un mayor uso de las estrategias emocionales como aceptación y acudir a la religión en las pacientes sometidas a mastectomía radical sin reconstrucción en comparación con las de grupo de conservación. Finalmente, se

encontró una correlación directa grande entre los puntajes del BDI- II y el COPE lo cual podría indicar que a mayor severidad de sintomatología depresiva presente en la muestra de estudio, mayor será la tendencia en ésta a emplear un estilo de afrontamiento evitativo frente a situaciones percibidas como conflictivas o estresantes. Dentro de la línea evitativa, se encontró una correlación directa grande entre los puntajes para el BDI II y la estrategia de enfocar y liberar emociones, así como una correlación mediana entre la misma escala de depresión y la estrategia de desentendimiento conductual. También, se observó que los puntajes del BDI II y la estrategia apoyo social emocional correlacionaron significativamente con la muestra. De esta manera, se puede decir que las pacientes que presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva, tendieron a una mayor utilización de la búsqueda de soporte por razones emocionales al momento de tener que enfrentarse a situaciones percibidas como estresantes.

Por otro lado, Quiroz (2008) realizó una investigación sobre estilos de afrontamiento en pacientes hipertensos y normotensos del Hospital Nacional de Policía del Perú. Sus objetivos fueron analizar la relación entre los estilos de afrontamiento de las personas hipertensas, estudiar los estilos de afrontamiento de las personas hipertensas de acuerdo al género de la persona y analizar la relación existente entre las características demográficas y los estilos de afrontamiento de ambos grupos. Para ello, utilizó como instrumento la “Escala Multidimensional de evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989), en su versión adaptada por Cassuso en 1996. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 154 participantes entre los 50 y 80 años.

Los resultados indican que las personas con hipertensión arterial utilizan mayor frecuencia de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en comparación de las personas normotensas. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y los estilos de afrontamiento menos útiles de hipertensos y normotensos. Tampoco se encontraron diferencias significativas de género en ninguno de los estilos de afrontamiento. Sin embargo, se encontró que las personas hipertensas utilizan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción a diferencia de las personas normotensas. Por otro lado, se encontró que las personas con un nivel educacional elevado utilizan con menor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y los menos útiles indistintamente si son hipertensos o normotensas. Además, mientras más tarde es el diagnóstico de hipertensión la persona utiliza los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y menos útiles. El momento

de diagnóstico y la edad son variables importantes en el manejo del estrés, cuanto menos edad posee la persona al debutar como hipertensa, menor es la capacidad de afrontamiento que posee, en cambio cuanto más adulta es mayor su capacidad de afrontar situaciones estresantes, ya que si una persona logra resolver de manera victoriosa el acontecimiento estresante, repetirá la estrategia en situaciones similares de lo contrario, seguirá probando dentro de su repertorio de estrategias hasta que una de ellas le dé resultado. También se encontró que existe una relación directa entre las personas que conviven con su cónyuge o hijos y la manera en que afrontan el estrés (estilos de afrontamiento centrados en el problema y centrados en la emoción). Finalmente, se encontraron diferencias entre los estilos de afrontamiento de las personas que poseen hipertensión arterial y los normotensos y que ellos se ven influenciados por otros factores como la edad de aparición de la enfermedad, nivel de educación, y las redes sociales en los que están inmersos. Es así que las personas con hipertensión arterial poseen una alta vulnerabilidad al estrés condicional por los estilos de vida que llevan.

Cassaretto y Paredes (2006), se enfocaron en identificar y describir los principales estilos de afrontamiento empleados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Para ello, participaron 40 pacientes mayores de 20 años aceptados al programa de trasplante de riñón de un hospital de seguro social peruano. Utilizaron una encuesta personal y el Inventario sobre Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Carver, Scheier & Weintraub (1989). Se encontró que el estilo de afrontamiento más usado por este grupo de personas es el centrado en la emoción, le sigue el estilo centrado en el problema y en último lugar es el estilo menos útil. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva son las más usadas por estas personas. De esta manera, responder a las demandas emocionales usando esta estrategia permitirá proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo futuro. Por otro lado, se encontró que las estrategias de menor uso fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades y desentendimiento cognitivo. Asimismo, se encontraron diferencias de género significativas. Los hombres utilizaron las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo más veces que las participantes mujeres. Los participantes de provincia usaron las estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo; así como también el estilo centrado en la emoción más veces que los participantes limeños. También, los participantes residentes en provincia hicieron mayor uso de la estrategia de acudir a la religión que los residentes

en Lima. De acuerdo a las diferencias en el uso de estrategias y los estilos de afrontamiento según la enfermedad se encontró que los participantes que cambiaron su tratamiento usaron en mayor medida la estrategia de enfocar y liberar emociones que aquellos que nunca cambiaron de tratamiento.

Cruz y Urquiaga (2006), realizaron un estudio con el fin de determinar si existe una relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la personalidad tipo A (competitivos, impacientes, hostiles y vigorosos) en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Víctor Lazarte de la ciudad de Trujillo. Para ello, reunieron a pacientes de ambos sexos de 40 a 70 años de edad. Aplicaron el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE) y el Cuestionario de personalidad Tipo A de Eysenck y Fulker. Los resultados indican que sí existe relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la personalidad tipo A en los pacientes con hipertensión arterial. Asimismo, existe relación entre la personalidad tipo A y los estilos de afrontamiento enfocados en el problema y centrados en la emoción. Sin embargo, no existe relación significativa entre la personalidad tipo A y los estilos de afrontamiento menos útiles en pacientes con hipertensión arterial.

2.2 Base Teórica Conceptual

A continuación se plantea la estructura y conceptos básicos del enfoque cognitivo-conductual como sustento del modelo transaccional de Lazarus y Folkman quienes proponen que el ambiente y la persona mantienen una relación dinámica, recíproca y bidireccional a través de procesos cognitivos (Oblitas, 2004).

2.2.1 Enfoque Cognitivo – Conductual

El modelo cognitivo – conductual se originó en 1956 con los aportes de Albert Ellis en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y Aaron T. Beck en la Terapia Cognitiva (TC). Estas terapias comenzaron a ganar prestigio ya que obtenían resultados como demandaba la terapia conductual y luego, cuando se dio el giro cognitivo a la psicología, estas terapias influyeron en la terapia de conducta (Pérez, 2008).

El enfoque cognitivo- conductual, combina los modelos de la teoría del aprendizaje y el procesamiento de la información con el fin de explicar cómo se establecen las conductas en el ser humano. Al integrar las teorías conductual y cognitiva, se consideran los factores internos y externos de la persona (Ruiz et al., 2012). Es así que

se combinan los elementos teóricos del modelo conductual y del modelo cognitivo, los cuales serán descritos a continuación.

El modelo cognitivo, tal y como lo propone Beck (2000), plantea la hipótesis de que las percepciones que tiene las personas sobre las experiencias que vive influyen tanto en sus emociones como en sus comportamientos. Es así que, no son las situaciones mismas las que generan las emociones o conductas sino el modo en cómo se interpretan dichas situaciones. Los sentimientos y comportamientos de las personas surgen con su forma de pensar e interpretar una situación. Es así que las respuestas emocionales y conductuales están condicionadas por las interpretaciones de la persona. Dentro de este modelo, las creencias y pensamientos juegan un rol importante. Por ejemplo, en una situación específica, son las creencias subyacentes las que influyen sobre las percepciones y estos a su vez, inciden sobre las emociones y conductas. (Beck, 2000).

Por otro lado, el modelo conductual, establece la importancia del uso de principios del aprendizaje para modificar conductas desadaptadas. De esta manera, los hábitos desadaptados son debilitados y eliminados mientras que los adaptados son reforzados (Reynoso & Seligson, 2005). Este modelo propone una gran cantidad de técnicas específicas siguiendo principios psicológicos para tratar la conducta humana desadaptada. Además, utiliza un conjunto de procedimientos clínicos los cuales proceden de descubrimientos experimentales de la investigación psicológica. La mayor parte de las conductas desadaptadas se originan de experiencias fallidas en el aprendizaje o de una escasa motivación para cambiarlas (Reynoso & Seligson, 2005).

Es así que la ciencia psicológica ya no estaría determinada solo por la psicología del aprendizaje, sino también, por el procesamiento de la información. Además, tuvo el aporte de muchos otros teóricos de la época entre ellos Lazarus quien fue uno de los primeros en argumentar que “los principios de aprendizaje eran insuficientes y habría que interesarse en otras áreas como las emociones y pensamientos (Ruiz et al., 2012). Es así que durante esta etapa, se consideró la cognición como la causa principal de la conducta y como consecuencia la causa y explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos (Mañas, 2007). Sin embargo, el desarrollo del modelo cognitivo-conductual, se basa en mucho más que el descubrimiento de un nuevo método de intervención sino que, también, es producto de una epistemología sobre la naturaleza del ser humano. Su meta es

incrementar las destrezas de la persona para que pueda manejar con mayor efectividad las exigencias de la vida diaria manteniendo una sensación de control, autoeficacia y aceptación (Cadena, 2012).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) entiende que las cogniciones son las causas de los problemas emocionales y conductuales. De esta manera, tanto el objetivo principal como las técnicas de intervención se centraron en los pensamientos o cogniciones. Es así que se estableció la siguiente premisa: “Si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta” (Mañas, 2007). Como consecuencia se considera que “Todo aquello que genere malestar, tiene que ser rápidamente erradicado a través de todos los medios disponibles, sobretodo del empleo de estrategias cognitivas” (Mañas, 2007). Es así que los modelos cognitivo-conductuales señalan la importancia de los factores cognitivos como mecanismos de la eficacia en los cambios de conducta. De esta manera, se desprenden 5 supuestos característicos ante los cuales, generalmente, la persona emite una respuesta (Cadena, 2012):

- Ambiente: son aquellos estímulos que están presentes en el medio ambiente. Son los acontecimientos y circunstancias que ocurren fuera del individuo. En este ambiente están las personas con las que se relacionan y comparten.
- Emociones: son respuestas afectivas que se experimentan en el cuerpo y en donde se involucran factores que también influyen como el sistema neurológico, fisiológico y endocrino.
- Reacciones físicas: es el impacto que tienen las emociones, pensamientos y conductas sobre todo el cuerpo.
- Conducta: se refiere a las ejecuciones observables.
- Pensamientos: es aquello que pasa por la mente, pueden ser ideas, creencias, puntos de vista, imágenes y razonamientos que están relacionados con el exterior o con uno mismo.

Los cambios en nuestros pensamientos afectan las conductas, emociones, reacciones físicas y llevarían a cambios en el ambiente social. De esta manera, el entendimiento de cómo estos cinco supuestos interaccionan puede ayudar a entender los problemas de la vida diaria (Cadena, 2012).

Las reacciones que se manifiesta ante diversas situaciones, tiene como base las actividades de la vida diaria de una persona, partiendo desde la infancia y adolescencia donde muchas de las reacciones son aprendidas por los familiares y personas más cercanas o directas del menor. Ya en la vida adulta, las presiones sociales, familiares e incluso personales que forman parte del día a día, serán también bases para dar forma a aquellas conductas o maneras de reaccionar ante cualquier situación (Cadena, 2012). Debido al éxito de su tratamiento, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más significativa dentro de los tratamientos psicológicos ya que han probado su eficacia en relación con la medicación (Pérez, 2008). Según Hayes (Mañas, 2007), estas terapias han resultado muy efectivas en una variedad de problemas psicológicos.

Desde un punto de vista fenomenológico se pueden señalar cuatro rasgos obvios de la Teoría Cognitivo Conductual en la actualidad (Ruiz et al., 2012):

Primero, es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tiene poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

Segundo, al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.

Tercero, la TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

Cuarto, posee en esencia un carácter auto- evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje de la TCC y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual (Ruiz et al., 2012).

2.2.2 Enfermedades crónicas dermatológicas

Desde la década de los 80, la psicología de la salud se ha interesado por estudiar los factores psicológicos que intervienen en las enfermedades de la piel como vitíligo, urticaria, acné, psoriasis, dermatitis, entre otros. Las manifestaciones clínicas de las enfermedades de la piel son muy variadas, sin embargo, las indagaciones de los dermatólogos enfatizan, cada vez más, en el rol que cumplen los factores psicológicos en la génesis, mantenimiento y consecuencias de las patologías dermatológicas (Antuña-Bernardo et al., 2000).

Diversos estudios han confirmado la existencia de sintomatología depresiva en pacientes dermatológicos afectando varias actividades de la vida cotidiana en los pacientes. Si bien es cierto no existe un perfil psicológico de personalidad homogéneo para los pacientes dermatológicos, ciertas patologías sí han presentado algunos rasgos característicos como la psoriasis, la herpes y rosácea. Así, los pacientes con psoriasis manifiestan puntuaciones elevadas en las categorías de extraversión y ansiedad-estado, mientras que los pacientes con herpes presentan puntuaciones altas en neuroticismo y psicoticismo y los sujetos con rosácea destacan por puntuaciones altas en ansiedad-rasgo (Antuña-Bernardo et al., 2000).

Por otro lado, existen investigaciones que evidencian mayor ocurrencia de patologías dermatológicas de evolución más crónica entre pacientes deprimidos. Es así que, aquellos pacientes con psoriasis, vitíligo, dermatitis y alopecia manifiestan diferentes grados de depresión. Asimismo, la depresión se encontró relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad de la piel. Al tener mayor tiempo de evolución de la enfermedad muestra mayor probabilidad de estar en depresión, tal y como lo demuestran diversas investigaciones en pacientes con enfermedades crónicas dermatológicas como la psoriasis, urticaria crónica y la dermatitis. Se han identificado también, factores individuales asociados a la depresión como la pérdida del trabajo, pérdida de seres queridos y antecedentes personales de la depresión lo cual indica la importancia de explorar estas variables e intervenir de manera preventiva en estos pacientes para ayudarlos en su capacidad de afrontamiento (Peñuela et al., 2004).

La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional que obliga a un cambio en los estilos de vida de una persona y tiende a persistir a lo largo de la misma (Díaz, Latorre y Álvarez-Linera, 2015). Además, existe una serie de factores que juntos desencadenan la enfermedad como: el ambiente, el estilo de vida y hábitos, la

herencia, los niveles de estrés y la calidad de vida. La salud es un elemento clave en la calidad de vida, en especial cuando se padece una enfermedad con sintomatología severa o crónica. Esta premisa también se aplica a los problemas dermatológicos. De esta manera, el estado de la piel influye en las rutinas diarias, la autoestima y la calidad de vida de las personas (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015).

La calidad de vida relacionada con la salud, ha sido definida como las reacciones y percepciones que tienen los pacientes respecto a su salud en relación al área física, psicológica y social. Dichas áreas pueden ser evaluadas a nivel objetivo y subjetivo; sin embargo, la percepción subjetiva de la enfermedad es lo que determina la calidad de vida experimentada en la persona en relación con la salud. Es así que la percepción de la enfermedad juega un rol importante en el tipo de valoraciones que los enfermos hacen de su sintomatología, la relación con los profesionales de la salud, la respuesta y adhesión al tratamiento y la reacción ante los síntomas que experimentan y perciben. La enfermedad adquiere sentido y significado para la persona a partir de la representación que se hace de la misma (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015).

Según Díaz, Latorre y Álvarez-Linera (2015), la mayoría de enfermedades crónicas afecta varios aspectos importantes en la vida de las personas que la padecen. Uno de los principales cambios que genera mayor deterioro es el estado emocional debido a que la persona se ve obligada a atravesar por un proceso de adaptación muy rápido donde experimenta varias etapas de emociones negativas. Además, algunos de los tratamientos generan diversas manifestaciones físicas y desagradables.

Continuando con los aportes de dichos autores, el proceso de adaptación de una persona con una enfermedad crónica va a depender de su personalidad, las estrategias de afrontamiento, el tipo de recursos internos o externos y el soporte emocional. Además, van a influir las manifestaciones físicas, el curso de la enfermedad, su pronóstico y la relación que haya percibido con el personal sanitario (Díaz, Latorre y Álvarez-Linera, 2015).

Lazarus y Folkman (Díaz, Latorre y Álvarez-Linera, 2015), plantean que las reacciones habituales del paciente una vez que conoce el diagnóstico suele ser la negación. Dicho fenómeno cumple para el enfermo una función protectora ya que reduce los niveles de estrés. Es así que, se considera que la negación desempeña un rol importante en el manejo de la enfermedad ya que disminuye el nivel de estrés en el paciente y permite un mejor proceso de adaptación a la enfermedad.

2.2.3 La Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de zonas de inflamación de color rojizo que se cubren de una especie de escamas y surgen sobre todo en codos, rodillas, cuero cabelludo y parte inferior de la espalda. Evolucionan por brotes o crisis, con épocas de reagudización que alternan con otras de menor actividad (Solano, 2012). Es de causa desconocida pero al parecer, influyen factores inmunitarios, genéticos, psicosomáticos, ambientales y bacteriológicos (Obregon, 2007). No es una enfermedad infrecuente ya que afecta a 8 de cada 100 personas y puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, lo más frecuente es que se manifiesta entre los 15 y 35 años. Sus brotes pueden ser bruscos o graduales, alcanzando gran extensión y afectando no sólo diversas zonas del cuerpo sino también la personalidad del afectado (Solano, 2012).

Los principales síntomas son los siguientes: área rosada o roja en la piel, cubierta de manchas blancas escamosas, dolor y picor en el área con ronchas en diversas partes del cuerpo. En la psoriasis el recambio de las células de la epidermis se produce en 4 días, en lugar de 25 a 30 días habituales; es decir, el cambio es siete veces más rápido de lo esperado, por lo que las células muertas persisten formando grandes escamas y produciendo las lesiones cutáneas que pueden ser desde leves a moderadas y graves. Es una patología imprevisible con periodos libres de enfermedad y agravamientos de aparición y duración muy variables de acuerdo al organismo de cada persona (Vinaccia et al., 2008). La psoriasis aparece por una hiperproliferación y diferenciación anormal de los queratinocitos epidérmicos y la infiltración de células inmunes. Los queratinocitos son las células predominantes de la piel que contiene una proteína llamada queratina, estimula el crecimiento de células en la piel y están en constante renovación (Cortijo et al., 2004). Las células inmunes activadas son las encargadas de regular un complejo conjunto de reacciones inflamatorias en la piel, sin embargo, como en la psoriasis la renovación de la epidermis se produce a una velocidad mayor a la normal, se produce la aparición de escamas e inflamaciones (Martín et al., 2010).

Además, la psoriasis puede asociarse a otras enfermedades como la obesidad, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, perfil lípido aberrante, síndrome metabólico y un elevado riesgo cardiovascular (Ponce-Rodríguez & Mendoza, 2012). Es así que diversas investigaciones sugieren que estas enfermedades comparten un vínculo causal y sinérgico que favorece el desarrollo de aterosclerosis y enfermedades autoinmunes como

facetas de un trastorno sistémico inflamatorio. Como señalan Ponce-Rodríguez y Mendoza (2012), existe un instrumento para determinar el índice de severidad y área de psoriasis (PASI) el cual evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área comprometida. La puntuación va de 0 a 72, se considera leve si es menor de 20, moderado si oscila entre 21 a 50 y severo si obtiene entre 51 a 72. El PASI es de gran ayuda para la decisión terapéutica y controles posteriores. De esta manera, del 25 al 35% de pacientes el cuadro clínico puede ser de moderado a severo, con diferentes grados de afectación y discapacidad física, dependiendo de la extensión y la intensidad de las manifestaciones clínicas que va afectando la calidad de vida de los pacientes (Obregon, 2007).

Epidemiología de la Psoriasis

La psoriasis afecta a ambos sexos por igual y puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, suele aparecer por primera vez entre los 15 y 25 años de edad. Según Solano (2012), la prevalencia de psoriasis en la población occidental se estima alrededor del 2 al 3%. La prevalencia de la psoriasis entre los 7.500.000 pacientes que se registraron con un médico general en el Reino Unido fue del 1.5%, mientras que en una encuesta llevada a cabo en Estados Unidos, se encontró una prevalencia de 2,1% entre los adultos.

En el Perú aún no existen datos epidemiológicos nacionales respecto a la psoriasis.

Tipos de Psoriasis

Existen diversos tipos de psoriasis:

- Psoriasis en placas o vulgar: es la forma más común, manifestándose en más del 80% de los pacientes. Se presenta con la aparición de placas escamosas en codos, rodillas, tronco y manos, afectando también las uñas y el cuero cabelludo (Cortijo et al., 2004).
- Psoriasis pustulosa: se caracteriza por la aparición de lesiones con pus que puede estar localizada en algunas partes del cuerpo y es conocida como psoriasis pustulosa localizada o puede estar distribuida en todo el cuerpo conocida como psoriasis pustulosa generalizada. Genera grandes pérdidas de líquidos por la piel y el riesgo de contraer infecciones es elevado. Asimismo, es poco frecuente pero el más severo ya que requiere internación (Solano, 2012).

- Psoriasis del cuero cabelludo: se caracteriza por la aparición de placas en el cuero cabelludo pero puede afectar también zonas de la cara (Solano, 2012).
- Psoriasis ungueal: es un tipo de psoriasis que afecta las uñas produciendo deformación en la uña (Solano, 2012).
- Psoriasis inversa: se caracteriza por formarse en las zonas de pliegues cutáneos como las axilas, entre los glúteos, ombligo, entre las mamas, en la zona inguinal, entre otros (Solano, 2012).
- Psoriasis en gota: También existe la psoriasis en gota, la cual se presenta en pequeñas lesiones múltiples, rojas, milimétricas con escamas blanquecinas, de aparición brusca, generalmente en niños y adolescentes, posteriores a un proceso infeccioso viral superior y se ubican en el tronco y extremidades (Psoriasis Perú, 2011).
- Psoriasis artrítica: es un tipo de dolor producido por la psoriasis en las articulaciones. Puede manifestarse en la parte baja de la espalda, dedos, caderas, rodillas, muñecas, codos, etcétera e incluso los ojos pueden presentar inflamación (Solano, 2012).

2.2.4 Causas de la Psoriasis

Aunque aún no se sabe el origen exacto que provoca la psoriasis, varias investigaciones han demostrado que los factores externos e internos juegan un papel importante como:

a) La alimentación

La alimentación puede ser fundamental en la prevención y tratamiento de la psoriasis. La ingesta de alimentos con toxinas o la propia oxidación del organismo son responsables de un desequilibrio orgánico que se manifiesta no solo en el estado de salud general sino también en la salud de la piel. Por un lado, el uso de alimentos naturales con propiedades antioxidantes sirve como neutralizantes de esas toxinas. Por otro lado, el uso moderado de ciertos alimentos evita la aparición de un desequilibrio intestinal que empeorará o desencadenará la aparición de la psoriasis. De esta manera los alimentos para los pacientes con psoriasis se clasifican en dos grupos:

- Alimentos adecuados:
 - Vitamina A recomendada para el cuidado de la piel, ayuda a prevenir y mejorar las condiciones de quienes padecen psoriasis. Vegetales que contienen carotenos y betacaroteno, que en organismo se transforma en dicha vitamina especialmente las espinacas, zanahorias, berros, albahaca, calabaza, tomate, espárragos y pimientos.
 - Vitamina C también es recomendada para pacientes con psoriasis por tratarse de un antioxidante que resulta muy adecuado para prevenir o mejorar los síntomas de la enfermedad y podemos encontrarla en naranjas, limones, brócoli, plátano, manzana, melón, sandía, zanahoria, pera, piña, papaya y fresas.
 - Ácido fólico o Vitamina B9 resulta muy bueno para las células de la piel. Los alimentos que la contiene son las legumbres y cereales integrales como los garbanzos, lentejas, habas y espinacas.
 - Selenio este mineral es importante ya que mantiene la elasticidad de la piel y previene los efectos negativos del paso del tiempo. Los alimentos que lo contienen son las calabazas, cebada, ajos, uvas, avena, melocotones, maíz y nueces.
 - Zinc es otro mineral importante para mantener la piel en buen estado. Se ha comprobado que las personas con psoriasis tienen más dificultades para conservar este componente. Entre los alimentos ricos en zinc está el apio, higos, papas, berenjenas, semillas de girasol y cereales integrales.
 - Ácidos grasos omega 3 también mejoran las enfermedades de la piel ya que tienen propiedades antiinflamatorias. Además, las personas con psoriasis tienen dificultades a la hora de producir vitamina D, por eso, deben consumir sardinas, salmón y atún (Solano, 2012).

- Alimentos no adecuados:
 - Entre los alimentos no aptos para el consumo de los enfermos con psoriasis está la carne, leche y las grasas ya que empeoran las condiciones de la enfermedad (Solano, 2012).

b) La Herencia

La tercera parte de los enfermos de psoriasis tienen antecedentes que padecen la misma enfermedad, es así que la genética desempeña una función importante en la patogénesis de esta enfermedad. Este aspecto se sustenta en la tendencia de transmitirse de forma hereditaria; es así que, si ambos progenitores tienen psoriasis, las posibilidades del hijo son de 60%, mientras que si un solo padre está afectado, las posibilidades bajan de 20 a 30%. . De esta manera, la probabilidad de padecer esta dermatopatía es mayor en aquellos que presentan antecedentes familiares de primera línea (Bartolo et al., 2010).

c) Bebidas alcohólicas

El alcohol es uno de los desencadenantes de la psoriasis. Debido a sus propiedades vasodilatadoras, aumenta la corriente sanguínea a la piel afectada por la psoriasis produciendo más picor y enrojecimiento empeorando los síntomas. El efecto del alcohol agrava la inflamación y hace que el cuerpo pierda zinc, un elemento importante para el proceso de recuperación de la piel (Solano, 2012).

d) Causas de origen psíquico

El nerviosismo y el estrés son dos causas agravantes o desencadenantes de psoriasis, antepuesto también por problemas personales, familiares o laborales que originan un cuadro de ansiedad o depresión. Es así que se ha comprobado que muchas personas, después de un cuadro de estrés han empeorado esta enfermedad. La razón podría deberse a que el estrés aumenta el nivel de adrenalina lo que incrementa el flujo de la sangre hacia la piel (Solano, 2012).

e) Medicamentos

Algunos medicamentos desencadenan o agravan los brotes de psoriasis. El litio que se utiliza para tratar la depresión maniaca y otros trastornos psiquiátricos puede agravar la psoriasis en aproximadamente la mitad de las personas con psoriasis. Por otro lado, medicamentos para la presión alta como “inderal”, empeora la psoriasis en aproximadamente el 25 al 30% de los pacientes con psoriasis; la “quinidina”, medicamento para el corazón, empeora algunos casos de la psoriasis, la “indometcina” un antiinflamatorio utilizado para la artritis también empeora en algunos casos la psoriasis (National Psoriasis Foundation, 2012).

f) Factores hormonales

Algunos factores hormonales como el hipertiroidismo producen o agravan los brotes de psoriasis; factores metabólicos como la diabetes o la obesidad también lo hacen (Martín et al., 2010).

g) Condiciones ambientales

Un ambiente demasiado frío o reseco puede ser un factor desencadenante o agravante en la psoriasis. (Solano, 2012).

2.2.5 El Estrés

El estrés ha sido estudiado desde diferentes teorías las cuales serán descritas a continuación. Sin embargo, se considera relevante considerar la propuesta planteada por Lazarus y Folkman para la presente investigación.

El estrés ha sido definido de tres maneras diferentes; como estímulo, como respuesta y como interacción (Brannon & Feist, 2001). Dichas perspectivas aparecen reflejadas en las diversas teorías del estrés.

El término estrés fue utilizado por Walter Cannon en 1929, como toda circunstancia capaz de alterar la homeostasis en el organismo ante diversas necesidades biológicas o de provocar la reacción lucha-huida. Cannon, describe lo que denominó la “reacción lucha o huida”, definida como la respuesta básica del organismo ante situaciones que considera amenazante o peligrosa. A partir de entonces, empezó a considerar el estrés como todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida (González, 2010).

A partir del trabajo de Cannon, se derivan los aportes de Hans Selye (1956) quien considera el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él. Para ello, existen dos condiciones necesarias y suficientes que deben satisfacer un proceso orgánico para ser estrés, por un lado debe producirse como respuesta a un estímulo, situación, exigencia o cambio que sale de lo habitual o implica un esfuerzo o sobrecarga, y por otro lado debe ser inespecífica, es decir, común a los más variados tipos de esfuerzo o sobrecarga (González, 2010).

Selye (1956) consideró que una gran variedad de situaciones distintas podían provocar la respuesta de estrés pero que dichas respuestas serían siempre las mismas. Es así que este autor propone un mecanismo para explicar la respuesta de estrés mantenida en el tiempo, el cual denominó “Síndrome de Adaptación General (SAG)”. Este síndrome se divide en tres etapas (Brannon & Feist, 2001):

- **Reacción de alarma:** se llama así a la reacción del organismo ante diversos estímulos a los que no está adaptado con el fin de movilizar las defensas del cuerpo para combatir el estresor a través de la acción del sistema nervioso simpático. Se produce una liberación masiva de glucocorticoides, el más importante el cortisol, con el fin de liberar glucosa en la sangre y dar energía a los músculos. Además, esta área del sistema nervioso activa los sistemas corporales de modo que maximicen su fuerza, preparándolos para la respuesta. Como respuesta a corto plazo ante una situación de emergencia, estas reacciones físicas son adaptativas pero muchas situaciones estresantes de la actualidad implican una exposición prolongada al estrés y no necesariamente requiere una acción física.
- **Resistencia:** en esta etapa el organismo se adapta a las demandas del estresor, disminuyendo los síntomas causados en la etapa reacción de alarma. La duración de esta fase depende de la intensidad del estresor y de la capacidad adaptativa del organismo.
- **Agotamiento:** la continuación del estrés promueve cambios fisiológicos y hormonales agotando eventualmente los recursos del organismo de manera que éste comienza a funcionar a una capacidad inferior a la normal, reapareciendo los síntomas característicos iniciales y el organismo puede morir.

Debido a que dichas teorías carecen de una explicación de las diferencias individuales en las respuestas de estrés, surge el “modelo transaccional” de Lázarus y Folkman (1986), la cual propone que la persona y el ambiente mantienen una relación dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional. El punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios entre la persona, su entorno y los procesos cognitivos que intervienen (Oblitas, 2004). Es así que, el estrés es considerado como un proceso que incluye las transacciones entre el individuo y su medio ambiente durante el cual la percepción de amenaza o daño genera diversas reacciones físicas y psicológicas

(Cassaretto et al., 2008). Tales respuestas son rápidas y automáticas, diferentes del pensamiento reflexivo. Es así que la interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos (Brannon & Feist, 2001).

De acuerdo a lo que menciona Brannon & Feist, (2001), Lázarus y Folkman definieron el estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar. De tal definición, se destaca la importancia de varios factores. En primer lugar, una posición basada en la interacción o “transacción”, considerando que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y su entorno. En segundo lugar, la clave de dicha transacción es la valoración personal de la situación psicológica. En tercer lugar, creer que esta situación debe considerarse como una condición amenazante o peligrosa. De esta manera, el estrés es el resultado de una continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio que puede ser internas o externas y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables (Vázquez, Crespo & Ring, 2000). Además, los sucesos estresantes genera una evaluación por parte del individuo, Lázarus y Folkman reconocieron que las personas utilizan tres clases de valoración o evaluación psicológica (Solís & Vidal, 2006):

1. *Valoración primaria*: es un patrón de respuesta inicial, en el cual la persona evalúa la situación en base a cuatro modalidades:
 - a. Valoración de la amenaza: se presenta cuando la persona anticipa un posible peligro.
 - b. Valoración de desafío: se presenta ante una valoración de amenaza que además existe una posibilidad de ganancia.
 - c. Valoración de pérdida: se presenta cuando existe algún perjuicio o daño como una enfermedad o pérdida de algún ser querido.
 - d. Valoración de beneficio: significa que la situación presenta implicaciones positivas por lo tanto no genera reacción de estrés.
2. *Valoración secundaria*: se busca identificar las acciones a realizar para enfrentar el estresor y la percepción de las habilidades de afrontamiento. Una vez que la persona ha valorado la situación, forma una idea de su capacidad para afrontarlo. La interacción entre ambas valoraciones, determinan el grado de estrés, intensidad y calidad de la respuesta emocional. Ambas son

interdependientes. Las reacciones de estrés puede ser tres: fisiológicas, emocionales y cognitivas. Las fisiológicas, son aquellas respuestas asociadas al sistema nervioso autónomo como el aumento de la presión sanguínea, dilatación de pupilas, incremento de la tasa estomacal e intestinal, incremento de la respiración, entre otros (Solís & Vidal, 2006). Las reacciones emocionales comprenden las sensaciones subjetivas de malestar emocional como temor, ansiedad, cólera, depresión, miedo ira, etcétera (Solís & Vidal, 2006). Por último, las reacciones cognitivas, son aquellas respuestas de preocupación, negación, pérdida de control, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente, entre otros (Solís & Vidal, 2006). El grado de reacción al estrés dependerá del tipo de pensamientos evaluativos que la persona tenga, por eso, no siempre los eventos negativos llevarán a un malestar psicológico. El malestar se origina solamente cuando las demandas impuestas por la situación son valoradas como excedentes a las habilidades para afrontarla (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

3. La *Reevaluación*: a partir de la información que se recibe del entorno las apreciaciones pueden cambiar constantemente. Así, una situación inicialmente valorada como estresante puede reevaluarse como benigna-positiva; sin embargo, la reevaluación no siempre produce un menor estrés, sino que, por el contrario puede incrementarlo. Una situación anteriormente valorada como benigna puede adquirir un carácter amenazador, peligroso o desafiante si el entorno cambia o la persona empieza a valorar la situación de manera distinta (Brannon & Feist, 2001).

Según Brannon & Feist, (2001), el estrés puede aumentar cuando la persona es vulnerable; es decir, cuando carece de los recursos en una situación de importancia personal. Estos recursos pueden ser físicos o sociales pero su importancia puede estar determinada por factores psicológicos como la percepción o la evaluación de la situación. Lázarus y Folkman insistieron en que los déficits físicos o sociales en sí mismos no son suficientes para generar una situación vulnerable de estrés, lo que importa es saber si la persona la considera como importante desde el punto de vista personal (Brannon & Feist, 2001). Así, la vulnerabilidad aparece cuando la falta de recursos crea una situación potencialmente de amenaza o peligro.

2.2.6 Estrés y Sistema Inmunitario en la Psoriasis

El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones y enfermedades. A través de un proceso, el cuerpo combate organismos infecciosos antes de que causen algún daño. El proceso funciona de la siguiente manera: cuando un agente infeccioso o antígeno entra al cuerpo, el sistema inmunológico lo reconoce como un cuerpo ajeno y lo ataca hasta eliminarlo, protegiendo así al organismo. Cuando el sistema inmunológico funciona adecuadamente, protege al organismo de las enfermedades, de lo contrario la persona estaría propensa a sufrir cualquier infección. Sin embargo, cuando el sistema inmunológico no funciona adecuadamente, no es capaz de diferenciar las células propias de las ajenas. En lugar de luchar contra los antígenos externos, los anticuerpos que se producen pueden ir en contra de sus propias células y tejidos por error. A este proceso se le denomina autoinmunidad y a los componentes involucrados se les conoce como autoanticuerpos. Es así que estas respuestas erróneas del sistema inmune contribuyen a la aparición de varias enfermedades autoinmunes (Núñez, 2015).

La persistencia del individuo ante agentes estresantes durante meses o años, produce enfermedades de larga duración e incluso de mayor gravedad. El estrés genera alteraciones fisiológicas pero su persistencia puede generar alteraciones psicológicas e incluso enfermedades como por ejemplo: ansiedad, frustración, insomnio, gastritis, hipertensión arterial, depresión, enfermedades de la piel, entre otras (Núñez, 2015).

Sin embargo, el funcionamiento del sistema inmunitario descrito anteriormente puede verse modificado por los efectos del estrés mediados por los sistemas nerviosos neuroendocrino y endocrino. Es así que la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo suprime la acción inmune, mientras que la activación parasimpática produce un aumento de la actividad inmune a través del incremento de anticuerpos y de la citotoxicidad celular. Por su parte, los resultados referidos al sistema endocrino indican que la elevación de glucocorticoides, que se producen ante situaciones de estrés, detiene la formación de nuevos linfocitos y disminuye la sensibilidad de los mismos a las señales de alerta. Además, los glucocorticoides pueden expulsar los linfocitos de la corriente sanguínea e incluso destruirlos con una proteína que rompe su ADN (Amigo et al., 1998).

En la psoriasis, los linfocitos, también llamados, glóbulos blancos o células que defienden al cuerpo contra las infecciones se activan indebidamente lo cual produce un aumento del diámetro de los vasos sanguíneos de la piel (vasodilatación) manifestándose con el típico color rojo de las lesiones y desencadena una proliferación de las células de la capa inferior de la epidermis, encargadas de la renovación de la piel. Este proceso de recambio de piel, normalmente, suele durar entre 28 y 30 días; sin embargo, en las personas con psoriasis se reduce a 4 días. Por eso, aparecen escamas blanquecinas y se produce una descamación exagerada (Amigo et al., 1998).

2.2.7 Ciclo Vital

El desarrollo humano es un proceso de toda la vida, el cual es conocido como el ciclo vital. La división del ciclo vital en etapas es un constructo social, es decir, un concepto que parecerá natural para quienes la aprueban, pero que en realidad es una invención de una cultura o sociedad particular. No hay un momento objetivo definitivo en que un niño se haga adulto ni en que un joven se convierta en viejo (Papalia et al., 2012). Estos autores, adoptan la secuencia de ocho etapas que por lo general se aceptan en las sociedades occidentales. Sin embargo, las divisiones son aproximadas y en alguna medida arbitraria, sobretodo en la etapa adulta en la que no hay indicadores sociales ni físicos bien definidos. La diferencia entre individuos se da en la forma en que enfrentan los sucesos y problemas característicos de cada etapa. A pesar de estas diferencias, es necesario satisfacer ciertas necesidades básicas de desarrollo y dominar ciertas tareas correspondientes a cada etapa para que el desarrollo sea normal.

Durante el surgimiento de la adultez, una etapa de exploración que se da al inicio de la segunda década de la vida, se presentan intensos desafíos típicos en los cambios de la vida. En la presente investigación se considera relevante enfocarse en la etapa de la adultez que se divide en la adultez temprana y la adultez media ya que es el rango de edad en la que, según la literatura científica, es más frecuente que se manifieste la psoriasis. Las características de ambas etapas serán descritas a continuación (Papalia et al., 2012).

A. Adultez temprana o emergente

La adultez temprana o emergente se inicia aproximadamente a los 20 años y culmina a los 40 años. Se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida (Papalia et al., 2012). Durante

esta etapa, la mayoría de personas se dedican a una carrera, se casan, tienen hijos y se convierten en miembros establecidos en la sociedad (Davis & Palladino, 2008). Aunque la incertidumbre y la confusión que puede marcar este proceso pueden ser muy angustiantes, la mayoría de las personas jóvenes tienen una visión positiva de su futuro y esperan su vida adulta. La condición física alcanza su máximo nivel y luego disminuye ligeramente. Se alcanza un pensamiento reflexivo, es decir, un tipo de pensamiento lógico que involucra una continua evaluación de la información y las creencias a la luz de la evidencia y las consecuencias (Papalia et al., 2012). Sin embargo, a pesar de estar en un período con el mejor estado de salud y capacidades físicas e intelectuales, el ser humano se enfrenta por una crisis psicosocial planteada por Erikson (Davis & Palladino, 2008). Este autor considera que los adultos jóvenes atraviesan por una crisis de intimidad versus aislamiento; es decir, la persona entre los 20 y 40 años se encuentra en capacidad para buscar y establecer fuertes compromisos con otras personas, de lo contrario se aísla. Todo ello, dependerá del desarrollo de la identidad y la valía personal esperado durante la adolescencia, así, estarán mejor preparados para asumir los compromisos necesarios para establecer una relación íntima (Davis & Palladino, 2008).

La adultez temprana es una época de experimentación antes de asumir funciones y responsabilidades adultas. El curso de una carrera es una de las principales tareas que tiene que enfrentar los adultos jóvenes, por eso, es importante evitar los conflictos entre el curso de la carrera y los valores familiares ya que si al cursar una carrera los valores familiares entran en conflicto, es muy probable que las personas experimenten insatisfacción en el trabajo y en su vida (Davis & Palladino, 2008). Las tareas tradicionales del desarrollo como encontrar un trabajo estable y desarrollar relaciones románticas a largo plazo, llegan a posponerse hasta los treinta o aun después. Esta etapa permite una moratoria, un periodo en que se liberan de presiones para establecer compromisos duraderos. Desarrollan la habilidad para mantener relaciones estrechas pero autónomas con sus padres. Cada vez es más común que los adultos tempranos o emergentes permanezcan en el hogar familiar por razones financieras. Los adultos tempranos buscan la intimidad en relaciones con pares y parejas. Las amistades de las mujeres son más íntimas que las de los hombres, sin embargo, cada vez tienen menos tiempo para los amigos (Papalia et al., 2012). Los adultos emergentes tiene la tasa de pobreza más alta y el nivel más bajo de seguro de salud que cualquier otro grupo de edad y a menudo no cuentan con acceso regular a la atención médica. La relación entre la conducta y la salud demuestra la interrelación entre los aspectos físicos, cognitivos y

emocionales del desarrollo. Es así que, lo que las personas saben de la salud influye en lo que hacen, y lo que hacen influye en cómo se sienten. Por eso, no es suficiente tener información acerca de los buenos y malos hábitos de salud. Con frecuencia, la personalidad, las emociones y el entorno social pesan más que lo que las personas saben que deberían hacer y las conducen a una conducta poco saludable (Papalia et al., 2012). Las elecciones de estilo de vida influyen en la salud, como por ejemplo, los siguientes factores:

- **Dieta y Nutrición:** lo que la gente come incide en su apariencia, en lo que siente y en la probabilidad de que enferme e incluso muera. Se calcula que cada año en Estados Unidos 365 000 adultos mueren por causas relacionadas con una mala dieta y falta de actividad física. La Organización Mundial de la Salud, recomienda una dieta rica en frutas, vegetales, granos enteros y grasas no saturadas.
- **Obesidad y Sobrepeso:** las tendencias mundiales indican que la obesidad va en aumento. Igual que en la niñez y adolescencia, una tendencia heredada a la obesidad puede interactuar con otros factores medioambientales y conductuales. La obesidad puede conducir a la depresión y viceversa, también implica otras enfermedades que disminuyen la calidad y duración de la vida (Papalia et al., 2012).
- **Actividad física:** las personas físicamente activas obtienen muchos beneficios. Por ejemplo, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, protege contra las enfermedades del corazón, alivia la ansiedad y la depresión, y alarga la vida. Por otro lado, las investigaciones sugieren que hacer ejercicios también se relaciona con el funcionamiento cognitivo manteniendo una mente saludable (Papalia et al., 2012).
- **Sueño:** la época entre los veinte y treinta es de mucha actividad por lo que no sorprende que muchos adultos emergentes y tempranos a menudo no duerman lo suficiente (Papalia et al., 2012).
- **Consumo de alcohol:** el consumo de alcohol alcanza su punto más alto en la adultez emergente. La universidad es el tiempo y lugar principal para ingerir bebidas alcohólicas con más frecuencia y en exceso. El consumo no sólo se asocia a problemas médicos sino también a otros riesgos característicos de esta

etapa como los accidentes automovilísticos, delitos, infección por VIH y el consumo de drogas ilícitas y el tabaco (Papalia et al., 2012).

La adultez temprana trae consigo experiencias que por lo general son positivas para la mayoría de los adultos emergentes; sin embargo, la dinámica de esta etapa de la vida puede dar lugar a aumentos en el estrés percibido. Cada vez son más los estudios que sugieren que la salud psicológica tiene un impacto en la salud física y niveles elevados de estrés crónico se relacionan con muy diversos problemas físicos e inmunológicos. Es así que existen diferencias individuales en la forma en que los adultos tempranos manejan el estrés. En algunos casos, el estrés puede llevar a los adultos a tratar de controlarlo por medio de conductas de riesgo como fumar o consumir alcohol (Papalia et al., 2012), los cuales tienen consecuencias para la salud. Además, los universitarios estresados son más propensos a comer comida rápida, no dormir lo necesario y no hacer suficiente ejercicio. También, existen diferencias de género en la forma en que los adultos tempranos suelen manejar el estrés. Las mujeres de edad universitaria son más propensas a emplear estrategias enfocadas en la emoción y experimentar mayores niveles generales de estrés. Sin embargo, las relaciones pueden ayudar a la gente a afrontar el estrés ya que se encontró que los individuos que estaban seguros de sus relaciones con los demás experimentaban menos estrés interpersonal y empleaban estilos de afrontamiento más adaptados (Papalia et al., 2012).

Para la mayor parte de los adultos emergentes, la salud mental y el bienestar mejoran y los problemas de conducta disminuyen. Sin embargo, al mismo tiempo se incrementa la incidencia de trastornos psicológicos como la depresión mayor, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. Pero ¿cómo se explica esta paradoja? La transición a la adultez emergente, pone fin a los años relativamente estructurados, por eso, la posibilidad de tomar decisiones importantes y elegir trayectorias diversas suele ser liberadora; sin embargo, la posibilidad de no depender de otra persona y mantenerse por sí mismo puede ser abrumadora. Algunos de los trastornos que se presentan en esta etapa del ciclo vital según Papalia et al. (2012), son:

- Depresión: la adolescencia y la adultez temprana parecen ser periodos sensibles para el inicio de los trastornos depresivos cuya incidencia se presenta de manera gradual entre las edades de 15 y 22 años. Los adolescentes deprimidos cuya depresión se transfiere a la adultez, suelen haber estado expuestos a factores de riesgo importantes en la niñez como trastornos

neurológicos o del desarrollo, familias disfuncionales o inestables y trastornos conductuales. Es posible que les resulte difícil negociar la transición a la adultez temprana. En cambio, el grupo que comienza en la adultez suele haber tenido niveles bajos de factores de riesgo en la niñez y poseer más recursos para lidiar con las dificultades de la adultez temprana pero la disminución repentina de la estructura y apoyo que acompaña a la vida adulta puede desviarlos (Papalia et al., 2012)

- Alcoholismo: es una enfermedad crónica y ocasiona problemas en el desempeño normal y cumplimiento de responsabilidades de la persona.

B. Adultez media

La adultez media o intermedia, en términos cronológicos, es la etapa entre los 40 y 65 años de edad y es una época de muchas ganancias y pérdidas. Muchos de los cambios que se producen en la adultez intermedia implican cierta decadencia por lo que se deben hacer ajustes y desarrollar estrategias de afrontamiento (Davis & Palladino, 2008). La mayoría de las personas en esta etapa están en buena condición física, cognitiva y emocional. Tienen responsabilidades serias y se sienten competentes desempeñando diversos roles. De la adultez temprana a la edad media, los cambios sensoriales y motrices son casi imperceptibles, sin embargo, llega un momento en que comienzan a deteriorarse. Experimentan cambios estructurales y sistémicos en su organismo, el sueño ya no es tan profundo y tanto la temperatura como el sistema inmune se debilitan. Muchos adultos en esta edad, perciben un estable sentimiento de control sobre su vida, manejando sus pesadas responsabilidades y funciones múltiples y exigentes (Papalia et al., 2012). Asimismo, la adultez intermedia trae cambios en la capacidad reproductiva. Entre los 40 y 50 años, el cuerpo de la mujer sufre una serie de cambios hormonales conocido como “menopausia” ante la cual se producen reacciones psicológicas importantes. Dentro de los cambios físicos, disminuyen los niveles de estrógeno, lo cual aumenta la probabilidad de provocar osteoporosis (Davis & Palladino, 2008). Del mismo modo, los hombres, atraviesan por cambios reproductivos, más conocido como “climaterio masculino”, sin embargo, no son tan dramáticos como el de las mujeres. Así, al final de los 50 años, los hombres experimentan fluctuaciones en la reproducción hormonal produciendo también reacciones psicológicas (Davis & Palladino, 2008).

En cuanto a la salud mental, es más frecuente que los adultos en edad media sufran trastornos psicológicos graves como: tristeza profunda, nerviosismo, inquietud, desesperanza y sentimientos de minusvalía la mayor parte del tiempo. También, presentan más probabilidades de recibir un diagnóstico de enfermedades cardíacas, diabetes, artritis y de necesitar ayuda con las actividades diarias (Papalia et al., 2012).

Al comienzo de la edad media las personas experimentan niveles de estrés más frecuentes y estresores de clase más diversas que los jóvenes o ancianos. Además, atraviesan por cambios importantes que tienen que aprender a afrontar como: las transiciones profesionales, los hijos que crecen, la reorganización de las relaciones familiares, el riesgo económico y enfermedades. Por eso, las personas de esta etapa están más preparadas para enfrentar el estrés que otros grupos de edad ya que tienen una mejor idea de lo que pueden hacer para cambiar las circunstancias tensas y quizá sean más capaces de aceptar lo que no se puede cambiar. Han aprendido estrategias más eficaces para reducir o minimizar el estrés. Por su lado, las mujeres refieren presentar estrés más extremo que los hombres por lo que el patrón de respuestas es más de cuidado y cordialidad, actividades afectivas para reforzar la seguridad y de dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades (Papalia et al., 2012).

Para la mayoría de los adultos de edad media, las relaciones son la llave más importante para el bienestar y pueden ser una fuente importante de salud y satisfacción. Sin embargo, las relaciones también generan exigencias estresantes que suelen ser más pesadas para las mujeres (Papalia et al., 2012). El sentido de responsabilidad e interés por los otros puede dañar el bienestar de una mujer cuando los problemas acosan a su pareja, hijos, padres o amigos. Este estrés vicario, puede explicar por qué las mujeres de edad media son más propensas a la depresión y otros problemas de salud mental y por qué tienden a ser más desdichadas en su matrimonio que los hombres (Papalia et al., 2012).

Por otro lado, durante la edad intermedia, las personas atraviesan por un periodo potencialmente estresante que se presenta a la mitad de la década de los 40 años, llamada crisis de la madurez (Davis & Palladino, 2008). Esta crisis surge cuando la persona se enfrenta a temas sobre mortalidad y empieza a revisar su vida y sus logros. Es así que la insatisfacción con su propia vida puede ir acompañada del sentimiento de que es necesaria actuar con rapidez para corregir la situación o recuperar la juventud. Por eso, es usual que las personas que experimentan esta crisis, hagan cambios radicales en su trabajo en estilo de vida (Davis & Palladino, 2008). Finalmente, Erikson considera que

al inicio de los 40 años, las personas se enfrentan a la crisis de la generatividad versus estancamiento; es decir, los adultos entre 40 y 65 años, reflejan preocupación por la siguiente generación y por la continuación de la vida lo cual los puede llevar a compartir los propios talentos y conocimientos o estancarse en ellos (Davis & Palladino, 2008).

2.2.8 Afrontamiento

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso llamado afrontamiento, el cual es considerado un proceso dinámico ya que responde a las demandas objetivas y evaluaciones subjetivas de una situación particular. Por eso, la relación entre estrés y afrontamiento es recíproca ya que las acciones que realiza una persona para superar un problema, afecta la valoración del problema y el subsecuente afrontamiento (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003). De acuerdo con la teoría transaccional de Lázarus y Folkman, se define el afrontamiento como “el cambio constante de los esfuerzos cognitivos y conductuales para responder a las demandas específicas de carácter externo e interno que se valoran como elementos que exceden los recursos de la persona” (Brannon & Feist, 2001).

El afrontamiento plantea una manera de manejar los pensamientos, emociones y conductas frente a situaciones estresantes de la vida diaria. Mantiene una finalidad adaptativa, lo cual lo convierte en una herramienta necesaria para el proceso de supervivencia pues inicia con una situación estresante, seguido de un tipo de afrontamiento y finaliza con una respuesta adaptada de acuerdo a cada persona (Cadena, 2012). De esta manera, al cumplirse este proceso con resultados favorables donde la persona logró controlar una situación estresante, la respuesta adaptada será la misma frente a situaciones similares; en caso ocurra lo contrario se realizarán conductas desadaptativas pero es la misma persona quien buscará otra herramienta o forma de afrontamiento para lograr el resultado esperado. A medida que los propios esfuerzos son valorados como conductas de mayor o menor éxito, se van modificando los recursos a utilizar para lograr la satisfacción de la persona (Cadena, 2012).

Es así que toda situación estresante se convertirá en estímulo para que la persona seleccione los recursos necesarios para combatirla; sin embargo, es importante mencionar que no toda situación viene sola, sino que está acompañada de reacciones emocionales y cognitivas que convertirán a la situación en una situación interpretada y a partir de dicha

interpretación se realizará la conducta esperada. Es decir, la situación en sí misma no provoca una conducta cualquiera, sino la interpretación que cada persona realiza de la misma (Cadena, 2012). Lazarus afirma que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona que se trata; por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación, mientras que la persona tiene que aprender a ajustarse a la nueva situación (Cadena, 2012).

Es importante mencionar que el afrontamiento se convierte en un proceso flexible y moldeable de acuerdo al sujeto que lo adopta ya que es él mismo quien lo maneja para obtener el resultado esperado. Al darse una respuesta, no solo se convierte en una respuesta automática, sino que pasa a ser una conducta expresada en experiencia, donde el sujeto hará uso de la misma frente a situaciones similares haciendo que el proceso de cognición se reduzca. Cuando un sujeto se enfrena por primera vez a un estímulo estresante, se inicia el trabajo de cognición de manera completa interpretando la situación real para luego dar una respuesta. Sin embargo, al convertirse en una experiencia aprendida, el proceso de cognición es mínimo porque ya existe una conducta grabada (Cadena, 2012).

Es así que una vez que el proceso conductual es realizado, la persona se habrá adaptado a su medio externo e interno y habrá logrado controlar de cierta manera la situación inicial, logrando su adaptación, supervivencia y equilibrio para sí mismo y su entorno (Cadena, 2012).

El afrontamiento, también, es considerado un factor estabilizador que puede ayudar a las personas a mantener una adaptación psicosocial durante periodos de altos niveles de estrés, intentando manejar la situación que genera la emoción desagradable y las emociones en sí mismas. Además, el afrontamiento se relaciona con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación y juega un rol importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (Solano, 2012). El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Es decir, si es efectivo, no se presentará ningún malestar pero si no es efectivo, podría afectarse la salud de manera negativa aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Lazarus y Folkman (Reynoso y Seligson, 2002), plantean dos tipos de estilos de afrontamiento:

1. El Estilo de Afrontamiento centrado en el Problema: que tiene como función manejar la fuente de estrés y predomina cuando la persona

considera que puede hacerse algo eficaz. Se suele utilizar cuando se percibe que el estímulo puede ser cambiado (Solano, 2012). Está más relacionado con el aspecto cognitivo pues la persona empieza a crear pensamientos racionales entorno a la situación, logrando establecer alternativas de solución frente al problema (Cadena, 2012).

2. El Estilo de Afrontamiento centrado en la Emoción: que se trata de regular únicamente las emociones estresantes asociadas a la situación y predomina cuando la persona considera que el estresor es perdurable y no puede ser modificado. El afrontamiento se manejará entorno a la persona misma y en las emociones que le generen dicha situación pues todo el malestar emocional recae sobre la persona (Cadena, 2012).

Luego, medidas del afrontamiento como el COPE generaron el planteamiento de otro estilo llamado evitativo o menos útil que se caracteriza por la evitación o escape de la situación estresante (Solano, 2012).

Lazarus y Lazarus en 1999, (Cassaretto et al., 2008) plantearon que el uso de un afrontamiento centrado en la emoción es particularmente útil cuando la situación estresante que enfrenta la persona no puede ser cambiada ya que ayuda a controlar la angustia y disfunción que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse. Es así que este estilo ayuda a mantener la moral en alto y mantener la esperanza. En cambio, el estilo que busca cambiar o eliminar la fuente de amenaza parece estar asociado a resultados psicológicos más positivos ya que favorece la adaptación a la nueva condición de la persona, mientras que el afrontamiento por evitación o escape parecen estar asociado a resultados psicológicos negativos generando estrés y ansiedad. Varios documentos científicos han revelado que el uso de estrategias focalizadas en el problema es de mayor utilidad ya que se relacionan con un mayor bienestar físico. Caso contrario ocurre con sujetos que prefiere utilizar estilos centrados en las emociones o el escape conductual o cognitivo ya que manifiesta mayor malestar físico. Por último, el estilo de afrontamiento menos útil implica una forma de afrontamiento que puede ser útil para la persona en ciertas ocasiones pero en la mayoría de veces interfiere con la manera de afrontar el estímulo estresante de la persona (Cassaretto et al., 2008). De esta manera se asume que el afrontamiento es un factor mediador de eventos estresantes, así como también puede generar síntomas de enfermedad y la perturbación emocional (Solís & Vidal, 2006).

Estos conceptos demuestran que ningún estilo es mejor o peor que otro, por el contrario, la calidad o eficacia de un estilo está determinada por sus efectos en una situación particular y a largo plazo. Aun así, las personas que usan la negación como una forma de afrontamiento experimentarán un mayor alivio emocional en la primera situación amenazante, pero mostrará constantemente vulnerabilidad en todas las situaciones que se le presenten. Por otro lado, la gente que se enfrenta a la amenaza de forma vigilante, puede sufrir en un principio más trastornos pero en las siguientes ocasiones experimentarán menor perturbación (Reynoso y Seligson, 2002).

Los estudios que se han llevado a cabo sobre afrontamiento, han permitido conceptualizar estilos y estrategias de afrontamiento. Ambos conceptos se relacionan pero no son iguales. Solís y Vidal (2006) identifican los estilos de afrontamiento como aquellas predisposiciones personales que permiten hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, su estabilidad temporal y situacional. Muchas veces, suelen ser comparados con rasgos de personalidad, autoestima, creencias y características sociales (Solano, 2012). Mientras que, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y puede ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Las estrategias están determinadas por los estilos de cada individuo, por lo tanto son dinámicas (Andrade, 2014).

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir diversas variables interfiriendo o potenciándolo. Existen recursos internos como los conocimientos, valores, creencias y pensamientos; y recursos externos como el apoyo social y material que pueden modular de manera favorable o desfavorable el impacto de una situación estresante (Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Dichos recursos pueden intervenir de manera directa en las capacidades de afrontamiento de una persona ante cualquier tipo de estresor o actuar como amortiguador del efecto de los estresores cuando éstos son muy fuertes. Se ha demostrado que la existencia de un apoyo social tiene repercusiones en la salud disminuyendo la probabilidad de presentar enfermedades, acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad (Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Sin embargo, no todo apoyo social es igualmente eficaz contra el estrés. Se ha encontrado que el apoyo social más efectivo es tener alguien cercano en quien confiar sin ser necesariamente acumulativo, es decir, lo importante es tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos.

Finalmente, Mayordomo (2013), plantea que existen variables psicológicas que se han comprobado influyen positivamente en el afrontamiento:

a. Personalidad resistente (hardiness): se ha demostrado que el compromiso, el control y el reto son elementos que actúan como escudos protectores ante los retos de la vida. El compromiso denota creer en la importancia y valor de uno mismo, el control es la tendencia a pensar y actuar con la convicción de que uno puede influir en sus acontecimientos y el reto implica asumir el cambio como parte inherente a la existencia humana.

b. Sentido de coherencia: es la disposición relativamente estable para percibir la realidad como comprensible y manejable. Es una disposición general de la persona ante la vida que dependiendo de las situaciones estresantes, optará por una estrategia de afrontamiento cuyas posibilidades de éxito son elevadas.

c. Expectativa de autoeficacia: se refiere a las creencias que una persona tiene acerca de su capacidad para llevar a cabo con éxito una determinada conducta con el fin de conseguir adaptarse a la situación que se encuentre.

d. Optimismo: se refiere a la tendencia de la persona a esperar resultados positivos y es el elemento clave para determinar el éxito o fracaso en el afrontamiento ante una situación estresante.

e. Escala de valores: los valores son metas deseables que sirven como guía para que la persona realice conductas y dirija su vida. Todos tenemos un sistema de valores y preferencias sobre lo que nos parece que merece la pena seguir en la vida, sobre lo que está bien o mal. Todos hacemos juicios de valor sobre la realidad. Nuestros valores están ordenados jerárquicamente de manera idiosincrática y aunque varían a lo largo de la vida, tendemos a mantenerlos como referente en situaciones muy diversas.

f. Apoyo social: es un constructo multidimensional formado de manera estructural y funcional. Es estructural porque se refiere a la red social disponible, los lazos directos e indirectos que una persona tiene con un grupo de individuos por parentesco y amistad. En relación a la función que cumple, puede brindar apoyo emocional, que incluye muestras de amor, simpatía, confianza y reafirmación; o apoyo informativo, que incluye recibir información, consejos, opiniones, etcétera. Es así que el entorno social brinda recursos que pueden ser muy útiles para afrontar las transiciones de la vida y ayudar en el logro del bienestar psicológico moderando el estrés

2.2.9 Afrontamiento, edad y género

La teoría de Erikson sobre las etapas del curso de la vida implica que existen cambios de afrontamiento en varios periodos de la vida. Sin embargo, esta explicación está realizada en términos de lo que son los conflictos básicos en cada período y no se relaciona fácilmente con los conceptos de afrontamiento centrado en el problema o en la emoción (Mayordomo, 2013). Varios autores como Gutmann (1974) o Pfeiffer (1977) han determinado que a medida que las personas envejecen se vuelven más pasivas en la aplicación de estrategias de afrontamiento, por eso, pasan de un estilo de afrontamiento centrado en el problema a uno centrado en la emoción (Mayordomo, 2013). Además, se puede observar que las personas más jóvenes, cuyo desarrollo se produce en contextos que son generalmente cambiantes, el patrón de afrontamiento es más activo y se caracteriza por realizar conductas más centradas en afrontar el problema. Caso contrario, en las personas mayores, bajo contextos menos cambiantes, sus patrones de afrontamiento están más centrados en las emociones (Mayordomo, 2013). Se ha demostrado también que la mayor parte de cambio relacionado con la edad ocurre en el afrontamiento interno que tiene que ver con conductas que buscan resolver el problema directamente (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Desde el modelo transaccional de Lazarus, se destaca que el efecto que puede producir un estresor sobre la respuesta de estrés de las personas, está determinado por dos variables fundamentales. Una de ellas es la valoración que hace la persona de la magnitud de dicho estímulo y el tipo de estrategia utilizada para afrontarlo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012). Es así que, se encontró que la edad, de adultos entre 21 y 25 años, correlaciona positivamente con la estrategia de reestructuración cognitiva y con el estilo de afrontamiento centrado en el problema, en cambio, la edad correlaciona de modo inverso con la autocrítica. Es así que, a medida que la edad aumenta, se incrementa el uso de la reestructuración cognitiva y el estilo centrado en el problema y disminuye el uso de la autocrítica. En relación a las estrategias de afrontamiento, estos adultos utilizan en mayor medida las estrategias de reestructuración cognitiva, evitación del problema y el estilo centrado en el problema (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012).

Por otro lado, se encontró que los adultos mayores con una edad de 55 o más años, utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de compañía, reinterpretación

positiva, acudir a la religión y el afrontamiento activo (Cardona, Villamil, Henao & Quintero, 2011). Asimismo, muestran una mayor capacidad de aceptación como estrategia de afrontamiento (Galarza, Martínez, Posada & Casatañeiras, 2009).

Es importante considerar que factores como la evaluación de la amenaza o la naturaleza del estresor son determinantes para estudiar las diferencias de género. La manera de afrontamiento no es la misma entre hombres y mujeres, incluso en las distintas etapas en las que se encuentre del ciclo vital (Mayordomo, 2013).

Es común que entre hombres y mujeres, existan diferencias en el estilo de afrontamiento. Así, el comportamiento masculino generalmente, se caracteriza por enfrentar directamente el problema y negar el problema; mientras que el comportamiento femenino, presenta una respuesta más emocional ante los problemas y se espera que dediquen más tiempo a discutir los problemas con amigos o familiares. De esta manera, el rol femenino se define por la capacidad de experimentar, expresar y comunicar emociones a los demás, así como de empatizar con los sentimientos de los demás, mientras que el rol masculino es definido por la capacidad de reprimir y controlar sus propias emociones a través del uso de una evitación más cognitiva que conductual. Tal y como han planteado varios autores, los hombres usan estrategias más instrumentales y activas, centradas en el problema; sin embargo, las mujeres utilizan en mayor medida el afrontamiento centrado en la emoción para adaptar sus conductas usando con mayor frecuencia estrategias que impliquen expresarse verbalmente, buscar apoyo emocional y el autodiálogo positivo (Mayordomo, 2013). Diversos autores refieren que el soporte social puede disminuir el efecto de ciertas experiencias estresantes ya que la percepción o creencia de que existen otras personas disponibles para recibir apoyo es favorable. Es así que el soporte social sirve como un amortiguador de dichas experiencias estresantes o negativas (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003)

Cassaretto et al. (2003), realizaron una investigación con el fin de analizar la relación entre estrés, problemas más frecuentes y estilos de afrontamiento en una muestra de 123 estudiantes de una universidad privada de Lima con edades entre 19 y 25 años. Los resultados indicaron que la muestra utiliza con mayor frecuencia las estrategias de reinterpretación positiva, búsqueda de soporte social por motivos emocionales y planificación. Mientras que las estrategias menos usadas son la negación, desentendimiento conductual y acudir a la religión. Asimismo, se encontró que utilizan las estrategias más saludables y adaptativas ya que tienden a ser más activas, mientras que las menos usadas son más pasivas. Se encontró que las mujeres son las que más

utilizan el estilo centrado en la emoción y recurren con mayor frecuencia a la estrategia de acudir a la religión.

Si bien es cierto se ha demostrado que las mujeres presentan más atención a sus emociones, también existe mayor empatía hacia los demás lo cual es beneficioso para la búsqueda de apoyo social (García, 2015). Las mujeres buscan más apoyo social y tienden a focalizarse en las relaciones más que los varones. Es decir, las mujeres aceptan más la comprensión y el apoyo, expresan sus sentimientos y comunican a otros lo que les sucede. Además, utilizan más estrategias relacionadas con esperar que ocurra lo mejor y hacerse ilusiones (Scafatelli y García, 2010). En cambio, los hombres se caracterizan por ser más capaces de regular sus estados emocionales ante situaciones estresantes por lo que utilizan con mayor frecuencia el estilo centrado en el problema (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012). Una explicación a estas diferencias podría relacionarse con la adquisición de los roles de género en el proceso de socialización. Es así que en el hombre se promueven habilidades de aserción negativa, la iniciativa en las relaciones con el género opuesto y el comportamiento competitivo y agresivo. Sin embargo, a las mujeres se les enseña que las necesidades de los demás son más importantes y que es mejor inhibir sus deseos por cortesía a los demás, lo cual produce un control inhibitorio más elevado de la respuesta emocional y de la agresividad (García, 2015).

Resultados similares encontraron Cabanach, Farina, González y Ferradás (2013), quienes realizaron una investigación con 2102 estudiantes de una universidad en España con el fin de conocer si existen diferencias significativas entre ambos sexos en el uso de estrategias de afrontamiento. Los resultados indican que sí existen diferencias. Son las mujeres quienes recurren en mayor medida que los varones a la búsqueda de apoyo como mecanismo de afrontamiento ante situaciones estresantes. Asimismo, los hombres recurren preferentemente a la reevaluación positiva y a la planificación como estrategias para reducir el estrés. Tienden a adoptar un pensamiento positivo y planificar o gestionar los recursos para afrontar las situaciones estresantes. Los autores intentan brindar posibles explicaciones a estos resultados considerando que las diferencias entre género pueden darse debido a las variables de personalidad vinculadas al afrontamiento. Así, los individuos con alto optimismo tienden a recurrir a determinadas maneras de afrontamiento activo como la reevaluación positiva o la solución de problemas. Otra explicación posible es la preferencia por ciertas formas de enfrentarse a los problemas. Las mujeres son más proclives a rumiar los problemas, a diferencia de los hombres, quienes tenderían más a adoptar algún tipo de acción frente a las dificultades en lugar de

preocuparse por ellas. Por último, otra explicación tendría que ver con la educación desigual para hombres y mujeres, donde a los hombres se les fomenta la independencia mientras que a las mujeres se les fomenta la búsqueda de apoyo social como principal mecanismo de respuesta ante situaciones difíciles (Cabanach, Farina, González y Ferradás, 2013).



CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1 Objetivo General

- Conocer los estilos de afrontamiento en adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana.

-

3.1.1 Objetivos específicos

1. Describir las estrategias de afrontamiento que pertenecen al estilo de afrontamiento centrado en el problema en adultos que padecen de psoriasis.

2. Describir las estrategias de afrontamiento que pertenecen al estilo de afrontamiento centrado en la emoción en adultos que padecen de psoriasis.

3. Describir las estrategias de afrontamiento que pertenecen al estilo de afrontamiento menos útil en adultos que padecen de psoriasis.

4. Comparar los estilos de afrontamiento de las personas con psoriasis de acuerdo al género.

5. Comparar las estrategias de afrontamiento de las personas con psoriasis de acuerdo al género.

6. Comparar los estilos de afrontamiento en adultos de edad temprana y edad intermedia que padecen de psoriasis.

7. Comparar las estrategias de afrontamiento en adultos de edad temprana y edad intermedia que padecen de psoriasis.

3.2 Hipótesis

H₁: Existen diferencias estadísticas significativas en las estrategias de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género.

H₂: Existen diferencias estadísticas significativas en los estilos de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género.

H₃: Existen diferencias estadísticas significativas en las estrategias de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad temprana o intermedia.

H₄: Existen diferencias estadísticas significativas en los estilos de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad temprana o intermedia.

3.3 Definición de Variables

En la presente investigación se emplea la teoría de Lazarus sobre el estrés y estilos de afrontamiento ya que logran explicarlo desde un punto de vista cognitivo, emocional y conductual.

- **Estilos de Afrontamiento:** entendido como todo esfuerzo cognitivo y conductual para responder a las demandas específicas internas o externas que se valoran como elementos que exceden los recursos de la persona, manifestándose en tres estilos: estilos de afrontamiento centrados en el problema, estilos de afrontamiento centrados en la emoción y estilos de afrontamiento menos útiles (Brannon & Feist, 2001).
- **Estilo de Afrontamiento centrado en el problema:** Definido como esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a modificar los eventos ambientales que causan el estrés (Cassaretto et al., 2008).
- **Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción:** Definido como esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a reducir o eliminar sentimientos negativos que originan la situación estresante (Cassaretto et al., 2008).
- **Estilos de Afrontamiento menos útiles o evitativo:** Definido como esfuerzos cognitivos y conductuales que constituye una manera de afrontar el estímulo estresante de manera útil para la persona en ciertas ocasiones pero, la mayoría de veces, puede interferir en el modo de confrontarlo (Cassaretto et al., 2008).
- **Estrategias de afrontamiento:** procesos concretos que se utilizan en cada contexto y puede ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes y están determinadas por los estilos de cada individuo (Andrade, 2014). Carver, Scheier & Weintraub identificaron 13 estrategias relacionadas a cada estilo de afrontamiento (Cassuso, 1996), las cuales son:

- Afrontamiento activo: es una respuesta orientada a controlar activamente el problema
- Planificación: implica la elaboración mental de estrategias para controlar el evento que provoca estrés.
- Supresión de actividades competentes: consiste en dejar de lado actividades que interfieren con el afrontamiento del problema
- Postergación del afrontamiento: implica que el sujeto espera la aparición del momento más apropiado para afrontar el problema.
- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: implica acudir donde otras personas en búsqueda de consejo.
- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: significa acudir a otras personas para expresar sus problemas emocionales y tener apoyo moral.
- Reinterpretación positiva: significa enfocar la situación que provoca el estrés como una experiencia de aprendizaje.
- Aceptación: significa reconocer que el estresor no podrá ser modificado.
- Negación: consiste en actuar ignorando el problema o rechazar su existencia.
- Acudir a la religión: implica acudir a ella como una guía para reinterpretar el problema o como una táctica de afrontamiento.
- Enfocar y liberar emociones: es la tendencia a centralizar toda la cólera que está experimentado el individuo para luego ventilarla.
- Desentendimiento conductual: significa reducir los esfuerzos contra el estresor abandonando los objetivos con los cuales la situación estresante está interfiriendo.
- Desentendimiento mental: implica ejecutar actividades con el propósito de distraer el pensamiento y olvidarse del problema.

- Estrés: Definido como la relación entre el entorno y la persona, quien a su vez, la valora como algo que supera sus recursos y pone en peligro su bienestar (Brannon & Feist, 2001).

- Psoriasis: es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por la aparición de zonas inflamadas de color rojizo, cubiertas de una especie de escamas, surgen en varias partes del cuerpo produciendo dolor y picor (Solano, 2012).

3.4. Definición operacional de variables

- Estilos de Afrontamiento: todo esfuerzo cognitivo y conductual para hacer frente a las demandas internas y externas que se valoran como excedentes de los recursos de la persona.
- Estilo de Afrontamiento centrado en el problema: todo esfuerzo cognitivo y conductual para cambiar situaciones estresantes.
- Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción: todo esfuerzo cognitivo y conductual para reducir o eliminar emociones negativas que surgen de la situación estresante.
- Estilos de Afrontamiento menos útiles o evitativo: todo esfuerzo cognitivo y conductual útil para afrontar el estímulo estresante pero puede interferir en el modo de confrontarlo.
- Estrategias de afrontamiento: todo proceso concreto que se utiliza en cada contexto, cambia dependiendo de los estímulos desencadenantes y están determinadas por los estilos de cada persona.
- Estrés: valoración de una persona sobre su entorno como una situación que supera sus recursos y pone en peligro su bienestar.
- Psoriasis: enfermedad crónica dermatológica que se caracteriza por la aparición de zonas inflamadas de color rojizo, cubiertas de escamas, en diversas partes del cuerpo produciendo dolor y picor.

CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

El alcance de la presente investigación es de tipo descriptivo ya que se busca especificar las características específicas de los estilos de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis. Según Hernández, Hernández & Baptista (2014), los estudios de tipo descriptivo únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables de interés. Es decir, se limita a analizar y describir perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno de interés. Según estos autores este tipo de investigación es útil para mostrar con precisión las dimensiones de un suceso, contexto o situación. Asimismo, el diseño de investigación es no experimental ya que el estudio se realizará sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, no se variarán de manera intencional variables para observar su efecto. Simplemente, se observará el fenómeno tal como se presenta en su contexto natural para luego analizarla. A su vez, el diseño no experimental es de tipo transeccional descriptivo ya que se pretende recolectar los datos y la descripción de las variables en un momento dado sobre un tema aún poco conocido en el Perú (Hernández, Hernández & Baptista, 2014).

4.2 Participantes

No se cuenta con datos estadísticos de la cantidad de personas que padecen psoriasis en el Perú. Por ello, se propone en el presente estudio una muestra no probabilística intencional, es decir, la elección de los participantes no dependerá de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación y del proceso de toma de decisiones del investigador (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Como criterios de inclusión a la muestra los participantes, deberán ser hombres o mujeres, entre los 20 y 65 años, con diagnóstico en psoriasis. Se excluirá a aquellas personas que además de la psoriasis tengan otros diagnósticos. Para estimar el tamaño de la muestra, se realizó un análisis de potencia estadística basado en los datos del estudio publicado de Hernández – Fernaud et al., en el 2009 (N = 299). El tamaño del efecto (ES) en este estudio fue $g = 0.15$, considerando como mediano usando los criterios Cohen (1988). Con un $\alpha = 0.05$ y potencia = 0.85, el tamaño de la muestra proyectada

necesaria con este tamaño del efecto (GPower 3.1, Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009) es aproximadamente $N = 80$ para el desarrollo del estudio descriptivo. Por lo tanto, nuestra propuesta de tamaño de muestra 80 será suficiente para el objetivo principal de este estudio y también debe permitir una deserción esperada y cumplir con los objetivos del estudio. Es una muestra no probabilística de tipo intencional. Muestreo subjetivo por decisión razonada. Se eligen en función de sus características de manera racional y no causal (Quezada, 2010).

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se hará uso de una ficha de datos personales de los participantes como edad, género, tipo de psoriasis y edad de diagnóstico de la enfermedad.

Por otro lado, para medir la variable afrontamiento, se toma el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Coping Estimation) desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), construida siguiendo dos modelos teóricos: el Modelo de Lázarus y el Modelo de Autorregulación Conductual de Bandura con el fin de evaluar los estilos de afrontamiento que las personas utilizan frente a situaciones estresantes. Luego, este inventario fue adaptado para el Perú en 1996 por Casuso en una población universitaria de Lima demostrando su confiabilidad y validez en varias investigaciones.

4.3.1 Descripción del instrumento

Ficha Técnica

Nombre de la prueba: Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE)

Autor: Carver, Scheier & Weintraub

Año: 1989

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación: Liliana Casuso, 1996

Duración: 15 a 20 minutos

Administración: individual o colectiva

Grupo de aplicación: 16 años a más

Significación: área clínica

Evalúa: El instrumento mide 13 estrategias diferentes de responder ante estresores que se resumen en tres modos diferentes de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y otros estilos menos útiles.

Materiales: cuestionario de 52 ítems, hoja de respuesta y plantilla de corrección

Marco teórico: Esta prueba surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable más que una adaptación específica, de manera que, tanto los ítems como las estrategias están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lázarus y el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier en 1989.

4.3.2 Estructura del Cuestionario

El cuestionario contiene 3 estilos, estilos de afrontamiento enfocados en el problema, estilos de afrontamiento enfocados en la emoción y estilos de afrontamiento menos útiles. A su vez, cada una de estos estilos contiene subescalas que corresponden a trece estrategias de afrontamiento propuestos por Carver, Scheier y Weintraub en 1989 (Choy, 2007).

Tabla 4.1

Estilos del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)

Estilos	Subescalas	Ítems
Estilo de Afrontamiento centrado en el problema	Afrontamiento activo	1,14,27,40
	Planificación	2,15,28,41
	Supresión de actividades competentes	3,16,29,42
	Postergación del afrontamiento	4,17,30,43
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	5,18,31,44
Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	32,19,6,45
	Reinterpretación positiva y crecimiento	7,20,33,46
	Aceptación	8,21,34,47
	Negación	11,24,37,50
	Acudir a la religión	9,22,35,48
Estilo de afrontamiento menos útiles	Enfocar y liberar emociones	10,23,36,49
	Desentendimiento conductual	12,25,38,51
	Desentendimiento mental	13,26,39,52

De esta manera, en la tabla 4.1 se puede observar lo siguiente:

1. Escala de estilos de afrontamiento centrados en el problema está conformada por las siguientes subescalas:
 - a. Afrontamiento activo: es una respuesta orientada a controlar activamente el problema. Los ítems que miden esta estrategia son: 1, 14, 27 y 40.
 - b. Planificación: implica la elaboración mental de estrategias para controlar el evento que provoca estrés. Los ítems que miden esta estrategia son: 2, 15, 28 y 41.

- c. Supresión de actividades competentes: consiste en dejar de lado actividades que interfieren con el afrontamiento del problema. Los ítems que miden esta estrategia son: 3, 16, 29 y 42.
- d. Postergación del afrontamiento: implica que el sujeto espera la aparición del momento más apropiado para afrontar el problema. Los ítems que miden esta estrategia son: 4, 17, 30 y 43.
- e. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: implica acudir donde otras personas en búsqueda de consejo. Los ítems que miden esta estrategia son: 5, 18, 31 y 44.
2. Escala de estilos de afrontamiento centrados en la emoción está conformada por las siguientes subescalas:
- a. Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: significa acudir a otras personas para expresar sus problemas emocionales y tener apoyo moral. Los ítems que miden esta estrategia son: 6, 19, 32 y 45.
- b. Reinterpretación positiva: significa enfocar la situación que provoca el estrés como una experiencia de aprendizaje. Los ítems que miden esta estrategia son: 7, 20, 33 y 46.
- c. Aceptación: significa reconocer que el estresor no podrá ser modificado. Los ítems que miden esta estrategia son: 8, 21, 34 y 47.
- d. Negación: consiste en actuar ignorando el problema o rechazar su existencia. Los ítems que miden esta estrategia son: 11, 24, 37 y 50.
- e. Acudir a la religión: implica acudir a ella como una guía para reinterpretar el problema o como una táctica de afrontamiento. Los ítems que miden esta estrategia son: 9, 22, 35 y 48.
3. Escala de estilos de afrontamiento menos útiles está conformada por las siguientes subescalas:
- a. Enfocar y liberar emociones: es la tendencia a centralizar toda la cólera que está experimentado el individuo para luego ventilarla. Los ítems que miden esta estrategia son: 10, 23, 36 y 49.

b. Desentendimiento conductual: significa reducir los esfuerzos contra el estresor abandonando los objetivos con los cuales la situación estresante está interfiriendo. Los ítems que miden esta estrategia son: 12, 25, 38 y 51.

c. Desentendimiento mental: implica ejecutar actividades con el propósito de distraer el pensamiento y olvidarse del problema. Los ítems que miden esta estrategia son: 13, 26, 39 y 52.

Es así que, el cuestionario está conformado por 52 ítems que se refieren a diferentes situaciones estresantes, con un formato tipo Likert de 4 puntos de calificación donde 1 hace referencia a “Casi nunca hago esto”, 2 hace referencia a “A veces hago esto”, 3 hace referencia a “Usualmente hago esto” y 4 hace referencia a “Hago esto con mucha frecuencia”. Además, cada subescala está conformada por 4 ítems que se puntúan de acuerdo a una plantilla. Los puntajes que se obtienen en cada ítem se suman con los correspondientes a cada subescala, de tal manera que se obtengan 13 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afrontamiento. Por último, se establece una jerarquía que determina qué estilos de afrontamiento son más utilizados.

El cuestionario tiene dos formatos, permitiendo evaluar el afrontamiento situacional y el afrontamiento disposicional. El contenido de los ítems es el mismo, solo varía el modo en que son formulados:

- Forma disposicional: los ítems están formulados en términos de evaluar lo que la persona generalmente hace cuando se encuentra bajo situaciones de estrés.
- Forma situacional: los ítems están formulados de manera que evalúan lo que la persona hizo en una situación específica de afrontamiento durante un período específico de tiempo en el cual afrontaba estrés.

En la presente investigación se aplicó el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento en su forma disposicional.

4.3.3 Características Psicométricas

Validez y Confiabilidad Encontradas por los Autores de la Prueba

De acuerdo a lo planteado por Choy (2007), Carver, Scheier y Weintraub en 1989, utilizaron la validez de constructo y para ello sometieron sus respuestas a un análisis

factorial exploratorio lo cual permitió obtener los factores principales a través de la rotación oblicua, por ser necesario establecer las correlaciones entre factores. Dicho análisis determinó la existencia de 12 factores con eigenvalues mayores a 1,0 de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables y los ítems que componían el factor restante no llegaron a una carga factorial superior a 0,30 por lo que no se incluyó en el resultado final. En relación a la estructura factorial, la composición de los 11 factores estuvieron en completo acuerdo con la asignación de ítems de escala que los autores habían realizada previamente.

Tabla 4.2

Análisis de confiabilidad de los estilos del cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE)

Estilos	Subescalas	Alfa de Cronbach
Estilo de Afrontamiento centrado en el problema	Afrontamiento activo	0,62
	Planificación	0,80
	Supresión de actividades competentes	0,68
	Postergación del afrontamiento	0,72
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	0,75
Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	0,85
	Reinterpretación positiva y crecimiento	0,68
	Aceptación	0,65
	Negación	0,71
Estilo de afrontamiento menos útiles	Acudir a la religión	0,92
	Enfocar y liberar emociones	0,77
	Desentendimiento conductual	0,63
	Desentendimiento mental	0,45

En cuanto a la confiabilidad, en la tabla 4.2 se puede observar el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, el cual fue computado para cada subescala. Los valores alcanzados fueron aceptablemente altos a excepción de la subescala de desentendimiento mental que solo alcanzó un valor de 0,45 considerado como bajo ya que coeficientes con al menos 0,50 son aceptables para los propósitos de la investigación (Choy, 2007).

Validez y Confiabilidad en el Perú

De acuerdo a lo plantado por Solano (2012), en el Perú, la versión disposicional del COPE fue adaptada y validada por Salazar en 1993, sometiendo la versión traducida del cuestionario al criterio de cuatro jueces psicólogos con conocimientos de inglés, cuyas observaciones fueron consideradas para la versión final del instrumento.

Esta versión fue aplicada a 82 estudiantes de ambos sexos pertenecientes a 2 universidades de Lima, una estatal y otra privada. La información fue sometida a un análisis estadístico para corroborar la validez ítem-test del instrumento. A través de este análisis se determinó que los ítems contruidos teóricamente para formar parte de un estilo particular correlacionaron en forma significativa con sus respectivos estilos con índices superiores a 0,32, indicando que tales ítems son válidos para medir el constructo que cada escala pretendía medir. Luego, Cassuso (1996) realizó una nueva validación y adaptación de la prueba aplicándola a 817 estudiantes universitarios de ambos sexos. Se calculó el Coeficiente de Alfa de Cronbach para cada escala, encontrándose en varios casos que los valores eran inferiores a los hallados por Carver, Scheier y Weintraub en 1989. Además, al realizarse un análisis factorial, se encontró que la estructura factorial no coincidía con la obtenida originalmente por los autores de la prueba. Tales resultados permitieron a Cassuso reorganizar los ítems de las estrategias presentadas por Carver et al. (1989), apoyándose en los valores obtenidos por el Alfa de Cronbach dando origen a un inventario COPE modificado el cual se denominó reorganizado tal y como se muestra en la siguiente tabla (Choy, 2007).

Tabla 4.3

Análisis de confiabilidad de las estilos del cuestionario de estilos de afrontamiento reorganizado

Estilos	Subescalas	Alfa de Cronbach
Estilo de Afrontamiento centrado en el problema	Afrontamiento activo	0,70
	Planificación	0,79
	Supresión de actividades competentes	0,80
	Postergación del afrontamiento	0,90
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	0,70
Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	0,70
	Reinterpretación positiva y crecimiento	0,85
	Aceptación	0,67
	Acudir a la religión	0,72
Estilo de afrontamiento menos útiles	Enfocar y liberar emociones	0,70
	Negación	0,70
	Desentendimiento conductual	0,72
	Desentendimiento mental	0,45

La reorganización, según Choy (2007), se dio en función al criterio de Brown (1985) quien consideró que “si se compara el índice de confiabilidad obtenido con otro de una prueba similar aplicada y el primero resulta superior, se puede concluir que es confiable”,

dando así origen a un Inventario Reorganizado, el cual mostró índices de consistencia interna iguales o mayores a 0.76.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

La Sociedad Peruana de Dermatología (SPD), realizó un encuentro de pacientes con psoriasis por el “día mundial de la psoriasis” en el “Hospital Arzobispo Loayza”. Se acordó y coordinó con la institución para llevar a cabo la evaluación en un determinado momento del encuentro. De esta manera, se trabajó con las personas que tenían el diagnóstico psoriasis en cualquiera de sus tipos de manifestación y se encontraban dentro del rango de edades de interés por la investigación. Luego de informar a los participantes el carácter anónimo y voluntario de la investigación, se procedió a presentarles el consentimiento informado para ser leído y firmado (Anexo 1). Enseguida, se detalló el objetivo de la investigación explicando que la evaluación consistiría en la aplicación de los instrumentos con una duración de aproximadamente 15 minutos. Primero respondieron a las preguntas del COPE (Anexo 2) y después a la ficha sociodemográfica (Anexo 3).

Asimismo, algunas personas de la muestra se obtuvieron por personas referidas y cercanas a la evaluadora. La recolección de la muestra tuvo una duración aproximada de 12 meses. Los datos fueron digitados en el programa SPSS 22 y se procedió a los cálculos estadísticos descriptivos. Asimismo, se analizaron los niveles de confiabilidad y validez del COPE.

4.5 Estrategia de análisis de datos

Para el desarrollo de este estudio se realizaron diferentes análisis que serán descritos a continuación.

Primero se realizó un análisis psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional para analizar la validez y confiabilidad correspondientes al cuestionario, en base a las respuestas obtenidas. Dicho análisis se realizó en dos tiempos debido a que algunos ítems no obtuvieron valores de correlación relevantes dentro del cuestionario y tuvieron que ser eliminados. Tanto la validez como la confiabilidad se hallaron a través de un análisis discriminativo de ítems, empleando las correlaciones ítems-test para examinar la validez y el coeficiente Alfa de Cronbach para la

confiabilidad. Debido a que algunos ítems presentaron valores bajos de correlación, se realizó un segundo análisis psicométrico excluyéndolos. Luego de eliminar los ítems que afectaban la validez y confiabilidad, los nuevos valores de correlación ítem-test fueron incrementados. De esta manera, resultó la versión final de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE), adaptada para adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana.

Segundo, para conocer la manera en que los datos estaban distribuidos; es decir, si contaban o no con una distribución normal se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov (K-S) en cada uno de los estilos del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE). Los resultados reflejaron que las 13 estrategias presentan puntuaciones diferentes a una distribución normal. Del mismo modo, se realizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov para cada estilo de afrontamiento y se halló que los datos se distribuyen normalmente.

Tercero, se realizó un análisis comparativo entre estrategias y estilos de afrontamiento según el género y la edad de la persona. Para ello, se consideró relevante utilizar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney debido a que en todas las escalas del cuestionario los datos no se distribuyen normalmente y apenas agrupándolas en estilos se logra la normalidad. Se consideró relevante esta decisión considerando lo planteado por Wackerly, Mendenhall y Scheaffer (2010), quienes señalaron que los métodos estadísticos no paramétricos son una excelente alternativa cuando no se cumplen los supuestos de normalidad en la distribución de probabilidad de una muestra. De esta manera, las pruebas no paramétricas logran detectar diferencias en las poblaciones cuando tienen distribuciones diferentes a las paramétricas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, luego de someter las puntuaciones a los análisis estadísticos correspondientes con ayuda del programa SPSS (versión 22), teniendo en cuenta los objetivos planteados en la investigación. Para la interpretación de resultados, se trabajó con un nivel de significancia de .05 (5% de margen de error). Los resultados son interpretables únicamente para la muestra evaluada.

5.1 Análisis Psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE)

Se presentan los resultados correspondientes al Análisis Psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE), aplicada en adultos que padecen de psoriasis, en Lima. Se realizaron procedimientos estadísticos pertinentes para analizar la validez y confiabilidad correspondientes al cuestionario, en base a las respuestas obtenidas. Este análisis se realizó en dos tiempos debido a que algunos ítems no obtuvieron valores de correlación relevantes dentro del cuestionario y tuvieron que ser eliminados, puesto que afectaban tanto la validez como la confiabilidad.

5.1.1 Validez y Confiabilidad

Las evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE) se hallaron mediante un análisis discriminativo de ítems, empleando las correlaciones ítems-test para examinar la validez y el coeficiente Alfa de Cronbach para la Confiabilidad.

En la tabla 5.1 se observan los valores de correlación ítem-test, estos valores fueron en su mayoría superiores a .30, los únicos que presentaron valores de correlación bajos fueron los ítems 4, 13, 17, 39 y 52. Debido a esto, se realizó un segundo análisis psicométrico, excluyendo solo los ítems 17 y 52, ya que fueron los únicos ítems que afectaban de forma drástica la confiabilidad (al eliminar ítem 17, confiabilidad sube de .487 a .613; al eliminar ítem 52, confiabilidad sube de .298 a .472).

Tabla 5.1

Análisis Psicométrico de Escala de Afrontamiento Multidimensional agrupando los ítems según estrategias de afrontamiento.

Estrategias de Afrontamiento	Ítems	r	$\alpha - i$	α
Afrontamiento activo	1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema	.413	.664	.690
	14. Concentro mis esfuerzo en hacer algo respecto al problema	.365	.690	
	27. Hago paso a paso lo que debe hacerse	.602	.536	
	40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema	.524	.594	
Planificación	2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer	.559	.649	.731
	15. Hago un plan de acción	.594	.625	
	28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir	.488	.689	
	41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema	.450	.709	
Supresión de actividades competentes	3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema	.335	.601	.623
	16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas	.568	.423	
	29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades	.386	.564	
	42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzo para enfrentar la situación	.335	.603	
Postergación del afrontamiento	4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo	.288	.412	.487
	17. No hago nada hasta que la situación lo permita	.036	.613	
	30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido	.523	.146	
	43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente	.326	.376	
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron	.680	.799	.842
	18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer	.659	.807	
	31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación	.634	.818	
	44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema	.736	.774	
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	6. Hablo de mis sentimientos con alguien	.801	.708	.826
	19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes	.728	.743	
	32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo	.631	.789	
	45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien	.462	.857	
Reinterpretación positiva	7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo	.561	.793	.810
	20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo	.735	.706	
	33. Aprendo algo de la experiencia	.640	.756	
	46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar	.585	.782	

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach de cada Estrategia de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Ítems	r	$\alpha - i$	α
Aceptación	8. Aprendo a vivir con el problema	.533	.801	.806
	21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado	.615	.763	
	34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió	.748	.697	
	47. Acepto la realidad de lo sucedido	.618	.762	
Negación	11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido	.441	.619	.675
	24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido	.592	.505	
	37. Actúo como si no hubiese ocurrido	.521	.578	
	50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"	.309	.703	
Acudir a la religión	9. Busco la ayuda de Dios	.796	.798	.868
	22. Pongo mi confianza en Dios	.750	.821	
	35. Intento encontrar consuelo en mi religión	.684	.848	
	48. Rezo más que de costumbre	.659	.854	
Enfocar y liberar emociones	10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones	.670	.618	.749
	23. Dejo salir mis sentimientos	.374	.779	
	36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento	.654	.626	
	49. Me molesto y soy consciente de ello	.496	.717	
Desentendimiento conductual	12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero	.533	.727	.765
	25. Dejo de intentar alcanzar mi meta	.427	.778	
	38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo	.686	.644	
	51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema	.633	.672	
Desentendimiento mental	13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante	.094	.306	.298
	26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso	.342	-.018	
	39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema	.268	.082	
	52. Duermo más de lo usual	-.050	.472	

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach de cada Estrategia de Afrontamiento

La tabla 5.2 tiene que ver con el segundo análisis discriminativo de ítems, luego de eliminar los ítems que afectaban la validez y la confiabilidad en la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE). Los nuevos valores de correlación ítems- test fueron incrementados luego de realizar este procedimiento, siendo el ítem 13 perteneciente a la escala de Desentendimiento mental el único que presentó una correlación ítem-test menor a .30 ($r = .246$). Sin embargo, se decidió dejar que el ítem 13 permanezca en la escala, debido a que su participación dentro de esta es relevante, pues si lo elimináramos la confiabilidad bajaría de un Alfa de Cronbach de .472 a uno de .450. Otro factor que se tomó en cuenta para no eliminar el ítem 13, fue la poca longitud de ítems que tiene cada escala, pues si eliminaríamos este ítem el número de ítems en la escala de Desentendimiento mental se reduciría a dos (2). Se observa también que los valores de los coeficientes Alfa de Cronbach son superiores a .60 en la mayoría de las estrategias del cuestionario, solo la estrategia de desentendimiento mental es la que obtuvo un valor alfa inferior este valor. Sin embargo, al sumarse esta escala con las demás

estrategias que pertenecen al estilo de afrontamientos menos útiles, se logra valor Alfa de Cronbach de .738, ver tabla 5.2.

Tabla 5.2

Análisis Psicométrico de Escala de Afrontamiento Multidimensional luego de eliminar ítems

Estrategias de Afrontamiento	ítems	r	$\alpha - i$	α
Afrontamiento activo	1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema	.413	.664	.690
	14. Concentro mis esfuerzo en hacer algo respecto al problema	.365	.690	
	27. Hago paso a paso lo que debe hacerse	.602	.536	
	40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema	.524	.594	
Planificación	2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer	.559	.649	.731
	15. Hago un plan de acción	.594	.625	
	28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir	.488	.689	
	41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema	.450	.709	
Supresión de actividades competentes	3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema	.335	.601	.623
	16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas	.568	.423	
	29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades	.386	.564	
	42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzo para enfrentar la situación	.335	.603	
Postergación del afrontamiento	4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo	.330	.638	.613
	30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido	.467	.443	
	43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente	.475	.438	
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron	.680	.799	.842
	18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer	.659	.807	
	31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación	.634	.818	
	44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema	.736	.774	
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	6. Hablo de mis sentimientos con alguien	.801	.708	.826
	19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes	.728	.743	
	32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo	.631	.789	
	45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien	.462	.857	
Reinterpretación positiva	7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo	.561	.793	.810
	20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo	.735	.706	
	33. Aprendo algo de la experiencia	.640	.756	
	46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar	.585	.782	

Nota: se eliminaron ítems N° 17 y 52 en las estrategias de Postergación del afrontamiento y desentendimiento mental.

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach de cada Estrategia de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Ítems	r	$\alpha - i$	α
Aceptación	8. Aprendo a vivir con el problema	.533	.801	.806
	21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado	.615	.763	
	34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió	.748	.697	
	47. Acepto la realidad de lo sucedido	.618	.762	
Negación	11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido	.441	.619	.675
	24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido	.592	.505	
	37. Actúo como si no hubiese ocurrido	.521	.578	
	50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"	.309	.703	
Acudir a la religión	9. Busco la ayuda de Dios	.796	.798	.868
	22. Pongo mi confianza en Dios	.750	.821	
	35. Intento encontrar consuelo en mi religión	.684	.848	
	48. Rezo más que de costumbre	.659	.854	
Enfocar y liberar emociones	10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones	.670	.618	.749
	23. Dejo salir mis sentimientos	.374	.779	
	36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento	.654	.626	
	49. Me molesto y soy consciente de ello	.496	.717	
Desentendimiento conductual	12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero	.533	.727	.765
	25. Dejo de intentar alcanzar mi meta	.427	.778	
	38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo	.686	.644	
	51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema	.633	.672	
Desentendimiento mental	13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante	.246	.450	.472
	26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso	.309	.345	
	39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema	.327	.310	

Nota: se eliminaron ítems N° 17 y 52 en las estrategias de Postergación del afrontamiento y desentendimiento mental.

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach de cada Estrategia de Afrontamiento

En la tabla 5.3 se muestran las correlaciones ítem-test y los coeficientes Alfa de Cronbach de la Escala de Afrontamiento Multidimensional, en cada uno de los estilos de afrontamiento. De esta manera, se observa que todas las correlaciones ítem-test en cada uno de los estilos de afrontamiento son superiores a .30, con excepción de los ítems 11 y 13, cuyos coeficientes de correlación ítem-test resultantes fueron .183 y .165 respectivamente. Pese a esto no se eliminaron dichos ítems, debido a que los coeficientes Alfa de Cronbach de los estilos de afrontamiento correspondientes fueron superiores a .60, lo cual refleja la buena homogeneidad entre los ítems que componen cada Estilo de Afrontamiento. El estilo de afrontamiento que presentó un valor más elevado del coeficiente Alfa de Cronbach fue el estilo centrado en el problema con un coeficiente Alfa de .904.

Tabla 5.3

Análisis Psicométrico de la Escala de Afrontamiento Multidimensional según Estilos de Afrontamiento

Estilos de afrontamiento	ítems	r	$\alpha - i$	α
Centrado en el problema	1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema	.530	.900	.904
	14. Concentro mis esfuerzo en hacer algo respecto al problema	.468	.902	
	27. Hago paso a paso lo que debe hacerse	.693	.895	
	40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema	.705	.895	
	2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer	.511	.901	
	15. Hago un plan de acción	.546	.900	
	28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir	.653	.897	
	41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema	.550	.900	
	3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema	.453	.902	
	16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas	.650	.897	
	29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades	.477	.902	
	42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzo para enfrentar la situación	.473	.902	
	4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo	.316	.905	
	30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido	.552	.900	
	43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente	.388	.904	
	5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron	.518	.901	
	18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer	.625	.897	
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación	.675	.896		
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema	.609	.898		

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach en cada Estilo de Afrontamiento

Estilos de afrontamiento	ítems	r	$\alpha - i$	α
Centrado en la emoción	6. Hablo de mis sentimientos con alguien	.619	.852	
	19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes	.518	.856	
	32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo	.578	.854	
	45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien	.515	.856	
	7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo	.553	.855	
	20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo	.604	.853	
	33. Aprendo algo de la experiencia	.575	.854	
	46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar	.512	.857	
	8. Aprendo a vivir con el problema	.459	.858	
	21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado	.428	.859	.864
	34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió	.570	.855	
	47. Acepto la realidad de lo sucedido	.404	.860	
	11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido	.183	.868	
	24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido	.349	.863	
	37. Actúo como si no hubiese ocurrido	.284	.864	
	50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"	.280	.865	
	9. Busco la ayuda de Dios	.400	.861	
	22. Pongo mi confianza en Dios	.465	.858	
35. Intento encontrar consuelo en mi religión	.495	.857		
48. Rezo más que de costumbre	.384	.861		
Otros Estilos de Afrontamiento (Enfocar y Liberar Emociones, Desentendimiento conductual, Desentendimiento mental)	10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones	.371	.721	
	23. Dejo salir mis sentimientos	.277	.734	
	36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento	.509	.700	
	49. Me molesto y soy consciente de ello	.496	.702	
	12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero	.367	.721	
	25. Dejo de intentar alcanzar mi meta	.428	.714	
	38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo	.432	.713	.738
	51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema	.507	.700	
	13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante	.165	.745	
	26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso	.330	.726	
	39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema	.331	.726	

r: Coeficientes Ítem-Escala

$\alpha - i$: Coeficientes α de Cronbach si se elimina el elemento

α : Alfa de Cronbach en cada Estilo de Afrontamiento

De esta forma, la versión final de la Escala de Afrontamiento Multidimensional (COPE), Adaptada para adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana, queda estructurada tal como se muestra en la tabla 5.4, ver también Anexo 4.

Tabla 5.4

Versión Final de la Escala de Afrontamiento Multidimensional adaptada para adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana

Estilos de Afrontamiento	Estrategias	ítems
Modos de afrontamiento centrados en el problema	Afrontamiento activo	1, 14, 26 y 39.
	Planificación	2, 15, 27 y 40.
	Supresión de actividades competentes	3, 16, 28 y 41.
	Postergación del afrontamiento	4, 29 y 42.
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	5, 17, 30 y 43.
Modos de afrontamiento centrado en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	6, 18, 31 y 44.
	Reinterpretación positiva	7, 19, 32 y 45.
	Aceptación	8, 20, 33 y 46.
	Negación	11, 23, 36 y 49.
	Acudir a la religión	9, 21, 34 y 47.
Otros Estilos de Afrontamiento	Enfocar y liberar emociones	10, 22, 35 y 48.
	Desentendimiento conductual	12, 24, 37 y 50.
	Desentendimiento mental	13, 25 y 38.

5.2 Prueba de Bondad de Ajuste

En la tabla 5.5 se observan los valores obtenidos luego de realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov (K-S) en cada una de las estrategias del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE). Los resultados reflejan que en las 13 estrategias de este cuestionario, las puntuaciones obtenidas difieren de una distribución normal ($p < .05$).

Del mismo modo, se presentan también la media, moda, desviación estándar, puntaje mínimo y máximo en cada una de las estrategias correspondientes. En este sentido, la escala de desentendimiento conductual fue la que obtuvo el menor puntaje promedio y el menor puntaje máximo, en comparación con las demás estrategias (media: 1.86, puntaje máximo = 3.50), reflejando de esta manera la poca frecuencia con la que los encuestados emplean esta forma de afrontamiento.

Tabla 5.5

Prueba de Bondad de Ajuste, Medidas de tendencia central y de dispersión en las estrategias de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Media	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Afrontamiento Activo	2.59	2.50	0.70	1.00	4.00
Planificación	2.62	2.75	0.69	1.25	4.00
Supresión de actividades competentes	2.27	2.50	0.68	1.00	4.00
Postergación del afrontamiento	2.55	3.00	0.67	1.00	4.00
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	2.61	2.75	0.90	1.00	4.00
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	2.63	1.75	0.88	1.00	4.00
Reinterpretación positiva	2.83	2.75	0.75	1.00	4.00
Aceptación	2.85	3.00	0.74	1.00	4.00
Negación	2.07	2.25	0.72	1.00	3.75
Acudir a la religión	2.49	2.75	0.91	1.00	4.00
Enfocar y liberar emociones	2.48	1.75	0.82	1.00	4.00
Desentendimiento conductual	1.86	1.00	0.75	1.00	3.50
Desentendimiento mental	2.53	2.33	0.69	1.00	4.00

n = 80

K-S: Prueba de Kolmogorov Smirnov

p: valor de probabilidad

Igualmente, en la tabla 5.6 se muestran los valores obtenidos por la prueba de Kolmogorov-Smirnov en cada estilo de Afrontamiento, con sus respectivas medidas de tendencia central y de dispersión. Se observa que en los tres estilos de afrontamiento se sobrepasa el margen de error preestablecido ($p > .05$), permitiendo afirmar que la distribución de los datos en todos los estilos de afrontamiento no difiere de la distribución normal, es decir, los datos se distribuyen normalmente.

Por otro lado, “otros estilos de afrontamiento” es el estilo que los evaluados utilizan con menos frecuencia y el que presenta el menor puntaje máximo (media = 2.27, puntaje máximo = 3.73).

Tabla 5.6

Prueba de Bondad de Ajuste y análisis descriptivos en los estilos de Afrontamiento

Estilos de Afrontamiento	Media	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	K-S
						Estadístico de prueba
afrontamiento centrado en el problema	2.53	2.74	0.60	1.26	3.79	.062
afrontamiento centrado en la emoción	2.57	2.85	0.54	1.35	3.85	.078
Otros Estilos de Afrontamiento	2.27	2.09	0.54	1.27	3.73	.086

n = 80

K-S: Prueba de Kolmogorov Smirnov

p: valor de probabilidad

La figura 1 y la figura 2, corresponden a las representaciones gráficas de los puntajes promedio objetivos por los adultos con psoriasis, según estrategias y estilos de afrontamiento. Se observa que las estrategias de supresión de actividades competentes, negación y desentendimiento conductual, fueron las que presentaron los menores promedios respecto a las demás estrategias, con una media de 2.27, 2.07 y 1.86 respectivamente. Mientras que las estrategias con mayores promedios fueron aceptación, reinterpretación positiva y búsqueda de apoyo social por razones emocionales, con una media de 2.85, 2.83 y 2.63 respectivamente.

Por otro lado, los tres estilos de afrontamiento resultaron con puntajes dentro del promedio, siendo el estilo de afrontamiento centrado en la emoción el estilo que presentó el mayor promedio con 2.57, seguido del estilo de afrontamiento centrado en el problema con 2.53 y Otros estilos de afrontamiento con 2.27.

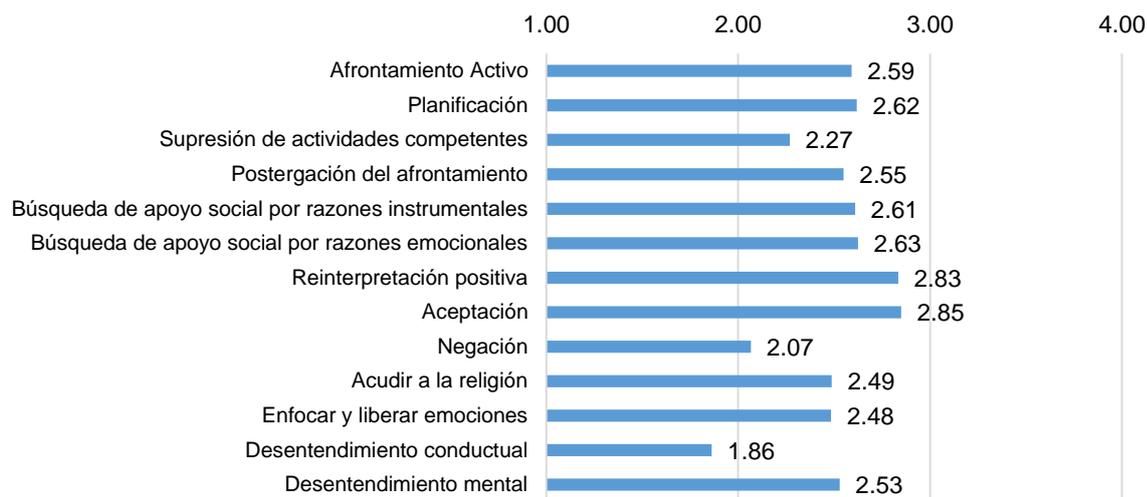


Figura 1. Representación gráfica de los promedios obtenidos en las estrategias del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE).

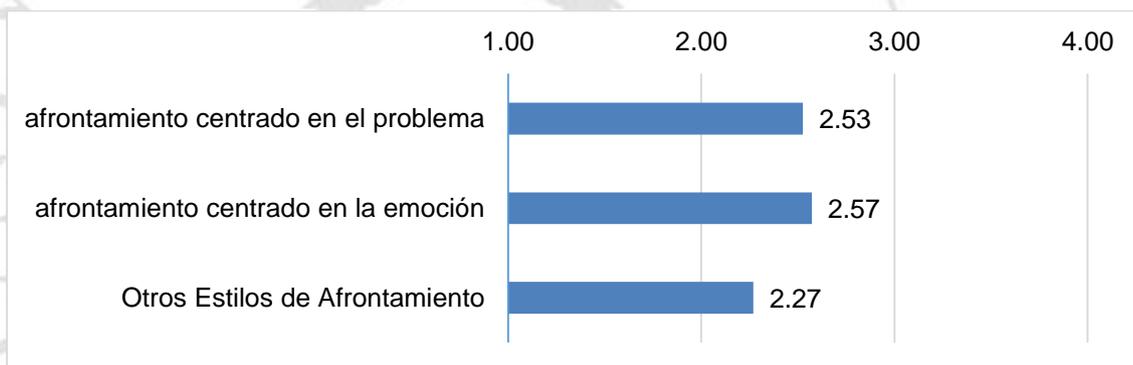


Figura 2. Representación gráfica de los promedios obtenidos en los estilos de afrontamiento del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE).

5.3 Análisis Comparativo

Luego de analizar la normalidad en la distribución de los datos, se opta por emplear la Prueba no paramétrica U de Mann Whitney, debido a que en todas las estrategias del cuestionario COPE los datos no se distribuyen normalmente, y apenas agrupándolas en los respectivos estilos de afrontamiento es que se logra esta normalidad, sin embargo, los análisis se realizarán en ambos niveles (por estrategias y por estilos de afrontamiento).

La prueba U de Mann Whitney es la versión no paramétrica de la T de Student, siendo empleable para los casos en los que la variable de comparación comprende dos

categorías. Al igual que los anteriores análisis, se trabajó con un nivel de significancia de .05 para la interpretación de resultados de esta prueba. Asimismo, se consideró relevante determinar el tamaño del efecto, representado en el estadístico r. Este valor tiene como finalidad cuantificar la relevancia de las pruebas de significación obtenidas.

En la tabla 5.7 se puede observar los resultados que se obtuvieron luego de emplear la prueba U de Mann Whitney para comparar cada escala de afrontamiento considerando la variable género. En este sentido, las únicas estrategias que mostraron diferencias significativas fueron la de Búsqueda de apoyo social por razones emocionales ($p < .05$), con tamaño de efecto pequeño ($r = 0.24$) y la de Acudir a la religión ($p < .05$) con un tamaño de efecto mediano ($r = 0.35$), reflejando la influencia que tiene el género para optar por estos tipos de afrontamiento. En ambos casos, fueron las mujeres las que obtuvieron puntajes mayores en comparación con los hombres, es decir, las mujeres emplean más estos tipos de afrontamiento. Esta afirmación se sustenta con los rangos promedio obtenidos, ver tabla 5.7.

Tabla 5.7

Prueba U de Mann Whitney para la comparación de las Estrategias de afrontamiento, según el género

Género		n	Rango promedio	U	p	r
Afrontamiento Activo	Hombre	47	40.56	772.500	.976	.003
	Mujer	33	40.41			
Planificación	Hombre	47	42.36	688.000	.387	.096
	Mujer	33	37.85			
Supresión de actividades competentes	Hombre	47	40.84	759.500	.875	.017
	Mujer	33	40.02			
Postergación del afrontamiento	Hombre	47	42.74	670.000	.297	.116
	Mujer	33	37.30			
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	Hombre	47	36.81	602.000	.088	.190
	Mujer	33	45.76			
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	Hombre	47	35.66	548.000	.025	.249
	Mujer	33	47.39			
Reinterpretación positiva	Hombre	47	37.52	635.500	.169	.153
	Mujer	33	44.74			

n = 80

p: valor de probabilidad

r: tamaño del efecto

	Género	n	Rango promedio	U	p	r
Aceptación	Hombre	47	40.16	759.500	.875	.017
	Mujer	33	40.98			
Negación	Hombre	47	43.66	627.000	.144	.163
	Mujer	33	36.00			
Acudir a la religión	Hombre	47	33.60	451.000	.001	.355
	Mujer	33	50.33			
Enfocar y liberar emociones	Hombre	47	37.66	642.000	.190	.146
	Mujer	33	44.55			
Desentendimiento conductual	Hombre	47	41.53	727.000	.632	.053
	Mujer	33	39.03			
Desentendimiento mental	Hombre	47	41.11	747.000	.778	.031
	Mujer	33	39.64			

n = 80

p: valor de probabilidad

r: tamaño del efecto

De igual manera, se realizaron las comparaciones respectivas en los estilos de afrontamiento, según el género. Ante esto, los resultados indican que, teniendo en cuenta la agrupación de las estrategias por estilos de afrontamiento, no se hallan diferencias significativas ($p > .05$). El único estilo de afrontamiento que obtuvo un nivel crítico bastante cercano al preestablecido, fue el estilo de afrontamiento centrado en la emoción ($p = .052$), con tamaño de efecto pequeño ($r = 0.21$) siendo las mujeres quienes emplean este estilo con mayor frecuencia, en comparación con los hombres (rango promedio mujeres = 46.53, rango promedio hombres = 36.27), ver tabla 5.8.

Tabla 5.8

Prueba U de Mann Whitney para la comparación en los estilos de afrontamiento, según el género

	Género	n	Rango promedio	U	p	r
afrontamiento centrado en el problema	Hombre	47	40.57	772.000	.973	.003
	Mujer	33	40.39			
afrontamiento centrado en la emoción	Hombre	47	36.27	576.500	.052	.217
	Mujer	33	46.53			
Otros estilos de Afrontamiento	Hombre	47	39.51	729.000	.649	.050
	Mujer	33	41.91			

n = 80

p: valor de probabilidad

r: tamaño del efecto

Siguiendo la temática, se realizaron los mismos análisis teniendo en cuenta la edad de los evaluados. De esta manera, se compararon las estrategias y los estilos de afrontamientos entre adultos de edad temprana (22 a 40 años) y adultos

de edad intermedia (41 a 65 años). En la tabla 5.9 se presentan los valores obtenidos luego de aplicar la prueba U de Mann Whitney en las estrategias del cuestionario de Afrontamiento Multidimensional (COPE). Se encontraron diferencias significativas en las estrategias de Afrontamiento Activo ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.25$), Planificación ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.27$), Postergación del afrontamiento ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.23$), Negación ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.26$), Acudir a la religión ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.23$) y Desentendimiento mental ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.22$). Son los adultos en edad intermedia quienes muestran mayor preferencia por el uso de estas estrategias. Ver tabla 5.9.

Tabla 5.9

Prueba U de Mann Whitney para la comparación de las Estrategias de Afrontamiento, entre adultos de edad temprana y edad intermedia

	Rangos de Edad	N	Rango promedio	U	p	r
Afrontamiento Activo	22 a 40 años	25	31.88	472.000	.024	.251
	41 a 65 años	55	44.42			
Planificación	22 a 40 años	25	31.06	451.500	.013	.276
	41 a 65 años	55	44.79			
Supresión de actividades competentes	22 a 40 años	25	33.18	504.500	.056	.213
	41 a 65 años	55	43.83			
Postergación del afrontamiento	22 a 40 años	25	32.44	486.000	.034	.236
	41 a 65 años	55	44.16			
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	22 a 40 años	25	36.84	596.000	.340	.106
	41 a 65 años	55	42.16			
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	22 a 40 años	25	40.10	677.500	.917	.011
	41 a 65 años	55	40.68			
Reinterpretación positiva	22 a 40 años	25	35.20	555.000	.166	.154
	41 a 65 años	55	42.91			
Aceptación	22 a 40 años	25	37.16	604.000	.383	.976
	41 a 65 años	55	42.02			
Negación	22 a 40 años	25	31.50	462.500	.019	.262
	41 a 65 años	55	44.59			
Acudir a la religión	22 a 40 años	25	32.40	485.000	.035	.235
	41 a 65 años	55	44.18			
Enfocar y liberar emociones	22 a 40 años	25	38.88	647.000	.673	.047
	41 a 65 años	55	41.24			
Desentendimiento conductual	22 a 40 años	25	34.74	543.500	.131	.168
	41 a 65 años	55	43.12			
Desentendimiento mental	22 a 40 años	25	32.98	499.500	.048	.220
	41 a 65 años	55	43.92			

n = 80

p: valor de probabilidad

r: tamaño del efecto

Por último, se realizaron las comparaciones correspondientes en los estilos de afrontamiento, teniendo en cuenta el grupo etario al que pertenecen los evaluados. Los resultados indican que existen diferencias significativas entre adultos de edad temprana y adultos de edad intermedia en los estilos de afrontamiento centrado en el problema ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = 0.27$) y en otros estilos de afrontamiento ($p < .05$), con un tamaño de efecto pequeño (0.23). En ambos casos, son los adultos con edades entre 41 y 65 años, los que presentan mayor frecuencia de empleo en estos estilos de afrontamiento, ver tabla 5.10.

Tabla 5.10

Prueba U de Mann Whitney para la comparación de los estilos de afrontamiento, entre adultos de edad temprana y edad intermedia

	Rangos de Edad	N	Rango promedio	U	p	r
afrontamiento centrado en el problema	22 a 40 años	25	31.18	454.50 0	.015	.270
	41 a 65 años	55	44.74			
afrontamiento centrado en la emoción	22 a 40 años	25	33.54	513.50 0	.071	.202
	41 a 65 años	55	43.66			
Otros estilos de Afrontamiento	22 a 40 años	25	32.36	484.00 0	.034	.236
	41 a 65 años	55	44.20			

n = 80

p: valor de probabilidad

r: tamaño del efecto

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Sobre la base de los resultados obtenidos y para una mejor organización de este capítulo, se comenzará describiendo, en primer lugar, las características más resaltantes de la muestra en relación a los estilos de afrontamiento de mayor uso en adultos con psoriasis, respondiendo al objetivo general. Enseguida, se comentará lo hallado en relación a las trece estrategias de afrontamiento, así como también los estilos y estrategias de afrontamiento según el género y la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona, respondiendo a los objetivos específicos planteados.

Cabe resaltar que, existe literatura científica internacional que brinda evidencias de las características tanto de la enfermedad en sí como de la repercusión emocional y psicológica en quien la padece. Sin embargo, en el Perú la investigación respecto a la psoriasis aún es escasa. Por eso, los resultados obtenidos se contrastan con evidencias nacionales respecto a temas relacionados con enfermedades crónicas y estilos de afrontamiento. Asimismo, se refuerza la información con evidencias internacionales. Por otro lado, es importante volver a mencionar que la muestra de la presente investigación se obtuvo dentro de un evento médico, lo cual podría sesgar los resultados debido a que podrían demostrar mayor consciencia de enfermedad y por lo tanto buscar mayores recursos de afrontamiento.

Se cumplió con el objetivo de conocer los estilos de afrontamiento en adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana. Los participantes mostraron mayor preferencia hacia el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, seguido del estilo de afrontamiento centrado en el problema y el menos empleado es el estilo de afrontamiento menos útil o evitativo tal como se muestra en la Figura 2.

La psoriasis es una enfermedad crónica dermatológica con manifestaciones clínicas muy variadas y que debido a su sintomatología, genera cambios en el estilo de vida de quien la padece (Díaz, Latorre y Álvarez-Linera, 2015). El estado de la piel influye en las rutinas diarias y en la autoestima de la persona, modificando no solo hábitos alimenticios sino también condiciones físicas y ambientales ya que deben evitar ciertos alimentos, evitar ciertas prendas de vestir que expongan sus lesiones e incluso evitar ambientes fríos o secos que afecten el estado de su piel. Es así que la representación que estas personas tiene sobre la enfermedad puede generar un mayor deterioro de su estado emocional ya que se ve obligada a travesar por un proceso de adaptación rápido donde

puede experimentar emociones negativas (Díaz, Latorre y Álvarez-Linera, 2015). Es así que al momento de enfrentar un evento o situación estresante que no puede ser cambiada, como lo es una enfermedad, la persona despliega preferentemente conductas que permiten modificar tal estresor con el fin de controlar sentimientos desagradables que surgen de éste como la angustia, tristeza o ansiedad. Asumiendo el modelo transaccional de Lázarus y Folkman, se explicará el proceso por el cual pasan las personas con psoriasis cuando están expuestas a una situación que sobrepasa sus recursos y pone en peligro su bienestar como lo es la enfermedad. En primer lugar, inician con una valoración primaria donde se emite una respuesta inicial y se evalúa la situación como pérdida por la presencia de la psoriasis y los daños que esta genera. Enseguida realiza una valoración secundaria con el fin de identificar acciones a realizar para enfrentar la situación difícil y sus habilidades de afrontamiento. La interacción de ambas valoraciones determinará el grado de estrés y calidad de la respuesta emocional. Al atravesar por una enfermedad crónica que genera cambios en el estilo de vida se puede considerar lo planteado por Díaz, Latorre y Álvarez-Linera (2015), respecto a que todo cambio en el estilo de vida afecta el estado emocional y la persona experimenta más emociones negativas. De esta manera, la persona con psoriasis muestra mayor preferencia a utilizar un estilo de afrontamiento centrado en la emoción con el fin de regular las emociones negativas asociadas al estrés que podría producir la enfermedad con el fin de mantener la esperanza y la moral en alto a pesar de que el malestar físico continúe. Así, este proceso puede ser valorado con efectividad por la persona y atravesar por una reevaluación de la misma situación como benigna-positiva. Es así que las conductas de afrontamiento son guardadas en su repertorio de conductas para ser utilizadas en situaciones similares futuras.*

La ubicación de los estilos de afrontamiento de acuerdo a la preferencia que demuestran los pacientes con psoriasis puede deberse a las características propias de la muestra ya que son personas que han asistido a un evento de salud y podrían mostrar mayor conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Asimismo, estos resultados corroboran con varios de los hallazgos realizados en el Perú con diferentes tipos de muestra. Es así que los mismos resultados fueron reportados por estudios nacionales de los autores Solano (2012) obtenidos en pacientes con artritis reumatoide, Cassaretto y Paredes (2006) obtenidos en pacientes con insuficiencia renal crónica y Soto (2010) obtenidos en pacientes con cáncer de mama. En tal sentido, dichos hallazgos podrían sugerir que a pesar de que cada enfermedad crónica se desarrolla de manera diferente, es

el estilo de afrontamiento centrado en la emoción el que podría predominar en nuestra población independientemente de la enfermedad crónica que padezca la persona.

Debido a las dificultades que traen consigo la enfermedad y su adaptación a las nuevas condiciones de vida, las personas con psoriasis podrían preferir un estilo de afrontamiento centrado en la emoción ya que el afronte se manejará entorno a la persona misma y en las emociones que le generen la situación estresante (Cadena, 2012). Además, a pesar de que el uso de este estilo puede contribuir a un mayor malestar físico, ayudaría a controlar la angustia y disfunción que podría generarse por percibir que poco puede hacerse por eliminar los síntomas de la propia enfermedad (Cassaretto et al., 2008). Se considera necesario desarrollar un tratamiento psicológico y dermatológico en conjunto orientado a brindar herramientas al paciente que le permitan alcanzar mayor bienestar y calidad de vida. Para ello, es importante tomar en cuenta la Teoría Cognitivo-Conductual donde se establece que todo individuo es responsable de los procesos que le afectan y es capaz de ejercer control sobre ellos. Es así que no son las situaciones mismas las que general las emociones o conductas sino el modo en cómo se interpretan dichas situaciones (Beck, 2000). Es decir, si se mantienen pensamientos positivos se logrará la calidad de vida esperada, en cambio, si se mantienen pensamientos negativos, éstos afectarán la calidad de vida de la persona (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015).

Siguiendo con la organización planteada para este capítulo, se describirán las estrategias de cada estilo de afrontamiento de mayor preferencia por los pacientes con psoriasis tal y como se muestra en la Figura 1.

Las estrategias de afrontamiento de mayor uso de las personas que padecen de psoriasis son: “aceptación, “reinterpretación positiva” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”. Estos resultados indicarían que las personas con psoriasis, ante situaciones estresantes, consideran que el estresor difícilmente podrá ser modificado pero intentan lidiar con él. Tienden a considerar las situaciones estresantes como una experiencia de aprendizaje, intentando buscar el lado positivo con el fin de adaptarse y sentirse mejor. Además, acuden a otras personas para expresar sus problemas emocionales y tratar de conseguir consejos que le permitan mantener la moral y esperanza en alto. Debido a los síntomas de la psoriasis, los cambios en el estilo de vida y las posibles causas asociadas a la enfermedad, los pacientes de la muestra estudiada han encontrado estas estrategias como un medio para regular la perturbación emocional que ésta le pueda generar (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Para explicar el proceso cognitivo que se genera durante el afrontamiento, se tendrá en cuenta el modelo transaccional de Lázarus y Folkman (Solís & Vidal, 2006). De esta manera, cuando las personas de la muestra experimentan una situación que les genera estrés como la enfermedad es interpretada de manera individual dependiendo de su estilo de personalidad. Martin et al. (2010), encontraron que las personas con psoriasis presentan un perfil de personalidad más dependiente hacia los deseos de los demás, son menos dominantes y tratan de disminuir distancias con las personas de su alrededor por temor a ser rechazados. Considerando estas características atraviesan por un proceso cognitivo el cual inicia con una valoración primaria de pérdida debido al daño físico y emocional que produce la enfermedad.

Enseguida, realizan una valoración secundaria donde identifican las acciones a realizar junto con sus recursos tanto internos como externos y sus habilidades para afrontar la fuente de estrés. Dentro de los recursos internos se pueden identificar que existen ciertas variables psicológicas propuestas por Mayordomo (2013) que influyen en el afrontamiento. Por un lado, existe el “sentido de coherencia” o disposición de la persona para percibir la realidad como comprensible y manejable de la situación estresante que le toca vivir. Por eso, es posible que la persona con psoriasis muestre mayor preferencia por la estrategia de “aceptación” como afrontamiento al estrés. Así, reconocen que el estresor no podrá ser modificado pero intentan lidiar con él. Del mismo modo, se encontró el “optimismo” como variable que influye en el afrontamiento y se entiende como la tendencia de la persona a esperar resultados positivos ante situaciones estresantes. Es así, que la persona con psoriasis puede optar por manifestar mayor preferencia hacia la estrategia de “reinterpretación positiva” como afrontamiento al estrés; es decir, enfocan la situación que provoca el estrés como una experiencia de aprendizaje. El “apoyo social” también se ha encontrado como variable que influye en el afrontamiento de las personas de la muestra. Así, los lazos que se construyen cumplen la función de brindar soporte y muestras de simpatía, confianza, reafirmación y consejería útiles para afrontar las situaciones de la vida diaria. Por eso, las personas con psoriasis pueden manifestar mayor preferencia hacia la estrategia de “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”; es decir, acuden a otras personas para expresar sus problemas emocionales y obtener apoyo moral. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Vinaccia et al. (2008) quienes consideran que la percepción de la disponibilidad de ayuda del entorno contribuye con el curso clínico de la enfermedad. Por otro lado, los recursos

externos están asociados a los recursos materiales y sociales que perciben la persona con psoriasis.

Producto de ambas valoraciones cognitivas, surge el proceso conductual a través de la respuesta de afrontamiento. Así, al darse una respuesta, ésta se convierte en una respuesta automática y pasa a ser una conducta expresada en experiencia donde la persona hará uso de la misma ante situaciones similares haciendo que el proceso cognitivo se reduzca ya que se convierte en una experiencia aprendida (Cadena, 2012). Una vez que el proceso cognitivo y conductual es realizado, la persona se habrá adaptado a su medio externo e interno y habrá logrado controlar de alguna manera la situación inicial estresante, logrando su adaptación psicosocial para sí mismo, su entorno (Cadena, 2012) y regulando la perturbación emocional (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003). De esta manera, surge el proceso de reevaluación donde la persona recibe información del entorno y puede cambiar la valoración inicial del estresor como benigna (Brannon & Feist, 2001). Así, la percepción de la enfermedad cambia por una más positiva e influye en la valoración que el paciente hace de su sintomatología, la relación con los profesionales de la salud, la respuesta y adhesión al tratamiento y la reacción ante los síntomas que experimentan (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015).

Los resultados anteriormente descritos concuerdan con lo encontrado por Soto (2012) en una muestra de pacientes con cáncer de mama, Solano (2012) en una muestra de pacientes con artritis reumatoide y Cassaretto y Paredes (2006) en pacientes con insuficiencia renal crónica quienes demostraron que estas personas presentan mayor preferencia por el uso de la estrategia de “aceptación”. A pesar de ser enfermedades con formas de manifestación diferentes, podría sugerir que esta estrategia sea un patrón de respuesta aprendida característico en pacientes con enfermedades crónicas de Lima Metropolitana.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento de menor uso son: “desentendimiento conductual”, “negación” y “supresión de actividades competentes”.

Estos resultados indicarían que las personas con psoriasis, ante situaciones estresantes tienden a admitir cualquier situación estresante experimentada y presentan mayor disposición por luchar contra el estresor. Intentan varias alternativas de solución para conseguir lo que desean sin dejar de lado sus metas personales. Por eso, pueden presentar mayor consciencia de su enfermedad e incluso de su estado de salud.

Las manifestaciones clínicas propias de la psoriasis generan problemas psicológicos afectando de manera directa la autoestima y la sexualidad de la persona e

incluso es capaz de desarrollar cuadros de ansiedad, depresión o ideas suicidas (Vinaccia et al., 2008). Producto de ello, el estrés que genera la misma enfermedad afecta directamente el sistema inmunitario contribuyendo a la aparición o desarrollo de la psoriasis (Núñez, 2015). Si a esta situación le sumamos el origen desconocido de la enfermedad, la representación que la persona tiene de la misma puede ser negativa generando también pensamientos, emociones y conductas negativas. Así, se inicia el proceso cognitivo con la valoración primaria de pérdida producto del daño percibido por la enfermedad. Luego, en la valoración secundaria la persona identifica las acciones a realizar con sus recursos tanto internos como externos y sus habilidades para afrontar la fuente de estrés. Considerando los recursos internos y externos descritos anteriormente, surge el proceso conductual a través de la respuesta de afrontamiento a través de las estrategias encontradas en la muestra estudiada. De esta manera, la respuesta se convierte en una respuesta automática donde la persona hará uso de la misma ante situaciones similares ya que se convierte en una experiencia aprendida (Cadena, 2012). Una vez realizado este proceso, la persona habrá logrado adaptarse a su medio tanto interno como externo y cambiar la valoración inicial del estresor por una percepción más positiva (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015).

Continuando con la organización planteada para este capítulo, se describirán los estilos de afrontamiento de mayor preferencia por los pacientes con psoriasis según el género.

Respecto al estilo de afrontamiento de mayor preferencia según el género (Tabla 5.8), se encontró que son las mujeres quienes muestran mayor predisposición que los hombres hacia el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Esto indicaría que las mujeres con psoriasis tienden a cambiar la manera de interpretar una situación estresante, como la enfermedad, para intentar tolerarla y sentir emociones más saludables. Es decir, al enfrentar un evento estresante que no puede ser cambiado como la psoriasis, las mujeres despliegan preferentemente conductas que modifican el estresor para controlar sentimientos desagradables que surgen de éste como la angustia, tristeza o ansiedad. A pesar de que el uso de este estilo podría traer como consecuencia mayor malestar físico, el alivio de las emociones desagradables les brinda mayor bienestar emocional (Papalia et al., 2012). Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Mayordomo (2013) y Cassaretto et al. (2003) quienes concluyeron que las mujeres muestran mayor preferencia que los hombres por el uso del estilo centrado en la emoción como forma de afrontamiento ante situaciones estresantes. Además, diversos estudios han demostrado

que son las mujeres las más propensas a emplear estrategias enfocadas en la emoción y experimentar mayores niveles de estrés (Papalia et al., 2012). Para explicar tales hallazgos, se pueden tomar los aportes de García (2015) quien considera que las diferencias de género en el afrontamiento se deben a los roles de género establecidos en el proceso de socialización. De esta manera, a las mujeres se les enseña que las necesidades de los demás son más importantes y que es mejor inhibir sus deseos por cortesía a los demás, lo cual produce un control inhibitorio más elevado de la respuesta emocional y de la agresividad. Mientras que a los hombres se les promueven habilidades de aserción negativa, la iniciativa en las relaciones con el género opuesto y el comportamiento competitivo y agresivo.

De esta manera, se confirma la primera hipótesis la cual plantea que existen diferencias estadísticas significativas en los estilos de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género.

Por otro lado, se encontraron dos estrategias de afrontamiento de mayor uso por las mujeres de la muestra: “acudir a la religión” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales” (Tabla 5.8). Este resultado nos sugiere que las mujeres con psoriasis tienden a participar de una religión para adoptar creencias y normas de comportamiento que les permita adaptarse a las situaciones de su vida diaria. Además, tienden a acudir a otras personas para expresar sus problemas emocionales y conseguir apoyo moral por parte de sus amigos y familiares. De esta manera el patrón de respuestas aprendido a la fuente de estrés permite llevar a cabo conductas de afrontamiento que generan mayor bienestar para ellas y permiten cambiar la valoración inicial del estresor por una percepción más positiva (Hernández-Fernaud, Hernández y Ruiz, 2015). Por eso, las características de sus conductas son de más de cuidado, sus actividades son afectivas para reforzar la seguridad y la dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades que le permitan continuar con su vida (Papalia et al., 2012). Así como refieren Martín et al., (2010), uno de los principales desencadenantes de la psoriasis es la dificultad para regular las emociones, por eso, es posible que intenten buscar no solo ayuda de su entorno sino también un refuerzo externo para sentirse en pertenencia con las personas de su ambiente y así aumentar su satisfacción. Por eso, la percepción de que existen otras personas para recibir apoyo, disminuye el efecto de las experiencias estresantes y sirve como amortiguador de dichas experiencias (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003)

Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Mayordomo (2013) quien encontró que las mujeres presentan la capacidad de experimentar, expresar y comunicar las emociones a los demás, así como también, logran empatizar con los sentimientos de los demás. Si bien es cierto se ha demostrado que las mujeres presentan más atención a sus emociones, también existe mayor empatía hacia los demás lo cual es beneficioso para la búsqueda de apoyo social (García, 2015). Las mujeres buscan más apoyo social y tienden a focalizarse en las relaciones más que los varones. Es decir, las mujeres aceptan más la comprensión y el apoyo, expresan sus sentimientos y comunican a otros lo que les sucede. Además, utilizan más estrategias relacionadas con esperar que ocurra lo mejor y hacerse ilusiones (Scafatelli y García, 2010).

Del mismo modo, Cassaretto et al. (2003) encontraron que las mujeres recurren con mayor frecuencia al uso de la estrategia de acudir a la religión, mientras que Cabanach, Farina, González y Ferradás (2013), encontraron que las mujeres recurren en mayor medida que los varones a la búsqueda de apoyo como mecanismo de afrontamiento ante situaciones estresantes. Por otro lado, los mismos resultados fueron encontrados por Soto (2010) en pacientes con cáncer de mama. Se podría suponer que esta sea una característica en las mujeres con enfermedades crónicas en nuestro país.

Así, se confirma la segunda hipótesis la cual plantea que existen diferencias estadísticas significativas en las estrategias de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género.

Continuando con la organización planteada para este capítulo, se describirán los estilos de afrontamiento de mayor preferencia por los pacientes con psoriasis de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Se encontraron diferencias significativas en el estilo y estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona. Es así que las personas con psoriasis que se encuentra en edad intermedia (40 a 65 años), muestran mayor preferencia por utilizar un estilo de afrontamiento centrado en el problema y un estilo de afrontamiento evitativo en comparación con aquellos que se encuentran en edad temprana (20 a 40 años), según se demuestra en la Tabla 5.10. Esto quiere decir que los adultos en edad intermedia, buscan cambiar o eliminar el estresor de manera que puedan adaptarse a la nueva condición que les toca vivir experimentando mayor bienestar físico. Sin embargo, evadiéndolo podría resultar útil en algunas ocasiones pero la mayoría de veces va a interferir con la manera de afrontarlo provocando resultados psicológicos negativos como estrés y ansiedad (Cassaretto et al., 2008). Estos

resultados pueden explicarse debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. La adultez intermedia es una etapa en la que el adulto asume mayores responsabilidades serias, se sienten más competentes desempeñando diversos roles y perciben mayor sentimiento de control sobre su vida. Por eso, al identificar la enfermedad como fuente de estrés y atribuirle una valoración personal logran afrontarla reuniendo todos los recursos internos y externos posibles para controlarla y sentirse mejor. Debido a que experimentan niveles de estrés más frecuentes y atraviesan por cambios que necesariamente tiene que aprender a afrontar, es probable que se sientan más preparados para superar cualquier situación estresante inclusive la enfermedad. A pesar de que es una etapa en la que son más propensos a sentir tristeza, inquietud o desesperanza, logran establecer relaciones interpersonales clave para su afrontamiento. Sin embargo, el proceso de enfermedad puede tener periodos de reevaluación negativa, por eso, es posible que estas personas prefieran buscar todos los medios necesarios para combatirlo y si es posible evitarlo a pesar de las consecuencias.

Varios autores han determinado que a medida que las personas envejecen se vuelven más pasivas en la aplicación de estrategias de afrontamiento, por eso, pasan de un estilo de afrontamiento centrado en el problema a uno centrado en la emoción (Mayordomo, 2013). Sin embargo, los resultados de dicha investigación pueden diferir probablemente porque los participantes de la muestra han sido seleccionados dentro de un evento médico, por lo tanto, presentan mayor consciencia de problema y mantienen pensamientos más racionales referidos a la situación intentando establecer alternativas de solución frente al mismo (Cadena, 2012). Además, las diversas evoluciones clínicas de la psoriasis y su peculiar manifestación puede generar en el paciente la ilusión de poder realizar algo eficaz para afrontarlo (Solano, 2012).

Así se confirma la tercera hipótesis la cual refiere que existen diferencias estadísticas significativas en las estrategias de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad temprana o intermedia.

Por último, siguiendo con la organización planteada para este capítulo, se describirán las estrategias de mayor preferencia por los pacientes con psoriasis de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona tal y como se muestra en la Tabla 5.9. Se encontró que las personas en edad intermedia prefieren usar como estrategia de afrontamiento el “afrontamiento activo” y la “planificación”. La edad

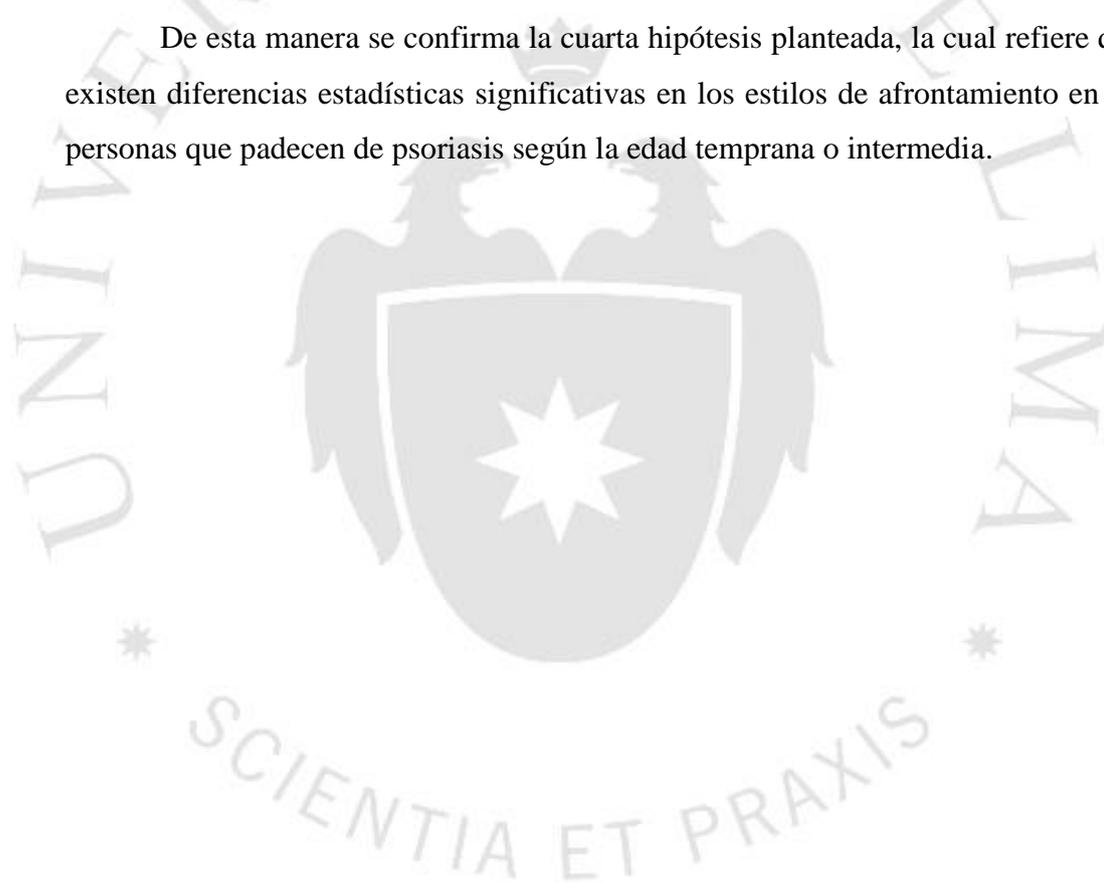
intermedia, es una fase en la cual la persona asume responsabilidades serias y se sienten competentes desempeñando diversos roles (Papalia et al., 2012). De esta manera, sus conductas de afrontamiento están más orientadas a controlar el problema de manera directa, esforzándose por planificar y realizar conductas para manejar el estrés. Estas características podrían explicarse por la etapa de desarrollo en la que se encuentran ya que en la edad intermedia las personas están más preparadas para enfrentar el estrés y son más capaces de aceptar lo que no se puede cambiar. Es posible que al enfrentar la enfermedad han aceptado su cronicidad y han aprendido estrategias más eficaces para reducir o minimizar el estrés reevaluando la situación de manera más positiva. Dichos resultados también fueron encontrados por Cardona, Villamil, Henao & Quintero (2011).

Se encontró también la estrategia de “postergación del afrontamiento” como preferida por las personas en edad intermedia (40 a 65 años). Optan por esperar la aparición del momento más adecuado para afrontar el problema, asegurándose de no empeorar la situación por actuar de manera precipitada. Tienden a controlarse y tolerar el estresor con el fin de evitar hacer las cosas de manera impulsiva. Al experimentar niveles de estrés más frecuentes y estresores de clase más diversa que los jóvenes o ancianos, logran tolerar el estrés y encontrar el momento más adecuado para afrontarlo.

De igual forma, se encontraron la “negación” y “desentendimiento mental” como estrategias de mayor uso por las personas en edad intermedia. Esto resultados demostrarían que las personas en esta etapa tienden a rehusarse a creer que una situación estresante está sucediendo, incluso pueden actuar como si dicha situación no ocurriera y realizar actividades de distracción de pensamiento para olvidarse del problema. Es un periodo en el cual es común que sientan sentimientos negativos como tristeza, nerviosismo, inquietud, desesperanza, sentimientos de minusvalía y niveles de estrés (Papalia et al., 2012). Sin embargo, a pesar de que logran manejar el estrés mejor que los adultos en edad temprana, les cuesta asumir situaciones estresantes como lo es una enfermedad crónica. Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad crónica, puede sentir muchas emociones juntas, como por ejemplo, confusión, vulnerabilidad, preocupación, angustia y enfado. Todas estas emociones generan rechazo en la persona para aceptar la nueva condición de vida con la que tiene que aprender a vivir y se privan de la oportunidad de conocer la enfermedad e informarse sobre su trastorno. Por eso, podrían sentir poco control sobre la situación que les genera estrés lo cual influye en sus emociones y se crea un círculo vicioso en el cual la persona no evoluciona.

Se encontró también como estrategia de mayor uso, la “religión” en las personas en edad intermedia. Esto indicaría que es importante para estas personas apoyarse en creencias religiosas para reconstruir eventos de la vida y encontrar un significado que dirija el proceso de afrontamiento de manera satisfactoria. Así, estarían solucionando situaciones estresantes, como la enfermedad, a través de formas que no solo son convincentes para ellos sino también que están insertados en un sistema cultural que lo acepta generándoles un estado de ánimo más positivo. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Cardona, Villamil, Henao & Quintero (2011). Asimismo, Soto (2010) en una muestra de pacientes con cáncer de mama lo cual sugiere que es la religión un factor importante en el afrontamiento de las personas con enfermedades crónicas en nuestro contexto.

De esta manera se confirma la cuarta hipótesis planteada, la cual refiere que existen diferencias estadísticas significativas en los estilos de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad temprana o intermedia.



CONCLUSIONES

- Existen diferencias significativas en el estilo de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana. El estilo de mayor preferencia es el centrado en la emoción y de menor preferencia es el evitativo.
- Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana. Las estrategias de mayor uso son: “aceptación”, “reinterpretación positiva” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”, las de menor uso son: “desentendimiento conductual”, “negación” y “supresión de actividades competentes”.
- Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género. Las mujeres utilizan más la “búsqueda de apoyo social por razones emocionales” y “acudir a la religión” que los hombres.
- Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento de las personas que padecen de psoriasis según el género. Las mujeres mostraron mayor preferencia por un estilo de afrontamiento centrado en la emoción a diferencia de los hombres.
- Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad. Los adultos en edad intermedia manifestaron mayor preferencia por un “afrontamiento activo”, “planificación”, “postergación del afrontamiento”, “negación”, “acudir a la religión” y “desentendimiento mental”, en comparación de los adultos en edad temprana.
- Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento en las personas que padecen de psoriasis según la edad. Los adultos en edad intermedia manifestaron mayor preferencia por un estilo de afrontamiento centrado en el problema y un estilo de afrontamiento evitativo en comparación de los adultos en edad temprana.

RECOMENDACIONES

A partir de la investigación realizada se propone la necesidad de desarrollar un trabajo más coordinado entre los médicos, dermatólogos que atienden a estos pacientes y profesionales de la salud mental, dado que se ha encontrado que hay necesidad de ser atendidos integralmente, ya que hay un padecimiento psicológico a partir de la psoriasis.

- Realizar dentro de los centros de salud un programa cognitivo – conductual de desarrollo de actitudes y estrategias para afrontar la psoriasis con el fin de promover el uso flexible del afrontamiento.
- Se propone también crear espacios de colaboración entre los profesionales para atender a estos pacientes, tomando en cuenta los aportes de la medicina y la psicología cognitiva - conductual que haga posible atender al sujeto integral e incluso a sus familias que también se afectan con el padecimiento de un miembro de la misma.
- Se podría proponer la necesidad de explorar los rasgos de personalidad, niveles de ansiedad y sintomatología depresiva percibida por las personas con psoriasis.
- El acceso a la muestra es difícil, probablemente por temas de confidencialidad y ética en los centros de salud, por lo que se considera tenerlo en cuenta en futuras investigaciones.
- Sería importante brindar un servicio donde exista un trabajo interdisciplinario entre dermatólogos y psicólogos con el fin de ofrecer un psicodiagnóstico y un tratamiento especializado en la psoriasis. Así, desde un punto de vista integral, el curso clínico de la enfermedad cambiaría a favor del bienestar del paciente.
- Se podrían realizar grupos de apoyo, con la participación de psicólogos y dermatólogos, con el fin de atender a las diferentes necesidades de los pacientes y contribuir con su calidad de vida.
- Es importante realizar un trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, trabajando la psoriasis desde dos vías en simultáneo: el área dermatológica y psicoterapéutica dentro del enfoque cognitivo – conductual. Así, se unificarían los conocimientos del médico con los del psicólogo para contener al paciente en su afección y contribuir a mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Andrade, A. (2014). Los mecanismos de afrontamiento en hombres y mujeres con depresión en el Hospital Quito N° 1 Policía Nacional. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad central del Ecuador, Ecuador.
- Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González, A., Secades, R., Errasti, J. y Curto, J. (2000). Perfil psicológico y validez de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*. 12(2), 30-34.
- Bartolo, L., Valverde, J., Rojas, P., Vicuña, D. (2010). Antecedente familiar, obesidad y tabaquismo como factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis. *Dermatol.Perú*, 21, 73-77.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Thompson Learning.
- Cabanach, R., Farina, F., Freire, C., González, P., Ferradás, M. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Educational and Psychology*. Recuperado de <http://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/89/114>
- Cadena, S. (2012). *Estilos de Afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador.

- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E., Quintero, A. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Revista medicina U.P.B.* Recuperado de http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48742011000200006&lng=es&nrm=is
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N., 2003. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Vero/Downloads/Dialnet-EstresYAFrontamientoEnEstudiantesDePsicologia-994031%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Vero/Downloads/Dialnet-EstresYAFrontamientoEnEstudiantesDePsicologia-994031%20(5).pdf)
- Cassaretto, Chau, Oblitas, Valdez. (01 de Mayo de 2008). Afrontamiento a la enfermedad crónica. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/item/9341/afrontamiento-a-la-enfermedad-cronica>
- Cassaretto, M., Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [versión electrónica]. *Revista de Psicología de la PUCP*, 1, 109- 140.
- Cassuso, L. (1996). Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento de un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Catacora, J., Yataco, R., Montesinos, P. (2007). Reporte del uso de infliximab en psoriasis generalizada y resistente. *Dermatol.Perú*, 18, 32-36.
- Choy, R. (2007). *Relación entre las áreas del burnout y los estilos de afrontamiento en una muestra de docentes de niños con problemas de aprendizaje*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences (2nd Ed)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cortijo, S., García, M., Campo, M., Serrano, O. & Herreros, A. (2004). Papel de los nuevos tratamientos biológicos en la psoriasis. *Farmacia Hospitalaria*, 29, 192-200.

- Cruz, E. & Urquiaga, E. (2006). *Estilos de afrontamiento al estrés y personalidad tipo A en pacientes con hipertensión arterial del hospital Víctor Lazarte- Trujillo*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Davis, S. & Palladino, J. (2008). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Díaz, M., Latorre, P. & Álvarez-Linera, P. (2015). *Psicología médica*. Barcelona: Elsevier.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. & Buchner, A. (2007). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 41 (4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Fortune, D., Richard, H., Griffiths, C. & Main, C. (2002). Psychological stress, distress and sociability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perception, coping and alexitimia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174.
- Galarza, L., Martínez, V., Posada, M. y Castañeiras, C. (2009). Resiliencia y afrontamiento adaptativo: Recursos claves para la salud mental. *CONICET*. Recuperado de http://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=46251&congresos=yes&detalles=yes&congr_id=1776425
- García, S. (2015). *Relación entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad de Salamanca, Madrid, España.
- González, R. (2010). *Los síndromes de estrés*. Madrid, España: Síntesis.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational drame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill.

Hernández – Fernaud, E., Hernández, B., Ruiz, C. & Ruiz, A. (2009). *Development of a Questionnaire to Evaluate Coping Strategies for Skin Problems*, 12 (1), 373-382.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/172/17213005035.pdf>

Hernández-Fernaud, E., Hernández, B. y Ruiz, C. (2015). Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 14(2), 523-534. . <http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-2.padb>

Jiménez-Torres, M., Martínez, M., Miró, E. y Sánchez, A. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de psicología*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723161004.pdf>

Martín, R., Corbalán, J., Brufau, C., Ramírez, A., & Limiñana, R. (2010). Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis [versión electrónica]. *Anales de psicología*, 26, 335-340.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.

Mayordomo, T. (2013). Afrontamiento, Resiliencia y Bienestar a lo largo del Ciclo Vital. (Tesis de doctorado inédita). Universitat de Valencia, Valencia, España.

Mussallam, S., Meza, B., Elescano I. (2010). Síndrome metabólico como factor asociado a psoriasis en la consulta dermatológica. Centro Médico Naval “CMST”, 2009. *Dermatol.Perú*, 21, 67-70.

National Psoriasis Foundation (2012). *Psoriasis Causes and Known Triggers*. Recuperado el 29 de Septiembre, 2012, de <http://www.psoriasis.org/about-psoriasis/causes>

- Núñez, G. (2015). El estrés y su relación con las enfermedades dermatológicas, en los pacientes de 25 a 45 años de edad del consultorio del Dr. Jorge Camacho, en la ciudad de Ambato. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Oblitas, G. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F., México: Thomson.
- Oblitas, G. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico: Cengage Learning Latin America.
- Obregón, L. (2007). Terapia Biológica en Psoriasis. *Dermatol.Perú*, 17, 145-154.
- Papalia, D., Feldman, R., Martorell, G., Berber, M., Vázquez, H., Ortiz, S. & Dávila, J. (2012). *Desarrollo humano*. México D.F., México: McGraw-Hill.
- Peñuela, M., Baquero, I., Amador, C, Castillo, E. y Daza, J. (2004). Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla. *Salud uninorte*. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4159/5625>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ponce-Rodríguez, M. & Mendoza, R. (2012). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol.Peru*, 22, 144-150.
- Psoriasis Perú (2011). *¿Qué es la psoriasis?* Recuperado 23 de Mayo, 2012, de <http://www.psoriasisperu.org/psoriasis.php>
- Quiroz, M. (2008). *Estilos de afrontamiento en pacientes hipertensos y normotensos del Hospital Nacional de Policía del Perú*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Quezada, N. (2010). *Metodología de la Investigación*. Lima: Editorial Macro.

- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología y Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Ruíz, M., Díaz, M., Villalobos A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: Desclée de Brouwer.
- Sampogna, F., Tabolli, S., Mastroeni, S., Di Pietro, C., Fortes, C. & Abeni, D. (2006). Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatology*, 215, 341-347.
- Scafatelli, L. y García, R. (2010). Estrategias de Afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios Uruguayos. *Ciencias Psicológicas*. Recuperado de <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/121/108>
- Solano, M. (2012). *Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide y el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Solano, D. (2012). *Factores de riesgo que influyen en la incidencia de psoriasis en los habitantes del Cantón Santa Elena*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Estatal Península de Santa Elena, La Libertad, Ecuador.
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos de afrontamiento en adolescentes [versión electrónica]. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, 8, 33-39.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En Berrios, G., Bulbena, A. y Fernández, P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). España: Masson.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, A., & Arbeláez, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud*, 18, 17-25.

Wackerly, D., Mendenhall, W. y Scheaffer, R. (2010). Estadística matemática con aplicaciones. México D.F., México: Cengage Learning.





ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Consentimiento informado para investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación es conducida por Verónica Fujiki, de la Universidad de Lima. La meta de este estudio es conocer los estilos de afrontamiento en adultos que padecen psoriasis en Lima Metropolitana. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario y una ficha sociodemográfica. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los cuestionarios se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Verónica Fujiki. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer los estilos de afrontamiento en adultos que padecen psoriasis en Lima Metropolitana. Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Verónica Fujiki al teléfono 987-969-922. Entiendo que una copia de esta ficha

de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Verónica Fujiki al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:



Anexo 2: Instrumento – Escala de afrontamiento (COPE)

CUESTIONARIO

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas. A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago esto
- 2 = A veces hago esto
- 3 = Usualmente hago esto
- 4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA. ELIJA LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA USTED

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzo en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo				
33. Aprendo algo de la experiencia				

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzo para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mi mismo (a) “esto no es real”				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 3: Ficha sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

Edad:

Género: F M

Estado Civil:

Ocupación:

Tipo de psoriasis:

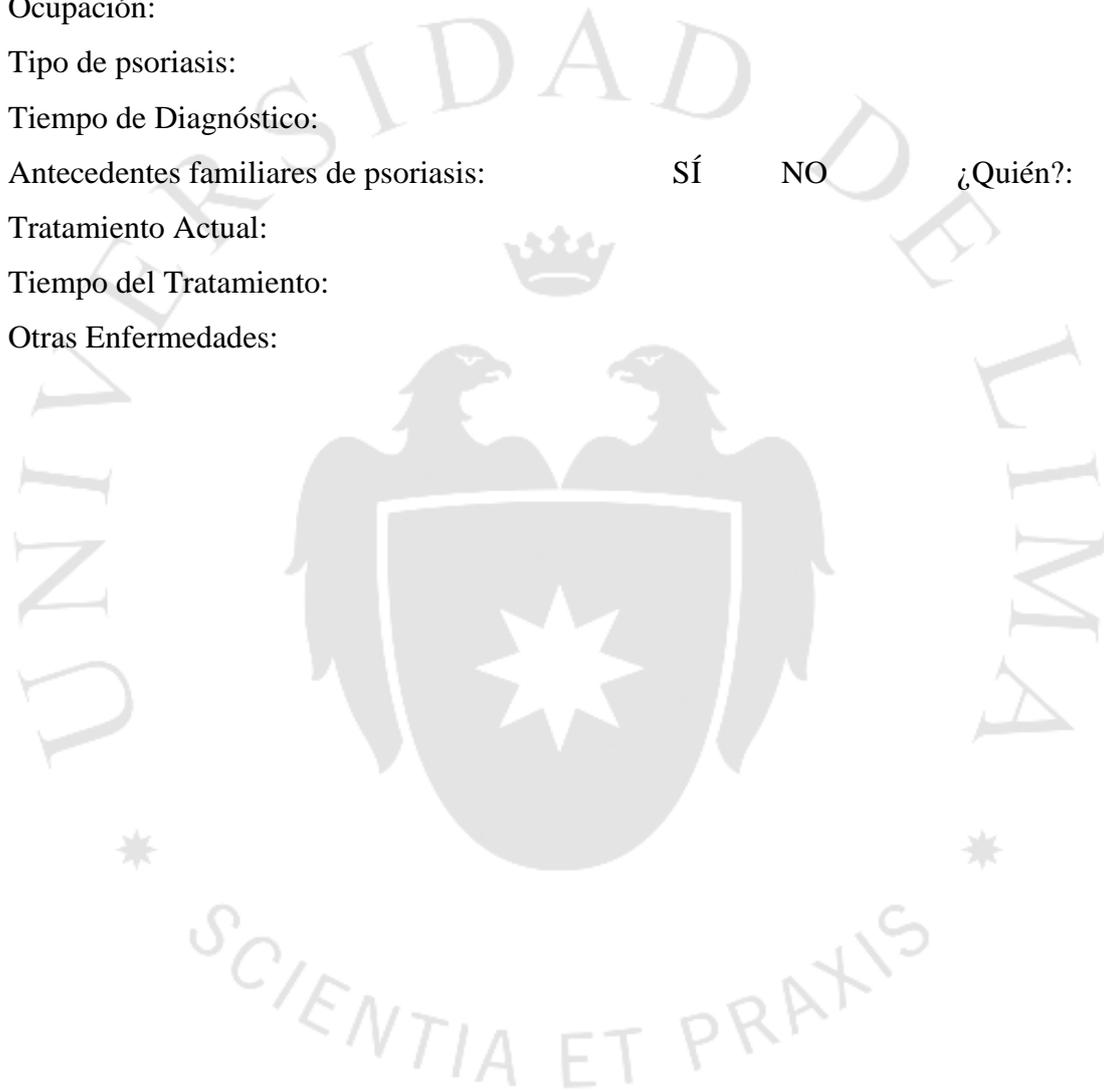
Tiempo de Diagnóstico:

Antecedentes familiares de psoriasis: SÍ NO ¿Quién?:

Tratamiento Actual:

Tiempo del Tratamiento:

Otras Enfermedades:



Anexo 4: Versión final del COPE

CUESTIONARIO

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas. A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir de acuerdo a lo siguiente:

1 = Casi nunca hago esto

2 = A veces hago esto

3 = Usualmente hago esto

4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA. ELIJA LA RESPUESTAS MÁS ADECUADA PARA USTED

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
14. Concentro mis esfuerzo en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
18. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
19. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
20. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
21. Pongo mi confianza en Dios				
22. Dejo salir mis sentimientos				
23. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
24. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
25. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso				
26. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
27. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
28. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
29. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
30. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
31. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo				
32. Aprendo algo de la experiencia				
33. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
34. Intento encontrar consuelo en mi religión				
35. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
36. Actúo como si no hubiese ocurrido				
37. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				

	1:Casi nunca hago esto	2:A veces hago esto	3:Usualmente hago esto	4: Hago esto con mucha frecuencia
38. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
39. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
40. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
41. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzo para enfrentar la situación				
42. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
43. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
44. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
45. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
46. Acepto la realidad de lo sucedido				
47. Rezo más que de costumbre				
48. Me molesto y soy consciente de ello				
49. Me digo a mi mismo (a) “esto no es real”				
50. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				

¡Muchas gracias por su participación!

SCIENTIA ET PRAXIS