

Medicentro 2000;4(2)

**UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA****ARTÍCULO ORIGINAL**

Caracterización del estrés en pacientes con psoriasis y vitiligo

Por:

M.Sc Osana Molerio Pérez¹, Lic Aravides González Quintana², Lic Ariany Álamo González², Dra. Ileana Ferrat Clark³ y Lic. Naida Noriega Fundora².

1. Master en Psicología Médica. Asistente. Profesora de Psicología de la Salud. Universidad Central de Las Villas.
2. Licenciada en Psicología.
3. Psiquiatra Infanto-Juvenil.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar la respuesta al estrés en pacientes que presentan psoriasis y vitiligo. Para realizar este trabajo se utilizó una muestra de tipo incidental casual constituida por 30 pacientes que provienen del servicio de Dermatología del Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos" de la provincia de Sancti Spiritus; de ellos, 15 presentaban psoriasis y el resto padecía de vitiligo. Este estudio lo realizó un equipo multidisciplinario, pues se estudió la dinámica y evolución de la respuesta al estrés, conjuntamente con la evolución clínico-dermatológica que presentaron los enfermos. Se aplicaron diferentes técnicas e instrumentos dirigidos a la exploración del estrés: entrevista psicológica al paciente, entrevista centrada en el estrés, IDARE, prueba de Zung y Conde, cuestionario de vulnerabilidad al estrés, cuestionario de estilos de afrontamientos, autorregistro diario de situaciones de estrés y el modelo evolutivo. Los resultados fueron analizados cualitativa y cuantitativamente. Mediante ellos se diagnosticó el estrés a los pacientes cuyas variables moduladoras (estilos de vida, vulnerabilidad al estrés, características de personalidad, estilos de afrontamiento y otras) parecen agruparse en un perfil de riesgo al estrés y a sus efectos psicosomáticos, que mantienen estrecha relación con la evolución clínico-dermatológica. Se ofrecen recomendaciones referidas a la necesidad de una atención integral a estos pacientes.

Descriptores DeCS: estrés psicológico, vitiligo/psicología, psoriasis/psicología

SUMMARY

This study was aimed at characterizing stress response of patients suffering from psoriasis and vitiligo. An aleatory sample composed of 30 patients of the Dermatology service of the Provincial Clinico-Surgical Hospital "Camilo Cienfuegos" of Sancti Spiritus was used to carry out this work. Of them, 15 suffered from psoriasis and the remaining ones from vitiligo. A multidisciplinary team carried out this work. Dynamics and course of response to stress, as well as clinical-dermatological course were studied. Several techniques and tools were used in

stress assessment: psychological interview, stress interview, IDARE, Zung and Conde's test, questionnaire of stress vulnerability, questionnaire of confrontation ways, daily autorecord stress situations and the course form. Results were qualitatively and quantitatively analyzed. They were used to diagnose stress in patients whose modulatory variables (way of life, stress vulnerability, personality characteristics, confrontation ways and others) seem to gather into a risk group of stress and its psychomatic effects that have a close relation with the clinical-dermatological course. Recommendations of the necessity of an all-around care for these patients are offered.

Subject headings: stress, psychological, vitiligo/psychology, psoriasis/psychology

INTRODUCCIÓN

El cuadro epidemiológico mostrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su última década, expresa dos tendencias básicas: 1) un descenso evidente de las enfermedades infectocontagiosas y 2) el ascenso significativo de las afecciones relacionadas con el estilo, modo y calidad de vida de los individuos¹.

El deterioro de las habilidades para vivir y el enfrentar con mesura y eficiencia la vorágine de la cotidianidad, afecta a gran parte de la población mundial, y se observa el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las que provocan la merma de la vida útil del hombre cuando aún puede aprovechar sus capacidades. El creciente número de individuos afectados por las enfermedades crónicas exige investigar las estructuras psicológicas que facilitan la vulnerabilidad psíquica de estas enfermedades, sus consecuencias y estrategias para su prevención.

Un logro de la Psicología de la Salud, ya confirmado en nuestros días, lo constituye la consideración de la acción de los factores psicológicos en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades. Para dar solución a esta problemática, uno de los intentos más abarcadores lo constituye el estudio de las llamadas "situaciones, estados o reacciones de estrés"². Desde que Selye (1936) introdujo el término de estrés en el ámbito de la salud, éste se ha convertido en uno de los términos más utilizados, tanto por los profesionales de las distintas ciencias de la salud como por la población en general. No obstante, la información experimental y clínica, abundante en este campo, aún no se ha integrado de forma superior para proponer un modelo satisfactorio del problema planteado³.

Por ello, es importante conocer los aspectos relacionados con este fenómeno, cómo se genera, cómo se mantiene, de qué depende su aparición, qué podemos hacer para modificarlo y, además, desarrollar habilidades o técnicas que permitan controlar de manera efectiva el estrés y sus posibles consecuencias negativas⁴.

Basándonos en el estudio integral del tema, el estrés puede ser definido como un fenómeno complejo, que implica estímulos (agentes estresantes), respuestas (reacción fisiológica y psicológica) y procesos psicológicos diversos que median entre ambos (cognición, sentido personal, experiencia, temperamento y otros)⁵.

Las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo. Aunque inicialmente se consideró que esta activación fisiológica era genérica e indiferenciada para cualquier estímulo estresante (Selye, 1956), actualmente parece más adecuado considerar diferentes mecanismos neurales y endocrinos en la respuesta al estrés, que pueden ser activados selectivamente. Así se distinguen los tres ejes de activación de la respuesta al estrés a nivel fisiológico: Eje I- Neural, Eje II- Neuroendocrino y el Eje III- Endocrino⁶.

Cualquier modelo, teoría o enfoque actual sobre el estrés, debe implicar tanto los elementos externos o internos potencialmente estresantes (sucesos vitales), así como los factores moduladores: estrategias de afrontamiento, valoración cognitiva, apoyo social, etc. y las respuestas (emocionales y fisiológicas).

La exposición a situaciones de estrés no constituye en sí misma algo desfavorable o que conduzca a efectos necesariamente negativos; sólo cuando las respuestas al estrés son excesivamente intensas, frecuentes o duraderas, pueden producir diversos trastornos en el organismo⁷. Sin embargo, una activación reiterada de la respuesta al estrés puede provocar la aparición de efectos negativos desde el punto de vista cognitivo, fisiológico, afectivo y motor.

Si la activación fisiológica es frecuente, duradera e intensa, los órganos dianas afectados pueden desgastarse excesivamente sin que les dé tiempo a recuperarse de este desgaste; como consecuencia de ello, se produce el agotamiento de los recursos y la aparición de algún trastorno psicofisiológico. Entre los principales trastornos que con frecuencia se asocian al estrés se destacan: colitis ulcerosa, hipertensión, disnea, alopecia, asma bronquial, trastornos inmunológicos, entre otras enfermedades.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona. La aparición de la enfermedad produce, en mayor o menor medida, un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, lo que genera una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que denominamos situación estresante⁸.

Una vez reconocida como tal por el sujeto, la enfermedad tiene muchas de las características que hacen de ella un acontecimiento estresante; es decir, es interpretada como perjudicial o en algunos casos como desafiante para la persona. Tiene un valor negativo, puesto que constituye un daño o pérdida objetiva (material, funcional o ambas), socialmente valorada como tal; es imprescindible las más de las veces, y es también -al menos desde la perspectiva del enfermo-incontrolable, por lo que deberá confiar el control de los acontecimientos a otra persona, al médico o profesional de la salud. La respuesta a esta situación vendrá determinada por las estrategias de afrontamiento de cada sujeto. Es habitual que la enfermedad produzca estados afectivos negativos, frecuentemente ansiedad y depresión (Rodríguez Marín, 1995).

El carácter estresante de la enfermedad depende de muchos factores (Rodríguez- Marín, 1995): de su duración (aguda/ crónica), de su forma de aparición (repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta e insidiosa), de su intensidad y gravedad, así como de las etapas del proceso de la enfermedad por las que atraviesa⁹.

Considerando la influencia de los desajustes psíquicos, en este caso el estrés, en el surgimiento y evolución de diferentes alteraciones somáticas, así como las consecuencias que desde el punto de vista psíquico ocasiona la aparición de una determinada enfermedad, entendemos necesario analizar la relación del estrés con algunas enfermedades de la piel.

Es conocido que cuando se presentan alteraciones psíquicas, pueden producirse cambios en la piel. En los casos en que las situaciones estresantes se prolonguen, las afecciones de la piel se mantienen e incluso pueden reactivar procesos latentes o desencadenar una enfermedad en personas predispuestas. Algunas clínicas dermatológicas señalan que en sus pacientes la influencia de los factores psíquicos es del 75%. En la actualidad se reconoce que en las enfermedades de la piel los factores psíquicos pueden participar como predisponentes, precipitantes o perpetuantes¹⁰.

En el Primer Simposio Internacional de Psicopatología Dermatológica, Arnetz (1991) expresó que en los años recientes se ha renovado el interés por el conocimiento de la importancia de los factores psicosociales en el origen y curso clínico de los desórdenes en la piel.

Entre los trastornos dermatológicos más frecuentes o de mayor impacto desde el punto de vista psicológico, se destacan la psoriasis y el vitiligo. Partiendo de las evidencias anteriores, acerca de la influencia de los estados emocionales en el desencadenamiento y curso de las enfermedades cutáneas, consideramos oportuno centrar la presente investigación en el análisis psicológico de este tipo de pacientes, con el objetivo de caracterizar la respuesta al estrés en aquellos que padecen psoriasis y vitiligo.

MÉTODOS

La muestra seleccionada para la realización de nuestra investigación quedó conformada por 30 pacientes, divididos en dos grupos: 15 con vitiligo y 15 psoriásicos.

Los pacientes fueron tomados de la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus, donde eran atendidos por presentar lesiones características de ambas enfermedades, por lo que el muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo incidental-casual.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta diferentes variables a controlar, entre ellas, el diagnóstico clínico: los pacientes debían tener un diagnóstico confirmado de psoriasis y vitiligo, lo que resulta de gran importancia, ya que dentro del variado grupo de enfermedades de la piel existen algunas que por la similitud de los síntomas y su manifestación somática pueden confundir el diagnóstico. De igual manera, se controló que ningún paciente presentara alteraciones psíquicas de nivel neurótico, psicótico o retraso mental, con el objetivo de

garantizar la confiabilidad de los resultados. Se estableció como nivel de escolaridad mínimo el sexto grado, con el propósito de garantizar la comprensión por parte de los pacientes de la complejidad de cada una de las técnicas que se iban a utilizar. La edad de los pacientes debía oscilar entre 25-55 años de edad, ya que en este período de la vida existe generalmente un equilibrio en las diferentes esferas psíquicas del individuo. Además, consideramos que los pacientes del grupo muestral no se encontraran bajo tratamiento psicofarmacológico durante la investigación, pues se conoce el efecto que los mismos tienen sobre el psiquismo, de manera que podrían alterar los resultados. De acuerdo con las tendencias bioéticas actuales en la investigación, otro elemento que se tuvo en cuenta fue contar con la voluntariedad y disposición de los pacientes para participar en la misma, para lo cual se les explicó con anterioridad los objetivos e importancia de la investigación, y se solicitó su cooperación.

Procedimientos.

Para cumplir los objetivos propuestos en la investigación, se diseñó un sistema de instrumentos integrado por 12 técnicas. Teniendo en cuenta que como objetivos de nuestro trabajo teníamos que evaluar la presencia del estrés y su posible influencia en la génesis y curso de la enfermedad, así como la exploración de las variables moduladoras de estrés, se diseñaron inicialmente dos sesiones de trabajo con fines diagnósticos; en la primera sesión llevamos a cabo una revisión de la historia clínica, así como la revisión del modelo dermatológico, la entrevista con el especialista, entrevista psicológica al paciente, entrevista clínica centrada en el estrés y el inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE). En la siguiente sesión se aplicaron la prueba de Zung y Conde, cuestionario de vulnerabilidad al estrés (Anexo 1), cuestionario de estilos de afrontamientos (Anexo 2) y se ofreció la orientación del autorregistro diario de situaciones de estrés.

Las restantes tres sesiones persiguieron como objetivo llevar a cabo el estudio dinámico de la respuesta al estrés y la evolución clínica de los pacientes que conforman la muestra. En las mismas se realizó la recogida del informe del autorregistro diario de las situaciones de estrés, una entrevista psicológica evolutiva, así como la interconsulta con el dermatólogo, en la cual se confeccionaba el modelo dermatológico. Finalmente, los especialistas del equipo multidisciplinario discutieron la evolución de cada paciente, a partir de la cual se actualizó la tabla evolutiva de los mismos.

En todas las sesiones se trabajó con adecuada ventilación, iluminación y la necesaria privacidad de los locales. Las pruebas y técnicas se evaluaron según los criterios generales de calificación de cada una de ellas, y los resultados fueron evaluados e interpretados psicológica y clínicamente de forma individual y grupal.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del método investigativo empleado, se comprobó la presencia de estrés en la totalidad de los pacientes con trastornos cutáneos que conformaron la muestra.

El 100% de los pacientes evaluados reconocieron la presencia de sucesos vitales estresantes (con una connotación negativa) en el momento de la aparición de las primeras lesiones, entre los que se destacan: el divorcio, la muerte de familiares, conflictos personales, familiares y laborales, lo que demuestra que determinadas vivencias estresantes de mayor intensidad y con una alta significación para el sujeto pudieran actuar como desencadenantes o precipitantes en la génesis de estos trastornos (tabla 1).

Tabla 1 Sucesos vitales relacionados con la aparición de la enfermedad.

Sucesos vitales	Psoriasis		Vitíligo	
	Nº	%	Nº	%
Muerte de un familiar	2	13,3 %	5	33,3 %
Divorcio	4	26,6 %	2	13,3 %
Conflictos en el contexto familiar	1	6,6 %	4	26,6 %
Conflictos en el contexto personal	3	20 %	3	20 %
Conflictos en el contexto laboral	4	26,6 %	0	0
Reacción a estrés agudo	1	6,6 %	1	6,6 %

Se destacan determinadas características de personalidad en estos pacientes, que pueden predisponerlos a situaciones estresantes. Un 83,3 % refiere antecedentes de alteraciones psíquicas previas a la enfermedad, que evidencian la ausencia de salud psíquica anterior, pues se reconocen como nerviosos (90%), inseguros (66,6%), impulsivos (50%), y con un predominio de sistemas nerviosos fuertes desequilibrados (39,9%) y débiles desequilibrados (33,3 %), características estas que se muestran con mayor acentuación en el grupo de pacientes psoriásicos.

El poco cuidado de la salud, empleo inadecuado del tiempo libre, presencia de ambientes familiares conflictivos, y alteraciones en el sueño, unido a la presencia de hábitos tóxicos, como consumo de café (73,3%), cigarro (43,3%) y alcohol (16,6%), conforman un perfil de riesgo, ya que muestran un estilo de vida poco protector de la salud que los hace ser seriamente vulnerables (43,3%), extremadamente vulnerables (36,6%) y, en menor medida, vulnerables (20 %).

Es significativa la alta incidencia de situaciones estresantes que enfrentan cotidianamente estos pacientes. Un gran número de ellas son autogeneradas; otras, al no ser enfrentadas adecuadamente, provocan una sobrecarga tensional por efecto acumulativo. Desde el punto de vista contextual, las situaciones estresantes más frecuentes se localizan en el medio familiar, laboral y matrimonial respectivamente, con un predominio de sucesos cotidianos de menor intensidad, pero que por su gran frecuencia y duración pueden desencadenar una aparición de trastornos psicofisiológicos¹¹.

Por otro lado, las formas de enfrentar las situaciones estresantes también influyen en el impacto psicológico que el estrés impone a la salud. Al respecto se encontró el predominio (no distintivo entre los grupos) de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, en un número significativamente alto de sujetos (90%), entre las que se destacan el distanciamiento y la huida- evitación. (Tabla 2).

Tabla 2 Tipos y estilos de afrontamientos al estrés.

Afrontamiento		Psoriasis		Vitíligo	
Tipo de afrontamiento	Centrado en el problema	1	6,6 %	2	13,3 %
	Centrado en la emoción	14	93,3 %	13	86,6 %
Estilos de afrontamiento	Aceptación de la responsabilidad	1	6,6 %	1	6,6 %
	Planificación	1	6,6 %	2	13,3 %
	Búsqueda de apoyo social	0	0	1	6,6 %
	Reevaluación positiva	0	0	1	6,6 %
	Autocontrol	3	20 %	2	13,3 %
	Distanciamiento	5	33,3 %	6	40 %
	Huida-evitación	6	40 %	4	26,6 %
	Confrontación	3	20 %	3	20 %

Si bien no está comprobada la mayor efectividad de éstas sobre las estrategias centradas en el problema¹², es evidente que el uso casi exclusivo de estrategias centradas en la emoción no conduce a la solución de la situación estresante, por lo que se crea un círculo patógeno en el que la presencia de la situación conflictiva genera estrés y, a su vez, las vivencias afectivas asociadas a él y las estrategias rígidamente empleadas por los pacientes para controlarlas se convierten en fuentes de nuevas tensiones.

Otro elemento importante a tener en cuenta es el impacto que la propia enfermedad tiene en estos pacientes; es decir, la afección también es percibida por la generalidad de los enfermos como un suceso estresante, en tanto los síntomas dermatológicos característicos de estas alteraciones (manchas de despigmentación en la piel, escamas, eritemas e infiltraciones) tienden a provocar rechazo por las demás personas y por los propios pacientes, que dañan su autoestima y crean conflictos personales en la esfera de las relaciones interpersonales, así como complejos, temores al rechazo, inseguridad y tendencia al aislamiento¹³.

Como consecuencia de todo esto aparecen vivencias y estados afectivos negativos, como ansiedad, depresión y frustración (Figura).

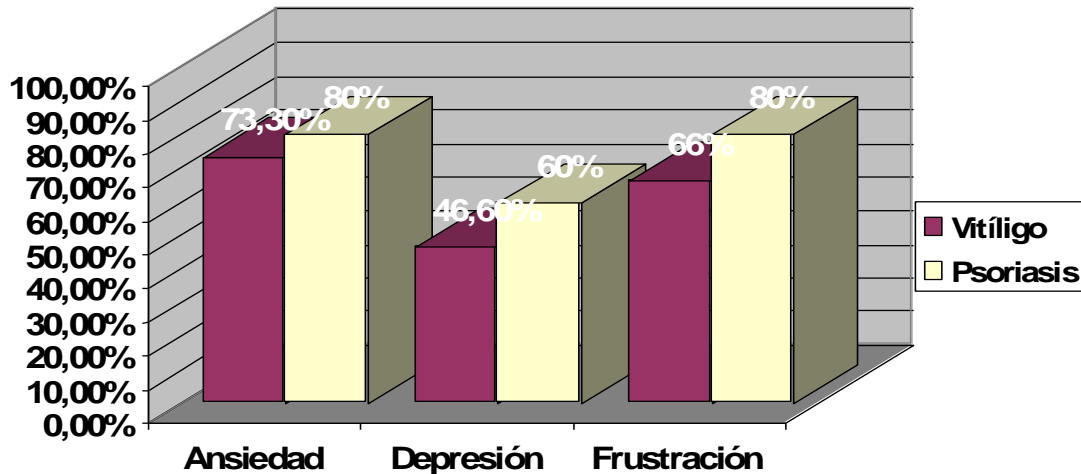


Figura Principales estados afectivos.

Se refirieron, además, trastornos del sueño, dificultades en las relaciones sexuales y síntomas psicósomáticos, como el salto epigástrico, cefaleas, hiperhidrosis, palpitaciones y otros que, sin llegar a constituir un trastorno mental estructurado (ni siquiera de nivel neurótico), hacen complejo el cuadro interno de la enfermedad de los pacientes estudiados, lo que sucede en mayor medida en los pacientes psoriásicos, en los cuales, además, se han observado síntomas clínicos mucho más molestos, como el ardor y el prurito.

Otro elemento de la enfermedad que se convierte en generador de estrés es el referido al tratamiento, pues si bien los pacientes han comprendido la necesidad de cumplir las indicaciones de los especialistas en Dermatología, la carencia frecuente de los medicamentos los lleva a una búsqueda desenfrenada que, de igual manera, se convierte en fuente de estrés. En este sentido, llama la atención que a pesar de todas las alteraciones psicológicas descritas anteriormente, ninguno de los pacientes estudiados habían sido remitidos a consultas de Psicología.

Al evaluar comparativamente la respuesta al estrés entre los grupos de pacientes con vitiligo y con psoriasis, se pudo observar que las diferencias más significativas se localizan en la intensidad de los rasgos acentuados de personalidad que predisponen a la enfermedad, así como de las vivencias afectivas y síntomas psicósomáticos que la acompañan.

El estudio dinámico y evolutivo permitió corroborar que la enfermedad progresó en el 86,6% de los pacientes, en el 6,6% manifestó oscilaciones, en el 13,3% se mantuvo, y sólo en un sujeto (6,6%) mejoró, a pesar de haber logrado estabilidad en el cumplimiento del tratamiento dermatológico durante la investigación. Se observó una estrecha relación entre las situaciones estresantes, los estilos inadecuados de afrontamiento, así como las características de personalidad y estilos de vida poco saludables que se integran en un perfil de riesgo que condiciona una evolución clínico-dermatológica desfavorable. Estos elementos señalan la necesidad de un tratamiento integral de los trastornos dermatológicos, a partir de un trabajo sistemático en equipos multidisciplinarios, en los cuales se incluya la atención psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación de enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y pautas para el diagnóstico. Madrid: OPS; 1992.
2. Calatayud F. Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico-Técnica; 1998.
3. Álvarez MA. Stress. Un enfoque integral. La Habana: Científico-Técnica; 1998.
4. Labrador J. El estrés: nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de hoy; 1995.

5. Álvarez MA. Un enfoque psiconeuroendocrino. La Habana: Científico-Técnica; 1989.
6. Valdés M, De Flores T. Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1990.
7. Valdés M. El estrés. Madrid: Acento; 1997.
8. García E. Psicología de la Salud. Proyecto Docente. Oviedo: Universitaria; 1999.
9. Simón MA. Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
10. Fernández G. Dermatología. La Habana: Científico-Técnica; 1986.
11. De Minzi R, Sachi MC. Algunas variables moduladoras del estrés. Rev Latinoam Psicol 1999;31(2):355-366.
12. Zaldívar D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Científico-Técnica; 1996.
13. Sobrado EA. Estudio psicológico de la psoriasis. Med Cutan 1981;9(2):111-116.

Anexo 1 Cuestionario de vulnerabilidad al estrés.

Nombre: _____

Instrucciones:

En este modelo encontrará usted 16 temas en relación con hábitos y dificultades por los que suelen pasar la mayoría de las personas en uno u otro momento. Si usted responde con franqueza y sinceridad nos ayudará a comprenderlo mejor.

Califique cada inciso con puntuaciones entre 1 y 5, según la frecuencia con que usted realice cada una de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación de acuerdo con la escala siguiente:

- 1- Siempre.
- 2- Casi siempre.
- 3- Frecuentemente.
- 4- Casi nunca.
- 5- Nunca.

- ___ Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de siete a ocho horas.
- ___ En 50 kilómetros a la redonda poseo por lo menos una familia en la que pueda confiar.
- ___ Por lo menos dos veces por semana hago ejercicios hasta sudar.
- ___ Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.
- ___ Tomo menos de cinco tragos (de bebidas alcohólicas) a la semana.
- ___ Tengo el peso apropiado para mi estatura.
- ___ Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales
- ___ Asisto regularmente a actividades sociales.
- ___ Tengo una red (grupo) de amigos conocidos.
- ___ Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarle mis problemas personales.
- ___ Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, están en buenas condiciones).
- ___ Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo.
- ___ Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.
- ___ Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo.
- ___ Tomo al menos tres tazas de café, té o refrescos al día.
- ___ Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad.

Anexo 2 Cuestionario de estilos de afrontamiento.

Lea por favor los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo el número que exprese en qué medida actuó según cada uno de ellos al enfrentar una situación conflictiva.

- 0 – En absoluto.
- 1 - En alguna medida.
- 2 - Bastante.
- 3 - En gran medida.

- 1- Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo paso).
- 2- Intenté analizar el problema para resolverlo mejor.
- 3- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.
- 4- Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.
- 5- Me comprometí o propuse sacar algo positivo de la situación.
- 6- Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
- 7- Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
- 8- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.
- 9- Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.
- 10- No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.
- 11- Confié en que ocurriera algún milagro.
- 12- Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).
- 13- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.
- 14- Intenté guardar para mí mis sentimientos.
- 15- Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.
- 16- Dormí más de lo habitual en mí.
- 17- Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) que lo había provocado.
- 18- Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 19- Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.
- 20- Me sentí inspirado para hacer algo creativo.
- 21- Intenté olvidarme de todo.
- 22- Busqué la ayuda de un profesional.
- 23- Cambié, maduré como persona.
- 24- Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.
- 25- Me disculpé o hice algo para compensar.
- 26- Desarrollé un plan de acción y seguí.
- 27- Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquella en la que no confiaba.
- 28- De algún modo expresé mis sentimientos.
- 29- Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.
- 30- Salí de la experiencia mejor de como entré.
- 31- Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.
- 32- Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomar unas vacaciones.
- 33- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
- 34- Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.
- 35- Intenté no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.
- 36- Tuve fe en algo nuevo.
- 37- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.
- 38- Redescubrí lo que es importante en la vida.
- 39- Cambié algo para que las cosas fueran bien.
- 40- Evité estar con la gente en general.
- 41- No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo.
- 42- Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.
- 43- Oculté a los demás las cosas que me iban mal.
- 44- No tomé en serio la situación, me negué a considerarla en serio.
- 45- Le conté a alguien cómo me sentía.
- 46- Me mantuve firme y peleé por lo que quería.
- 47- Me desquité con los demás.
- 48- Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar.
- 49- Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.
- 50- Me negué a creer lo que había ocurrido.
- 51- Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.
- 52- Propuse un par de soluciones distintas al problema.
- 53- Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.
- 54- Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.
- 55- Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo, o la forma en que me sentía.
- 56- Cambié algo de mí mismo.
- 57- Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.

- 58- Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo.
- 59- Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.
- 60- Recé.
- 61- Me preparé para lo peor.
- 62- Repasé mentalmente lo que haría o diría.
- 63- Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo.
- 64- Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.
- 65- Me recordé a mí mismo que las cosas podrían ser peor.
- 66- Hice yoga u otro ejercicio.
- 67- Intenté algo distinto a todo lo anterior (... *Por favor, escríbalo...*)