



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Mendoza, Argentina

2017

Tesis de licenciatura en psicología

“Estrategias de afrontamiento en personas con colitis ulcerosa”

Director: Mgter. Daniel Venturini

Alumna: Rocío Henriquez

Celular: 2613368740

Email: rocio09_91@hotmail.com

HOJA DE EVALUACION

Tribunal

- **Presidente**

- **Vocal**

- **Vocal**

- **Profesor invitado**

Nota

ÍNDICE

Carátula:	1
Título:	2
Hoja de evaluación:	3
Índice:	4
Resumen:	9
Abstracts:	10
Agradecimientos:	11
Introducción:	12
Primera parte: Marco teórico	14
Capítulo 1: Psicología de la salud	15
1. Introducción	16
2. Salud	16
2.1. Variables que determinan la salud o enfermedad	18
2.2 Historia de los modelos de la salud	18
2.2.1. Modelo biomédico	19
2.2.2. Modelo biopsicosocial	20
3. Origen de la psicología de la salud	21
4. Relación de la conducta del hombre con su salud	23
5. Psiconeuroinmunología	23
6. Enfermedad crónica	26
6.1. Calidad de vida en enfermos crónicos	26
6.2. Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad	27

6.3. Reacciones emocionales relacionadas con el curso y consecuencias de la enfermedad crónica	28
6.4. Adaptación psicológica y social de la enfermedad crónica	29
Capítulo 2: Colitis ulcerosa	31
1. Introducción	32
2. Antecedentes históricos	32
3. Anatomía del intestino grueso	34
4. Definición	36
5. Síntomas	36
6. Factores de riesgo	38
7. Diagnostico	41
8. Tratamiento	43
9. Aspectos psicológicos de la colitis ulcerosa	45
Capítulo 3: Estrés	47
1. Introducción	48
2. Historia del concepto	48
3. Definición de estrés	50
4. Teoría transaccional del estrés	51
4.1. Evaluación cognitiva	52
4.2. Factores personales que influyen en la evaluación	54
4.3. Factores situacionales que influyen en la evaluación	55
5. Estrés y salud	56
5.1. Fisiología de la respuesta del estrés	58
5.1.1. Tipos de estrés	59

5.1.2. Fases del estrés	60
5.1.3. Causas del estrés	61
5.1.4. Señales características del estrés	62
6. ¿Cómo afecta el estrés al sistema inmunológico?	63
7. La relación mente cuerpo en la colitis ulcerosa, una perspectiva psicosomática	63
8. Estrés y enfermedad inflamatoria intestinal	64
Capítulo 4: Afrontamiento	67
1. Introducción	68
2. Historia del concepto	68
2.1. El modelo animal	69
2.2. El modelo psicoanalítico del ego	69
2.3. El patrón A como estilo de afrontamiento	70
2.4. El patrón B como estilo cognitivo	72
3. Definición de afrontamiento	73
4. El afrontamiento como proceso	74
4.1. Etapas en el proceso de afrontamiento	75
5. Recursos para el afrontamiento	76
6. Limitaciones al utilizar el recurso de afrontamiento	78
7. Funciones del afrontamiento	79
8. Afrontamiento y adaptación	80
9. El afrontamiento y sus consecuencias sobre la salud	81
10. Efectividad del afrontamiento	82
11. Afrontamiento desde Moos y Schaefer	84

12. Afrontamiento en las enfermedades inflamatorias intestinales	85
Segunda parte: Metodología	87
Capítulo 1: Método y procedimiento	88
1. Introducción	89
2. Preguntas y objetivos de investigación	89
2.1. Preguntas de investigación	89
2.2. Objetivos de investigación	90
2.2.1. Objetivo general	90
2.2.2. Objetivos específicos	90
3. Método	91
3.1 Enfoque	91
3.2. Tipo de estudio	91
3.3. Tipo de diseño	92
3.4. Selección de la muestra	92
4. Instrumento	93
4.1. Administración	94
4.2. Obtención de resultados	94
4.3. Criterios de interpretación	95
4.4. Encuestas	96
5. Procedimiento y recolección de datos	97
5.1. Análisis de datos	97
Capítulo 2: Presentación y discusión de resultados	98
1. Presentación de resultados	99

1.1. Características de los participantes	99
2. Discusión de resultados	120
3. Conclusiones	125
4. Sugerencias	128
Tercera parte: Bibliografía y anexos	130
1. Bibliografía	131
2. Anexos	135
2.1. Consentimiento informado	135
2.2. Inventario de respuestas de afrontamiento	136
2.3. Encuesta	138

RESUMEN

El presente trabajo plantea los siguientes objetivos: Describir qué estrategias prevalecen y son características en los sujetos con colitis ulcerosa y cuales son aquellas que utilizan los pacientes que llevan un mayor y un menor tiempo con el padecimiento. El instrumento utilizado fue el inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de Rudolf H. Moos, (1993), con su adaptación regional (Ahumada, M. y Santiago, I., 2009), y dos preguntas relacionadas con el nivel de estrés antes y después de la enfermedad. La muestra estuvo conformada por 31 pacientes con colitis ulcerosa del Hospital Universitario de Mendoza. Para el procesamiento de los datos se utilizó el SPSS 15.0 versión en español. Se analizaron tanto las estrategias de afrontamiento obtenidas del inventario, como las situaciones estresantes manifestadas por los participantes. Se obtuvo como conclusión que la estrategia de afrontamiento que caracteriza a las personas con colitis ulcerosa es “Descarga emocional”. La cual resulta adaptativa en función de las situaciones estresantes manifestadas por los participantes de la investigación.

ABSTRACS

The present study poses the following objectives: Describe which strategies prevail and are characteristic in subjects with ulcerative colitis and which are those used by patients who carry a greater and a shorter time with the disease. The instrument used was the Rudolf H. Moos's Inventory of Coping Responses (CRI-A), (1993), with its regional adaptation (Ahumada, M. and Santiago, I., 2009), and two questions related to the level Of stress before and after illness. The sample consisted of 31 patients with ulcerative colitis at the Hospital Universitario de Mendoza. The SPSS 15.0 Spanish version was used for data processing. Both the coping strategies obtained from the inventory and the stressful situations manifested by the participants were analyzed. It was concluded that the coping strategy that characterizes people with ulcerative colitis is "Emotional Discharge". This is adaptive in terms of the stressful situations manifested by the research participants.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser mi sostén, acompañarme durante toda la carrera y confiar en mí.

A mi hermana Melisa, por aconsejarme y apoyarme siempre.

A Javier, por su amor y contención.

A mis amigas de la vida Pau, Maca, Pipi, Flor, Meli, que hacen más ameno el camino de la formación personal y profesional.

A mis compañeros y amigos de la facultad, Aldi, Paul, Gi, Jesi, Manu, Cally, Dena, Mar, por las horas de estudio compartidas, las salidas, y porque gracias a ellos la facultad fue una de las mejores etapas de mi vida.

Al Lic. Daniel Venturini, por su tiempo de dedicación e interés en el trabajo de investigación, al cual guió aportando sus valiosos puntos de vista.

A la Lic. Daniela Gonzalez por acompañarme en este trabajo.

A los doctores en gastroenterología del Hospital Universitario: Daniel Toro, Analia Estudillo, Andrea Suarez Pellegrini y a la Lic. Deborah Balfour. Todos ellos orquestaron, desde su lugar, la realización de este trabajo, confiaron en mí y me abrieron las puertas con el mayor apoyo y contención.

A los pacientes que formaron parte de esta investigación, por su tiempo y entrega desinteresada.

A TODOS ¡MUCHAS GRACIAS!

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa tiene un carácter crónico, con un curso potencialmente complicado, caracterizado por periodos de brotes o actividad y periodos de remisión, requiere de tratamiento farmacológico continuado y en algunos casos de cirugía. Todo esto impacta profundamente en la percepción de salud de los pacientes y en la manera de afrontar esta situación.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como lo es la colitis ulcerosa, puede llevar a la persona a afrontar esta situación de manera desadaptativa y generar secuelas como: un estrés crónico y prolongado, que puede afectar de manera significativa el curso de la enfermedad. Es evidente que un individuo que cursa un padecimiento de tal gravedad, tiene que poseer estrategias de afrontamiento adaptativas que lo ayuden a llevar un mejor estilo de vida.

En esta investigación se busca evaluar las estrategias de afrontamiento de estrés que utilizan los individuos entre 19 y 61 años, una vez realizado el diagnóstico de la enfermedad. Esta idea está motivada por la presencia de dicha enfermedad en la autora de la tesina. Sumado a la poca investigación realizada en la provincia y a nivel nacional sobre este padecimiento.

El presente estudio pretende aportar información original y valiosa, para que pueda ser aprovechada por la comunidad de psicólogos y médicos dedicados a la psicología de la salud. Y en base a esto transmitir las conclusiones y sugerencias pertinentes.

Para llegar a los resultados se utilizará una muestra compuesta por 31 pacientes de sexo masculino y femenino del Hospital Universitario de Mendoza. Se les aplicará el “Inventario de Respuestas de Afrontamiento” de Rudolf H. Moos, elaborado en 1993.

La primera parte de este trabajo, el marco teórico, se divide en cuatro Capítulos:

Primer capítulo: se desarrolla el concepto de psicología de la salud, donde se destaca la promoción de la salud y las diversas reacciones ante una enfermedad crónica.

Segundo capítulo: comienza con una introducción hacia la enfermedad de colitis ulcerosa, donde se detallarán los aspectos más importantes de la misma como su definición diagnóstica, tratamiento y aspectos psicológicos.

Tercer capítulo: se detallarán definiciones de estrés a lo largo el tiempo, pero como punto importante se expondrá la teoría transaccional del estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1986)

Cuarto capítulo: se desarrolla la temática del afrontamiento, como eje central de esta tesina. Se hará énfasis en el afrontamiento como proceso, en las concepciones que integran las distintas formulaciones del concepto y en su papel en la colitis ulcerosa.

La segunda parte, el marco Metodológico, se divide en dos capítulos:

Primer capítulo: se especifican las preguntas y objetivos de la investigación, el método de trabajo, procedimientos, y el instrumento utilizado: el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos –CRI-A- (1993).

Segundo capítulo: se presentan los resultados obtenidos de la administración del cuestionario aplicado a la muestra. Aquí se presentan dichos resultados en tablas y gráficos, y se realiza además un análisis de las situaciones estresantes manifestadas por las personas enfermas con colitis ulcerosa. Posteriormente se exponen las conclusiones y las sugerencias para futuras investigaciones.

A continuación se expondrá la primera parte de la tesina que corresponde al marco teórico:

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1. Introducción

En este capítulo se abordarán los antecedentes y la evolución de la psicología de la salud, incluyendo su definición conceptual, así como el modelo biopsicosocial que lo caracteriza. Se describen evidencias sobre la estrecha relación que existe entre el comportamiento y la salud, para tener una mejor comprensión de la salud y la enfermedad.

Se describen, además, en detalle los comportamientos que promueven la salud. También se introduce al tema de la enfermedad crónica, a la calidad de vida de una persona, sus diversas reacciones ante el diagnóstico y adaptación del individuo a esta nueva condición.

La psicología de la salud constituye una excelente alternativa para comprender los mecanismos de la salud y enfermedad, así como la prevención y el manejo de la enfermedad en lo que se refiere a sus componentes psicológicos.

2. Salud

La definición de salud va más allá de la ausencia de enfermedad, es un concepto que abarca una esfera subjetiva ya que está asociada a un sentimiento de bienestar y una manera objetiva, que tiene relación con la capacidad de funcionamiento de la persona. Es entendida en un sentido amplio como el bienestar físico, psíquico y social (Labiano, 2004).

Dubos (1975) citado en Labiano (2004, 3) sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”.

Otros autores como Green y Green (1979) citados en Labiano (2004) explican un principio psicofisiológico básico, en el cual cada cambio físico implica un cambio en el estado mental, ya sea emocional, consciente o inconsciente. Es decir que hay una interconexión entre las distintas partes de nuestro sistema.

Labiano (2004) comenta que el modelo actual reconoce que hay una complejidad en el concepto de salud, ya que la calidad de bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Esto significa que los hábitos cotidianos, como creencias y actitudes, en definitiva nuestro comportamiento, son considerados como aspectos centrales en esta problemática humana.

Estos hábitos cotidianos saludables, implican una adecuada alimentación, ejercicio físico regular, tomar moderadamente o nada de alcohol, evitar ambientes contaminados, dormir entre 7 y 8 horas, realizar controles médicos preventivos, etc. Para lograr una mayor vitalidad y hacer más lento el envejecimiento biológico (Labiano, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (1993) citada en Labiano (2004) desarrolló recomendaciones para el ámbito sanitario, para así lograr una comunicación bidireccional entre profesional y usuario, y son las siguientes:

- Fomentar la autonomía personal, promoviendo la responsabilidad individual.
- Fijar la vista en la salud de la persona y no solo remarcar la enfermedad.
- Beneficiar la comunicación interprofesional en el abordaje de problemas sanitarios.
- Intentar que la comunidad participe de los problemas sanitarios.

Gil Rodríguez, Rubio y Expósito (1995) citados en Labiano (2004) dicen que el individuo debe transformarse en un agente de salud encargado de dinamizar acciones de promoción de la salud, y mantener actitud de autovigilancia.

En los últimos años hay mucho interés en la prevención de enfermedades, también hay un gran interés para encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, como controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de la persona (Labiano, 2004).

2.1. Variables que determinan la salud o enfermedad

Lalonde (1974) citado en Labiano (2004) comenta que las variables que influyen en la salud y enfermedad son:

- 1) Biología humana (genética y envejecimiento).
- 2) Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, aspectos psicológicos y socioculturales).
- 3) Estilos de vida (conductas)
- 4) Sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura o acceso, gratuidad).

El medio ambiente y el estilo de vida tienen un predominio mayor en la salud que la biología y el sistema sanitario.

2.2. Historia de los modelos de la salud

Labiano (2004) expresa que las concepciones acerca de la relación mente y cuerpo han ido cambiando a lo largo de la historia, y de las diferentes culturas. Los griegos veían que en la enfermedad estos dos elementos configuraban la totalidad y se condicionaban recíprocamente.

Hipócrates (400-300 a.C) creía que la salud se basaba en un equilibrio de cuatro humores vitales: la bilis amarilla estaba relacionada con el hígado, la sangre con el corazón, la bilis negra con el brazo y la flema con el cerebro. Dependiendo del fluido que dominara a la persona, se asociaba con un estado característico de la mente.

Los chinos también creían que la enfermedad era un desequilibrio de energía, emociones y comportamientos, hasta el día de hoy comparten esa idea.

En la edad media había un enfoque espiritualista, la iglesia católica controlaba la práctica médica, la enfermedad era considerada como consecuencia del pecado y la violación de la fe divina.

En el renacimiento se retomó la idea de enfermedad en términos naturalistas.

2.2.1. Modelo biomédico

Este modelo de Engel (1977) citado en Labiano (2004) está sustentado por dos ideas básicas:

1) Mente y cuerpo son dimensiones separadas y diferentes. La dimensión cuerpo pertenece a la física y la mente al espíritu.

2) El reduccionismo afirma que la enfermedad sólo se limita a reacciones físicas y químicas y los factores emocionales y de comportamiento son considerados aspectos ajenos a él.

Labiano (2004) comenta que este modelo consideraba al cuerpo como una máquina, y el campo de la salud se interesó solamente en procesos biológicos y bioquímicos.

Por su parte Koch (1843-1910) resolvió el misterio del ántrax (enfermedad mortal para el ganado). También aisló el bacilo de la tuberculosis y desarrolló una vacuna contra la difteria (Labiano, 2004).

Pasteur (1822-1895) encontró la cura para el ántrax, descubrió un tratamiento para la rabia en humanos. Fue el fundador de la teoría bacteriológica, y reconoció que el microbio tiene una importancia relativa y el terreno es lo principal (Labiano, 2004).

Labiano (2004) afirma que este modelo científico permitió desarrollar una serie de descubrimientos: la insulina, las sulfas y los antibióticos.

A principios del siglo XX, a medida que la medicina iba creciendo se produjo un distanciamiento entre el médico y el paciente, el contacto corporal directo entre ambos se redujo ya que fue reemplazado por tecnología más compleja, y el paciente pasaba a ser un objeto de estudio.

El modelo biomédico logró grandes avances en la medicina, pero no tiene muchas respuestas en lo que son enfermedades crónicas, dolor crónico y el manejo del estrés (Labiano, 2004).

Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) citados en Labiano (2004) realizan una serie de críticas a este modelo:

- La definición de enfermedad es solo la presencia de fallas bioquímicas, lo que no es suficiente para un diagnóstico, ya que se pasan por alto diversas reacciones cognitivo- emocionales.
- No hay comunicación entre el profesional y el paciente, lo cual dificulta un diagnóstico adecuado. Aunque se haga el examen físico y los resultados de laboratorio sean definitivos, es importante la comunicación para que se comprendan los síntomas que manifiesta el afectado.
- Este modelo no le da importancia a eventos vitales y afrontamiento de la persona.
- Hay fracaso en el momento de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad.
- Se pasa por alto la relación médico-paciente, lo cual puede influir en los resultados del tratamiento y hasta en los efectos de los medicamentos.

2.2.2. Modelo biopsicosocial

Labiano (2004) comenta que este modelo establece que los procesos de salud y enfermedad son de diversa naturaleza. Intervienen elementos de macroprocesos (contexto social, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) y otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.).

Busca promover la salud y hacer hincapié en ésta más que en la enfermedad. La salud se entiende como el equilibrio entre biología, psiquis y entorno socioambiental.

Es importante la relación entre el médico y el paciente para lograr que éste se adhiera con eficacia al tratamiento y que los resultados sean mejores (Labiano, 2004).

La teoría de los sistemas sirve para explicar este modelo. Los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social y ambiente físico) están interrelacionados y el cambio en uno de ellos afecta a la totalidad individual (Labiano, 2004).

Stokols (1992) citado en Labiano (2004) expresa que hay dos conceptos relevantes dentro de este modelo uno es el de promoción de la salud, que hace referencia a mejorar el desarrollo personal y las políticas de bienestar individual y colectivo; y el otro concepto es el de prevención de la salud, que tiene que ver con el papel que desarrollan los profesionales de la salud y las administraciones públicas sanitarias.

La prevención primaria busca la realización de actividades encaminadas a disminuir el padecimiento de enfermedades.

La prevención secundaria hace referencia a acciones dirigidas a evitar enfermedades, una vez que los síntomas ya están presentes.

La prevención terciaria consiste en procesos de tratamiento y rehabilitación.

3. Origen de la psicología de la salud

Aunque la psicología comenzó a interesarse por la salud física a mediados del siglo XX, un libro de Schoenfel (1969) citado en Contreras, Londoño, Vinaccia y Quiceno (2006) manifiesta la escasez de libros que informen acerca de la aplicación de la psicología al campo de la salud. Por lo tanto la Asociación Americana de Psicología (APA), en 1973, nombra a Schoenfel, como presidente de un grupo para realizar investigaciones sobre ésta área. Cinco años después la Asociación Americana de Psicología, le dió reconocimiento formal a la psicología de la salud con la creación de un área específica.

Contreras et al. (2006) comentan que en la década de los 80 el número de psicólogos interesados en la psicología de la salud, creció. En 1982 aparece la revista *Health Psychology* (en 1993 es la revista con mayor circulación en el mundo).

En Estados Unidos se propagó esta área de la psicología, y fue uno de los países donde la psicología de la salud es más requerida, muchos de estos profesionales son miembros importantes de los equipos de salud.

En 1990 la psicología de la salud aparece en numerosas conferencias y congresos como un campo sólidamente constituido y claramente diferenciado.

Se han creado grupos de trabajo y sociedades, en los últimos años, entre las cuales se encuentra la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), en varios países como Cuba, Venezuela, Colombia, Brasil, Argentina, México, y se ha intensificado la actividad académica en torno a la psicología de la salud en congresos y seminarios, estudios de especialización y postgrado (Contreras, et al. 2006).

Matarazzo (1980) citado en Labiano (2004) define a la psicología de la salud como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. (p. 15).

Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Peña (1998) citados en Labiano (2004) se recalcan cuatro aspectos dentro de la definición:

- Promoción y mantenimiento de la salud: esto se realiza a través de comportamientos saludables y fortalecimiento de la salud, como lo es la realización de ejercicios físicos, nutrición, etc.
- Prevención y tratamiento de la enfermedad: minimizando el riesgo de las enfermedades y fortaleciendo conductas protectoras, aprendiendo nuevos estilos de vida y dejando de lado conductas como fumar y beber alcohol.
- Evaluación y tratamiento de disfunciones fisiológicas y problemas específicos.
- Análisis y mejoramiento del sistema y la atención sanitaria. para el progreso de la salud.

4. Relación de la conducta del hombre con su salud

En este campo de la salud se sabe que las principales causas de muerte no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de los estilos de vida y conductas poco saludables (Iglesias y Oblitas, 2004).

Fiorentino (2004) comenta que es importante promover conductas saludables, ya que así se pueden prevenir muchas enfermedades. Las conductas para promover la salud son aquellos comportamientos que ayudan a alcanzar un bienestar físico y psíquico y un estilo de vida saludable mediante la prevención de la salud. Y estas son:

1) Ejercicio: El ejercicio constante es esencial para la salud psicofísica de la persona. Es importante que la manera de entrenarse sea gradual, y con metas fáciles de lograr. Así la persona toma confianza en sí misma y se reduce la ansiedad.

Los beneficios del ejercicio físico regular son:

- Mantiene estable la presión sanguínea.
- Disminuye el riesgo a padecer infartos.
- Reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebral.
- Se disminuye la propensión a padecer arterosclerosis.
- El peso corporal se mantiene en los parámetros normales.
- Previene la osteoporosis.
- Disminuye la ansiedad.

2) Prevención de accidentes: Según Smith y Pless (1994) citados en Fiorentino (2004) los accidentes son sucesos independientes de la voluntad, sin embargo la mayoría de ellos son predecibles y pueden evitarse.

Es por ello que Smith y Pless (1994) citados en Fiorentino (2004) hablan de la implementación de programas destinados a favorecer conductas saludables, para evitar situaciones riesgosas y prevenir accidentes. Este programa básicamente incluye una enseñanza

para que la comunidad identifique situaciones riesgosas, compromiso con dichos problemas, detección de los factores reforzantes y establecimiento de un diagnóstico en el cual se puedan generar cambios permanentes de comportamientos más saludables.

3) Alimentación: Hegsted (1984) citado en Fiorentino (2004) comenta que una buena práctica nutricional incluye una dieta equilibrada, que contenga las sustancias nutritivas adecuadas, estas son lípidos, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales. Una alimentación adecuada, es aquella que minimiza el riesgo a padecer enfermedades relacionadas con la nutrición (obesidad, bulimia, etc.).

4) Sexo seguro: Iglesias y Oblitas (2004) expresa que es necesario la protección a la hora de tener relaciones sexuales, ya que así se evitan muchas enfermedades de transmisión sexual como (sífilis, gonorrea, herpes, sida) y se previenen embarazos no deseados.

Matarazzo (1984) citado en Fiorentino (2004, 60) expresa que “las conductas saludables, son los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales”.

Amigo y Fernández (1998), citados en Fiorentino (2004) comentan que diversas variables determinan las conductas de salud, estas son:

- La clase y el entorno social, ejercen una gran influencia, por ejemplo un grupo de pares es un condicionante para que los adolescentes empiecen a beber.
- La percepción del síntoma, el síntoma cumple la función de alarma en el cuerpo humano, los cambios en ciertas conductas como alimentación, ejercicio físico, reducen el riesgo de enfermedad.
- Los estados emocionales (ansiedad, aburrimiento), influyen en la salud de manera perjudicial.
- Las creencias de la salud influyen sobre los hábitos de las personas, cada persona tiene una manera subjetiva de explicar la salud, las causas, el significado, así como el propio concepto.

5. Psiconeuroinmunología

Es importante hablar de la Psiconeuroinmunología en esta tesina ya que hay una gran relación entre el individuo y el funcionamiento del sistema inmunológico. En el caso de la colitis ulcerosa está muy relacionado ya que es una enfermedad autoinmune.

“La Psiconeuroinmunología analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores que interactúan produciendo estos padecimientos. Estudia y trabaja las interacciones existentes entre el comportamiento y los sistemas inmunológico, psicológico, nervioso y endócrino” (Leiva, 2010, 19).

Para ampliar esta definición es importante hacer referencia al sistema inmunológico, que está, conformado por tejidos, órganos y procesos que protegen al organismo de la invasión del material extraño y que además realiza funciones de mantenimiento, eliminando las células dañadas o desgastadas y vigilando la presencia de células mutantes. Las respuestas de este sistema pueden ser específicas ya que atacan a un invasor en particular, o inespecíficas que permiten atacar a cualquier agente externo (Leiva, 2010).

La inmunodeficiencia implica una respuesta inmunológica inadecuada que puede producirse por diversas razones. En este caso se hará hincapié en las enfermedades autoinmunes, las cuales se generan cuando el sistema inmunitario ataca las células del propio organismo. El sistema inmunitario se convierte en el agresor y ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos, en vez de protegerlos. . Es decir, el funcionamiento de dicho sistema se basa en reconocer a los agentes extraños marcándolos para su destrucción pero en algunas personas, las células corporales propias son marcadas para ser eliminadas posteriormente. Es en este caso en el que se pierde la capacidad de distinguir las células propias de las invasoras desatando un autoataque (Leiva, 2010).

Labiano (2004) comenta que los factores psicosociales afectan también a la función inmunológica, y están muy relacionados con el estrés que un individuo experimenta, y los estilos de vida que éste lleva.

6. Enfermedad crónica

La organización mundial de la salud (2017) define a la enfermedad crónica son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta.

Estas enfermedades afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos requieren un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (García, 2004).

6.1. Calidad de vida en enfermos crónicos

Moreno y Ximenez (1996) citados en García (2004) dicen que la definición de calidad de vida ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En un primer momento se refería al cuidado de la salud personal, luego se agregó la preocupación por la salud e higiene pública, luego a los derechos humanos laborales y ciudadanos, continuó sumándose al acceso de bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Levi y Anderson (1980) citados en García (2004) expresan que es una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico. Por ello incluye elementos como: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos.

Lawton, Moss, Fulcomer y Klevan (1982) citados en García (2004) la definen como las evaluaciones que el sujeto hace sobre cada eje de su vida actual.

El campo de la psicología, coincide con la definición anterior, ya que se refiere a que la calidad de vida es una respuesta individual y social ante un conjunto real de situaciones diarias de la vida (García, 2004).

La calidad de vida en un enfermo crónico se evalúa a partir de los siguientes datos:

- Síntomas y quejas subjetivas.
- Diagnóstico.
- Funcionamiento fisiológico.
- Funcionamiento psicológico y cognitivo.
- Funcionamiento físico.
- Percepciones generales de salud (es decir como califican su propio estado de salud).
- Funcionamiento social.

En el caso de la colitis ulcerosa la calidad de vida se ve afectada en cuanto al desempeño de su vida cotidiana, desde lo social, laboral, educativo y emocional. Los pacientes no se sienten cómodos a la hora de salir de sus casas, ya que se ven afectados por situaciones mínimas, por ejemplo no saber cómo justificar faltas en el ámbito de su trabajo, el que no hay baños públicos, etc. (Toro, 2016).

Es por ello que en estos casos es muy importante la participación del estado, en cuanto a la creación de un lugar para las enfermedades inflamatorias intestinales, ya sea público o privado, donde se garantice un registro de los pacientes, la mantención de un vínculo y generar un seguimiento del tratamiento. Así como también la difusión y educación sobre estas enfermedades (Toro, 2016).

6.2. Reacciones emocionales ante el diagnostico de la enfermedad

Las personas que adquieren una enfermedad crónica, sufre diversos cambios cuando afrontan el suceso, su permanencia y los efectos (García 2004).

García (2004) explica que cuando las personas adquieren la condición de enfermos crónicos experimentan reacciones emocionales similares a las de una situación de pérdida. Estas reacciones conforman un duelo, que consta de las siguientes etapas:

1) Negación: en esta etapa el individuo buscará una segunda opinión, intentará no hablar del tema, pedirán que no se mencione a nadie su situación, etc.

2) Enojo: aparece la irritabilidad, la persona comenta que le parece injusto que le haya ocurrido a él.

3) Desesperación: pierde toda esperanza.

4) Depresión: la persona experimenta síntomas depresivos como disminución de la capacidad de disfrutar de sus actividades preferidas, cambios en el sueño, tristeza persistente, cambios en el sueño, etc. A veces necesitan de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, debido a que pueden poner en riesgo su vida. Si surgen ideas de muerte o suicidio, planeación y tentación suicida, será necesario remitir a un internamiento hospitalario.

5) Reconciliación o aceptación de la realidad: en muchos casos el paciente no resuelve el hecho de estar enfermo, o tarda mucho en llegar a este paso. Cuando ocurre esto el duelo no está resuelto. En el caso de que se acepte la enfermedad mostrará apego al tratamiento y una calidad de vida aceptable.

Estas reacciones emocionales puede que no se presenten de manera lineal, es decir una tras otra.

6.3. Reacciones emocionales relacionadas con el curso y consecuencias de la enfermedad crónica

Herszen y Niejodek (1999) citados en García (2004) explican que existe una variación emocional a lo largo de las fases de una enfermedad crónica. Es importante saber el tipo de enfermedad y la fase en la que se encuentra el paciente.

Montalvo Prieto, Cabrera Nanclares y Quiñones Arrieta (2012) comentan que padecer una enfermedad implica una carga de sentimientos como frustración e incertidumbre porque la enfermedad arrebató al paciente de su cotidianidad, de su contexto y de sus prácticas culturales, y lo confina en una sala de hospital donde todo es diferente pero a la vez rutinario, y donde se

ve sometido a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas que le pueden ocasionar ansiedad y rechazo.

Las reacciones emocionales negativas y no adaptativas que generalmente se encuentran en las enfermedades crónicas son la ansiedad y la depresión. Es por ello que resulta importante la participación del psicólogo en la mayoría de los casos (García, 2004).

6.4. Adaptación psicológica-social a la enfermedad crónica

García (2004) explica que adaptarse a una enfermedad crónica es difícil, en este proceso se observan tres variables que interactúan entre sí. Éstas son:

1) Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.

Los eventos causales, hacen referencia a las causas típicas de la enfermedad y éstas incluyen: la predisposición genética o hereditaria, traumas de nacimiento, accidentes, enfermedades, condiciones asociadas con el proceso de envejecimiento (García, 2004).

(García, 2004) dice que las variables contextuales son situaciones o eventos biológicos, psicosociales y/ o ambientales presentes en el momento de la condición crónica.

Se pueden agrupar en cuatro categorías generales:

- Variables asociadas a la condición crónica: síntomas, limitaciones funcionales, curso de la condición, dolor, duración, modalidad de tratamiento.
- Variables asociadas con las características sociodemográficas: incluyen características orgánicas y biográficas (edad, ocupación, estado civil, educación, etnia, posición socioeconómica, género, orientación o preferencia sexual).
- Variables asociadas con atributos psicológicos y la personalidad: es importante el papel que juegan las características, rasgos y estilos de personalidad y otros atributos psicológicos en la adaptación a la enfermedad crónica como:

autoestima, autoeficacia, control percibido, sentido de coherencia, optimismo, actitudes personales, significado personal, afrontamiento.

- Variables asociadas con las características contextuales externas: los elementos del ambiente físico y social tienen influencia en la adaptación psicológica a la enfermedad crónica, incluyen la duración de hospitalizaciones, condiciones de vida, oportunidades laborales, sistemas sociales de ayuda.

2) El proceso dinámico de adaptación por sí mismo.

Livnhe (2001) citado en García (2004) comenta que la adaptación a esto contiene elementos comunes para todas las personas como:

- Temporalidad: reacción posterior ante el diagnóstico de enfermedad crónica.
- Evidencia clínica de que las reacciones pueden clasificarse en: reacciones a corto plazo (shock y ansiedad), reacciones inmediatas (culpa, enojo, depresión, agresividad).
- Puede existir una adaptación a la enfermedad (aceptar la condición) o una inadaptación (desesperanza, rechazo de la condición).
- Hay un supuesto de que estas reacciones son originadas de manera interna, pero generalmente están influenciadas por condiciones físicas y sociales.

3) La anticipación de consecuencias psicosociales. Relacionada con las interacciones sociales y el funcionamiento en el trabajo

CAPÍTULO 2:
COLITIS ULCEROSA

1. Introducción

Hernández, Soto y Diaz (2007) explican que las enfermedades inflamatorias intestinales, presentan diversas manifestaciones, pero la característica principal es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones. Actualmente el concepto engloba tres entidades:

- 1) Enfermedad de crohn.
- 2) Colitis ulcerosa.
- 3) Colitis indeterminada.

En este apartado se va a indagar sobre la colitis ulcerosa, sus antecedentes históricos, definiciones, síntomas, fuentes, tratamiento, evolución y pronóstico. Es necesario informar sobre este padecimiento, para lograr entender en los próximos capítulos su relación con el estrés y el afrontamiento.

2. Antecedentes históricos

Gassul y Mañosa (2015) comentan que esta enfermedad surgió por primera vez en el año 640 a. C. Aretaeus y Soranus en sus primeros textos hablaban de un tipo de colitis no contagiosa. En 1745 el príncipe Carlos III de Inglaterra y Escocia, había tenido un episodio de diarrea el cual mejoró con una dieta sin leche, probablemente se trataba de un brote de colitis ulcerosa.

Al pasar el tiempo la enfermedad comenzó a hacerse más conocida, en 1909 en una reunión de la sociedad Real de la medicina británica, se presentaron 300 casos de colitis ulcerosa de los distintos hospitales de Londres en los últimos 30 años. La mayoría de los pacientes habían presentado brotes agudos de la enfermedad, y habían muerto a causa de esto ya

que en esa época no se conocía la medicina adecuada para este padecimiento (Gassul y Mañosa, 2015).

Con respecto a la causa de la enfermedad hasta el día de hoy no hay una respuesta exacta. Ya en el siglo XIX se sabía que no era una enfermedad contagiosa. Pero a pesar de eso en el siglo XX se hicieron varios estudios para ver si se trataba de una enfermedad producida por gérmenes, no hubo un resultado positivo con respecto a esto. Otros estudios querían demostrar que la causa era debida a la alergia a la leche de vaca, sin embargo tampoco fue correcto.

También otras teorías hablan con respecto a la relación que hay entre la enfermedad como una respuesta fisiológica del estrés emocional. Murray en 1930 estableció una relación entre colitis ulcerosa y eventos emocionales. Entre 1930 y 1950 se publicaron investigaciones sobre personalidad en pacientes con colitis ulcerosa y la describieron como inmadura, indecisa, dependiente e inhibida para las relaciones interpersonales relacionadas con situaciones emocionales difíciles. En los tratamientos de la enfermedad se decidió optar por la psicoterapia ya que con esta se presentaba menor riesgo de intervención y complicaciones. Sin embargo todos estos datos y teorías, provenían de estudios con pocas personas y carecían de eficacia. Más tarde se realizaron estudios con más cantidad de personas y de mayor calidad y no demostraron solidez con respecto a estas investigaciones pasadas.

Los estudios que demostraron eficacia fueron aquellos que señalaban que había más casos de colitis ulcerosa en zonas urbanas que en zonas rurales. Y que había mayor incidencia en el occidente y zona norte de Europa, y en caucásicos y judíos (Gassul y Mañosa, 2015).

En cuanto al tratamiento de la enfermedad se hacía basándose en los síntomas característicos como diarrea, rectorragia (sangre en las heces), dolor abdominal, tenesto rectal (sensación de tener la necesidad de defecar, que a veces al intentar la defecación no se consigue y que no desaparece la sensación después de hacerlo) y los menos frecuentes son fiebre, pérdida de peso, náusea y vómitos. Según la gravedad del brote de colitis ulcerosa se añadirán otros síntomas relacionados con la afectación general del paciente. Se hacían tratamientos con esteroides los cuales opacaban los síntomas de la enfermedad. En 1894, Kelly introdujo el primer rectosigmoidoscopio. Este endoscopio medía unos 30 cm y era rígido por lo que únicamente podía explorar el recto y el sigma (la parte final del colon). En 1928 se inventó el endoscopio, el cual es más flexible para poder examinar todo el colon. En 1963 se aplicó iluminación al endoscopio que fue de gran importancia para ampliar la investigación en las enfermedades intestinales y biopsias (Gassul y Mañosa, 2015).

En el siglo XX la mortalidad de los pacientes con colitis ulcerosa era muy alta, debido a procedimientos muy invasivos los cuales hacían que el paciente muriera a causa de hemorragia o perforación del colon. En 1902 el doctor Weir creó el tratamiento de apendicectomía, que consistía en hacer una intervención quirúrgica en la que se localizaba el apéndice cecal y se abocaba en la pared abdominal para facilitar la irrigación de permanganato de potasio para tratar una presunta infección. En 1938 aparecieron las sulfasalazinas (contienen azufre, y es un derivado de la mesalazina, es un antiinflamatorio utilizado en enfermedades inflamatorias intestinales) que son las precursoras de los salicilatos, aquí se empezó a ver la efectividad en el tratamiento de colitis ulcerosa. Finalmente en 1950 se empezaron a administrar los esteroides para los brotes agudos de colitis ulcerosa. Estos son muy efectivos en el tratamiento de brotes moderados y graves, hay un grado de personas que no responde al tratamiento éste o se presenta dependencia, es por ello que se comenzaron a sustituir por otros medicamentos como la azatioprina, para no generar dependencia. A inicios de los 90 se empezó a utilizar ciclosporina para pacientes en los cuales los esteroides no funcionaban en brotes graves. Y en el 2005 se aprobó la utilización de infliximab en la misma indicación (Gassul y Mañosa, 2015).

3. Anatomía del intestino grueso

Es necesario saber con precisión las partes que componen el intestino grueso, para lograr entender la enfermedad y su extensión.

El intestino grueso mide 1,5 metros y es la porción final del sistema digestivo. Está separado del intestino delgado a través del esfínter ileocecal. Cuando se distiende la porción final del íleon (sección final del intestino delgado), el esfínter ileocecal se relaja el quimo (masa homogénea en la que se transforman los alimentos digeridos) e ingresa en el intestino grueso (Hernández et al. 2007).

De afuera hacia adentro el intestino grueso posee cuatro estructuras:

- 1) Serosa: Cubre las paredes del intestino.
- 2) Dos capas musculares: una longitudinal y otra circular.

3) Una submucosa.

4) Una mucosa: Ésta mucosa no posee vellosidades intestinales. Las fibras musculares que van desde el ciego al recto, forman bandas llamadas tenias. Entre las tenias se ubican las haustras, dilataciones con forma de saco separada por los pliegues. El intestino grueso recibe el quimo del íleon. Su principal función es concentrar y almacenar desechos sólidos y transformar el quimo en materia fecal. Las células presentes en la mucosa colónica reabsorben el agua del quimo, sales minerales y algunas vitaminas.

Hernández et al. (2007) expresan que el intestino grueso se divide en tres porciones: ciego, colon y recto.

1) Ciego: primera porción del intestino grueso, situado entre el esfínter ileocecal y el colon ascendente. Tiene forma de saco, mide entre cinco y siete cm de longitud. En su parte inferior se ubica el apéndice vermiforme o cecal. Éste apéndice de forma tubular se encuentra adherida al ciego. Tiene una longitud de diez centímetros en adultos. Se aloja en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Carece de una función significativa.

2) Colon: se ubica entre el ciego y el recto. Se divide en cuatro porciones:

- Colon ascendente: (12 a 20 centímetros de longitud). Está ubicado a la derecha del abdomen y se prolonga hasta la cara inferior del hígado. Acá se dobla y se llama ángulo hepático.
- Colon transverso: (40 a 50 centímetros de largo) Atraviesa el abdomen y se dobla al llegar al vaso. El intestino dobla nuevamente y se llama ángulo esplénico.
- Colon descendente: Desciende sobre el lado izquierdo del abdomen, inclinándose hacia la línea media.
- Colon sigmoide: (40 centímetros) Posee potentes músculos que empujan la materia fecal hacia el recto.

3) Recto: es la última porción del sistema digestivo, ubicado entre el sigmoide y el ano. Tiene aproximadamente 20 centímetros. Su función es almacenar la materia fecal para luego ser expulsada luego por la abertura anal. El recto se extiende hasta el ano, abertura que tiene un esfínter interno de células musculares lisas y un esfínter externo de musculo estriado.

4. Definición

Ortigosa (2005) explica que la colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal, la cual se afecta de manera difusa la parte interna del colon (mucosa). La inflamación comienza en el recto, y se extiende de manera progresiva hacia el ciego. La inflamación se detiene de manera abrupta en la válvula ileocecal, ésta se encuentra situada entre el ciego y el íleon. Éste padecimiento se da de manera continua por el intestino a diferencia de la enfermedad de crohn que es discontinua.

Las edades que comúnmente afecta esta enfermedad son entre los 20 y 35 años y hay otro pico de incidencia aunque con menos frecuencia entre las últimas décadas de vida.

La colitis ulcerosa predomina en la raza blanca y en la población occidental, es más frecuente en la raza judía, en especial en emigrados del este europeo (Hernández et al. 2007).

5. Síntomas

Según Hernández et al. (2007) los síntomas característicos de esta enfermedad son:

- **Rectorragia:** es la presencia de sangre en las heces. Esta es muy variable en cada persona, tanto en el aspecto como en la cantidad.
- **Diarrea:** es una diarrea de colon, de escasa cantidad. Es importante saber la consistencia, el número de veces que se produce, si se relaciona con la ingesta de algún alimento en particular y si presentan un carácter nocturno.
- **Tenesmo:** el paciente siente deseo de defecar, pero no se alivia tras el intento de defecar.
- **Urgencia:** es uno de los síntomas que más problemas suele causar, ya que esta urgencia puede llevar al individuo a la incontinencia rectal. Este síntoma hace que el paciente tenga ansiedad de que haya un baño cerca, y muchas veces les

impide realizar sus actividades cotidianas, como ir a trabajar, hacer deportes, etc.

- Dolor: suele ser un dolor hipogastrio (región media anterior e inferior del abdomen) o fosa iliaca izquierda (parte inferior del abdomen situado en la parte izquierda), habitualmente antes de realizar las deposiciones y puede no ceder luego de las deposiciones.

Otros síntomas asociados son fiebre, malestar general y pérdida de peso.

Hernández et al. (2007) comentan que la gravedad de la colitis ulcerosa sirve para predecir el curso de la enfermedad y se puede clasificar en:

- Colitis ulcerosa en remisión clínica: no se presentan síntomas.
- Colitis ulcerosa leve: hay cuatro o menos sin sangre o con la mínima cantidad, no hay síntomas de toxicidad (no hay fiebre, la cantidad de glóbulos rojos es normal y la frecuencia cardiaca también).
- Colitis ulcerosa moderada: se encuentra en medio de la colitis ulcerosa leve y la grave, aquí hay más de cuatro deposiciones al día con síntomas de toxicidad mínimos.
- Colitis ulcerosa grave: más de seis deposiciones diarias y síntomas de toxicidad (fiebre, anemia, taquicardia).

Últimamente están sumando un grado más de gravedad, que es la colitis ulcerosa fulminante, en la cual se presentan más de diez deposiciones por día, sangrado continuo, toxicidad, dolor abdominal, generalmente estos pacientes necesitan transfusiones de sangre (Hernández et al. 2007).

6. Factores de Riesgo

Son todas las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de padecer esta enfermedad (Hernández et al. 2007). Existen:

1) Factores de Riesgo externos: Hernández et al. (2007) comentan que muchos factores externos contribuyen como percusores de la enfermedad.

1) Tabaco: el cigarrillo es uno de los factores de mayor interés en esta enfermedad, ya que ser fumador, dejar de serlo o no haber fumado nunca, influye mucho en el curso de esta enfermedad.

Harries (1982), citado en Hernández et al. (2007), observó que fumar parecía proteger a las personas con colitis ulcerosa, estos datos se fueron constatando con estudios posteriores los cuales demostraron que los pacientes fumadores incrementaban un 1,7 la posibilidad de padecer esto a diferencia de los no fumadores.

Fumar actúa como un factor protector, al dejar de hacerlo, se pierde dicha protección siendo un factor de riesgo ser ex fumador, y se demostró que los ex fumadores presentan mayores brotes, más diarrea y mayor riesgo de ingreso hospitalario. Esto podría explicarse no como un efecto etiológico del tabaco sino como un efecto modulador de la respuesta inflamatoria anormal de los pacientes con colitis ulcerosa, que tienden a expresar la enfermedad cuando dejan de recibir la dosis de nicotina (Hernández et al. 2007).

2) Apendicectomía: en un análisis realizado a 17 casos-control se muestra que la apendicectomía reducen un 69% el riesgo a padecer colitis ulcerosa tanto en la evolución de la enfermedad como en el retraso de su presentación clínica y la necesidad de colectomía (Hernández et al. 2007).

El apéndice es un órgano pequeño, en forma de dedo en el extremo del intestino grueso, en el lado inferior derecho del abdomen. Su localización anatómica también juega un papel relevante en las enfermedades inflamatorias intestinales lo que se relaciona con las especies de bacterias que colonizan el apéndice neonatal y su estabilidad en el ambiente del ciego y su proximidad con el íleon distal.

El diagnóstico apendicitis se produce con mayor frecuencia en los jóvenes, aquellos de 11 a 20 años de edad. Lo cual juega un papel importante en el grado de protección que ofrece la apendicectomía. La colitis ulcerosa generalmente ataca en el momento en que una persona alcanza sus veintitantos. Por lo tanto, la apendicectomía ofrece una protección única contra la colitis ulcerosa en personas más jóvenes, antes de que la enfermedad haya tenido la oportunidad de dispararse (Hernández et al. 2007).

3) Dieta: La ingesta de azúcar y el consumo de grasas en el prediagnóstico incrementa el riesgo para el diagnóstico de la colitis ulcerosa (Hernández et al. 2007).

Los alimentos no provocan la enfermedad pero una vez declarada la dieta que lleve puede colaborar para reducir los síntomas, reemplazar nutrientes perdidos y facilitar la cicatrización.

No existe una dieta o plan dietario que funcione por igual para todos los pacientes con colitis ulcerosa. Las recomendaciones dietéticas deben diseñarse a medida para cada individuo teniendo en cuenta los síntomas que presenta y las secciones del intestino afectadas. La colitis ulcerosa difiere de una persona a otra e incluso cambia para una misma persona con el paso del tiempo. Aquello que funciona bien para una persona con colitis ulcerosa puede no funcionar para otra. Aquello que funcionó bien un año para puede no funcionar después (Hernández et al. 2007).

El médico puede recomendar alguna dieta en distintos momentos, por ejemplo:

Dieta baja en sodio: Utilizada en la terapia de corticoides para reducir la retención de agua.

- Dieta baja en fibra: usada para evitar la estimulación del movimiento intestinal.
- Dieta baja en grasa: recomendada por lo general durante un brote, donde la absorción de grasa puede ser un problema.
- Dieta libre de lactosa: para aquellos que tienen intolerancia a productos lácteos.
- Dieta alta en calorías: para aquellos que sufren de pérdida de peso o retraso del crecimiento

Llevar un diario de alimentos puede ser de gran ayuda. Permite ver la relación entre los alimentos que come y los síntomas subsiguientes. Si ciertos alimentos causan problemas digestivos, es mejor evitarlos. Si bien ningún alimento en particular empeora

la inflamación subyacente a la colitis ulcerosa, hay algunos que agravan los síntomas. Esto puede ser de utilidad:

- Reducir la cantidad de comida frita ya que puede provocar gases o diarrea.
- Comer porciones más chicas a intervalos más frecuentes.
- Limitar el consumo de productos lácteos si la persona es intolerante a ellos.
- Evitar gaseosas si el gas ocasiona problemas.
- Restringir cafeína en periodos de diarrea severa, ya que ésta puede actuar como laxante.
- Usar pocos condimentos en las comidas.
- Restringir la ingesta de alimentos con alto contenido de fibras como nueces, semillas, choclo, pochoclo. Estos alimentos no se digieren de forma completa en el intestino grueso, por lo que pueden ocasionar diarrea. Es por ello que por lo general se recomienda una dieta baja en fibras.

Una nutrición correcta es importante en el manejo de la colitis ulcerosa. Una buena nutrición es esencial para cualquier enfermedad crónica pero especialmente para colitis ulcerosa. El dolor abdominal y la fiebre pueden causar pérdida de peso. La diarrea y el sangrado rectal pueden quitar al cuerpo fluidos, minerales y electrolitos. Estos son nutrientes del cuerpo que deben mantener un cierto equilibrio para el correcto funcionamiento del mismo (Tárrago, Maestru y Torre, 2008).

Esto no significa que el individuo deba comer ciertos alimentos y evitar otros. La mayoría de los médicos recomienda una dieta balanceada que prevenga deficiencias nutricionales. Una dieta saludable debe contener una variedad de alimentos provenientes de todos los grupos alimenticios. La carne, el pescado, el pollo, los productos lácteos (si se los tolera) son fuente de proteínas; el pan, el cereal, los almidones, la fruta y los vegetales son fuente de carbohidratos; la margarina y el aceite son fuente de grasa. Se puede complementar con un suplemento dietario (Tárrago, Maestru y Torre, 2008).

4) Infección: se han descrito múltiples gérmenes que podrían estar implicados en la etiología de la enfermedad, incluyendo bacterias. Aunque ninguno de estos ha demostrado tener un papel patógeno en la enfermedad (Hernández et al. 2007).

5) Antiinflamatorios no esteroideos: son los fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, que reducen síntomas de inflamación, dolor y fiebre. Algunos

estudios han encontrado asociación entre estos con la aparición de la enfermedad y con posibles brotes de la misma (Hernández et al. 2007).

2) Factores de riesgo internos: Con respecto a los factores de riesgo internos Hernández et al. (2007) comentan lo siguiente:

En el momento del nacimiento el tracto gastrointestinal se considera estéril. Tras el contacto con el ambiente, el intestino es colonizado, y la microbiota existente, característica de cada individuo, va a permanecer relativamente constante a lo largo de su vida. El primer contacto entre el individuo y las bacterias tiene lugar durante el parto, con las bacterias vaginales y fecales; por ello se ha considerado que este primer contacto definiría las características de la flora intestinal del individuo. (p.42).

En la colitis ulcerosa se produce una activación de la respuesta inmune. Ésta necesita de un antígeno (sustancia que introducida al cuerpo provoca una respuesta del sistema inmune, provocando anticuerpos) que la desencadene. Éstos antígenos son de origen dietético o microbiano, ubicados en el tracto gastrointestinal, que provocan la activación de la respuesta inmune. La respuesta que provoca este agente es totalmente anormal y el organismo no es capaz de controlarla, produciendo así una inflamación q originaria la enfermedad.

3) Predisposición genética: Alrededor de un 30% de pacientes tienen por lo menos un familiar de primer grado con la enfermedad. Estudios en gemelos también apoyan la presencia de bases genéticas en esta afección. Algunos hallazgos sugieren que hay genes de susceptibilidad para la CU en los cromosomas 2, 3, 6,7 y 12. (Salomón, 2006).

7. Diagnóstico

Castillo Martínez, Rosas Barrientos, Serrano López, Amezcua Guerra (2005) explican que el diagnóstico de la colitis ulcerosa se basa en la evaluación del historial médico, antecedentes familiares de la condición y también en ciertas pruebas de la proyección de imagen y de laboratorio.

- **Historial Médico:** la historia Detallada de síntomas, edad del inicio, severidad de síntomas, los disparadores posibles para las llamaradas se obtiene. Los antecedentes familiares de la condición se investigan mientras que la genética desempeña posiblemente un papel en herencia de la colitis ulcerosa.
- **Examen Físico:** hace referencia a la salud general, el dolor abdominal y las señales de desnutrición (anemia) son vitales para la diagnosis de colitis ulcerosa.
- **Análisis de Sangre:** los análisis de sangre rutinarios ayudan a detectar la presencia de anemia a través del recuento de glóbulos rojos.

También pruebas de (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, plaquetas). Pueden determinar diferentes parámetros inflamatorios, sin embargo éstas son pruebas no específicas y pueden dar un resultado positivo si hay una infección presente en cualquier parte del cuerpo.

- **Cultivo de heces:** un cultivo de heces ayuda a excluir otras causas de diarrea
- **Sigmoidoscopia y colonoscopia:** éstas son las pruebas más confirmativas que diagnostican la colitis ulcerosa. Una Sigmoidoscopia o una Colonoscopia detecta el nivel y el fragmento de la inflamación del intestino.

Implica el insertar en el recto un tubo flexible que contiene una luz y una cámara en su punta. Donde a través de una pantalla se observan las paredes interiores del intestino. Esto no es un procedimiento doloroso ya que se realiza bajo sedación. Lleva generalmente alrededor 15 minutos a media hora para terminar.

El sigmoidoscopia es solamente capaz de observar el recto y la parte más inferior del colon, mientras que el colonoscopia reviste el colon entero hacia arriba hasta la unión ileocecal. Estas pruebas responden a otro propósito de eliminar otras condiciones del intestino con síntomas similares, incluyendo cánceres del intestino.

- **Endoscopia digestiva alta:** exploración del esófago, estomago y duodeno con un endoscopio. En la colitis ulcerosa sirve para observar posibles úlceras en el estómago.

También Castillo Martínez et al. (2005) comentan sobre técnicas por imágenes para el diagnostico de la colitis ulcerosa:

- Radiografía simple de abdomen: una simple radiografía puede sugerir un posible diagnóstico de colitis ulcerosa por el incremento en el grosor de las paredes del colon o irregularidad en la mucosa. En pacientes graves también se utiliza esta técnica para detectar perforaciones.
- Tomografía computarizada: exploración se pueden utilizar para detectar complicaciones de la colitis ulcerosa incluyendo abscesos, fístulas, y bloqueos intestinales. Éstos pueden también ayudar a diagnosticar y a eliminar cánceres del intestino.

8. Tratamiento

Hernández et al. (2007) comentan que el tratamiento se realiza en función a la extensión de la enfermedad a través del intestino. La extensión se clasifica en:

- Proctitis ulcerosa: la enfermedad se limita al recto o como máximo al a la unión rectosigmoidea (unión del recto y el colon sigmoide, éste último es la cuarta sección y se llama así por la forma de “s”). Representa un 25% al 30% de la población global con colitis ulcerosa.
- Colitis ulcerosa izquierda: el padecimiento se extiende hasta el ángulo esplénico (ángulo que forman el colon descendente con el colon transversal). Representa entre el 40% y 45% de la colitis ulcerosa.
- Colitis extensa: la inflamación va mas allá del ángulo esplénico, afecta hasta el ángulo hepático.
- Pancolitis: afecta a todo el colon. Hay un 10% a 15% de estos casos.

Ésta clasificación también ayuda a saber el pronóstico de la persona que sufre este padecimiento. En un paciente con colitis extensa es muy probable que sufra mas hospitalizaciones, tenga un mayor riesgo de colectomía (extirpación quirúrgica o de una parte enferma del intestino grueso) y cáncer colorrectal.

Gomollón y López (2007) explican que la colitis ulcerosa es una enfermedad que cursa con brotes, un 95% tiene una recaída a los diez años de padecer la enfermedad. Al menos un 15% tendrá una hospitalización por un brote y un 25% requerirá de una colectomía.

Gomollón y López (2007) expresan que el tratamiento ha variado mucho durante los años y es un tratamiento individualizado en el cual hay que tener en cuenta:

- Revisar historia clínica del paciente.
- Diagnostico preciso.
- Exclusión de enfermedades infecciosas.
- Actividad y extensión de la enfermedad.
- Medios terapéuticos disponibles.
- Circunstancias personales del paciente (fármacos, cirugías, etc.).

El tratamiento se realiza cuando el paciente tiene un brote, en la fase de remisión la persona debe seguir con su vida de manera normal. En este procedimiento hay fármacos como aminosaliciatos, corticoides, ciclosporina, infliximab, que son antiinflamatorios de los cuales su ingesta puede ser por vía oral como capsulas y gránulos, vía rectal como supositorios, espuma rectal o enemas o por vía intravenosa, de acuerdo a la extensión de la enfermedad y la severidad del brote.

Alrededor de un 25% de pacientes requerirán un proceso quirúrgico. En algunos casos será imprescindible en otros será una opción a tener en cuenta. Hay que tener claro que es un proceso irreversible y con posibles complicaciones, por ello la decisión de cuándo operar la tiene que tomar el gastroenterólogo y el cirujano, siempre informándole de manera adecuada al paciente. La indicación es urgente en casos de perforación o hemorragia masiva o en el caso de un brote grave en el cual los medicamentos no hagan efecto (Gomollón y López, 2007)

La colectomía si bien es indicada en algunos casos no es frecuente. La proctocolectomía con reservorio ileoanal es la forma más habitual. El cirujano hace una incisión quirúrgica en la parte inferior del abdomen, extirpa el intestino grueso y el recto, luego hace una pequeña incisión quirúrgica en el abdomen en la cual el íleon se jala y se sutura el abdomen. Las heces salen por esta abertura y se acumulan en una bolsa de drenaje que el paciente llevará adherida (Gomollón y López, 2007)

Obrador, Mateu y Del Val (2007) comentan que las personas ante una enfermedad crónica como lo es la colitis ulcerosa se sienten ansiosas y temerosas, el profesional debe despertar confianza ya que va a tener una relación prolongada con el paciente. Por lo tanto el

tratamiento además de contener cuidados físicos también va a incluir cuidados conductuales, es decir de conductas relacionadas con la salud, cuidados cognitivos relacionados con creencias ante la enfermedad y tratamiento, expectativas y percepción de control; y respuestas emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, etc.

9. Aspectos psicológicos de la colitis ulcerosa

Ya que el tratamiento actual de la colitis ulcerosa no consigue curación y los cambios en el estilo de vida afectan completamente a la persona, estos pacientes suelen tener el pensamiento recurrente de por qué esa enfermedad los afecta a ellos. La persona se siente abrumada a partir del diagnóstico. El simple hecho de salir crea mucho estrés ya que en cuestión de minutos la persona necesita ir al baño y esto de ir al baño tantas veces también crea vergüenza (Casellas y Vivancos, 2007).

Hagemeijer, Gómez y Díaz (2007) comentan que la falta de energía, la sensación de pérdida de control de la enfermedad, los cambios en la imagen corporal, los sentimientos de soledad y el miedo al cáncer, el sentimiento de ser una carga, las limitaciones reales o subjetivas, temor a no ser aceptados por la incontinencia anal, son preocupaciones básicas de estos pacientes.

También afirman que los pacientes con trastornos psiquiátricos se recuperan lentamente de los brotes que aquellos que no sufren de problemas emocionales. Los trastornos psiquiátricos más comunes en esta enfermedad son: el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada.

Daniels (1944) citado en Tobón, Vinaccia, Quinceno, Sandin y Rojas (2007) indicó que la inmadurez, dependencia y rasgos obsesivos eran recurrentes en individuos con colitis ulcerosa.

Faba y Paban (1976-1977) citados en Tobón et al. (2007) indicaron altos niveles de alexitimia (trastorno neurológico que consiste en la incapacidad del sujeto para identificar las

emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal) en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales.

Tobón et al. (2007) expresan que otro factor de personalidad que se observa es la afectividad negativa y positiva. Ondersma, Lumley, Corlis, Tojek y Tolia (1997) citados en Tobón et al. (2007) realizaron un estudio a adolescentes con enfermedades inflamatorias intestinales, la afectividad negativa fue relacionada con los dolores y malestar generados por la misma enfermedad, también se evaluó la hostilidad y esta tuvo niveles altos cuando la enfermedad estaba activa.

Hagemeijer et al. (2007) comentan que es importante destacar las características de personalidad de estos sujetos, ya que pueden influir en las estrategias de afrontamiento que utilizan, ya sea en la manera de percibir los sucesos estresantes, en la búsqueda del apoyo social o en las emociones negativas. Por lo tanto la personalidad tiene una gran importancia en la salud de estas personas.

Haller (2003) citado en Tobón et al. (2007) indicó que otro factor importante es el apoyo social. Ellos realizaron un estudio que demostró que es más significativo el apoyo social que recibe una persona con colitis ulcerosa en la fase activa de la enfermedad, que en la etapa de remisión.

Hagemeijer et al. (2007) explican que en estas enfermedades crónicas es importante un modelo integrador en el que además de tratar los síntomas físicos, se tengan en cuenta otros aspectos como el funcionamiento emocional y social de la persona.

CAPÍTULO 3:

ESTRÉS

1. Introducción

El estrés constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas, sin embargo, es un término difícil de definir. Es un concepto complejo, actual e interesante, del cual no existe un acuerdo común en su definición. La palabra estrés, significa cosas distintas para diferentes personas. Son muchas las menciones que hoy en día se hacen a este término y a sus consecuencias sobre la conducta del individuo, e igualmente son muchos los autores que lo definen y lo intentan cuantificar.

En éste capítulo se revisará la definición de estrés, su influencia en el proceso de afrontamiento del individuo, y en la salud de las personas.

2. Historia del concepto

Lumsden (1981) citado en Lazarus y Folkman (1986) ya expresaba que el término de estrés se utilizaba en el siglo XIV para indicar dureza, tensión, adversidad o aflicción.

Walter Cannon (1932) citado en Lazarus y Folkman (1986) consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc. Aunque habló del término por casualidad indicó que el grado de estrés podía medirse.

Selye (1936) citado en Lazarus y Folkman (1986) también utilizó el término de estrés de un modo particular, lo describió como Síndrome General de Adaptación, el cual se trataba de que ante cualquier estímulo nocivo, incluyendo amenazas psicológicas, habían diversas reacciones fisiológicas.

Wolff (1953) citado en Lazarus y Folkman (1986) consideró al estrés como una reacción del organismo, habla de un estado dinámico del organismo. Esto supone una adaptación a las demandas.

1) El término estrés tal como se ha usado en física, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado (strained) por fuerzas ambientales. Sin embargo al utilizarlo en el campo de la biología, el estrés indica un proceso activo de resistencia.

2) El estrés como proceso biológico de defensa, se relaciona con el afrontamiento, en el que el sujeto hace frente al estrés psicológico.

3) La definición de estado dinámico, señala aspectos importantes tales como los recursos para el afrontamiento, su costo y sus beneficios. Cuando se mira al estrés como un estado dinámico se llega a la relación entre el organismo y el entorno, la interacción y el feedback.

Lazarus y Folkman (1986) explican que los sociólogos más contemporáneos como Marx, Weber y Durkheim, prefieren más el término de strain en lugar de stress, usándolo para referir formas de desorganización o distorsión. Consideran que los pánicos, suicidios, crímenes, etc., son consecuencia del estrés a nivel social, se refieren más a fenómenos de grupo que a fenómenos individuales.

Lazarus y Folkman (1986) exponen que el término de estrés apareció en el índice de Psychological Abstracts en 1944, anteriormente se utilizaba el término ansiedad para describirlo.

A partir de la década de los setenta se ha ido aceptando que el estrés es una condición humana inevitable, pero el afrontamiento del estrés crea diferencias en la manera de adaptarse del individuo.

3. Definición de estrés

Lazarus y Folkman (1986) expresan que el término de estrés se puede conceptualizar de la siguiente manera

1) Como estímulo: Ésta definición es la más común adoptada por los psicólogos, los estímulos se consideran como los acontecimientos con los que un sujeto se encuentra. También las definiciones de estímulo hacen referencia a condiciones generadas en el interior del individuo, como el apetito sexual, hambre, actividad, etc. Las cuales están bajo estados hormonales y originados a partir de características neurológicas.

Lazarus y Cohen (1977) citados en Lazarus y Folkman (1986) cuentan sobre estímulos que inducen el estrés, y estos son tres tipos de acontecimientos: cambios mayores (afectan a un gran número de personas, por ejemplo un cataclismo); cambios mayores que afectan a una persona o pocas y en tercer lugar los ajetreos diarios.

Elliot y Eisdorfer (1982) citados en Lazarus y Folkman (1986) muestran los cuatro tipos de estímulos estresantes:

1) Estresantes agudos, limitados en el tiempo; tales como hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica o tener un encuentro con una serpiente cascabel; 2) secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un periodo prolongado de tiempo como un resultado de un acontecimiento inicial desencadenante, tal como la pérdida del puesto de trabajo, el divorcio o el fallecimiento de un familiar, 3) estresantes crónicos intermitentes, tales como visitas conflictivas a parientes políticos o problemas sexuales; estos ocurren una vez al día, una vez a la semana, o una vez al mes, y por último, los 4) estresantes crónicos, tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.(p.38)

2) Como respuesta: Selye (1960) citado en Fernández Martínez Elena (2009) hace referencia a cómo reaccionan las personas ante los estresores. Ésta respuesta se entiende como un estado de tensión que tiene dos componentes: el psicológico (conducta, pensamientos y

emociones emitidos por el sujeto) y el fisiológico (elevación del arousal o activación corporal). En este caso el estrés actúa como variable dependiente.

Selye (1980) citado en Lazarus y Folkman (1986) considera al estrés como aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda.

Lazarus y Folkman (1986) con respecto a considerar al estrés como una respuesta, sostienen que está bien considerar como respuesta a la perturbación de la homeostasis, pero que se hace difícil distinguir a partir de este concepto el estrés de cualquier otra cosa, ya que todos los aspectos de la vida pueden incrementar o disminuir la homeostasis, a menos que sea superior al habitual.

3) Como relaciones: Aquí Lazarus y Folkman (1986) se refieren al estrés como una relación entre el individuo y el ambiente, teniendo en cuenta por un lado las características del sujeto y la naturaleza del medio por otro.

Es el resultado de una evaluación de daño/pérdida, amenaza o de desafío (Lazarus y Folkman, 1986).

Se consideran dos procesos que tienen lugar entre la relación persona y entorno: la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso que determina el por qué y hasta qué punto una relación entre individuo y entorno es estresante. El afrontamiento es el proceso a través del cual el sujeto maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que esto genera (Lazarus y Folkman, 1986).

4. Teoría Transaccional del estrés

La teoría transaccional del estrés es propuesta por Lazarus (1966), considera al estrés como: el resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o desafío. En esta teoría se toma al estrés como un proceso psicobiológico normal, aunque complejo y dinámico, que posee tres componentes principales: 1) Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso (acontecimiento estresante o estresor). 2) La

interpretación de este acontecimiento como peligroso, perjudicial o amenazante. El sujeto lo percibe y valora como tal, con independencia de las características objetivas del mismo. 3) Una activación del organismo, como respuesta a tal amenaza.

Se dice que es transaccional ya que no solo el estrés es provocado por el estímulo o la respuesta, sino que es una combinación entre individuo y ambiente, y el estrés es una evaluación que el sujeto realiza sobre el estímulo y las demandas del mismo sobre el individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

4. 1. Evaluación cognitiva

Lazarus y Folkman (1986, 77) exponen que: “la evaluación cognitiva hace referencia a los procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto”.

Es un proceso evaluativo que determina porqué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el ambiente es estresante.

Es decir, que es un proceso que determina los efectos que un suceso dado provocará en el individuo.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres clases de evaluación cognitiva:

1) Evaluación primaria: dentro de esta evaluación primaria se distinguen tres tipos:

- Irrelevante: cuando el encuentro con el entorno conlleva implicaciones para el sujeto. Aquí al individuo no le interesan las consecuencias, no hay compromiso.
- Benigno positivas: tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo.
- Estresantes: aquí se incluyen aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío.

- Daño o pérdida: se da cuando la persona sufrió de un hecho trágico como lo es el caso de una lesión o enfermedad incapacitante, perdida de algún ser querido, etc.
- La amenaza: son sucesos de daños o pérdidas que todavía no suceden pero se prevén.
- El desafío: es muy parecido a la amenaza, nada más que en este aparecen fuerzas para vencer esa confrontación, y se generan emociones como excitación, impaciencia y regocijo.

El desafío al contrario de la amenaza, es importante en el papel de la adaptación, ya que para las personas que ven los sucesos como un reto disponen ventajas en la moral, calidad de funcionamiento y salud del organismo, en opuesto a aquellas que se sienten amenazadas.

Por lo tanto la evaluación primaria hace hincapié en las propiedades del individuo y del entorno que influyen en la valoración de la importancia de lo que está en juego (Lazarus y Folkman, 1986).

2) Evaluación secundaria: Lazarus y Folkman (1986) señalan que la evaluación secundaria conduce al individuo a la pregunta ¿Qué puede hacer? La respuesta es clave para lo que el individuo hará con determinada situación. La forma en la que el sujeto afronte la situación dependerá de sus recursos y limitaciones, para aplicarlos a las diversas demandas del contexto.

Lazarus y Folkman (1986) explican lo siguiente:

La evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse a una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones adaptativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas en forma efectiva. (p.60).

3) Reevaluación: hace referencia a un cambio que se introduce en la evaluación inicial, como consecuencia de nueva información que se recibe del entorno. Los procesos de evaluación son bidireccionales entre el individuo y el entorno. Es una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla (Lazarus y Folkman, 1986).

4. 2. Factores personales que influyen en la evaluación

Lazarus y Folkman (1986) mencionan los siguientes factores personales que influyen en la evaluación cognitiva:

1) Compromisos: Es aquello que resulta importante para el individuo. Cualquier circunstancia que implique un compromiso importante, va a ser evaluada como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o facilitan la expresión de ese compromiso. Los compromisos también hacen que el sujeto tenga determinados ideales o quiera cumplir determinados objetivos.

2) Creencias: Son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones que preexisten la realidad, sirven de lente perceptual. En la evaluación las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas y modelan el entendimiento de su significado.

Las creencias que más influyen en la evaluación cognitivas son:

- Creencias sobre el control personal: tiene que ver con la confianza que tiene la persona sobre el dominio del entorno.
- Creencias existenciales: ayudan a las personas a sostener la esperanza y buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas. Estas son la fe en Dios o en oro orden natural del universo.

4.3. Factores situacionales que influyen en la evaluación cognitiva

Lazarus y Folkman (1986) proponen los siguientes factores situacionales que tienen influencia en la evaluación cognitiva:

1) Novedad de la situación: aquí se habla de situaciones nuevas, donde la persona no ha tenido una experiencia previa o contacto con este tipo de situación.

2) Predictibilidad: hay ciertas características que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Puede ser predicha por alguna estimulación, como aviso de algo doloroso y dañino que ocurrirá.

3) Incertidumbre del acontecimiento: la naturaleza de la incertidumbre es estresante, no saber con certeza si va a ocurrir o no un hecho determinado, da lugar a un proceso de evaluación y reevaluación, que genera pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas, que a su vez, generan desesperanza y por último confusión.

4) Factores temporales: el tiempo es muy importante en las situaciones estresantes.

- **Inminencia**: tiempo previo de que ocurra un acontecimiento, es el intervalo de que éste hecho se acerca. Hay influencia en la evaluación si existen señales de daño, pérdida, o ganancia. Cuando menos urgente sea el acontecimiento el proceso será menos inminente y más complejo.
- **Duración**: tiempo que perdura un acontecimiento estresante. Los estresantes prolongados o crónicos agotan al individuo psicológica y físicamente.
- **Incertidumbre temporal**: es la incertidumbre de cuándo va a producirse el acontecimiento dado.

5. Estrés y salud

Durante años estos dos conceptos han sido investigados, la psicología de la salud le da un papel importante al estrés, ya que considera que los estilos de vida cada vez son más demandantes lo cual genera la aparición de diversas patologías.

Varios autores, entre ellos Alfredo H. Cía (1994), describen dos tipos de estrés según si el mismo es o no perjudicial:

- Distrés: el cual es destructivo, hace referencia a la ira y la agresión y es perjudicial para la salud.
- Eustrés: es de tipo cognitivo, asociado con una preocupación empática por los demás y esfuerzos positivos que benefician a la comunidad, este tipo de estrés se dice que protege la salud del individuo.

Synder y Forsyth (1991) citados en Lazarus (2000) hacen referencia a la influencia que estrés tiene sobre la salud y opinan hay muchos factores que intervienen en la salud sobre los que el individuo puede tener un escaso o ningún control, estos factores hacen referencias a los accidentes, genética, toxinas ambientales, estilos de vida a largo plazo, consumo de alcohol, drogas.

Brannon y Feist (2001) por su parte dicen que las enfermedades están causadas por diversas circunstancias pero el estrés puede ser uno de esos motivos. Aunque la mayor parte de las personas expuestas a experiencias estresantes no desarrollan una enfermedad.

Por su parte Selye (1960) citado en Lazarus y Folkman (2000) propone que el estrés de cualquier tipo aumenta la susceptibilidad a todas las enfermedades.

Herbert y Cohen (1994) citados en Brannon y Feist (2001) explican que el efecto del estrés sobre el sistema nervioso, endocrino e inmunológico sea directo. Teniendo en cuenta que cualquiera de estos sistema pueden desencadenar una enfermedad, existen suficientes fundamentos psicológicos para establecer un vínculo entre estrés y enfermedad.

Oblitas (2004) dice que para llevar a cabo una vida más saludable y poder lidiar con el estrés es conveniente llevar a cabo las siguientes tareas:

- Realizar terapia para fortalecer el yo y favorecer el enfrentamiento de la persona a situaciones que generan estrés.
- Hacer deportes. Está demostrado que caminar 30 minutos diarios ayudan a reducir los efectos del estrés, además que aumentan el consumo de oxígeno, disminuyen la presión y frecuencia cardíaca, queman grasas y reducen el peso corporal; disminuyen el apetito; mejoran el colesterol; aumentan la masa y fuerza muscular, estimula la producción de endorfinas, disminuyen la ansiedad, irritabilidad, y tensión muscular, elevan el estado de ánimo; mejoran la calidad y cantidad del sueño, aumentan la autoestima, facilitan la distracción y conexión del estrés diario.
- Evitar el consumo de sustancias estimulantes o psicoactivas, como alcohol, tabaco, cafeína o bebidas cafeinadas (tipo cola), mateína, la automedicación de psicofármacos y de pastillas para adelgazar u otras por el estilo.
- Régimen alimenticio adecuado para evitar el exceso de grasa, glúcidos y sal. Buscar incrementar reservas de vitamina C y complejo B, la ingesta de fibras, frutas y vegetales y beber agua suficiente.
- Horarios de sueño y descanso adecuados que permitan al organismo recuperarse de fatigas diarias.
- Ejercicios de relajación, dirigidos por un terapeuta para un mejor aprovechamiento.

Oblitas (2004) también explica que es muy importante poder desarrollar nuevas estrategias para afrontar las situaciones que se consideran estresantes, es decir aprender a utilizar estrategias adaptativas y eficaces. De igual modo un sujeto puede afrontar adecuadamente el estrés sin conservarlo. Por eso es importante

- Poder controlar los impulsos y no violentarse.
- Tener un pensamiento que corresponda a una visión objetiva de la realidad.
- Tomarse el tiempo necesario para responder a las demandas.
- Aprender a enfrentar las situaciones estresantes con los recursos propios, ya que no hay una manera exacta para solucionar un problema.
- Es importante el modo de interpretar las situaciones estresantes, y aprender a verlas como un desafío y no como una amenaza

5. 1. Fisiología de la respuesta del estrés

López Mato y Beretta (2002) explican que el sistema nervioso contiene millones de células denominadas neuronas. Dentro de cada neurona unos iones con carga eléctrica presentan una descarga potencial. La carga eléctrica favorece la emisión de sustancias químicas denominadas neurotransmisores, los cuales se fabrican dentro de cada neurona y se almacenan en los extremos de la misma.

El sistema nervioso está organizado jerárquicamente, presentando divisiones y subdivisiones. Las dos divisiones principales son el sistema nervioso central (SNC), el cual está compuesto por el encéfalo y la médula espinal; y el sistema nervioso periférico, que está formado por todas las neuronas restantes, es decir todas las que están situadas fuera del cerebro y la médula espinal.

El sistema periférico se divide en dos partes: el sistema nervioso somático, éste tiene componentes sensoriales y motores que inervan fundamentalmente la piel y los músculos voluntarios y el sistema nervioso autónomo, el cual inerva principalmente los órganos internos.

El sistema nervioso autónomo favorece la aparición de numerosas respuestas a través de sus dos divisiones: el sistema nervioso simpático, que moviliza los recursos del individuo en situaciones de emergencia, estrés o emociones importantes y el sistema nervioso parasimpático, el cual promueve la relajación en condiciones normales y sin estrés.

Por lo tanto el sistema nervioso simpático al activar los recursos en situaciones estresantes y fuertes, gracias al efecto de diversas hormonas, el estrés desencadena una serie de acontecimientos complejos dentro del sistema endocrino. La pituitaria anterior (la parte de esta glándula está situada en la base del cerebro) segrega la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual cuando es estimulada por el hipotálamo se libera y a su vez actúa sobre las glándulas suprarrenales, para que segreguen glucocorticoides, incluyendo cortisol. Su secreción moviliza los recursos energéticos del organismo, elevando el nivel de azúcar en sangre para proporcionar energía a las células.

El cortisol también tiene un efecto antiinflamatorio, ofreciendo al cuerpo un mecanismo natural de defensa contra la hinchazón producida por las lesiones que pueden aparecer en la piel o en la huida.

La activación de la médula suprarrenal produce la secreción de catecolaminas, sustancias químicas en las que se incluyen la norepinefrina y la epinefrina. La norepinefrina actúa en ambos ámbitos y se fabrica en diversos lugares del cuerpo, y no exclusivamente en glándulas suprarrenales.

La epinefrina, solo se produce en la médula suprarrenal. Esta sustancia está tan íntimamente ligada a la respuesta del estrés adrenomedular, que suele utilizarse como indicador del estrés. La cantidad de epinefrina segregada puede determinarse analizando la orina. Dicho índice puede utilizarse para saber en qué medida la persona está afectada por el estrés.

5. 1. 1. Tipos de estrés:

La American Psychological Association (A.P.A) distingue entre tres tipos de estrés según las características, síntomas y duración de cada uno de ellos:

1) Estrés agudo: es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Es decir, se trata de una respuesta a corto plazo que puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

2) Estrés agudo episódico: Se caracteriza por la repetición periódica de estrés agudo y se relaciona con características de personalidad tales como nerviosismo, agitación constante, hipersensibilidad, irritabilidad, ansiedad. Suelen ser personas externalizadoras y muy resistentes al cambio.

3) Estrés crónico: es el estrés que se prolonga por largos periodos de tiempo. Surge cuando una persona no ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la

persona abandona la búsqueda de soluciones. Este tipo de estrés tiene efectos significativamente perjudiciales para la salud integral de las personas.

5. 1. 2. Fases del estrés

Selye (1960) citado en Lazarus y Folkman (1986) decía

que el estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo de reacciones orgánicas y procesos originados como respuestas a dicha demanda y hace referencia a tres etapas:

1) Fase de alarma: esta fase tiene dos partes:

- Fase de shock, que representa el efecto inicial del agente nocivo sobre los tejidos. Algunas de sus características son: reducción de la temperatura corporal y descenso de la presión sanguínea.
- Fase de contrashock, la cual parece reunir los esfuerzos defensivos activos por parte del sistema psicológico, hay dilatación del cortex adrenal y aumento de las secreciones corticoadrenales, lo cual produce elevación de la presión arterial y con frecuencia de la temperatura corporal.

2) Fase de resistencia: se caracteriza por un aumento de la resistencia al agente estresante y una disminución a otros estímulos. Esta etapa se identifica por una triada de reacciones: hipertrofia adrenal, contracción del timo y reducción asociada de linfocitos y de úlceras gástricas. La adaptación a un agente da lugar a la resistencia de otros.

Selye (1960) citado en Brannon y Feist (2001) consideraba que como resultado a una resistencia prolongada al estrés, están las úlceras pépticas y las colitis ulcerosas, la hipertensión, enfermedad cardiovascular, el hipertiroidismo y el asma. También creía que la resistencia al estrés provocaba cambios en el sistema inmunológico favoreciendo la aparición de infecciones.

3) Fase de agotamiento: después de una exposición prolongada al estrés, aparece el agotamiento y muchos síntomas de la fase de alarma aparecen nuevamente. En esta fase

aparece lo que Selye llama enfermedades de adaptación, tales como el shock anafiláctico y la artritis, que finalmente puede conducir a la muerte.

5. 1. 3. Causas del estrés

Fernández Martínez (2009) afirma que las experiencias estresoras que viven los individuos provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

1) Entorno: hace referencia al contexto, al medio ambiente natural, éste bombardea al ser humano constantemente con demandas de adaptación, como el ruido, las aglomeraciones, las relaciones interpersonales o los horarios rígidos.

2) El propio cuerpo: es fisiológica, como las enfermedades, diversas etapas del ciclo vital o los accidentes. Las amenazas que provienen del entorno también nos afectan de manera física.

Nuestra forma de reaccionar ante los diversos estresores, todavía se relaciona con nuestro instinto innato de huida o lucha. Cada vez que se emite una respuesta de este tipo, tienen lugar en nuestro organismo los siguientes cambios: cuando los estímulos son interpretados como amenazantes, los centros de regulación dan al organismo la información que le conducirá a enfrentarse o a escapar de la amenaza. Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables como que las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan o que la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco quedando las extremidades frías y sudorosas. Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico.

Cuando uno se siente estresado y se añade aún más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar. Los efectos negativos de una situación de estrés reiterada pueden afectar a diferentes áreas de los individuos.

3) Los propios pensamientos: es la manera que tiene cada persona de interpretar y catalogar las experiencias, y modo de ver el futuro.

Lazarus y Folkman (1986) hablan de otra fuente de estrés que es la cronología de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital, esto hace referencia a que si un acontecimiento ha ocurrido demasiado pronto o demasiado tarde, puede significar perder el apoyo de los compañeros de grupo. Es decir que encontrarse fuera de tiempo significa verse despojado de la satisfacción que acompañaría a la persona si estos acontecimientos hubieran ocurrido a tiempo. Lazarus y Cohen (1977) citados en Lazarus y Folkman (1986) dan como ejemplo las incapacidades laboral, pérdida de reputación, derrumbamiento de fortunas, repentino crecimiento, etc.

5. 1.4. Señales características del estrés

Guillén Gestoso, Guil Bozal y Mestres Navas (2000) citados en Cortinez Vera (2015) expresan las siguientes señales características del estrés:

- Emociones: ansiedad, miedo, irritabilidad, confusión
- Pensamiento: dificultad para concentrarse, pensamientos repetitivos, excesiva autocrítica, olvidos, preocupaciones
- Conducta: dificultad en el habla, risa nerviosa, dificultad en el mantenimiento de relaciones interpersonales, llanto, bruxismo, trastornos de sueño, abuso de sustancias tóxicas y/o alcohólicas
- Cambios físicos: músculos contraídos, dolores de cabeza, malestar estomacal, infecciones, enfermedades respiratorias y/o cardíacas, entre otras.

6. ¿Cómo afecta el estrés al sistema inmunológico?

Oblitas (2004) ha descubierto que ciertas conductas intervienen en las células inmunes, incrementando o disminuyendo su actividad. Conciliar el sueño de manera adecuada o expresar sentimientos, es algo positivo para el sistema inmunitario, mientras que el insomnio, la depresión, y el estrés crónico, resultan poco favorables para este sistema.

Cuando aparece el estrés hay cambios en las células inmunes. En estas circunstancias, la capacidad de división de las células B (fabrican anticuerpos) y T (células destructoras de células extrañas) se reduce hasta 90% (Oblitas, 2004).

Gómez González y Escobar (2006) comentan que en los seres humanos, al igual que en otros mamíferos, la exposición prolongada al estrés y el mantenimiento de niveles circulantes elevados de glucocorticoides y catecolaminas conllevan supresión del funcionamiento del sistema inmune, con el consecuente aumento en la susceptibilidad para contraer infecciones y de prolongar la duración de las enfermedades infecciosas y el tiempo de cicatrización de heridas.

También indican que los sujetos que están expuestos a estrés crónico tienen una mayor probabilidad de presentar una salud deteriorada en comparación con personas libres de estrés, como malnutrición, alteración del sueño, sedentarismo, etc. Con ello, incrementan las consecuencias adversas del estrés sobre el sistema inmune y la salud.

7. La relación mente- cuerpo en la colitis ulcerosa, una perspectiva psicosomática

Gonzalez de Rivera Revuelta (1980) comenta que las palabras griegas psyche y soma, significan mente y cuerpo, de ellas deriva el término psicosomático. En este apartado no se

busca hablar sobre qué término tiene más importancia, si lo físico o lo psicológico, sino que este padecimiento afecta a la persona como unidad y se va a partir desde esa base.

Es importante hablar sobre la personalidad psicosomática ya que no hay una teoría comprobada sobre las causas de la colitis ulcerosa, por lo tanto esta no queda descartada. Los pacientes psicosomáticos ante una afección orgánica, no suelen tener registro psíquico de la misma, por lo que el cuerpo queda disociado de la mente (Gonzalez de Rivera Revuelta, 1980).

El paciente de este tipo suele ser exageradamente descriptivo y carente de afecto en sus relatos, es de respuestas cortas y terminales, con escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos. Por supuesto no todos los pacientes de este tipo tienen estas características de personalidad, pero si un importante subgrupo de ellos (Gonzalez de Rivera Revuelta, 1980).

L. Lega y J. Lega-Siccar (1994) indican que la personalidad de los sujetos con colitis ulcerosa se caracteriza por una inmadurez emocional, dependencia afectiva marcada, incapacidad para demostrar agresión para resolver sus problemas, y susceptibilidad exagerada incapaces de enfrentar y resolver situaciones o eventos difíciles.

8. Estrés y enfermedades inflamatorias intestinales

Oblitas (2004) comenta que el estrés genera alteraciones fisiológicas, pero cuando éste perdura hay alteraciones serias de carácter psicológico y en ocasiones fallas de órganos o funciones vitales.

Duffy (1991) citado en Barros y Bocic (2016) realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar la asociación entre los sucesos vitales y los síntomas que personas con enfermedades inflamatorias intestinales, utilizaron una muestra de 124 pacientes, hallando un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores, en comparación con las personas no expuestas.

Garrett (1991) citados en Barros y Bocic (2016) comentan que existe una relación significativa entre el estrés diario y la experiencia de los síntomas en personas con enfermedades inflamatorias intestinales (a mayor estrés diario, mayores incrementos en los síntomas). Así mismo, se ha visto una relación significativa entre el estrés diario y la actividad de la enfermedad. Se observó que en pacientes con colitis ulcerosa en remisión, el estrés era asociado a un mayor riesgo de un nuevo brote.

Sewitch (2001) citados en Tobón, Vinaccia, Quiceno, Sandín, y Núñez Rojas (2007) realizaron una investigación y hallaron que, por lo general, un único suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de las enfermedades inflamatorias intestinales.

Un porcentaje significativo de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, en una investigación de Robertson (1989) citados en Tobón et al. (2007) cuando realizaron la pregunta de las posibles causas de su enfermedad, contestaron que el estrés había sido la principal razón del origen o del agravamiento de sus síntomas intestinales.

Un estudio realizado por Marshall y Warren (1982) citados en Brannon y Feist (2001) sugirieron que las úlceras eran el resultado de una infección bacteriana, en lugar de tratarse del resultado del estrés. En su investigación explicaban que la bacteria *Helicobacter pylori*, era la responsable de las úlceras, al no disponer de fondos para dicho estudio y defendiendo sus hipótesis, Marshall se inoculó a sí mismo la bacteria para demostrar su efecto gástrico. A continuación desarrolló una gastritis grave y tomó antibióticos para curarse, comprobando que dicha bacteria tenía un efecto gástrico. En las conclusiones del estudio observaron que no todas las personas que sufrían de úlceras tenían la presencia de ésta bacteria, pero algunas si la poseían.

La idea de que la úlcera estaba causada por un microorganismo ha abierto otras posibilidades, como la de que exista relación entre bacterias o virus y otras enfermedades como la artritis, la arterioesclerosis y la colitis ulcerosa (Brannon y Feist, 2001)

Barros y Bocic (2016) expresan que es importante destacar en las enfermedades inflamatorias intestinales como se perciben los sucesos, ya que también puede estar relacionado con la actividad de la enfermedad.

El estrés puede influir en la gravedad de los síntomas y afectar el bienestar psicológico de la persona que padece una enfermedad inflamatoria intestinal como lo es la colitis ulcerosa.

Finalmente, es importante indicar que los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales tienden a considerar el estrés como una causa relevante del origen o exacerbación de sus síntomas. La atribución que hace la persona sobre las causas de la enfermedad es muy importante para el tratamiento y afrontamiento de la misma, motivo por el cual es esencial que las personas con enfermedades inflamatorias intestinales comprendan qué es el estrés y cómo pueden manejarlo para mejorar su calidad de vida (Barros y Bocic, 2016).

CAPÍTULO 4:
AFRONTAMIENTO

1. Introducción

Es importante la valoración que el individuo tiene de la vida, la clase de situación y sus procesos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

La elección de las estrategias de afrontamiento parece determinada por factores situacionales y personales y no por predisposiciones específicas del individuo. Por ello se deduce que cada interacción estresante con el medio pone en acción diferentes estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Cuando hablamos de estrategias de afrontamiento, lo primero que se viene a nuestra mente es cómo enfrentan las personas las situaciones que se le presentan en la vida cotidiana. Teniendo en cuenta los recursos con los que cada sujeto puede disponer.

En este capítulo se va a indagar sobre las estrategias de afrontamiento, su historia, definiciones, etapas, recursos, limitaciones, funciones, efectividad y clasificación y como ésta variable influye en la enfermedad de colitis ulcerosa.

2. Historia del concepto

A lo largo de los años el concepto de afrontamiento ha sido un tema muy indagado en el ámbito de la psicología. Lazarus y Folkman (1986, 140) expresan que: “durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos”.

2.1. El modelo animal

Lazarus y Folkman (1986) explican que este modelo se encuentra muy influenciado por las teorías de Darwin las cuales exponen que la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir los que es predecible y controlable en su entorno y así poder evitar, escapar o vencer los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia.

Es decir que este modelo define el afrontamiento como: “aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas” (Lazarus y Folkman, 1986, 141).

Por lo tanto se puede decir que el modelo animal de afrontamiento es un constructo simplista y pobre en cuanto a lo cognitivo emocional ya que el concepto más utilizado por este modelo es el de arousal y toda la experimentación se centra principal mente en la conducta de huida y evitación (Lazarus y Folkman, 1986).

2.2. El modelo psicoanalítico de la psicología del ego

En este modelo se define el afrontamiento como: “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés” (Lazarus y Folkman, 1986, 141).

Menninger (1963); Haan 1969 (1977) y Vaillant (1977) citados en Lazarus y Folkman (1986) enuncian una jerarquía en la cual el afrontamiento alude a los procesos más maduros del ego, luego las defensas se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último, se encontrarían los procesos que Han llama fragmentación de ego y Menninger homóloga a los niveles regresivos o psicóticos de conducta

Menninger (1963) citado en Lazarus y Folkman (1986) identifica cinco órdenes o recursos reguladores a los cuales clasifica de acuerdo al nivel de desorganización interna que indican, de la siguiente manera:

En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre ellas se incluye el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales o, como mínimo, características idiosincrásicas. Sin embargo, si tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma externa, como cuando una persona habla demasiado, ríe con demasiada facilidad, pierde los nervios muy a menudo o parece errante y sin rumbo, entonces pierden su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y de desequilibrio. Cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivo se vuelven los recursos reguladores. (p.142).

La diferencia que existe entre estos dos modelos radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque en el segundo modelo la conducta no es del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición (Lazarus y Folkman, 1986).

2.3. El patrón A como estilo de afrontamiento

El patrón A incide más en la conducta que en los procesos del yo (Lazarus y Folkman, 1986).

Friedman y Roseman (1974) citados en Lazarus y Folkman (1986, 144) definieron el patrón A como: “un esfuerzo crónico e incesante de mejorar cada vez más en menos tiempo y, si es necesario, contra la oposición de cosas o personas”.

El patrón A es la unión de 3 conceptos entre sí, un conjunto de creencias sobre uno mismo y el mundo, un conjunto de valores y un estilo conductual de vida (Lazarus y Folkman, 1986).

Glass (1977) citado en Lazarus y Folkman (1986) explica que los individuos que pertenecen a este grupo tienen a desarrollar un gran compromiso con el control en diversas circunstancias.

Con respecto a una interpretación emocional, se observó que los sujetos pertenecientes al patrón A son personas que establecen sus logros en la satisfacción de sus ambiciones y el éxito, más que en la socialización (Lazarus y Folkman, 1986).

En la medicina conductual es importante el estudio de éste patrón ya que puede influir en el estado de salud del organismo y de manera más extensa en el funcionamiento moral, social y laboral (Lazarus y Folkman, 1986).

Las personas que tienen estas características psicológicas, tienen una mayor predisponibilidad a padecer una enfermedad cardíaca. (Lazarus y Folkman, 1986).

Frankenhaeuser (1980) citado en Lazarus y Folkman (1986) afirma:

Interpretamos nuestros resultados como demostrativos de que el individuo con patrón A, cuando controla la situación, alcanza puntuaciones más altas, afronta efectivamente la dura labor elegida por él mismo y lo hace sin utilizar excesivamente los recursos fisiológicos de que dispone. (p.147).

Glass (1977) citado en Lazarus y Folkman (1986) encuentra al patrón A como:

Un rasgo de personalidad o un conjunto de rasgos que hacen al individuo vulnerable al estrés psicológico en aquellas condiciones que ponen en peligro su necesidad de control o quizás aquellas que generan en él sensación de insuficiencia cuando está acostumbrado a ejercer control de las situaciones. (p. 148).

Lazarus y Folkman (1986) suponen que puede considerarse el patrón A como un estilo de afrontamiento, que surge probablemente por la evolución de ciertos valores sociales característicos de las sociedades tecnológicas e industrializadas.

2.4. Patrón B o estilo cognitivo.

Lazarus y Folkman (1986) explican que estas respuestas no son consideradas un estilo, ya que son automáticas y no obedecen a un esfuerzo. Por lo tanto estos sirven como un mecanismo de control.

Gardner, Holzman, Klein, Linton y Spence (1959) citados en Lazarus y Folkman (1986) consideran que el control cognitivo provee un equilibrio adaptativo entre los esfuerzos internos y las demandas de la realidad.

3. Definición de afrontamiento

Existen diversas definiciones de afrontamiento. Miller (1980) citado en Lazarus y Folkman (1986, 141) afirma que: “el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva”.

Por otro lado Ursin (1980) citado en Lazarus y Folkman (1986, 141) afirma que “el logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con animales como en seres humanos, es lo que llamamos afrontamiento.

Al hablar del concepto de afrontamiento Lazarus y Folkman (1986, 164) lo definen como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Esta definición obvia las limitaciones de los planteamientos tradicionales por lo siguiente:

1) Realizan un planteo del afrontamiento como proceso y no como rasgo, lo que queda reflejado al utilizar las palabras “constantemente cambiantes” y “demandas específicas”.

2) Hace una diferencia entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, limitando el afrontamiento a las situaciones de estrés psicológico que requieren movilización.

3) Al definirlo como los esfuerzos para manejar las demandas, permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que obtenga. Con ello solventa al problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido.

4) Al utilizar la palabra ‘manejar’, se evita equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

Luego del modelo de Lazarus y Folkman (1986) el estudio de las estrategias de afrontamiento ha seguido y estas son algunas de las nuevas definiciones:

Frydenberg y Lewis (1997) citados en Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez Suedan (2005,66) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”

Casullo y Fernández Liporace (2001) citados en Figueroa et al (2005,66) “entienden a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan”.

El afrontamiento sería entonces, un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso

De acuerdo al gran número de conceptos y definiciones de afrontamiento, en esta tesina se trabajará con el concepto de Lazarus ya que es de una gran trascendencia y coherente con el instrumento de evaluación que se utilizará: ‘Inventario de respuestas de afrontamiento’ de Rudolf H. Moos, elaborado en 1993.

4. El afrontamiento como Proceso

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

1) Este primer planteo dice que el individuo piensa o hace, de manera distinta con lo que el sujeto verdaderamente hace o haría en determinadas situaciones.

2) Para poder entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo enfrenta. Es por eso que es necesario saber lo que la persona ciertamente piensa o hace y analizar esto en un contexto específico. Cuanto más precisa sea esta definición de contexto, es más posible relacionar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno, ya que generalmente los pensamientos y acciones de afrontamiento siempre se hallan dirigidas a situaciones particulares.

3) Cuando hablamos del proceso de afrontamiento, a medida en que la interacción va desarrollándose, hay un cambio constante en los pensamientos y actos.

Por lo tanto se puede decir que el afrontamiento es un proceso cambiante, porque en diversos momentos el sujeto va a contar con estrategias “defensivas”, y en otros momentos va a utilizar aquellas que sirvan para resolver el problema.

Es por ello que se habla de un proceso flexible y dinámico, ya que las variaciones pueden ser dirigidas a cambiar el entorno o su interior, también pueden haber cambios en el entorno. Los cambios son consecuencia de las continuas evacuaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

4.1. Etapas en el proceso de afrontamiento

Klinger (1977) citado en Lazarus y Folkman (1986), menciona que cuando surge la amenaza o pérdida de un compromiso, se origina en un primer momento un aumento del esfuerzo y de la capacidad de concentración. Luego si esto continúa aparece la frustración y el enfado, a partir de esto se incrementa la posibilidad de responder con protestas. Y al no conseguir el objetivo deseado conduce a la depresión, con características de apatía y pesimismo. Finalmente existe una recuperación psicológica y se disparan pensamientos al respecto moviéndose entre dos etapas de respuesta al estrés: la negación y la vigilancia.

Shontz (1975) citado en Lazarus y Folkman (1986) indica que cuando una persona es informada de una discapacidad o enfermedad física, a partir de ese momento comienza a utilizar una serie de diversas etapas de afrontamiento.

- 1) Etapa es la de shock: hay un sentimiento de distanciamiento o a veces una asombrosa lucidez y eficacia en el pensamiento y la acción. Ocurre en el primer momento que aparece la crisis.
- 2) Etapa de encuentro: aquí el individuo puede experimentar desesperanza, desorganización y pánico.
- 3) Etapa de retirada: corresponde a la negación, representa un importante recurso para prevenir un desmoronamiento.

Las secuencias de las etapas puede variar según Mendensol (1979) citado en Lazarus y Folkman (1986) en las enfermedades amenazantes para la vida hay demandas cambiantes a lo largo de la enfermedad. Cada paciente afronta particulares circunstancias dentro de su historia personal, y para entender la importancia personal de la enfermedad es preciso situarla en el contexto de la biografía del individuo.

Baker y Chapman (1962) citado en Lazarus y Folkman (1986) exponen etapas de acontecimientos en vez de etapas de afrontamiento. Éstas serían tres:

- 1) Anticipatoria o de aviso: aquí el acontecimiento no ha ocurrido, y esto incluye la eventualidad de que ocurra o no, el momento en que ocurriría y la naturaleza de lo

que suceda. Esto evaluará si el sujeto puede maniobrar el peligro, como lo hará y hasta qué punto aguanta.

- 2) Impacto o confrontación: el individuo comprueba si la amenaza es igual o peor de lo que predecía.
- 3) Postimpacto o postconfrontación: en esta fase emergen una serie de pensamientos que van desde cómo reacciona la persona ante esta situación de manera psíquica como física, que significado le da lo que sucedió, si esto le trae nuevas amenazas o desafíos, si puede volver a su vida como era anteriormente, etc.

5. Recursos para el afrontamiento

“La forma en que el individuo afronte una situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada” (Lazarus y Folkman, 1986, 180).

Antonovsky (1979) citado en Lazarus y Folkman (1986) utiliza el término de *recursos generalizados de resistencia* para describir características que facilitan el manejo del estrés. Estas características pueden ser físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales.

Este planteamiento de Antonovsky hace hincapié en factores que contribuyen a la resistencia al estrés, por lo tanto difiere de Lazarus y Folkman que hacen referencia a los recursos que el individuo muestra para afrontarlo.

Es imposible nombrar todos los recursos que utilizan los sujetos para afrontar diversas instancias de la vida Lazarus y Folkman (1986) identifican como principales las siguientes categorías:

- 1) Salud y energía: es más fácil afrontar una situación cuando se goza de buena salud. Es importante el papel desempeñado por el bienestar físico, una persona débil, enferma, cansada o frágil tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta.

2) Creencias positivas: en esta categoría se incluyen aquellas creencias generales y específicas que tienen como base la esperanza y que favorecen el afrontamiento en diversas situaciones. La esperanza puede ser alentadora cuando la persona cree que tiene la fuerza para cambiar y controlar una situación.

Ciertas creencias pueden inhibir el afrontamiento, no todas sirven. Algunas pueden llevar a la desesperanza, disminuyendo la capacidad de afrontar los problemas

De todas las creencias que una persona puede tener, se le presta mayor atención a las que hacen referencia al control. Strickland (1978) citado en Lazarus y Folkman (1986), cita algunos estudios sobre las expectativas del locus de control interno y externo y las actitudes y conductas relacionadas con la salud. En estas investigaciones se pudo observar que las personas que creían que sus resultados dependían de sus propias conductas afrontaban de manera distinta a aquellas que lo consideraban como un fruto del azar o del destino.

En un estudio realizado por Folkman, Aldwin y Lazarus (1981) citado en Lazarus y Folkman (1986) expuso que las creencias generales sobre el locus de control no guardaba relación con el afrontamiento. Por otro lado las evaluaciones de control si se hallaban relacionadas con éste, las situaciones evaluadas como susceptibles de cambio se asociaban mayormente con estrategias dirigidas al problema y las situaciones que tenían que aceptarse, sin posibilidad de cambio, se asociaban a estrategias dirigidas a la emoción.

3) Técnicas para la resolución del problema: “son importantes recursos de afrontamiento, ya que incluyen habilidades para conseguir información, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado” Janis (1974); Janis y Mnann (1977); citados en Lazarus y Folkman (1986,185).

4) Habilidades sociales: las habilidades sociales se refieren a la capacidad de actuar y comunicarse con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva. Es muy importante el papel de la actividad social, ya que a partir de esto se facilita la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo, y aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales (Lazarus y Folkman, 1986).

En los programas terapéuticos este recurso es de suma importancia ya que la solución de los problemas depende menos de los actos individuales que de la capacidad de la acción grupal Mechanic (1974) citado en Lazarus y Folkman (1986).

5-) Apoyo social: Antonovsky (1972) citado en Lazarus y Folkman (1986) Las experimentaciones realizadas sobre estrés demuestran que es importante tener alguien de quien recibir apoyo emocional e informativo.

6-) Recursos materiales: hace referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Las personas con dinero, si saben cómo administrarlo, generalmente viven mucho mejor que aquellos que carecen de éste. Hay un aumento de opciones de afrontamiento cuando se cuenta con este recurso en situaciones estresantes, ya que se podrá tener un mejor acceso tanto a la asistencia legal, médica, financiera, etc. (Lazarus y Folkman, 1986).

6. Limitaciones al utilizar recursos de afrontamiento

Diversas situaciones estresantes que se dan en la vida, generan una alta demanda en los recursos del individuo, que pueden llegar a sobrepasarlo. En muchas circunstancias los recursos son los correctos, pero es la persona quien no los utiliza al máximo (Lazarus y Folkman, 1986).

“Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno” (Lazarus y Folkman, 1986, 187).

Las limitaciones en la utilización de los recursos de afrontamiento dan origen a dos condicionantes: Los condicionantes personales y los condicionantes ambientales, las cuales detallaremos a continuación.

1) Condicionantes personales: Hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que determinan ciertas formas de accionar y sentir en la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

“También llamamos a las condiciones personales esquemas o factores de coacción” (Lazarus y Folkman, 1986, 188).

Los valores y creencias culturales sirven para determinar que conductas y sentimientos son correctos y cuáles no (Lazarus y Folkman, 1986).

2) Condicionantes ambientales: Los recursos materiales como el dinero, son recursos finitos y hay que decidir detenidamente como distribuirlo (Lazarus y Folkman, 1986).

El entorno puede impedir el uso apropiado de los recursos o actuar como facilitador a la hora de utilizar estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

7. Funciones del afrontamiento

“La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene” (Lazarus y Folkman, 1986, 171)

1) Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción

Lazarus y Folkman (1986) comentan que existen muchas formas de afrontamiento dirigido a la emoción.

Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. (p.173).

Algunas personas utilizan reevaluaciones, es decir que transforman la forma de vivir una situación, sin cambiarla objetivamente. Reduciendo así el nivel de amenaza (Lazarus y Folkman, 1986).

Aunque no se modifique el significado de la situación hay que tener en cuenta que siempre con este modo de afrontamiento existe la posibilidad de que aparezca la autodespección. Ya que se utiliza este modo para tener esperanza de que no va a ocurrir lo peor, para negar de cierto modo el hecho ocurrido (Lazarus y Folkman, 1986).

2) Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Lazarus y Folkman (1986) explican lo siguiente sobre los modos de afrontamiento dirigidos al problema:

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio; la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. (p. 175).

8. Afrontamiento y adaptación

El afrontamiento y la adaptación son estudiados en función de cómo el estrés afecta al sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

Murphy y Moriarty (1976) citados en Lazarus y Folkman (1986) no consideran al estrés como algo desadaptativo y perjudicial. Generalmente en las crisis el individuo desarrolla recursos adaptativos de los cuales no tiene noción de que existen, es decir que las personas en estas situaciones despliegan una solidez que podrán utilizar en crisis posteriores, es decir que a partir del estrés crecen. Y de la misma manera personas que han sido en su infancia protegidas en algunas situaciones, tienen más posibilidades de ser posteriormente vulnerables al estrés.

El individuo va a tener diversas formas de evaluar y afrontar el estrés en la vida, hay tres aspectos importantes: el funcionamiento social, la satisfacción moral o vital y la salud del organismo (Lazarus y Folkman, 1986).

1) Funcionamiento social: El funcionamiento social hace referencia a como el individuo lleva a cabo sus roles sociales (Lazarus y Folkman, 1986).

El funcionamiento social está influenciado por muchos factores incluyendo la historia personal con todas sus implicaciones en cuanto a seguridad, dependencia, autonomía, etc. (Lazarus y Folkman, 1986).

La efectividad de éste, está determinado por como son manipulados los acontecimientos de la vida diaria (Lazarus y Folkman, 1986).

2) Moral: Definida como el conjunto de lo que sienten las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida, y que guarda relación con la felicidad manifiesta, la satisfacción y el bienestar subjetivo (Lazarus y Folkman, 1986).

3) Salud del organismo: Alude al hecho de que el estrés, la emoción y el afrontamiento, sean causantes de la enfermedad, y también hace referencia a que si realmente existe dicha enfermedad o ésta es una manifestación externa de valores creencias y afrontamientos relacionados con la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986).

9. El afrontamiento y sus consecuencias sobre la salud

Hay distintas maneras de afrontar los acontecimientos de la vida, y a veces estas vías pueden afectar la salud.

Ante esto Lazarus y Folkman (1986) ofrecen tres posibles respuestas:

El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés 1) dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; 2) dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables, y 3) expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial. (p. 237).

La primera respuesta puede deberse a una dificultad presentada por el entorno o a la carencia del afrontamiento dirigido al problema. Esto puede incrementar perjudicialmente el estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Con respecto a la segunda respuesta está relacionada con el afrontamiento dirigido a la emoción.

“Las posibilidades de fracaso incluyen ineficacia de estrategias como el distanciamiento o la desvinculación que tienen como objetivo reducir la respuesta o bien implican la utilización de otras estrategias como el autorreproche que mantienen la respuesta e incluso la aumentan” (Lazarus y Folkman, 1986, 237).

Para finalizar el tercer respuesta hace referencia:

1) A que el individuo para ser efectivo va a afrontar presiones externas, interiorizando de esa manera un estilo de vida.

2) Cuando las personas recurren a sustancias como alcohol, drogas y tabaco o cuando realizan actividades que implican un riesgo para su existencia, en este caso el afrontamiento estaría afectando sus vidas de forma negativa, ya que implica un riesgo de mortalidad.

Algunas de estas actividades nombradas puede que reduzcan el estrés pero aumentan el riesgo de enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986).

3) Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

10. Efectividad del afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1986) la definición de efectividad es la siguiente:

La efectividad hace referencia a un rasgo o predisposición y considera las características individuales que definen la competencia, generalmente sin tener en cuenta las situaciones concretas que el individuo debe afrontar o los actos a través de los que logra sus objetivos. (p.207).

Para que una estrategia de afrontamiento resulte efectiva no hace falta que sea buena o mala, puede ser una estrategia mala y resultar efectiva, ya que la efectividad va a estar relacionada con que los resultados de una acción sean apropiados a las demandas internas o externas de la circunstancia. Lo mismo ocurre en el caso de las evaluaciones de amenaza o evaluaciones benignas (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) también comentan que las estrategias que no concuerdan con valores personales y objetivos tienen mayor tendencia a ser aplicadas de mala manera y por lo tanto mayor factibilidad de fracasar.

Endler y Parker (1996) citado en Cocola Coria (2010) enumera los criterios más destacados para juzgar la efectividad del afrontamiento:

- 1) Resolución del conflicto o situación estresante: el afrontamiento de un problema debería servir como herramienta de alivio en la situación estresante.
- 2) Reducción de las reacciones fisiológicas y bioquímicas: el afrontamiento será exitoso si reducen la activación (arousal) y sus indicadores (presión sanguínea, respiración, etc.).
- 3) Reducción de la angustia psicológica: el afrontamiento adaptativo habitualmente implica el triunfo en el control de la angustia emocional y el sostenimiento de la ansiedad dentro de límites manejables.
- 4) Funcionamiento social normativo: el afrontamiento adaptativo involucra una evaluación que refleje una visión realista de los eventos. La desviación de esto, es tomada como un signo de afrontamiento negativo.
- 5) Regreso a las actividades previas al estrés: como resultado de los esfuerzos de afrontamiento, las personas deben quedar posibilitadas a retomar sus actividades rutinarias, de esa manera, se puede decir que hay un afrontamiento adaptativo.
- 6) Bienestar del sujeto y de los otros afectados por la situación: este criterio incluye el bienestar tanto del individuo como de esposos/as, chicos, parientes, amigos, vecinos, etc.
- 7) Mantenimiento de una autoestima positiva: la autoestima positiva generalmente es vista como un indicador de un buen ajuste.
- 8) Efectividad percibida: esto implica una opinión por parte del sujeto sobre si fue útil de alguna manera una estrategia o abordaje particular.

“Los mismos autores que plantean estos criterios, comentan que no existen criterios universales para evaluar la efectividad del afrontamiento. Ya que estos pueden variar a través de los paradigmas de investigación, el contexto e inclusive el medio sociocultural; una respuesta de afrontamiento puede ser juzgada como exitosa en relación con un criterio, pero no con relación a otro” (Cócola Coria, 2010, 60).

11. Afrontamiento desde Moos y Shaefer

Moos y Schaefer (1993) indican que el afrontamiento tiene un foco principal en el cual las respuestas se dividen en: aproximación y evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. Dando lugar a cuatro categorías básicas: (1) Acercamiento Cognitivo; (2) Acercamiento Conductual; (3) Evitación Cognitiva; (4) Evitación Conductual.

Tabla nº 1: Estrategias de afrontamiento propuestas por Moos y Schaefer (1993).

	Respuestas de aproximación	Respuestas de evitación
Cognitivo	Análisis lógico (AL)	Evitación cognitiva(EC)
Conductual	Revaloración positiva (RP)	Aceptación/resignación (AR)
Alternativas	Búsqueda de Apoyo(BA)	Búsqueda de Gratificaciones (BGA)
	Resolución de Problemas (SP)	Descarga Emocional.(DE)

- Aproximación cognitiva

-Análisis lógico: intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.

-Revalorización Positiva: intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.

- Aproximación conductual

-Búsqueda de apoyo /orientación: intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación.

-Solución de problemas: intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.

- Evitación cognitiva

-Evitación cognitiva: intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.

-Aceptación o Resignación: intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo

- Evitación conductual

-Búsqueda de Gratificaciones alternativas: intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

-Descarga Emocional: intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

12. Afrontamiento en enfermedades inflamatorias intestinales

A continuación se van a exponer diversos resultados de investigaciones relacionadas con estrategias de afrontamiento y enfermedades inflamatorias intestinales, dentro de las cuales se encuentra la colitis ulcerosa.

Crane y Martin (2004) citados en Tobón et al. (2007) evaluaron estrategias de afrontamiento de estrés en personas con enfermedades inflamatorias intestinales, los resultados demostraron que el afrontamiento pasivo-emocional, en el cual se inhibe toda actuación, se asociaba (en estos pacientes) con altos niveles de ansiedad y depresión. Por lo tanto la conclusión fue que las personas que utilizan este estilo de afrontamiento, tienen una calidad de vida inferior.

Por su parte Smolen y Topp (1998) citados en Tobón et al. (2007) evaluaron la relación de varias formas de afrontamiento del estrés con el estado de salud y bienestar en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. Los resultados indicaron que el uso de estrategias de afrontamiento evasivas, fatalistas y emotivas se relacionó con una peor percepción de la salud y el bienestar.

Diaz Sibaja, Comeche Moreno, Mas Hesse, Diaz García (2008) refleja que un alto porcentaje de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales de crohn y colitis uulcerosa (45%) utilizan la estrategia de afrontamiento de huída, en la cual buscan apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que los afecte emocionalmente, empleando de un pensamiento irreal (o mágico), improductivo o un pensamiento desiderativo, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras, tambien una forma de escape es realizar actividades como distracción . Lo cual permite pensar que los sujetos peor adaptados a su enfermedad se valen de unas estrategias de afrontamiento inadecuadas y son, asimismo, las que presentan una mayor sintomatología depresiva. En líneas generales las estrategias de afrontamiento que suponen un afrontamiento activo, una búsqueda de soluciones, autocontrol y una reevaluación positiva de la situación incrementan la inmunidad.

Por lo tanto, sería importante conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan estos pacientes para adaptarse a su nueva situación de enfermos crónicos, ya que el conocimiento y la valoración de dichas estrategias nos permitirían planificar actuaciones preventivas y de intervención que favorezcan la adaptación de estos pacientes a su enfermedad.

SEGUNDA PARTE:

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 1

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

1. Introducción

En este capítulo se expondrá cómo fue llevada a cabo la parte práctica del estudio. Para la cual es necesario detallar las preguntas de investigación, objetivos de la misma, enfoque, diseño de la investigación y características de la muestra. También se describirá el instrumento utilizado, el procesamiento de datos y análisis de los mismos.

2. Preguntas y objetivos de investigación

2.1 Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que se observan con mayor frecuencia en las personas con colitis ulcerosa?

¿Los pacientes que llevan más tiempo con la enfermedad, utilizan otro tipo de estrategias de afrontamiento que aquellos con un menor tiempo de diagnóstico?

2.2 Objetivos de investigación

2.2.1. Objetivo General

- Aportar conocimiento científico acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con colitis ulcerosa del Hospital Universitario de Mendoza.

2.2. 2 Objetivos específicos

- Describir qué estrategias prevalecen y son características en los sujetos con colitis ulcerosa.
- Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan personas de 1 a 9 años de enfermedad y aquellas que llevan entre 10 y 19 años de la misma.

3. Método

3.1 Enfoque

En el presente trabajo citando a Hernandez Sampieri, Baptista Lucio y Fernández Collado (2014) la metodología de abordaje de la investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se lleva a cabo una recolección y análisis de datos con medición numérica. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos, para poder describir con mayor precisión las estrategias de afrontamiento de nuestra muestra seleccionada.

3.2. Tipo de estudio

Tiene un alcance descriptivo, ya que busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernandez Sampieri et al. 2014). Describe tendencias de un grupo o población. Lo fundamental de este alcance es medir. Se selecciona la variable, en este caso afrontamiento en personas con colitis ulcerosa y se mide con el CRI-A, (Moos, 1993).

3.3 Tipo de diseño

El tipo de diseño será no experimental debido a que es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables, en la que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural y se analizan. Es transversal puesto que el objetivo es describir una población en un momento dado, un tiempo único (Hernandez Sampieri et al. 2014).

3.4 Selección de la muestra

La selección de las participantes se llevará a cabo a partir de un muestreo no representativo, es decir, que la selección de las participantes no será al azar. La elección será intencional (Aron y Aron, 2006). Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Los sujetos han sido diagnosticados de colitis ulcerosa.
- Los rangos de edad para participar de la investigación serán entre 19 y 64 años.
- El diagnóstico de la enfermedad no es menor a un año.

El inventario se realizó a 31 personas adultas, de ambos sexos, que fueron seleccionados desde los registros del Hospital Universitario de Mendoza. Los sujetos firmaron voluntariamente su consentimiento informado (anexo) para participar en el estudio.

4. Instrumentos:

El instrumento utilizado será el inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de Rudolf H. Moos, elaborado en 1993. Se utilizó la versión con adaptación regional (Ahumada y Santiago, 2009), la cual proporciona mayor comprensión por parte de los sujetos que realizaron el test.

Dicho instrumento es un cuestionario que consta de dos partes. En la parte I los sujetos a quienes se les aplica, deben describir brevemente un problema o situación estresante y significativa que hayan vivido en los últimos meses. A continuación deben marcar con una cruz en diferentes casilleros como respuesta a diez preguntas sobre ese problema. Las opciones son: “Definitivamente No”, “Principalmente No”, “Principalmente Sí” o “Definitivamente Sí”. Esto es para establecer el contexto de la situación planteada.

La parte II consta de 48 preguntas a responder con una cruz, también en relación al problema planteado en la parte I, con una escala tipo Likert de 0 a 3. Sus respuestas pueden variar entre: “Nunca” (N), “Sí, una o dos veces” (U), “Si, Algunas veces” (A) y, “Si, Frecuentemente” (F).

A su vez, los encuestados pueden colocar ‘NA’ si alguna respuesta no es aplicable a su caso, como así también encerrar con un círculo el número de una respuesta que no deseen contestar. (Moss y Schaefer, 1993).

4.1. Administración

El inventario puede ser utilizado en adultos saludables, con trastornos psiquiátricos y con pacientes que hayan abusado de sustancias. La administración puede ser realizada en forma individual o grupal.

Puede ser presentado como auto-reporte o entrevista estructurada y pretende identificar las respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por cada persona al afrontar problemas recientes o con situaciones estresantes.

En el caso de los pacientes con colitis ulcerosa se optó por tomarlo como auto-reporte, ya que algunos no contaban con el tiempo necesario para realizarlo en el hospital, por lo tanto se procedió a explicar el cuestionario para que sea entendido y ante cualquier duda consultar.

El CRI-Adult Form, es una herramienta utilizada para identificar y monitorear estrategias de afrontamiento en adultos. Es una medida de ocho tipos diferentes de respuestas a circunstancias vitales estresantes: Análisis lógico (AL) y Reformulación positiva (RP), el Acercamiento Conductual en Búsqueda de Ayuda y Guía (BAG) y en Solución del problema (SP); la Evitación cognitiva, en Evitación Cognitiva (EC) y Aceptación- Resignación (AR); y la Evitación conductual, en Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BGA) y Descarga Emocional (DE). Para observar esto con mayor claridad dirigirse a la Tabla N° 1 (Capítulo 4) de la presente investigación (Moss y Schaefer, 1993).

4.2. Obtención de los resultados del inventario

Primero se obtienen los puntajes brutos, son el resultado de la suma de las diferentes respuestas. Por ejemplo 2, 10, 18, 26, 34 y 42 dan el valor bruto de resolución de problemas

(RS). Luego de obtener los resultados de los puntajes brutos éstos se pasan a puntaje T los cuales van a informar las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos.

4.3. Criterios de interpretación:

Para realizar la interpretación del test, comparamos los datos obtenidos en la siguiente tabla:

Tabla n°2: CRIA – forma adulta. Criterios de interpretación. (Moos y Schaefer, 1993).

Rango del puntaje	Rango de percentiles equivalentes	Descripción
≤ 34	≤ 6	Considerablemente debajo del promedio
35-40	7-16	Muy debajo del promedio
41- 45	17-33	Algo debajo del promedio
46-54	34-66	Dentro del promedio
55-59	67-83	Apenas encima del promedio
60-65	84-93	Ampliamente encima del promedio
≥ 66	≥ 94	Considerablemente por encima del promedio

Finalmente se realiza un gráfico lineal con los datos obtenidos de todas las estrategias de afrontamiento utilizadas, el cual aporta mayor claridad a la hora de interpretar los resultados.

4.4. Encuestas

Luego de realizar el inventario de afrontamiento se realizaron tres preguntas que van de nada, poco, moderado, bastante y mucho: ¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego de su diagnóstico? ¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones estresantes previas a la enfermedad? Las dos primeras se hicieron con el fin de indagar sobre el estrés antes y después de la enfermedad. Y la última era si la persona quería agregar algún comentario.

5. Procedimiento y recolección de datos

El primer paso fue contactarme vía mail con el médico Martín Toro, quien trabaja en el sector de gastroenterología del Hospital Universitario y comentarle acerca de los objetivos de la investigación. También se le entregó una copia del anteproyecto aprobado por la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología; para que pudieran evaluarlo junto al equipo médico y directivos del Hospital.

Una vez aprobada a realización de la investigación, se entregó la autorización del seguro, y fotocopia de documento personal, para empezar el estudio.

A partir de esto se obtuvo autorización por parte del Hospital Universitario de ir los días martes y jueves de 16 a 19, comenzando el día 9 de mayo de 2017.

El gastroenterólogo que estaba a cargo seleccionó pacientes que estuvieran en condiciones de participar y que cumplieran los requisitos de esta investigación.

En cada encuentro se les ofrecía una explicación a los pacientes sobre el tema de estudio, luego se les explicaba el formulario de consentimiento informado, el cual tenía que ser

firmado en caso de que deseara participar voluntariamente de la investigación, se preguntó sobre el tiempo que llevaba de enfermedad cada paciente y luego se administró el inventario de estrategias de afrontamiento de Moos y Schaefer (1993) y las tres preguntas.

5.1 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20, con el cual los datos fueron analizados descriptivamente. Para esto se utilizaron las medias de cada respuesta como puntaje bruto. A este resultado se lo ubicó en el puntaje T, y luego se lo pasó a percentiles para su posterior interpretación. Esto dio como resultado las tablas y gráficos que se expondrán en el próximo capítulo.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Presentación de resultados

Los resultados fueron obtenidos mediante la toma del inventario de estrategias de afrontamiento de Moss y Schaefer, (1993), el cual fue realizado a 31 pacientes del Hospital Universitario de Mendoza que padecían colitis ulcerosa.

1.1. Características de los participantes

Respondiendo al primer objetivo de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto al sexo de los participantes se observó que un 26% de los participantes era de sexo masculino y un 74% de sexo femenino (Tabla 3).

En cuanto a la edad de los individuos hay una media de 42 (DE= 12,98) (Tabla 4).

En base a las situaciones estresantes de los sujetos, aparece 26% en problemas personales (relaciones, facultad, etc.), un 36% en colitis ulcerosa, 19% muerte o enfermedad de algún familiar o amigo y un 19% a dificultades económicas o de trabajo (Tabla 5).

De acuerdo a las estrategias de afrontamiento utilizadas se puede observar en cuanto a las respuestas de evitación cognitiva: evitación cognitiva tiene una media de 56,86 (DE=7,86) y aceptación/ resignación una media de 54,84 (DE=9,09) (Tabla 6)

En referencia a las estrategias de evitación conductual: Búsqueda de gratificaciones alternativas obtuvo una media de 55,23 (DE=10,32) y descarga emocional una media de 63, 65 (DE=15,54) (Tabla 7).

Dentro de las estrategias de aproximación cognitiva el análisis lógico tuvo una media de 50,87 (DE=8,74) y reevaluación positiva una media de 52,68 (DE=9,18). (Tabla 8).

En correspondencia a las estrategias de aproximación conductual: Búsqueda de apoyo obtuvo una media de 54,42 (DE=9,51) y solución de problemas una media de 53,81 (DE=9,28). (Tabla 9)

En cuanto a las encuestas realizadas as encuestas realizadas, con respecto a la primer pregunta: ¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego de su diagnóstico? Se obtuvo una media de 3,29 (DE=1,03) que corresponde a “bastante”. La segunda pregunta ¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones estresantes previas a la enfermedad? tuvo una media de: 2,29 (DE=1,10) que corresponde a “moderado” (Tabla 10).

En base al segundo objetivo de la investigación los resultados fueron los siguientes:

Con respecto al sexo de los participantes, aquellos que llevan de 1 a 9 años de la enfermedad, la media masculina es de 6 (35,29%) y la media femenina es de 11 (64,7%). Acerca de los sujetos que llevan entre 10 y 19 años de la enfermedad, la media masculina es de 2 (14,28%) y la media femenina es de 12 (85,71%) (Tabla 11).

La edad de los pacientes oscila entre 19 y 64 años. Aquellos que llevan la enfermedad de 1 a 9 años tienen una media de edad de 43 (DE= 14,40) y los que la llevan de 10 a 19 tienen una media de edad de 40 (DE= 11,27) (Tabla 12).

A partir del siguiente párrafo se designará a los sujetos que llevan de 1 a 9 años de enfermedad como: grupo 1; y a los sujetos que llevan de 10 a 19 años de la enfermedad como: grupo 2.

Con respecto a la descripción de las situaciones estresantes de los sujetos del grupo 1, en la tabla nº13 se muestra con claridad que aparece un 6% en problemas personales (relaciones, facultad, etc.), 47% se refiere a la colitis ulcerosa, un 18% a la muerte o enfermedad de algún familiar o amigo y un 29% a dificultades económicas o de trabajo. En la tabla nº 3 se puede ver que el grupo 2 obtuvo un 50% en problemas personales, 21% en colitis ulcerosa, 21% en muerte de algún familiar o amigo y un 8% en dificultades económicas o laborales.

De acuerdo a las estrategias de afrontamiento utilizadas se puede observar en cuanto a las respuestas de evitación cognitiva: que los sujetos del grupo 1, tienen una media de 55,76 (DE=8,82), y aquellos del grupo 2 les corresponde una media de 55,93 (DE= 9,93). Acerca de

la aceptación/resignación el grupo 1 tiene una media de 53, 59 (DE= 8,44) y el grupo 2 una media de 56,36 (DE= 9,92). (Tabla 14).

En referencia a las estrategias de evitación conductual, se puede observar que la búsqueda de gratificaciones tiene una media de 54, 65 (DE= 10,86) en el grupo 1 y en el grupo 2 una media de 55,93 (DE= 9,97). La descarga emocional tiene una media de 60, 76 (DE= 12,22) en el grupo 1 y en el grupo 2 una media de 67,14 (DE= 18,69). (Tabla 15).

Dentro de las estrategias de aproximación cognitiva, el análisis lógico obtuvo una media de 50,00 (DE=8, 11) dentro del grupo 1 y con respecto al grupo 2 se observó una media de 51, 93 (DE=9,11). En la reevaluación positiva se pudo observar una media de 50,47 (DE= 9, 46) en el grupo uno, y en el grupo 2 una media de 55, 36 (DE= 8,39). (Tabla 16).

En correspondencia a las estrategias de afrontamiento de aproximación conductual el grupo uno obtuvo una media de 53, 41 (DE= 8,11) en búsqueda de apoyo y el grupo 2 una media de 55, 64 (DE= 11,16). En cuanto a la solución de problemas el grupo 1 obtuvo una media de 51, 88 (DE=9,32) y el grupo 2 una media de 56, 14 (DE=9,00). (Tabla 17).

Para finalizar con respecto a las encuestas realizadas, en la primer pregunta: ¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego de su diagnóstico? El grupo 1 obtuvo una media de 3, 53 (0,71) que corresponde a “mucho” y el grupo 2 obtuvo una media de 3,00 (DE=1,30) que se sitúa en bastante. Con la segunda pregunta ¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones estresantes previas a la enfermedad? El grupo 1 consiguió una media de 2, 35(DE= 0,99) que está dentro de “moderado” y el grupo 2 una media de 2,21(DE 1,25) que también corresponde a “moderado”. (Tabla 18).

Si bien el estudio es descriptivo además de caracterizar la muestra en su totalidad, se presentaran características por separado de las personas que llevan un tiempo de 1 a 9 años de enfermedad y las personas que llevan de 10 a 19 años de la enfermedad, para conocer en detalle características de estos grupos y dar pie a futuras investigaciones comparativas.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de la variable *sexo*.

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	8	26%
Femenino	23	74%
Total	31	100%

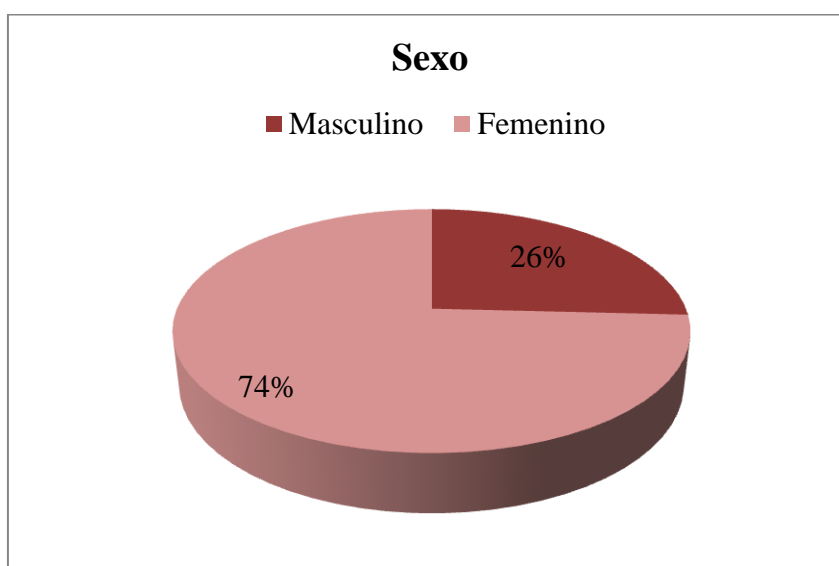


Figura 1: Sexo de los pacientes.

Tabla 4: estadísticos descriptivos de la variable *edad*.

Edad		
	Edad	Tiempo de enfermedad
Media	42	7
Desv. típ.	12,982	3,805
Mínimo	19	2
Máximo	64	14

Tabla 5: frecuencia porcentual de las *situaciones estresantes*.

	Frecuencia	Porcentaje
Problemas personales	8	26%
Colitis ulcerosa	11	36%
Muerte o enfermedad de algún familiar o amigo	6	19%
Dificultades económicas o de trabajo	6	19%
Total	31	100%

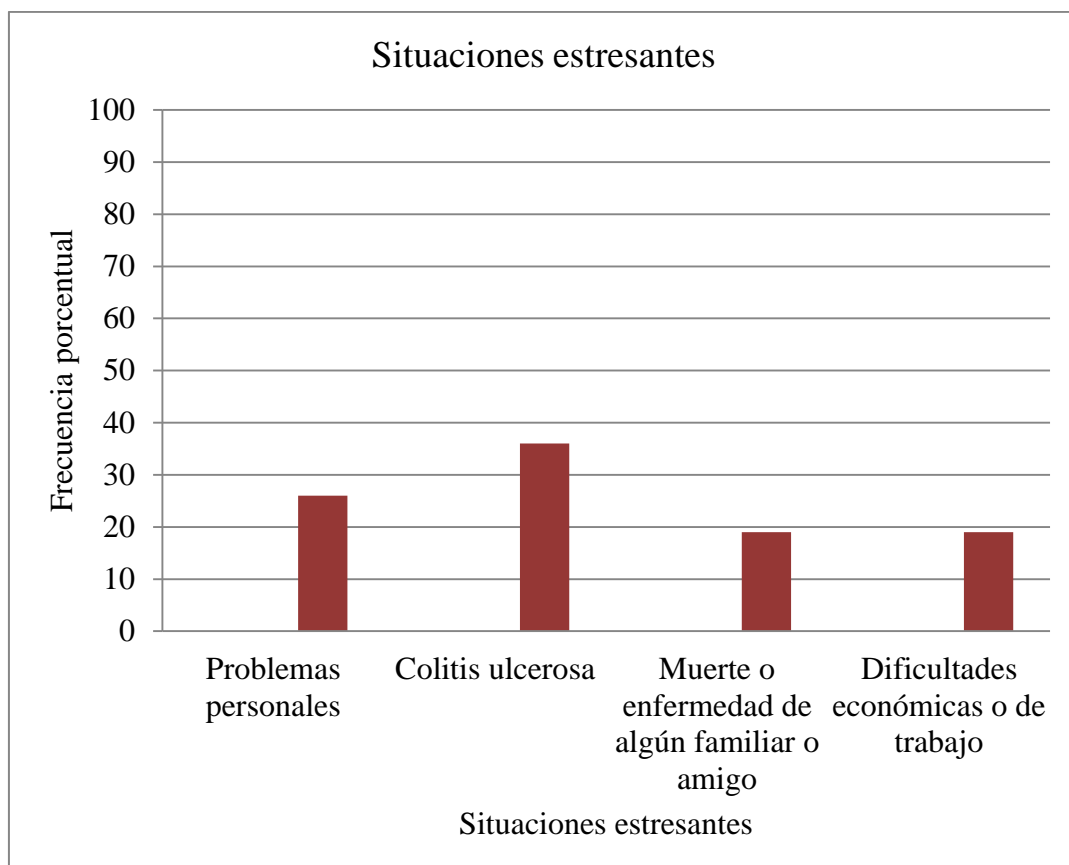


Figura 2: Situaciones estresantes de los participantes.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva*.

	Evitación cognitiva	
	Evitación cognitiva	Aceptación/resignación
Media	56,87	54,84
Desv. típ.	7,864	9,092
Mínimo	39	33
Máximo	74	75

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de evitación conductual*.

Evitación conductual		
	Búsqueda de Gratificaciones	Descarga Emocional
Media	55,23	63,65
Desv. típ.	10,321	15,545
Mínimo	37	39
Máximo	78	88

Tabla 8: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de aproximación cognitiva*

Aproximación cognitiva		
	Análisis lógico	Revaloración positiva
Media	50,87	52,68
Desv. típ.	8,740	9,185
Mínimo	34	34
Máximo	67	68

Tabla 9: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de aproximación conductual*

Aproximación conductual		
	Búsqueda de apoyo	Solución del problema
Media	54,42	53,81
Desv. típ.	9,511	9,282
Mínimo	32	38
Máximo	69	69

Tabla 10: Estadísticos descriptivos sobre las *preguntas* realizadas.

	¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego de su diagnóstico?	¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones etresantes previas a la enfermedad?
Media	3,29	2,29
Desv. típ.	1,039	1,101
Mínimo	0	0
Máximo	4	4

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de la variable *sexo* según tiempo de enfermedad de los pacientes.

Sexo

Tiempo de enfermedad dividido en grupos			
		Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	6	35,29%
	Femenino	11	64,7%
	Total	17	100%
2	Masculino	2	14,28%
	Femenino	12	85,71%
	Total	14	100%

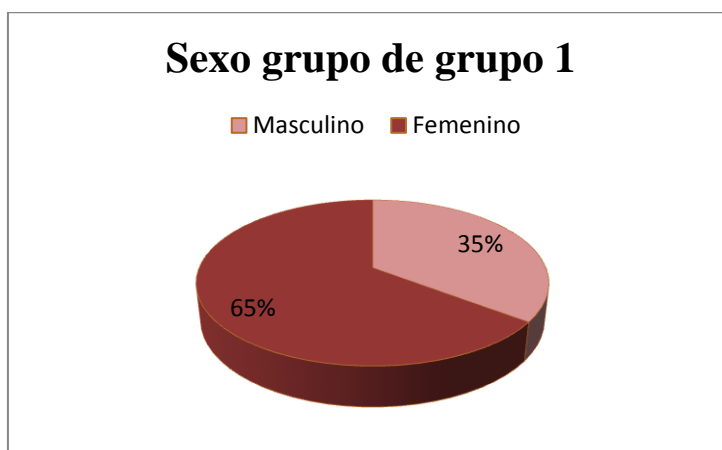


Figura 3: Sexo de pacientes enfermos de 1 a 9 años

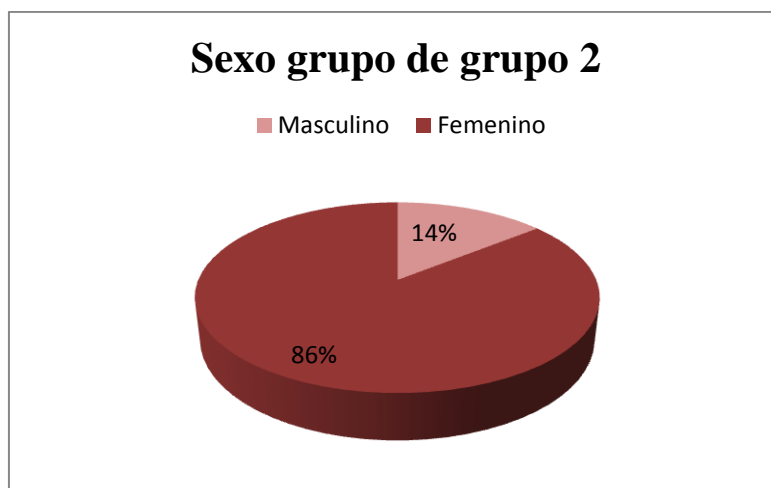


Figura 4: Sexo de pacientes enfermos de 10 a 19 años

Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la variable *edad según tiempo de enfermedad* de los pacientes.

Edad		
Tiempo de enfermedad dividido en grupos	Edad	Tiempo de enfermedad
1		
Media	43	4
Desv. típ.	14,403	1,409
Mínimo	20	2
Máximo	64	7
2		
Media	40	11
Desv. típ.	11,276	1,351
Mínimo	19	10
Máximo	61	14

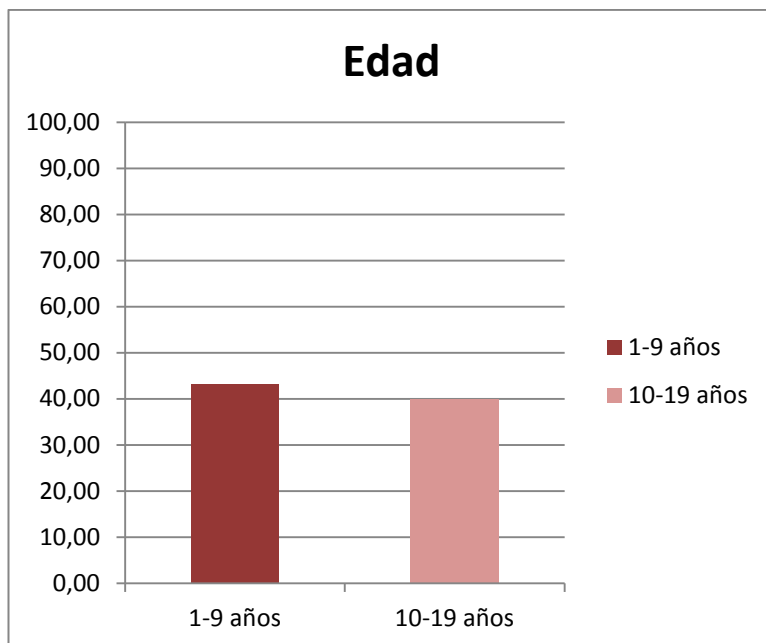


Figura 5: Edad de los pacientes según tiempo de enfermedad.

Tabla 14: Frecuencia absoluta de *situaciones estresantes* según los años de enfermedad.

Años de enfermedad	Problemas personales	Colitis ulcerosa	Muerte o enfermedad de algún familiar o amigo	Dificultades económicas o de trabajo
1-9 años	1	8	3	5
10-19 años	7	3	3	1



Figura 6: Frecuencia absoluta de *situaciones estresantes* en sujetos de 1 a 9 años de enfermedad y de 10 a 19 años con el padecimiento.

Tabla 15: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva*. En el cual se puede observar evitación cognitiva y aceptación/ resignación tanto del grupo 1 como del 2.

Evitación cognitiva

Tiempo de enfermedad dividido en grupos	Evitación cognitiva	Aceptación/resignación
1		
Media	55,76	53,59
Desv. típ.	8,828	8,449
Mínimo	39	33
Máximo	74	67
2		
Media	58,21	56,36
Desv. típ.	6,577	9,920
Mínimo	48	40
Máximo	72	75

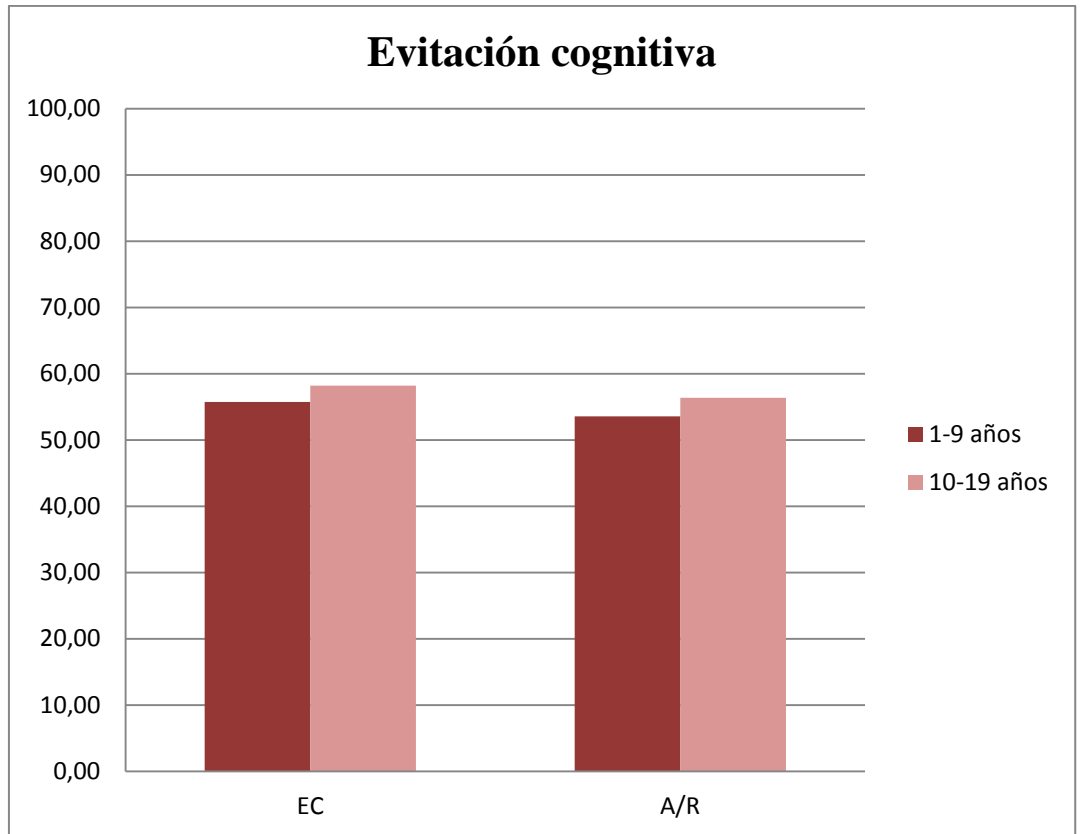


Figura 7: Gráfico de barra: Estrategias de evitación cognitiva: Evitación cognitiva (EC) y Aceptación/ resignación (A/R).

Tabla 16: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento de evitación conductual*. En el cual se puede observar búsqueda de gratificaciones y descarga emocional tanto del grupo 1 como del 2.

Evitación conductual

Tiempo de enfermedad dividido en grupos	Búsqueda de Gratificaciones	de Descarga Emocional
1		
Media	54,65	60,76
Desv. típ.	10,868	12,225
Mínimo	37	39
Máximo	78	82
2		
Media	55,93	67,14
Desv. típ.	9,973	18,699
Mínimo	42	39
Máximo	71	88

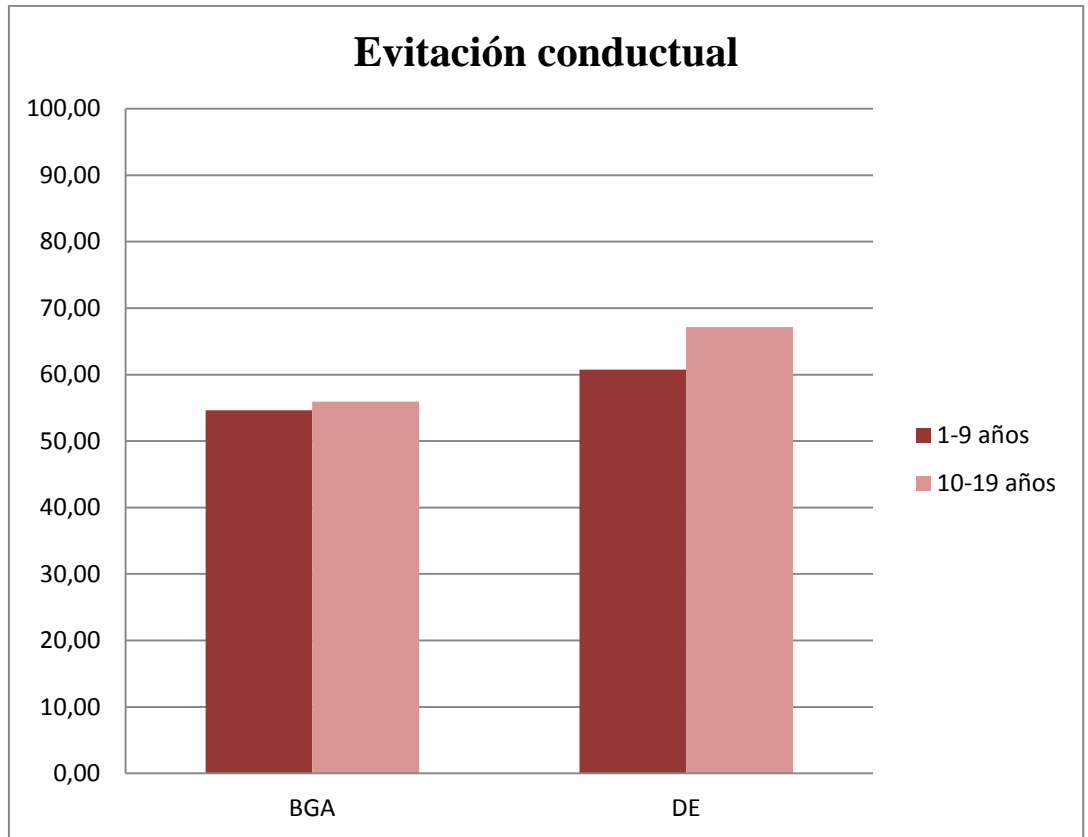


Figura 8: Gráfico de barra: Estrategias de evitación conductual: Búsqueda de gratificaciones (BGA) y descarga emocional (DE).

Tabla 17: Estadísticos descriptivos de las *estrategias de afrontamiento aproximación cognitiva*. En el cual se puede observar Análisis lógico y revaloración positiva tanto del grupo 1 como del 2.

Aproximación cognitiva

Tiempo de enfermedad dividido en grupos	Análisis lógico	Revaloración positiva
1		
Media	50,00	50,47
Desv. típ.	8,559	9,461
Mínimo	34	34
Máximo	62	68
2		
Media	51,93	55,36
Desv. típ.	9,161	8,391
Mínimo	37	42
Máximo	67	68

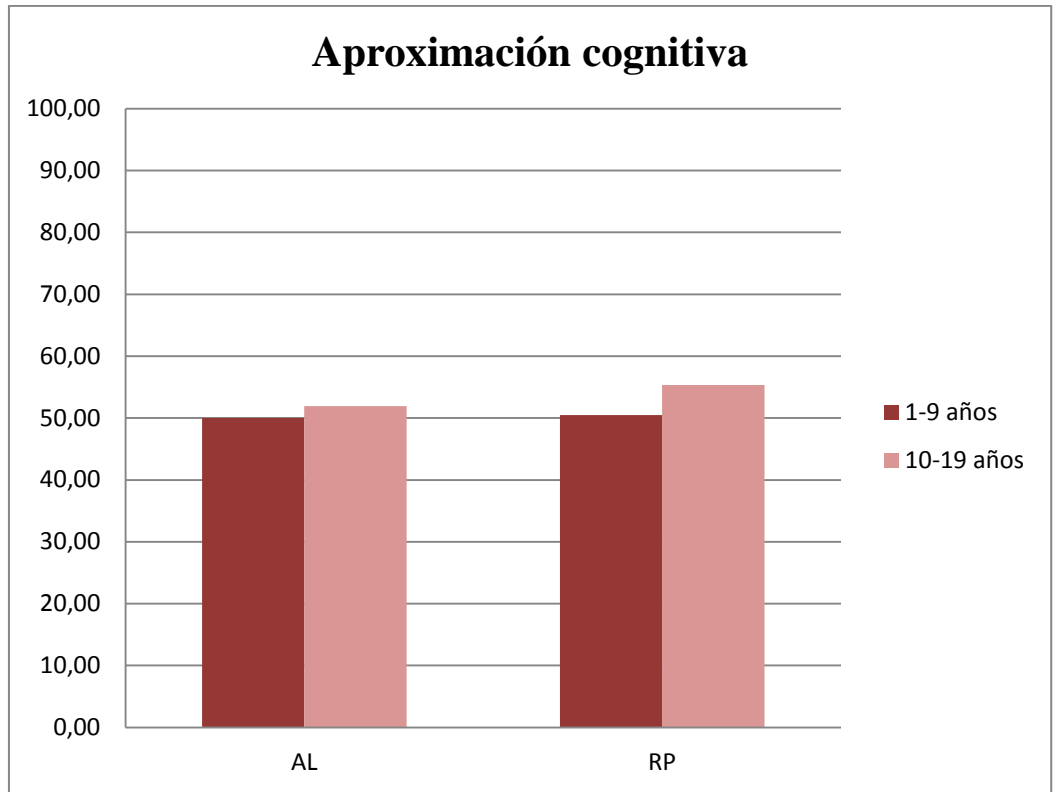


Figura 9: Gráfico de barra: *Estrategias de evitación conductual: Análisis lógico (AN) y reevaluación positiva (RP).*

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento aproximación conductual. En el cual se puede observar Búsqueda de apoyo y solución de problemas.

Aproximación conductual		
Tiempo de enfermedad dividido en grupos	Búsqueda de apoyo	Solución del problema
1		
	Media	53,41
	Desv. típ.	8,117
	Mínimo	42
	Máximo	69
2		
	Media	55,64
	Desv. típ.	11,167
	Mínimo	32
	Máximo	69

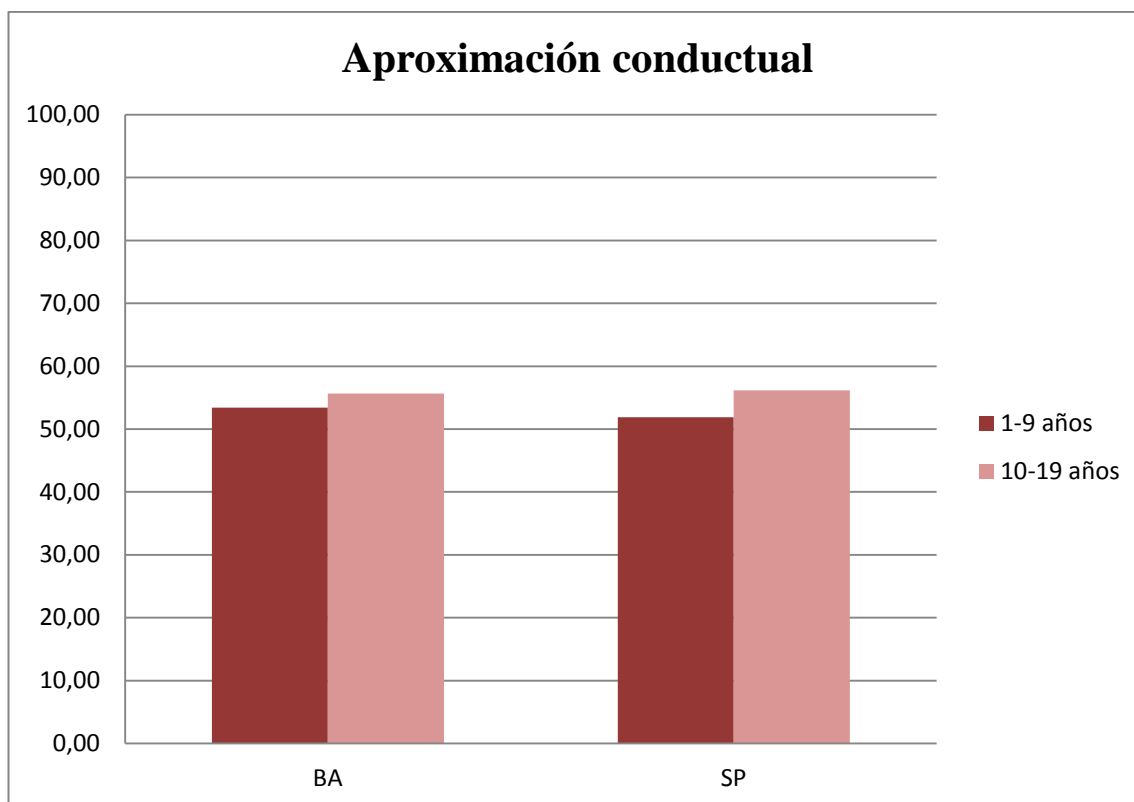


Figura 10: Gráfico de barra: Estrategias de aproximación conductual: Búsqueda de apoyo (BA) y solución de problemas (SP).

Tabla 19: Estadísticos descriptivos sobre las *preguntas* realizadas.

	¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego estresantes?	¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones previas a la enfermedad?
1		
Media	3,53	2,35
Desv. típ.	,717	,996
Mínimo	2	1
Máximo	4	4
2		
Media	3,00	2,21
Desv. típ.	1,301	1,251
Mínimo	0	0
Máximo	4	4

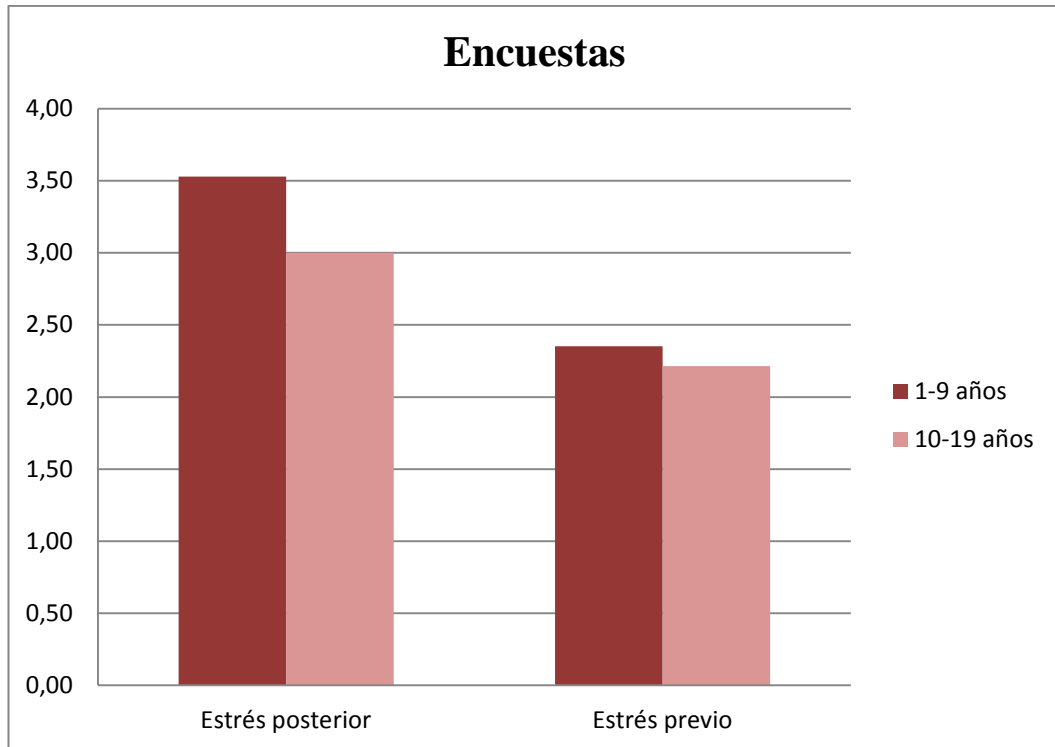


Figura 11: Encuestas: nivel de estrés antes y después de la enfermedad.

Con respecto a la tercer pregunta realizada, que era si los sujetos deseaban realizar un comentario, se puede decir que la mayoría de los pacientes estuvo de acuerdo con que el estrés agravaba sus síntomas y que una vez que comenzaron a descargarse emocionalmente, éste se vio reducido haciendo más llevadero el padecimiento.

2. Discusión de resultados

En este apartado se discutirán los resultados presentados en las tablas y gráficos anteriores, que estarán en concordancia con los objetivos, y teorías utilizadas en la presente investigación.

En base al primer objetivo puede observarse con respecto a la descripción de la situación estresante es que la mayoría de los sujetos encuestados un 36% coinciden con que la

colitis ulcerosa es su principal problema. Hagemeyer, Gómez y Díaz (2007) comentan que al ser una enfermedad crónica la falta de energía, la sensación de pérdida de control de la enfermedad, los cambios en la imagen corporal, los sentimientos de soledad y el miedo al cáncer, el sentimiento de ser una carga, las limitaciones reales o subjetivas, temor a no ser aceptados por la incontinencia anal, son preocupaciones básicas de estos pacientes. Al ser una enfermedad con tales características no es sorprendente que sea una de las preocupaciones principales de la mayoría de los participantes de la investigación.

Refiriéndonos a las estrategias de afrontamiento, lo llamativo que se observó es que en evitación cognitiva se obtuvo un puntaje apenas por encima del promedio, es decir que hay intentos por parte de la persona de evitar pensar en el problema de forma realista (Moos y Schaefer, 1993).

En cuanto a las estrategias de evitación conductual: En búsqueda de gratificaciones alternativas hubo un puntaje apenas por encima del promedio es decir que buscan involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción para evitar enfrentar el problema. Con respecto a descarga emocional el puntaje fue ampliamente por encima del promedio, estas personas buscan reducir la tensión expresando sentimientos negativos. (Moos y Schaefer, 1993).

En relación a los resultados obtenidos en el primer objetivo cabe destacar que hay coincidencia con el estudio de Diaz Sibaja et al. (2008) el cual comenta que refleja un alto porcentaje de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales de crohn y colitis ulcerosa (45%) utilizan la estrategia de afrontamiento de huida/ evitación.

Con respecto al segundo objetivo el primer dato llamativo que puede observarse con respecto a la descripción de la situación estresante, es que los sujetos que llevan de 1 a 9 años de enfermedad es que 47% de ellos obtuvieron un alto puntaje coincidiendo en que la colitis ulcerosa era su principal problema, se infiere que las personas que llevan pocos años de este padecimiento, pueden verse involucrados en una interrupción abrupta de su estilo de vida, la falta de energía, la sensación de pérdida de control de la enfermedad, los cambios en la imagen corporal, los sentimientos de soledad y el miedo al cáncer, el sentimiento de ser una carga, las limitaciones reales o subjetivas, temor a no ser aceptados por la incontinencia anal, son preocupaciones básicas de estos pacientes (Hagemeyer, Gómez y Díaz, 2007). Además de esto puede obstaculizar la educación, especialmente entre los pacientes que se encuentren en períodos de formación académica. En caso de personas adultas puede repercutir en su carrera laboral, en su vida familiar y social. Es decir que lleva tiempo aprender a convivir con una

enfermedad crónica y es por ello que en las personas que llevan menos años con colitis ulcerosa expresan que una de sus principales situaciones estresantes es este padecimiento (Casellas y Vivancos, 2007). A diferencia del grupo que lleva de 10 a 19 años con la enfermedad, pudo notarse en un 50% que su principal situación estresante son los problemas personales ya sea adolescencia de sus hijos, problemas de pareja, etc. con respecto a la colitis ulcerosa un 21%, se puede decir que estas personas han aprendido a convivir con este padecimiento, al ser una enfermedad muy subjetiva, cada paciente es particular y puede tener diversos síntomas pero con el paso del tiempo se aprenden un sinnúmero de estrategias para llevar una vida mejor, como lo es mantener contacto con el médico, seguir el tratamiento con medicamentos de manera estricta, contar con el apoyo de familiares, amigos, etc. (Hagemeijer, Gómez y Díaz, 2007).

Se puede observar con respecto a las estrategias de afrontamiento, clasificadas por Moos y Schaefer (1993), comenzando por aquellas de aproximación conductual que en el caso de aquellos enfermos que llevaban más de 10 años con la enfermedad se vio un puntaje apenas por encima del promedio en búsqueda de apoyo (BA), a diferencia de aquellas personas que llevaban menos tiempo, a las cuales les dio un porcentaje dentro del promedio. Con esto se podría expresar que aquellas personas que han tenido que lidiar con este padecimiento por más años, han aprendido a encontrar un sostén, tanto en familiares, amigos o profesionales, para seguir adelante con este tipo de enfermedad crónica. Es muy importante esto ya que le va a dar al sujeto un mejor grado de adaptación a la enfermedad, y la percepción de disponer de apoyo va a protegerlo de los efectos patogénicos del estrés (Vega Angarita y González Escobar, 2009).

Otra estrategia utilizada por los participantes, referida a aproximación conductual fue la solución de problemas (SP), en esta también el grupo con más años de enfermedad obtuvo un puntaje por encima del promedio, por lo cual se puede inferir que estas personas se han enfocado en sus problemas y han buscado maneras de resolverlos (Moss y Schaefer, 1993).

Con respecto a las estrategias de aproximación cognitiva, se pudo ver en reevaluación positiva (RP) un puntaje apenas por encima del promedio también en las personas que llevaban más de 10 años con colitis ulcerosa, esto quiere decir que después de tanto tiempo con esta enfermedad la conocen muy bien y se centran en los aspectos positivos de la situación, esto mejora la calidad de vida del paciente, y puede observarse que su mayor problema plasmado en el cuestionario, no es el padecimiento en sí, como respondieron las personas que llevan menos tiempo con la enfermedad, sino que al encontrarle un significado positivo a la misma, pasa a ser parte de su vida y por lo tanto hay prioridad en otros problemas personales como lo son las relaciones interpersonales, universidad, etc. Cuando la persona se focaliza en significados

positivos de la enfermedad se puede aumentar la autoestima y sentido de autoeficacia, sirve como factor de protección hacia la salud (Quiceno y Vinaccia, 2011).

Acerca de las estrategias de afrontamiento de evitación conductual, en aquellas de búsqueda de gratificaciones alternativas (BGA) pudo notarse que el grupo que llevaba un lapso mayor de este padecimiento obtuvo un puntaje apenas por encima del promedio, y esto puede significar que estos sujetos buscan refugiarse en actividades, ocio, y a través de esto obtener satisfacción, intentando sustituir o aplacar el verdadero problema (Moos y Schaefer 1993). Esto podía observarse cuando algunos pacientes estaban con un brote de la enfermedad que generaba en ocasiones transfusiones de sangre, omitían este problema, y pensaban en viajes que tenían planeados para dos semanas después, también puede notarse como la enfermedad se hace parte de su vida cotidiana y al llevar más años con lo toman como algo común, y evitan pensar en ese problema.

Otra estrategia de evitación conductual que fue la que obtuvo mayor puntaje en ambos grupos tanto el que llevaba más de 10 años con la enfermedad y el grupo que llevaba menos tiempo, fue la descarga emocional (DE), el primer grupo obtuvo un puntaje ampliamente por encima del promedio y el segundo grupo obtuvo un valor considerablemente por encima del promedio, con esto se puede decir que con la misma enfermedad ambos grupos han aprendido a descargar sus emociones negativas, ya sea a través del llanto, gritos, etc., reduciendo de cierta forma la tensión que implica convivir con una enfermedad crónica. Y puede notarse también que las personas que llevan más tiempo son las que utilizan mas descarga emocional, esto implica que al soltar sus sentimientos, puede bajar un poco sus niveles de estrés. Para ambos grupos cabe decir que una enfermedad crónica es un estresor agudo, y que tiene un control nulo en la persona, por lo tanto la descarga emocional se considera saludable. Pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo. (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González y Oblitas Guadalupe, 2009).

Para finalizar con las estrategias de afrontamiento, hablaremos de aquellas de evitación cognitiva: Dentro de estas se encuentra evitación cognitiva (EC), en la cual los dos grupos de pacientes obtuvieron un puntaje apenas por encima del promedio, puede significar que estos individuos tienden a pensar menos en el problema que los aflige, en un periodo de transición esto es útil, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa. Esta estrategia de puede llevar a un manejo menos efectivo de la enfermedad y a una calidad de vida más baja. Lazarus y Folkman, 1986 comentan que este tipo de evitación en la enfermedad no se considera

efectiva ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado, como por ejemplo seguir el tratamiento, que puede disminuir el peligro o daño que causa la enfermedad. Aunque hay que considerar siempre el contexto en el que se da dicha estrategia, Weisman (1972) citado en Lazarus y Folkman (1986) comenta que este tipo de estrategia en algunos casos puede favorecer más a la ilusión, los pensamientos positivos o la esperanza.

Los resultados obtenidos en aceptación/ resignación (A/C) muestran que hay un puntaje apenas por encima del promedio en los pacientes que llevan más tiempo con la enfermedad, con esto se puede decir que han admitido esta condición crónica y aceptan la realidad tal como les tocó. Pero con los puntajes anteriores obtenidos en reevaluación positiva, se podría decir que a pesar de que haya cierta resignación de vivir con esta enfermedad, se obtuvo un significado positivo para poder seguir adelante y se aceptó la enfermedad. Quiceno y Vinaccia (2011) comentan que reconocer que hay situaciones estresantes incontrolables, reevaluándolas a la luz de la información, y cambiando las expectativas acerca de las consecuencias aumenta el bienestar personal.

Cabe destacar que los factores importantes para utilizar cualquier tipo de estrategia, dependerán del tipo de suceso, la posibilidad de su modificación, la ambigüedad e incertidumbre, así como la intensidad, la gravedad y la cronicidad de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Por último es importante resaltar los resultados de las encuestas realizadas, relacionadas con el estrés después de que se declarara su enfermedad y antes de ésta, que en los dos grupos los resultados fueron altos con respecto al estrés después de la enfermedad, el primer grupo obtuvo como resultado mucho estrés y el segundo bastante estrés en la primer pregunta, con esto se puede expresar que el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal crónica genera un fuerte impacto en la persona, primero por el hecho de que sea crónica que aunque sea controlada con tratamiento va a estar toda la vida y segundo porque afecta al físico, a la mente, a la familia y al ámbito laboral. Es decir que la persona tiene que aprender nuevos hábitos de vida, aprender nuevas estrategias que le permitan una vida más llevadera, y a no avergonzarse de la enfermedad (Casellas y Vivancos, 2007).

Estos resultados tienen mucha coincidencia con lo que Barreiro de Acosta Manuel (2013) plantea sobre la enfermedad, él comenta que ésta tiene un impacto estresante, puesto que produce un desequilibrio en la vida de la persona. Además, estos pacientes deben enfrentarse también al estrés que proviene de la vida diaria. El estrés puede afectar al bienestar psicológico y de esta forma influir en la gravedad de los síntomas, puesto que los pacientes con colitis

ulcerosa suelen considerar el estrés como una causa muy importante empeoramiento de sus síntomas.

El estrés puede llevar a una desregulación del sistema inmune (tanto en el orden de la supresión como de la estimulación), haciendo vulnerable al organismo frente a los efectos patógenos de las infecciones (Kemeny y Gruenewald, 1999).

Y con respecto al nivel de estrés antes de la enfermedad, los dos grupos respondieron con un nivel moderado de estrés, es decir que había cierto control de estrés antes de que se desencadenara la enfermedad.

Este resultado es contradictorio con la opinión de Tobon, Vinaccia, Quinceno, Sandin y Nuñez Rojas (2007) que comentan que los pacientes con colitis ulcerosa o enfermedades inflamatorias intestinales en general tienden a considerar el estrés como una causa muy importante del origen de sus síntomas. Sin embargo, parece que, por lo general, un único suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de colitis ulcerosa.

3. Conclusiones

En primer lugar es importante destacar que las conclusiones a las que se llegó sólo son válidas para el grupo de sujetos investigados, no siendo representativas, ni generalizables, a otras poblaciones distintas a la estudiada.

El presente trabajo aporta conocimiento científico sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas en personas con colitis ulcerosa. Podemos afirmar que el rango de edad de la enfermedad puede ser muy amplio, pero la mayor cantidad de personas que la tenían se centraba entre los 39 y 43 años.

En general los pacientes coincidieron con que la colitis ulcerosa es su mayor situación estresante. Y en cuanto a las estrategias de afrontamiento se vieron por encima del promedio aquellas de evitación cognitiva: evitación cognitiva y de evitación conductual: búsqueda de gratificaciones y descarga emocional.

La mayoría de estos pacientes tienden a evitar pensar en el problema que tienen, realizando actividades que los hagan olvidar momentáneamente esto. Cuando se encuentran con la realidad de tener este problema, utilizan la descarga emocional, lloran, se desahogan e intentan liberar esa tensión que los oprime.

En relación a la situación estresante que aflige a las personas que llevaban menos tiempo con la enfermedad, de 1 a 9 años, la mayor cantidad de individuos coincidieron con la colitis ulcerosa.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que utilizaron, se pudo observar que aquellas que se encontraban apenas por encima del promedio fueron: fue evitación cognitiva y ampliamente por encima del promedio descarga emocional que se encuentra dentro de evitación conductual. Es decir que estas personas que llevan menos tiempo conviviendo con la enfermedad tienden a usar estrategias evitativas.

En este caso se podría decir que en el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, se modifica la calidad de vida de aquellos que la padecen y, en consecuencia, sus expectativas y esperanzas de futuro. Desahogarse de tantos sentimientos de angustia que genera el aprender a vivir con esto tiene un carácter adaptativo, lógicamente, no podemos dejar de pensar que sería mucho más funcional que se lograra reforzar sus estrategias de afrontamiento de aproximación, tanto cognitivas como conductuales.

Aún así hay que considerar que estas últimas inferencias deben ser contrastadas con la realidad del caso a caso para evaluar la eficacia, funcionalidad y posible adaptación de estos datos generales en cada persona y sus circunstancias.

Aquellas personas que llevaban más tiempo con la enfermedad, de 10 a 19 años, coincidieron la mayoría en que la situación estresante que las afligía en ese momento eran sus problemas personales.

Refiriéndonos a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mismas, las que se encontraban apenas por encima del promedio fueron: dentro de aproximación conductual: búsqueda de apoyo y solución de problemas. Dentro de aproximación cognitiva: Reevaluación positiva. En evitación conductual: evitación conductual. En evitación cognitiva: aceptación/resignación.

Una sola se encontró considerablemente por encima del promedio y esta pertenece a evitación conductual: descarga emocional.

Este grupo utiliza estrategias de afrontamiento más variadas.

Con respecto a la búsqueda de apoyo cabe destacar que son muy importante, los amigos, la familia, ya que ayudan reducir el impacto psicológico del estrés generado por la propia enfermedad o por la vida diaria y además, mejoran el estado físico, prestando un soporte fundamental en la rehabilitación y recuperación de la salud. En algunas ocasiones (algunos casos concretos) la familia puede ser perjudicial para el enfermo, por ejemplo en el caso de que un miembro asume un papel activo en la enfermedad impidiendo que la persona pueda tomar decisiones con respecto al control de su enfermedad y cuidado. Sin embargo esto pasa muy poco. Casi siempre está de forma positiva. También es importante el apoyo psicológico y médico, tener una buena relación con los profesionales ayuda mas con el cumplimiento de la medicación y de los estudios que se deban realizar.

También se puede decir que han aprendido a solucionar distintas adversidades que se les han presentado a lo largo de la vida, de cierta forma dándole un significado positivo a esto que les ha tocado vivir, sacando el “lado bueno de la situación”, y aceptando que es una enfermedad crónica con la que van a tener que convivir hasta sus últimos días. Es por ello que en coincidencia con el otro grupo se puede ver un porcentaje muy elevado en descarga emocional, ya que a pesar de que pasen los años, el diagnóstico de esta enfermedad, sus síntomas y la convivencia diaria con ella es algo duro en la vida de una persona.

Con respecto al tema del estrés se puede concluir que los pacientes coinciden en que cuando se tiene la enfermedad, éste puede empeorar síntomas, guardarse emociones también. La mayoría coincide con que cuando empezaron a descargarse, ya sea llorando o gritando, en vez de contener esto, disminuían las crisis. Y también que el hospital fue de gran ayuda y contención con respecto a la enfermedad.

Para finalizar se puede decir que la descarga emocional como estrategia de afrontamiento sigue fija a pesar de que pasen los años, ¿la colitis ulcerosa, no será una manera de expresión y descarga del cuerpo?

4. Sugerencias

Como punto principal es importante conocer las estrategias de afrontamiento que poseen las personas con colitis ulcerosa para ver el grado de adaptación que tiene cada paciente a su enfermedad, para así poder optimizar el trato que se le brinde al paciente como también para poder trabajar para desarrollar aquellas estrategias que no posean o estén poco desarrolladas.

Como hemos visto la mayoría de estos pacientes utilizan la descarga emocional como estrategia, es decir, intentan reducir la tensión expresando sentimientos negativos en este caso al ser una enfermedad crónica el estresor es agudo y este tipo de estrategia en estos casos se considera saludable.

Como propuesta importante se recomienda tratamiento psicológico, estableciendo en primer lugar una buena relación terapéutica de confianza y empatía. Teniendo como función inicial del terapeuta comprender lo que le pasa al paciente y darle forma al modo particular que tiene el paciente de vivir la enfermedad. Esta información le permitirá establecer los alcances y límites de la intervención.

Es importante que el paciente supere la crisis, es decir la fase más complicada de la enfermedad, cuando esta está activa y la persona tiene su primer diagnóstico. Esto supone de una especie de “primeros auxilios psicológicos” y va a estar orientado a reducir estrés, la intensidad de las emociones que se presenten en ese momento, la sensación de no poder continuar, de no tener una vida normal, etc. También se pueden utilizar técnicas de relajación en ese momento.

Luego de esto sería conveniente trabajar con psicoeducación es decir proveer al paciente de información y habilidades que le permitan un óptimo uso de los recursos y servicios médicos y minimizar al mismo tiempo dificultades evitables. También incluye habilidades para obtener y evaluar la información médica, asistencia para clarificar errores de percepción o desinformación y sugerencias para mejorar la comunicación médico-paciente. Después de este paso se realizaría una resolución de problemas, para ello es necesario conocer las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza con respecto a situaciones problemáticas que se le

presentan, en el caso de esta investigación los resultados más altos fueron de descarga emocional, por lo tanto es necesario que la persona resuelva ciertas situaciones típicas de la enfermedad –o del tratamiento- tales como decidir si comunicar ciertas noticias a otros y cómo hacerlo (por ej.: padres, parejas, hijos, colegas del trabajo), o si continuar trabajando durante el tratamiento. Algunos de los problemas de los pacientes pueden existir desde antes de la enfermedad, pero se exacerban durante la misma (por ej.: tensiones familiares vinculadas a conductas de la pareja o finanza). Para finalizar es recomendable siempre apuntar a la promoción de la salud este paso incluiría el auto-monitoreo de signos y síntomas para buscar la ayuda adecuada en el momento oportuno y la adhesión a tratamientos. A veces, este objetivo se considera como reforzador del sistema inmunológico del paciente

También se propone realizar futuras investigaciones que amplíen el campo de investigación sobre colitis ulcerosa ya que no hay mucho material sobre este tema en la provincia de Mendoza, se proponen ver diferencias de estrategias de afrontamiento entre individuos que tengan la enfermedad activa y aquellos que estén en remisión, como influye el estrés en la enfermedad, si hay relación entre descarga emocional y colitis ulcerosa.

A partir de estos interrogantes, y muchos más que puedan aparecer en el camino que implica realizar una investigación, quedan líneas abiertas para futuras investigaciones que puedan aportar nuevas ideas, información e interrogantes; siempre teniendo como horizonte mejorar: la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, las intervenciones psicológicas y la promoción de la salud.

TERCERA PARTE:
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

1 Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition*. [Versión electrónica]. Recuperado de:
<https://docs.google.com/file/d/0BwDYtZFWfxMbWs2UC1WdWJzZTQ/edit?pli=1>
- Aron, A. y Aron, E. (2006). *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Baratucci, Y. (2011). *Estrés y alimentación*. (Tesis de grado). Universidad Fasta. Facultad de ciencias médicas. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de:
http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/343/2011_n_041.pdf?sequence=1.
- Barreiro de Acosta, M. (2013) *Todo sobre la Colitis Ulcerosa. Manual de Ayuda para el Paciente*. España: Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) y Confederación de Asociaciones de Crohn y colitis ulcerosa de España (ACCU España).
- Barros, C. y Bocic, M. (marzo, 2016). Psicopatología en colitis ulcerosa y enfermedad de crohn. *Gastroenterología y psiquiatría*, 12 (1), 89-93.
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la salud*. España: Thompson Editores.
- Cía, A. H. (1994). *Trastornos por ansiedad*. Buenos Aires: Estudio Sigma S. R. L
- Castillo Martínez, D.; Rosas Barrientos, J.; Serrano López, A. y Amezcua Guerra, L. (junio, 2005). Enfermedad inflamatoria intestinal. *Redalyc*, 10 (2), 10- 20. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/473/47310203.pdf>
- Cocola Coria, F. (2010). *Estrategias de afrontamiento en jugadores de hockey sobre patines*. (Tesina de grado). Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza. Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/34>.
- Contreras, F.; Londoño, C. Vinaccia, S. y Quinceno, S. (julio, 2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Redalyc*, 24 (2), 120-129. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402012.pdf>

- Fernández Martínez, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis Doctoral). Recuperada de: <http://hdl.handle.net/10612/902>.
- Figuroa, M.; Contini, N.; Lacunza, B.; Levin, M. y Estévez Suedan, A. (junio, 2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel del bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21 (1), 66-72.
- Gassul, M.; Gomollón, F.; Hinojosa, J. y Obrador, A (2007). *Enfermedad inflamatoria intestinal III*. Madrid: Castelló.
- Gómez González, B. y Escobar, A. (julio, 2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencias*, 7 (1), 30-38. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-05.pdf>
- Gonzalez de Rivera Revuelta, J. Vela Bueno, A. y Arana Arregui, J. (1980) *Manual de Psiquiatría*. Edición: Madrid: Karpos.
- Kemeny, M. E. & Gruenewald, T.L. (january,1999). Seminars in Gastrointestinal Disease. *Psychoneuroimmunology*, 10(2), 20-29. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/10065769>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclé de Brouwer.
- Lega, L. y Lega-Siccar, J. (julio, 1994). Influencia de los factores emocionales en la colitis ulcerosa. *Colombia médica*, 25 (1), 1-16. Recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1778/2827>
- Leiva, M. (2010). *Diabetes mellitus tipo II*. (Tesina de grado). Universidad del Aconcagua. Facultad de psicología. Mendoza. Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/109>.
- Lloret, A. (9 de noviembre de 2016). Un equipo contra las enfermedades inflamatorias intestinales en el Hospital universitario. *Sitio Andino*. Recuperado de: <http://www.sitioandino.com.ar/n/216377/>.

- López Malo, A. (2002). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Sciens .
- Montalvo Prieto, A.; Cabrera Nanclares, B. y Quiñones Arrieta, S. (mayo, 2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Redalyc*, 12 (2), 134-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/741/74124103005/>
- Moos, R. (1993). *Coping responses Inventory, Profesional Manual*. California: PAR.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thompson
- OMS. (junio, 2017). Enfermedades no transmisibles, *Organización mundial de la salud*, nota descriptiva n° 355. Recuperada de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- Ortigosa, L. (junio, 2005). Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Redalyc*, 36 (2), 16-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/283/28320415005/>
- Páramo, M. A. (2010). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Piqueras Rodríguez, J.; Ramos Linares, V.; Martínez González, A. y Oblitas Guadalupe, L. (diciembre, 2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental. *Redalyc*, 16 (2), 85-112. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>.
- Quiceno M. y Vinaccia, S. (agosto, 2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Scielo*, 9 (17), 69-82. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200007
- Sabino, C. (1998). *Como hacer una tesis y elaborar tipo de escrito*. Argentina: Lumen/ Hvmanitas.
- Salomón, R. (julio, 2007). Enfermedad inflamatoria del intestino: colitis ulcerativa. *Scielo*, 115 (3), 62-73. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622007000300002.
- Sampieri Hernandez, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill editores, S.A.

- Tárrago Perez, C.; Maestru Puebla, A. y Miján de la Torre, A. (octubre, 2008). Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Scielo*, 23 (5), 24-35. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112008000700003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Tobón, S.; Vinaccia, S.; Quinceno, J.; Sandín, B. y Nuñez Rojas, A. (julio, 2007). Aspectos psicopatológicos en n la enfermedad de crohn y en la colitis ulcerosa. *Redalyc*, 25 (2), 83-97. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2542723.pdf>.
- Vega Angarita, O. & González Escobar, D. (junio, 2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Scielo*, 2 (16), 1-25. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
- Vera Cortinez, M. (2015). *Afrontamiento en familias monoparentales*. (Tesina de grado). Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza. Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/498>.

2 Anexos

2.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

_____ de _____ de 2017, Mendoza

Estimado/a:

Se lo invita a colaborar con su participación en el proyecto de tesis “Estrategias de afrontamiento en personas con colitis ulcerosa” llevado a cabo por la estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología, (Paula Rocío Henríquez) perteneciente a la Universidad del Aconcagua. Dicho estudio tiene como principal objetivo: Aportar conocimiento científico acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes con colitis ulcerosa del Hospital Universitario de Mendoza. El mismo se encuentra bajo la dirección del Mgter. Daniel Venturini.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este programa y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera, sin necesidad de dar explicaciones. Si usted participa en esta investigación, no tendrá un beneficio directo, pero ayudará a encontrar, en un futuro, soluciones a problemáticas actuales.

Su participación será anónima, es decir, no se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se recoja se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Los resultados del estudio se publicaran para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación, pero siempre bajo estrictas normas de confidencialidad que resguarden su identidad.

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Contacto: _____

2.2 Inventario de respuestas de afrontamiento

Datos Demográficos:

Nombre: Fecha:
Sexo: Edad:
Estado civil: Educación alcanzada:

Parte 1

Esta hoja contiene preguntas acerca de cómo usted se maneja con los problemas importantes que debe enfrentar.

Por favor, piense acerca del problema y/o la situación más estresantes que debió experimentar en los últimos 12 meses, por ejemplo, problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o de un amigo, un accidente o una enfermedad o una pérdida financiera o algunos problemas laborales.

Describa brevemente el problema en el espacio provisto en la Parte 1 de su hoja de respuesta.

Si usted no ha experimentado un problema mayor, liste un problema menor con el que haya tenido que tratar.

Después responda cada una de las 10 preguntas acerca del problema o situación haciendo una cruz en la respuesta apropiada.

Describa brevemente el problema

.....
.....
.....

	Definitivamente no	Principalmente no	Principalmente si	Definitivamente si
1 ¿Han enfrentado un problema igual a este antes?				
2 ¿Sabía que este problema iba a ocurrir?				
3 ¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar este problema?				
4 ¿Cuándo ocurrió este problema, lo pensó como una amenaza?				
5 ¿Cuándo ocurrió este problema, lo pensó como un desafío?				
6 ¿Este problema fue causado por algo que usted hizo?				
7 ¿Este problema fue provocado por algo que otra persona hizo?				
8 ¿Resultó algo bueno despues de tratar con este problema?				
9 ¿Este problema o situacion ha sido resuelto?				
10 ¿Si éste problema ha sido solucionado, se atribuyó todos los méritos para Ud. mismo?				

Parte 2

Lea cuidadosamente los siguientes ítems e indique cuán a menudo se ha ocupado en realizar estas conductas en conexión con el problema que Ud. Describió en la Parte 1.

Haga un círculo en la respuesta apropiada en la hoja de respuesta

Hay 48 ítems en la Parte 2. Recuerde de **marcar todas sus respuestas** en la hoja correspondiente. Por favor responda a cada ítem tan adecuadamente como pueda. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Si no desea responder a un ítem, haga un círculo en el número del mismo (izquierda) en su hoja de respuesta para informar que ha decidido saltarlo. Si un ítem no es aplicable a Ud., por favor haga el círculo en **NA (No Aplicable)** en el espacio a la derecha de cada ítem.

Si desea cambiar una respuesta que contestó marque una X en su respuesta original y haga un circulo en la nueva respuesta.

Circule **N**, si su respuesta es **NO, o tiene a no**.

Circule **U**, si la respuesta es **Sí, una o dos veces**.

Circule **A**, si su respuesta es **Sí, algunas veces**.

Circule **F**, si su respuestas es **Sí, frecuentemente**.

1	¿Pensó en diferentes formas de manejar el problema?	N	U	A	F	NA
2	¿Se dijo a sí mismo cosas para sentirse mejor?	N	U	A	F	NA
3	¿Conversó con su cónyuge o algún otro familiar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
4	¿Hizo un plan de acción y lo siguió?	N	U	A	F	NA
5	¿Trató de olvidar todo lo relativo al problema?	N	U	A	F	NA
6	¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar?	N	U	A	F	NA
7	¿Trató de ayudar a otros a manejarse con problemas similares?	N	U	A	F	NA
8	¿Se desahogó con otros cuando se sentía depresivo o enojado?	N	U	A	F	NA
9	¿Trató de tomar distancia de la situación y ser más objetivo?	N	U	A	F	NA
10	¿Se planteó a sí mismo cuán peores podrían haber sido las cosas de lo que fueron?	N	U	A	F	NA
11	¿Conversó con algún amigo acerca del problema?	N	U	A	F	NA
12	¿Sabía que es lo que había que hacer y trabajó para que las cosas funcionen?	N	U	A	F	NA
13	¿Trató de no pensar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
14	¿Se dio cuenta que no tenía control sobre el problema?	N	U	A	F	NA
15	¿Se involucró en actividades nuevas?	N	U	A	F	NA
16	¿Tuvo alguna posibilidad e hizo algo riesgoso?	N	U	A	F	NA
17	¿Elaboró en su mente lo que debía hacer o decir?	N	U	A	F	NA
18	¿Trató de ver el lado bueno de la situación?	N	U	A	F	NA
19	¿Conversó con algún profesional? (Abogado, Médico, Psicólogo, Sacerdote u otro)	N	U	A	F	NA
20	¿Decidió que es lo que quería y se comprometió en esa vía de acción?	N	U	A	F	NA
21	¿Soñó o imaginó un mejor momento o lugar en el pasado que en el que Ud. Estuvo	N	U	A	F	NA
22	¿Pensó que el resultado podía ser decidido por el destino?	N	U	A	F	NA
23	¿Trató de hacer nuevos amigos?	N	U	A	F	NA
24	¿Se mantuvo alejado de la gente en general?	N	U	A	F	NA
25	¿Trató de anticipar el rumbo que tomarían las cosas?	N	U	A	F	NA
26	¿Trató de pensar en que Ud. Estaba mejor que otra gente con el mismo problema?	N	U	A	F	NA
27	¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?	N	U	A	F	NA
28	¿Probó al menos dos formas distintas de resolver el problema?	N	U	A	F	NA
29	¿Trató de dejar de pensar en la situación, aunque sabía que en algún momento tenía que enfrentarla?	N	U	A	F	NA
30	¿Lo aceptó, dado que nada se podría haber hecho?	N	U	A	F	NA
31	¿Leyó más a menudo, como fuente de distracción?	N	U	A	F	NA
32	¿Gritó o lloró como forma de descargarse?	N	U	A	F	NA
33	¿Trató de encontrar algún significado personal o alguna enseñanza en la situación?	N	U	A	F	NA
34	¿Trató de decirse a Ud. Mismo de que las cosas saldrían mejor?	N	U	A	F	NA
35	¿Trató de clarificarse y encontrar más datos acerca de la situación?	N	U	A	F	NA
36	¿Trató de aprender a hacer más cosas por sí mismo?	N	U	A	F	NA
37	¿Deseó que el problema se superara y terminara?	N	U	A	F	NA
38	¿Esperó que ese diera el peor resultado posible?	N	U	A	F	NA
39	¿Pasó más tiempo en actividades recreacionales?	N	U	A	F	NA
40	¿Lloró para permitir descarga o alivio en sus sentimientos?	N	U	A	F	NA
41	¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que Ud.? ¿Se vería sometido?	N	U	A	F	NA

42	¿Pensó en cómo éste evento podía cambiar su vida en forma positiva?	N	U	A	F	NA
43	¿Rezó por guía o fortaleza?	N	U	A	F	NA
44	¿Se tomó las cosas "paso a paso"?	N	U	A	F	NA
45	¿Trató de negar la seriedad del problema?	N	U	A	F	NA
46	¿Perdió las esperanzas de que volviera a la normalidad?	N	U	A	F	NA
47	¿Se volcó a trabajar en otras actividades para ayudarse a manejar las cosas?	N	U	A	F	NA
48	¿Hizo algo que pensando que no funcionaría, pero que al menos sentía que hacía algo?	N	U	A	F	NA

2.3 Encuesta

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1) ¿Qué monto de estrés considera que la enfermedad tuvo en su vida luego de su diagnóstico?

Nada

Poco

Moderado

Bastante

Mucho

2) ¿Cuál era su nivel de reacción ante situaciones estresantes previas a la enfermedad?

Nada

Poco

Moderado

Bastante

Mucho

3) Algún comentario que quiera agregar al respecto