

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.



DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.

“RELACIÓN ENTRE LA EVOLUCIÓN DEL VITÍLIGO, EL
ESTRÉS DEL PACIENTE Y EL MALESTAR SUBJETIVO”.

TESIS DOCTORAL:

Presentada por:

Jorge Perpiñá González.

Dirigida por:

M^a José Báguena Puigcerver.

M^a Ángeles Beleña Mateo.

I. Cristina Pelufo Enguix.

Valencia, 2017.

A mi Madre y a mi Padre.

Mil gracias por el TODO.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer con mucho cariño a M^a José Báguena, a Cristina Pelufo y a Ángela Beleña por haberme dado la oportunidad de participar en éste gran proyecto desde el minuto cero. Por la forma en la que me han ayudado y guiado, por la confianza depositada en mí y por haberme dado la responsabilidad desde el principio, así como por haberme tratado como un Profesional de la Salud más desde el comienzo, en el año 2012. Sin olvidar a Wolfgang Gralke por su ayuda en los análisis estadísticos y por su tiempo dedicado no sólo al proyecto, sino a enseñarme el mundo de los números con paciencia y buen humor. A Juan Carlos Ruíz (Profesor Titular del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia), por su guía Metodológica.

Del mismo modo, agradecer a Rosa Martínez, Enfermera de la Dra. Cristina Pelufo, la coordinación y organización para poder entrevistar a los pacientes, sin la cual el estudio no hubiera sido tan fluido; a Pura Domínguez, Vicen Aznar y Ana Zaragoza, Enfermeras. A los Dermatólogos del Hospital de Manises Alberto Alfaro, Luis Hueso, M^a Luisa García-Melgares, Antonio Martorell-Calatayud, Virginia Sanz y a la Psicóloga Inmaculada Navarro. A los Administrativos/as Ángel Murciano, Consuelo Bondía, Concepción Expósito, Javier Parrila, Pedro Torres, Manuela Zanón, Consuelo Sartre y Jose Antonio Aguilar, pues sin todos estos Profesionales, los/as pacientes no habrían llegado.

Sin duda alguna, a todas y a todos los pacientes de ambos grupos que han participado en el estudio y que han prestado su colaboración siempre con interés y sin ninguna otra pretensión que la de ayudar. Ellos servirán de ayuda a personas con problemas similares y a Profesionales de la Salud, que podrán enfocar su tratamiento de una manera multidisciplinar.

Son muchas las *PERSONAS* con las que he compartido este camino durante más de tres años. A mis compañerxs de Terapia Gestalt: Marta San, Tina y M^a Ángeles; Laureli, Noelia, Irene, Amanda, Marta N., Marta S., Vero, Isabel, Nerea, Lidia, Laura, Carlota, Ubaldo y Toni. A Matilde, por dejar en el fondo el concepto *frontera de contacto*, hasta que se hizo figura. Y, por supuesto, a Manuel Sorando (Terapeuta Gestalt). A Kike Moreno (Fisioterapeuta y amigo) y a Marc García (Nutricionista). También a Betty y Eva (por sostenerme); y a Noe (por estar).

Por último, quiero agradecer a mi **FAMILIA** y Amigxs de toda la vida (Celia, Sandra, María, Julia y Ricardo), que han estado apoyándome, animándome siempre con cariño, aconsejándome y haciendo que el trabajo fuera más placentero en sus momentos más complicados.

En especial, en **MEMORIA** de mi Abuela Saro, que sabe que esto no habría sido posible sin ella.

Este trabajo es la muestra de que un Proyecto que nació siendo una pequeña propuesta de un par de meses, poco a poco se fue convirtiendo en lo que hoy es una Tesis Doctoral. Y es que son las grandes personas las que conforman los grandes proyectos. Ha sido un bonito proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria

Agradecimientos

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1.- Consideraciones generales	01
1.2.- Aspectos históricos	01
1.3.- ¿Qué es el Vitíligo?	02
1.4.- Etiología del Vitíligo	03
1.5.- Clasificación y Localización	05
1.6.- Clínica y Diagnóstico del Vitíligo	08
1.6.1.- Enfermedades autoinmunes asociadas al vitíligo	10
1.6.2.- Diagnósticos diferenciales	10
1.6.3.- Tratamientos	11
1.7.- Epidemiología	12
1.8.- Dermatología, Psicología y Vitíligo	12
1.8.1.- Aspectos biopsicosociales del vitíligo	17
1.8.1.1.- Calidad de vida	18
1.8.2.- Estresores y aparición de la enfermedad	20
1.8.3.- Procesos psicológicos relacionados con la búsqueda de ayuda médica y afrontamiento de la enfermedad	21
1.8.4.- Impacto de la enfermedad en pacientes y familiares	25
1.8.4.1.- Vitíligo en la infancia y la adolescencia	26
1.8.4.2.- Familiares	27
1.8.5.- Intervenciones Psicológicas	27
1.9.- Objetivos e Hipótesis	29

CAPÍTULO 2: MÉTODO

Introducción	35
2.1.- Diseño de la investigación	35
2.2.- Descripción de la muestra	37
2.2.1.- Descripción de la muestra del grupo de pacientes afectos de vitíligo (GV)	37
2.2.2.- Descripción de la muestra del grupo control (GC)	41

2.3.- Instrumentos de evaluación	45
2.3.1.- Entrevista Inicial	45
2.3.2.- La Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD) de Pelechano (1998)	46
2.3.3.- La Escala de Estrés Percibido (CEP) de Cohen y cols. (1983)	46
2.3.4.- El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano (1995)	47
2.3.5.- Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1975)	48
2.4.- Procedimiento seguido en la investigación	50
2.5.- Análisis estadísticos realizados	52

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Introducción	53
3.1.- Características Clínicas	53
3.1.1.- Características dermatológicas del Grupo Vitíligo (GV)	53
3.1.2.- Características médicas, nutricionales y del historial: comparación del Grupo Vitíligo (GV) y Grupo Control (GC)	58
3.2.- Características Psicológicas	62
3.2.1.- Descriptivos básicos del GV y del GC	62
3.3.- Análisis de los Estresores en el GV y el GC	63
3.4.- Análisis Estructural	67
3.4.1.- Análisis correlacionales: GV y GC	67
3.4.2.- Análisis factoriales del GV y del GC	69
3.5.- La influencia del Género y el vitíligo en el estrés y la salud mental	73
3.6.- Análisis Moduladores	77
3.6.1.- Identificación del estresor inicial	77
3.6.2.- Tratamiento dermatológico	79
3.6.3.- Superficie corporal afecta y aspectos psicológicos	80
3.6.4.- Superficie de la lesión: identificación de estresor inicial y tratamiento dermatológico	81
3.7.- Análisis Longitudinales	82
3.7.1.- Análisis de la evolución de la percepción del estrés, la superficie de las lesiones y los síntomas psicológicos	82
3.7.2.- Análisis de regresión	85
3.7.3.- Análisis de mediación	92

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1.- Resumen	97
4.2.- Confirmación de hipótesis	97
4.3.- Conclusiones y Discusión	102
4.3.1.- Características clínicas de los pacientes afectos de vitíligo y del grupo control	102
4.3.2.- Malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación, impacto de estresores específicos y afrontamiento activo en pacientes afectos de vitíligo	106
4.3.3.- Malestar subjetivo general, estrés, suspicacia y estrategias de afrontamiento en el grupo control	108
4.3.4.- Curso del vitíligo: la percepción del estrés, las estrategias de afrontamiento y los síntomas psicológicos	110
4.4.- Enfoque Psicológico en pacientes afectos de vitíligo	111
4.5.- Limitaciones y Sugerencias	114
4.5.1.- Limitaciones	114
4.5.2.- Sugerencias	115

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
-----------------------------------	-----

ANEXOS

Anexo A.- Luz de Wood	129
Anexo B.- Lámina Basal	131
Anexo C.- Materiales empleados en la investigación	133
C.1.- Ficha	133
C.2.- SVEAD de Pelechano (1998)	137
C.3.- CEP de Cohen y cols. (1983)	140
C.4.- CSI de Amirkhan, adapt. española de Soriano (1995)	141
C.5.- SCL-90 de Derogatis (1975)	143
Anexo D.- Tablas	147
D.1.- Horas de sol al día por muestra en los cuatro momentos temporales (GV)	147
D.2.- Porcentaje de la superficie corporal afecta por muestra en los cuatro momentos temporales (GV)	147
D.3.- Tipo de tratamiento dermatológico para las lesiones	147
D.4.- Tipo de estresor inicial en relación con la aparición del vitíligo	148

D.5.- Análisis correlacional completo del GV	149
D.6.- Análisis correlacional completo del GC	150
D.7.- Tablas de datos del análisis de mediación	151
Anexo E.- Fotografías	155

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

Tabla 1.1.- Regiones donde se localizan con mayor frecuencia las lesiones de vitíligo	05
Tabla 1.2.- Distinción de las lesiones del vitíligo según Moragón (1983)	06
Tabla 1.3.- Clasificación del vitíligo de acuerdo a la extensión y distribución de las lesiones	07
Tabla 1.4.- Clasificación del vitíligo según Picardo y Taïeb (2010)	07
Esquema 1.1.- Sistema de puntuación	08
Tabla 1.5.- Vitíligo y asociaciones extradermatológicas	09
Tabla 1.6.- Vitíligo y asociaciones dermatológicas	09
Tabla 1.7.- Principales enfermedades autoinmunes asociadas al vitíligo	10
Tabla 1.8.- Diagnósticos diferenciales para el vitíligo generalizado o segmentario	10
Tabla 1.9.- Tratamientos dermatológicos	11
Tabla 1.10.- Aspectos psicosociales más frecuentes en los pacientes con acné	13
Tabla 1.11.- Principales estresores en adultos	20
Tabla 1.12.- Resultados obtenidos por Moragón (1983)	23
Tabla 1.13.- Resultados obtenidos para los pacientes de vitíligo	24
Tabla 1.14.- Impacto del vitíligo en diversas áreas del individuo	26

CAPÍTULO 2: MÉTODO

Tabla 2.1.- Variables evaluadas en el GV y GC en todos los momentos temporales	36
---	----

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Tabla 3.1.- Horas de sol al día (GV)	54
Tabla 3.2.- Porcentaje de la superficie corporal afecta (GV)	55
Tabla 3.3.- Antecedentes familiares de vitíligo (GV)	55
Tabla 3.4.- Antecedentes personales de enfermedad autoinmune (GV)	56
Tabla 3.5.- Superficie corporal afecta de las lesiones de vitíligo (GV)	56
Tabla 3.6.- Frecuencia de los brotes: número aproximado en aparición de lesiones (GV)	57
Tabla 3.7.- Tratamiento dermatológico para las lesiones (GV)	57
Tabla 3.8.- Horas de sol al día (GV/GC)	58
Tabla 3.9.- Antecedentes familiares de vitíligo (GV/GC)	58
Tabla 3.10.- Hábitos tóxicos: consumo cigarrillos, alcohol diario y otras drogas (GV/GC)	59
Tabla 3.11.- Problemas de apnea durante el sueño (GV/GC)	59
Tabla 3.12.- Consumo de lácteos (GV/GC)	60
Tabla 3.13.- Relación aparición de la lesiones de vitíligo con algún acontecimiento estresante	60
Tabla 3.14.- Diagnóstico, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (GV/GC)	61

Tabla 3.15.- Descriptivos básicos del GV y del GC	63
Tabla 3.16.- Volumen (SVEAD) en GV y GC: porcentaje de respaldo	64
Tabla 3.17.- Impacto (SVEAD) en GV y GC	65
Tabla 3.18.- Análisis correlacional del GV	68
Tabla 3.19.- Análisis correlacional del GC	69
Tabla 3.20.- Análisis factorial GV en T0 (N= 54)	70
Tabla 3.21.- Análisis factorial GC (N= 54)	71
Tabla 3.22.- Análisis de varianza en género y grupo en SVEAD, CEP y CSI	73
Tabla 3.23.- Contraste entre hombres/mujeres y grupo en SVEAD, CEP y CSI (N= 108)	74
Tabla 3.24.- Análisis de varianza en género y grupo en SCL-90	75
Tabla 3.25.- Contraste entre hombres/mujeres y grupo en SCL-90 (N= 108)	76
Tabla 3.26.- Identificación estresor inicial (N= 54)	78
Tabla 3.27.- Tratamientos dermatológicos (N=54)	79
Tabla 3.28.- Superficie de la lesión en relación escalas del SVEAD, CEP, CSI y SCL-90	80
Tabla 3.29.- Superficie de la lesión e identificación estresor inicial (N= 54)	81
Tabla 3.30.- Superficie de la lesión y tratamiento dermatológico (N= 54)	81
Tabla 3.31.- Análisis de regresión inicial (T0; N= 31)	87
Tabla 3.32.- Análisis de regresión 6 meses (T1; N= 31)	89
Tabla 3.33.- Análisis de regresión año (T2; N= 31)	90

CAPÍTULO 4: CONCLUIONES Y DISCUSIÓN
--

Tabla 4.1.- Tabla-Resumen: estresor inicial, tratamiento dermatológico y superficie afecta	106
Tabla 4.2.- Factores y sintomatología en el grupo control	108
Tabla 4.3.- Comparación de los factores del grupo vitílico y grupo control (modificada)	109

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICAS

CAPÍTULO 2: MÉTODO

Figura 1.- Género (GV)	37
Figura 2.- Edad (GV)	38
Figura 3.- Estado civil (GV)	38
Figura 4.- Nivel de estudios (GV)	39
Figura 5.- Nivel socioeconómico (GV)	39
Figura 6.- Trabajo (en el momento de la entrevista) (GV)	40
Figura 7.- País de origen (GV)	40
Figura 8.- Residencia (GV)	41
Figura 9.- Género (GC)	41
Figura 10.- Edad (GC)	42
Figura 11.- Estado civil (GC)	42
Figura 12.- Nivel de estudios (GC)	43
Figura 13.- Nivel socioeconómico (GC)	43
Figura 14.- Trabajo (en el momento de la entrevista) (GC)	44
Figura 15.- País de origen (GC)	44
Figura 16.- Residencia (GC)	45

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Gráfica 17.- Evolución de la superficie de las lesiones (%) y del estrés percibido (CEP)	82
Gráfica 18.- Evolución temporal escalas sintomatológicas SCL-90	83
Gráfica 19.- Evolución temporal escalas sintomatológicas SCL-90	84
Gráfico 20.- Evolución temporal índices sintomatología psicológica (SCL-90)	85
Figura 21.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): IGG	93
Figura 22.- Grupo 1 año (T2; N= 31): IGG	93
Figura 23.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): TSP	94
Figura 24.- Grupo 1 año (T2; N= 31): TSP	94
Figura 25.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): IDSP	95
Figura 26.- Grupo 1 año (T2; N= 31): IDSP	95

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.

1.1.- CONSIDERACIONES GENERALES.

Desde la Edad Media, la gente con vitíligo era apartada de la sociedad por temor al contagio, sobre todo por desconocimiento. Eran incluso reclusos en sanatorios con los enfermos de lepra. Sin embargo, esto sigue ocurriendo hoy en día, no muy lejos de aquí. El estigma social que todavía causa el vitíligo afecta considerablemente a las personas que lo padecen pues, al ser una enfermedad visible, tiene una gran influencia en las relaciones interpersonales (López, 2000). Los sentimientos y pensamientos negativos que sienten quienes lo padecen pueden apreciarse claramente. Muchos visten en verano con guantes, camisetas de manga larga y ropa que cubra. Al preguntarles por los motivos, refieren que no quieren que la gente vea sus manchas por temor al rechazo. Las consecuencias psicológicas son evidentes. Pero, ¿qué hay detrás de este malestar? ¿Cuál es el origen del vitíligo? Y, lo más importante desde nuestra profesión como Psicólogos: ¿qué podemos hacer para que ese malestar psicológico se reduzca para que no interfiera en la calidad de vida de los pacientes? ¿Tiene algo que ver con el estrés? Y, si es así, ¿tiene alguna relación el estrés con el vitíligo, con su génesis y su evolución? Responder a estas preguntas constituye el objetivo general de la presente investigación.

Esta enfermedad ha sido poco estudiada, debido fundamentalmente, a su baja incidencia en la población mundial y al hecho de que no provoca otros daños sobre el organismo, sólo desde el punto de vista estético. Del mismo modo, los estudios psicológicos son también escasos (López, 2000).

1.2.- ASPECTOS HISTÓRICOS.

Es a finales de la década de los 60 cuando tienen lugar las primeras investigaciones sobre el vitíligo en el campo de la Psicología, pues anteriormente se habían centrado más en aspectos médicos. Se demostró así la repercusión que desde el punto de vista psíquico tiene la enfermedad (López, Millares, Fajardo y Lera, 1995).

Sin embargo, el vitíligo es una dermatosis conocida desde la antigüedad. La primera información se encuentra en el papiro de Ebers, uno de los documentos más importantes de la medicina egipcia compuesto hacia 1.500 a.C. (Moragón, 1983). Aunque la referencia más reciente que se conoce del vitíligo es del 2.200 a.C. en el periodo de Aushoorya, de acuerdo con la antigua literatura de Irán “Tark-Tibble” (Picardo y Taïeb, 2010).

En la antigüedad, muchos términos fueron aplicados a este desorden de la piel: *shwetakustha*, descrito en el libro sagrado de la India; el término *atharva veda*, escrito hacia el 1.400 a.C. y en el que se describe un tratamiento a base de granos de “Bavachee” (hoy conocido como psoraleacorylifolia). En Arabia fueron utilizados los nombres de Bohak y Bara (piel blanca en árabe). En el siglo XIII d.C., Ibn el Bital describió en el libro “Mofradat El Adwiya”, el tratamiento del vitíligo con granos de “Aatrillal”, conocida actualmente como Ammimajus Linn, planta abundante del valle del Nilo (Moragón, 1983).

Las referencias bíblicas a esta leucodermia como si se tratara de lepra, datan de la traducción de la palabra hebrea “Zora at” (Leviticus 13:2) por la escuela de Septuagenarios en el 250 a.C. Las pandemias de lepra en la Edad Media, así como los mitos y la confusión histórica, han llegado hasta los tiempos recientes, sobre todo en países como la India, algo que veremos más adelante.

La palabra vitíligo parece tener un **origen** en la palabra latina “vitelius”, que significa ternero, pues la piel despigmentada de los pacientes recuerda al color blanco rosado de este animal (Moragón, 1983). El nombre de vitíligo fue usado por primera vez por el famoso médico romano Celsus en el 200 a.C. en el clásico libro “De Medicina”. La palabra también ha sido considerada como derivada de “vitium”: defecto o mancha (Picardo y Taïeb, 2010).

La primera definición de vitíligo corresponde al dermatólogo inglés Turnes y está recogida en su libro “De morbis Coetaneis”, publicado en 1714: “vitíligo significa cualquier mancha blanca o marca en la piel” (Moragón, 1983).

No obstante, algunas sociedades que fueron tolerantes con el vitíligo las encontramos en Corea. Así, los retratos de Sun-Myoung Song y Sun-Bin Ahnu, altos cargos del gobierno oficial de la dinastía Yi (1492-1910), muestran despigmentaciones de la cara y del cuello (Rodríguez-Cerdeira y Guzman, 2011).

1.3.- ¿QUÉ ES EL VITÍLIGO?

Haciendo un recorrido por las distintas definiciones, en 1983 Moragón define en su tesis doctoral el término vitíligo como una hipomelanosis idiopática, adquirida, en ocasiones familiar y caracterizada histológicamente por la ausencia de melanocitos (Moragón, 1983). Unos años después, en 2005, la Sociedad Argentina de Dermatología, redactó un documento de *Consenso sobre Vitíligo*, el cual lo define como una enfermedad cutánea melanocitopénica adquirida, frecuente, de probable etiología autoinmune, que resulta de la destrucción selectiva de los melanocitos de la piel. Se presenta clínicamente con máculas cutáneas acrómicas, marfilinas, de bordes definidos, con tendencia a la distribución simétrica (Larrade y Abbruzzese, 2005). Por otra parte, López (2000) define el vitíligo como una enfermedad crónica, despigmentante de la piel, de carácter progresivo y adquirido, con etiología desconocida. Los trastornos de la pigmentación pueden manifestarse en forma de aumento y disminución de la pigmentación de la piel (James, Berger y Elston, 2011; en Karimi, Baghooli y Feyli, 2016).

En la actualidad se admite que el vitíligo es una alteración cutánea multifactorial, relacionada con factores genéticos y no genéticos. Picardo y Taïeb (2010) lo definen como una adquisición primaria, de evolución progresiva, aunque la pérdida de melanocitos es de etiología todavía imprecisa, clínicamente caracterizada por lesiones acromáticas que suelen estar asociadas con leucotriquia, y una progresiva desaparición de los melanocitos en la superficie de la piel. Ortega del Olmo y Camacho (2010; en Conejo-Mir, Camacho y Moreno, 2010), definen el vitíligo como una leucomelonodermia adquirida idiopática, caracterizada por áreas acrómicas de predominio distal y periorifical, que pueden repigmentarse espontánea y parcialmente, pero rebeldes a los tratamientos.

Como veremos en el siguiente apartado, existen diversas teorías acerca de la patogenia del vitíligo, por lo que su definición se centra más en aspectos visibles y clínicamente certeros. Una definición más reciente y que abarca aquellos aspectos que consideramos esenciales,

podemos encontrarla en Merli, Serra, Montenegro y Pascual (2014): “el vitíligo es una dermatosis crónica que involucra la despigmentación progresiva de la piel y afecta a la calidad de vida de las personas” (p.139).

1.4.- ETIOLOGÍA DEL VITÍLIGO.

Lo que se deduce de las definiciones anteriores es que la etiología sigue siendo desconocida, siendo ésta multifactorial, y donde algunas de estas teorías son todavía hipótesis. La pérdida de melanocitos en las lesiones predomina en todas ellas aunque no se llega al acuerdo de si es una enfermedad, un trastorno... El melanocito es la célula de la epidermis que se encarga de producir melanina, un pigmento pardo-oscuro de la piel, el pelo y los ojos. La función de la melanina es bloquear los rayos ultravioleta del sol para evitar que se dañe el ADN de las células de la piel expuestas a la luz, y desempeñan un papel muy importante en la función barrera de la piel.

Hasta ahora no se han identificado mecanismos patógenos específicos de vitíligo y el único rasgo muy característico es la ausencia parcial o total de melanocitos de la epidermis, como lo confirma el examen con la luz de Wood (Anexo A: Luz de Wood). Aunque la causa inicial de vitíligo se desconoce, se han producido avances significativos en la comprensión de este trastorno. Siguiendo a Pérez, Fernández y Jaén (2007), se han propuesto cuatro teorías que intentan explicar la destrucción de los melanocitos:

a) Teoría autoinmunitaria.

Es una de las teorías más aceptadas en la actualidad, ya que se han hallado anticuerpos y células T citotóxicas dirigidas contra la superficie de los melanocitos hasta en un 80% de los pacientes con vitíligo, asociándose además esta enfermedad a otros procesos autoinmunes. Estudios recientes sugieren que la enfermedad se inicia con un cambio genético en los melanocitos que los hace más susceptibles al «estrés» de lo que son normalmente. Dicho estrés provoca la muerte de los melanocitos y da lugar a antígenos que son captados por las células presentadoras (APC). Estas células APC migran a los ganglios linfáticos donde se generan los linfocitos T citotóxicos específicos contra melanocitos, que se dirigen a la piel y actúan sobre dichas células exacerbando los síntomas y entrando en un círculo vicioso (Almeida, Borrego, Rodríguez-López, Luján, Cameselle y Hernández, 2005; Grimes, Morris, Avannis-Aghajani, Soriano, Meraz y Metzger, 2004; Oyarbalo-Valencia, Van den Boorn, Denman, Li, Carlson, y Hernández, 2006). Picardo y Taïeb (2010) añaden que no está claro si el vitíligo es una entidad de la enfermedad con una patogénesis específica o una vía común final de varios procesos diferentes, tal y como se ha informado recientemente como una pérdida crónica primaria de los melanocitos debido al mal anclaje de estos en la lámina basal (Anexo B: Lámina Basal). Por su parte, el documento del *Consenso sobre el Vitíligo* (Larrade y Abbruzzese, 2005), añade que la asociación del vitíligo a otras patologías autoinmunes es un dato a favor de esta teoría como veremos en siguientes apartados.

Así, la hipótesis inmunológica sugiere una autodestrucción o disfunción de los melanocitos, que en algún momento se tornarán antigénicos. Sabemos que hay una destrucción de los melanocitos que puede controlarse con radiaciones ultravioletas B (UVB) productoras de IL-10 (factor de inhibición de la síntesis de citocinas). Además, la radiación ultravioleta (UV) estimula la producción de melanocitos en las placas despigmentadas a través del estímulo del

factor de crecimiento fibroblástico, y de la endotelina y también por la activación directa de las células madre melanocíticas (Ortega del Olmo y Camacho, 2010; en Conejo-Mir et al., 2010).

b) Teoría neurotóxica.

Esta hipótesis sugiere que en las lesiones de vitíligo la terminación nerviosa dérmica libera sustancias químicas (neuropéptidos, catecolaminas o sus metabolitos) que son citotóxicas para el melanocito, debido a un sistema simpático sobreactivado (Alarcón, Gutiérrez y Gracida, 2000; Larrade y Abbruzzese, 2005). Picardo y Taïeb (2010) la denominan *hipótesis neurogénica*.

Esta teoría se fundamenta en la distribución metamérica de las lesiones en el vitíligo segmentario y en la coexistencia de trastornos neurológicos, lo que tendría su causa en la existencia de un mediador neuroquímico liberado en las terminaciones periféricas con capacidad citotóxica e inhibidora de la melanogénesis.

c) Teoría autocitotóxica.

En el proceso de melanogénesis se producen ciertas sustancias (análogos de la tirosina y productos intermediarios) que resultan tóxicas para los melanocitos. Se postula que existe un defecto en el mecanismo protector natural frente a estos productos o un fallo en el equilibrio de oxidación y reducción, produciéndose la autodestrucción de las células (Alarcón et al., 2000). El documento de *Consenso sobre el Vitíligo* (Larrade y Abbruzzese, 2005) añade que varios de los precursores de la melanina son capaces de formar radicales libres. Picardo y Taïeb (2010) la denominan *teoría de autodestrucción*.

d) Teoría compuesta o combinada.

Las teorías mencionadas no son mutuamente excluyentes (Pérez, et al. 2007), por lo cual surge la teoría que aúna mecanismos autoinmunitario, neurotóxico y autocitotóxico en la génesis del vitíligo.

Por su parte, el documento de *Consenso sobre el Vitíligo* (Larrade y Abbruzzese, 2005) añade a las teorías anteriores:

e) Factores genéticos.

La posibilidad de herencia poligénica, multifactorial. Diferentes datos sugieren una base genética en el desarrollo del vitíligo: los casos de familiares son frecuentes (del 6 al 30%); hay una asociación fuerte con otras enfermedades autoinmunes y ha sido relacionado con varios marcadores de antígenos leucocitarios humanos (HLA) según el grupo étnico analizado (Larrade y Abbruzzese, 2005). Sin embargo los estudios familiares no han encontrado el patrón autosómico esperado, por lo que se sugiere que el vitíligo está controlado por genes recesivos (Ortonne, 2003; en Bologna, Jorizzo y Rapini, 2003).

f) Mecanismo de desaparición de los melanocitos.

El mecanismo por el que desaparecen los melanocitos sería bien por: apoptosis (el más probable) o melanocitorragia: desprendimiento crónico de los melanocitos, posiblemente relacionado con una susceptibilidad aumentada a estrés mecánico de otros tipos (Larrade y Abbruzzese, 2005).

g) *Otras teorías.*

Defecto primario en la inhibición de la melanogénesis y/o defecto en la adhesión de los melanocitos (Larrade y Abbruzzese, 2005).

Todas estas teorías pueden converger en lo que Ocampo denomina en su tesis doctoral como *Teoría de la Convergencia*, y que puede verse representado en una figura que muestra cómo pueden actuar los diferentes factores de manera independiente o en conjunto en el desarrollo de la patología (Ocampo, 2016, p.4).

1.5.- CLASIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN.

La forma y tamaño de las lesiones son extremadamente variables. Oscilan desde varios milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Son redondeadas u ovals, aumentan de tamaño irregularmente y se funden con lesiones vecinas para formar patrones más complejos (Moragón, 1983). En ocasiones, de bordes irregulares mal definidos y otras de contornos precisos. La lesión elemental es una mácula: no hay atrofia, ni hiperqueratosis, ni alteraciones de la sensibilidad. **Sólo la pérdida de pigmentación.**

El modo en que comienzan las lesiones de vitíligo es unicéntrico en la mayoría de los casos estudiados. La progresión de la afección es extremadamente variable y permanece estable durante un largo periodo de tiempo. La melanosí total o casi total puede ocurrir, aunque suelen permanecer pequeños islotes de pigmentación. La distribución de las lesiones suele seguir un patrón característico, aunque generalmente se ven distintos patrones (Moragón, 1983), como se refleja en las distintas clasificaciones que hemos encontrado del vitíligo.

Las lesiones cuando son múltiples suelen ser bilaterales y simétricas, con predilección por determinadas áreas. En la Tabla 1.1 se presentan las regiones más habituales:

Tabla 1.1. Regiones donde se localizan con mayor frecuencia las lesiones de vitíligo.

- Regiones descubiertas expuestas al sol.
 - Regiones periorificiales.
 - Zonas de protuberancia ósea (rodillas, crestas tibiales, regiones maleolares, espinas iliacas, regiones sacras).
 - Regiones expuestas a microtraumatismo repetidos (dorso de las manos, pies, codos, cintura). (*Ya que en el vitíligo, por el fenómeno de Koebner, se reproducen las lesiones por traumatismos o roces.*)
-

En el estudio realizado por Merli et al. (2014), encontraron que el 75% de los sujetos tenían las lesiones localizadas en cara, cara y cuello, frente al 19% que las tenían en los genitales, aunque pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo (Hann, Nordliond y Vadyna, 2000).

Simultáneamente, ha habido muchos intentos de clasificar el vitíligo, casi siempre con resultados confusos. Las **clasificaciones** se han basado en la distribución o localización de las máculas hipopigmentadas (focal, segmentado, generalizado) o en los estudios funcionales de estimulación del sudor: tipo A o no dermal (considerada como una enfermedad autoinmune) y

el tipo B o dermal (con disfunción simpática). También la ausencia de pigmentación del cabello se ha considerado como un signo de pronóstico favorable (Picardo y Taïeb, 2010).

Según topografía, distribución y extensión, el vitíligo se clasifica como aparece a continuación en la Tabla 1.2., aunque hay una clasificación más actual que lo subdivide en vitíligo tipo B o segmentario y vitíligo tipo A o no segmentario.

Siguiendo a Moragón (1983) y atendiendo a la localización, distribución y a las formas de las lesiones, la Tabla 1.2 muestra cómo pueden distinguirse las lesiones del vitíligo:

Tabla 1.2. Distinción de las lesiones del vitíligo según Moragón (1983).

<p>Localizado: (afecta a una sola región del cuerpo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vitíligo de las mucosas. - Vitíligo focal (una o más máculas sobre una región del cuerpo). - Vitíligo segmentario (una o más máculas que siguen una distribución metamérica).
<p>Generalizado: (afecta a más de una región del cuerpo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vitíligo acrofacial (se afectan las extremidades distales y la cara). - Vitíligo universal (despigmentación total o casi total). - Vitíligo vulgar (placas diseminadas sobre todo el tegumento pero sin ningún patrón espacial).
<p>Formas especiales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vitíligo “mouchete” o moteado. - Halo nevus y halo melanoma: se trata de una despigmentación vitiligoidea alrededor de un nevus o un melanoma. - Vitíligo inflamatorio: un eritema precede o acompaña al vitíligo y deja un borde inflamatorio. - Vitíligo ocular: consecuencia de la destrucción de los melanocitos del ojo. - Canicie precoz: considerada como vitíligo.

Existen dificultades en encontrar literatura sobre el vitíligo debido a la falta de consenso en las definiciones, y la escasez es mucho más acusada en el ámbito de la psicología.

La clasificación más simple del vitíligo es distinguiendo formas segmentarias (**SV**, del inglés *Segmental Vitiligo*) y no segmentaria (**NSV**, del inglés *No Segmental Vitiligo*) de la enfermedad, y que sirve de marco pragmático. En comparación con NSV, el SV tiene un pico menor del inicio y es poco frecuente (alrededor de 1 SV contra cada 10 casos NSV). La prevalencia e incidencia del vitíligo parecen estables en el tiempo, al contrario que las enfermedades alérgicas y autoinmunes (Picardo y Taïeb, 2010).

En la siguiente tabla podemos ver la clasificación del vitíligo de acuerdo a la extensión y distribución de las lesiones según el documento de *Consenso sobre el Vitíligo* (Larrade y Abbruzzese, 2005) (Tabla 1.3).

Tabla 1.3. Clasificación del vitíligo de acuerdo a la extensión y distribución de las lesiones.

I. Localizado:

- *Focal*: una o más máculas localizadas, con distribución no dermatomérica.
- *Segmentario*: una o más máculas localizadas con distribución asimétrica, dermatomérica o cuasidermatomérica. Presenta características distintivas como un comienzo más temprano, sin antecedentes familiares, se estabiliza dentro del año de inicio, y tiene baja asociación con enfermedades autoinmunes. Se produciría por un mecanismo neurotóxico.

II. Generalizado:

- *Diseminado (Vulgaris)*: es la forma más frecuente, con escasas a múltiples lesiones, simétricas, que se localizan en la cara, especialmente en las áreas periorificiales, el cuello, el dorso, las superficies extensoras, las prominencias óseas de manos, las muñecas, las piernas y las superficies mucosas.
- *Acrofacial*: compromete las extremidades distales, la cara a nivel orificial, con un patrón circunferencial, y genitales.
- *Universal*: es la forma menos frecuente, con pérdida de pigmento en casi toda la superficie corporal.

III. Mixto: segmentario más vulgar o acrofacial.

El vitíligo puede evolucionar con el tiempo. Por ejemplo, la enfermedad puede ser clasificada como acrofacial en su debut temprano para después ir progresando y ser clasificada como generalizada. En casos raros, cuando no es posible clasificar inicialmente un caso entre los dos tipos principales de SV y NSV, se debe utilizar la categoría "sin clasificar". A continuación se muestra la clasificación abreviada del vitíligo tomada de Picardo y Taïeb (2010) (Tabla 1.4).

Tabla 1.4. Clasificación del vitíligo según Picardo y Taïeb (2010).

Tipo de Vitíligo	Subtipo
No segmental (NSV)	Localizado, mucosa, acrofacial, generalizado, universal.
Segmental (SV)	Localizado, mucosa, unisegmentado, bi- o pluri-segmentado.
Mixto (NSV+SV)	De acuerdo con la severidad del SV. Localizado de inicio, multilocalizado, no segmentado asimétrico, mucosa (un sitio).

El vitíligo en la infancia tiene características distintivas: mayor incidencia de la forma segmentaria con respecto al adulto, mayor frecuencia de antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes y/o endocrinas, de antecedentes familiares de canicie precoz, de aumento de anticuerpos, órgano-específicos séricos (aunque la incidencia de enfermedades autoinmunes y/o endocrinológicas aumenta con la edad) (Larrade y Abbruzzese, 2005).

En el libro de Picardo y Taïeb (2010) encontramos un esquema con una sugerencia de sistema de puntuación (Esquema 1.1; adaptado de Taïeb y Picardo, 2009) El sistema evalúa tres dimensiones de la enfermedad (extensión, estado, difusión/progresión), que se resumen en una

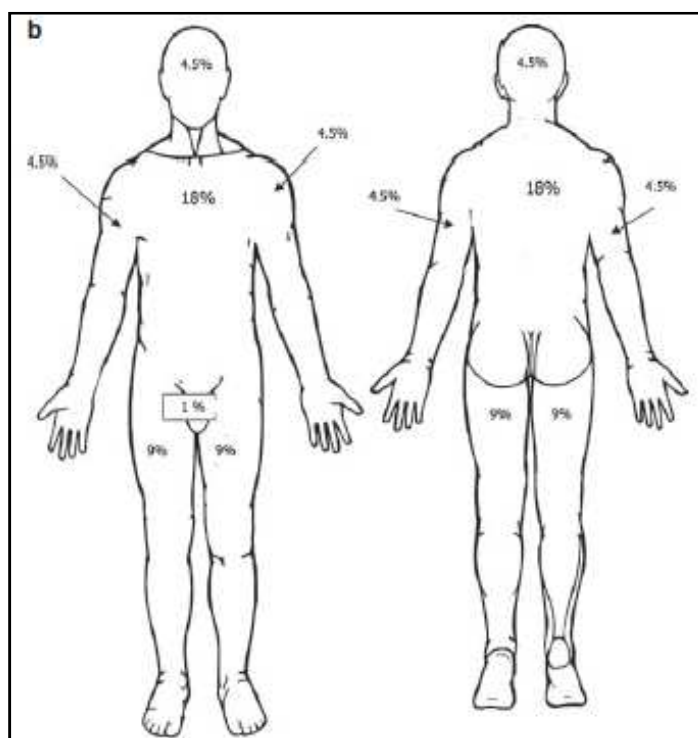
tabla para fines prácticos (a), para evaluar la extensión (b), es útil referirse a la superficie del paciente incluyendo dígitos, con un promedio de % de área de superficie corporal.

Esquema 1.1. Sistema de puntuación.

(a) (traducido y adaptado de Picardo y Taïeb, 2010).

Área	% Área	Estado* (0-4)	Difusión/Progresión (-1 +1)
Cara y cuello (0-9%)			
Tronco (0-36%)			
Brazos (0-16%)			
Piernas (0-36%)			
Manos y pies			
Total (0-100%)		0-20	(-5 +5)

* mancha más grande en cada área



1.6.- CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL VITÍLIGO.

En las distintas clasificaciones del vitíligo, atendiendo tanto a la localización como a la distribución de las lesiones, hemos visto cómo algunas de las definiciones anteriores se describían atendiendo a distintas variables. En otras más recientes ya no se citan así, y aparecen como entidades distintas al vitíligo, que deben ser consideradas a la hora del diagnóstico, como diagnóstico diferencial.

Moragón (1983) menciona que una fuente importante de información sobre los factores que intervienen en la patogenia del vitíligo es el estudio de los trastornos asociados a él. En el año 1983 se conocían aproximadamente 60 trastornos asociados, pero teniendo en cuenta que el

vitíligo afectaba al 1% de la población mundial, es posible que algunas de estas asociaciones sean fortuitas. A continuación aparecen las asociaciones más frecuentes que encontró Moragón (1983) (Tabla 1.5 y Tabla 1.6).

Tabla 1.5. Vitíligo y asociaciones extradermatológicas.

- Vitíligo y afecciones del tiroides.
 - Vitíligo y diabetes.
 - Vitíligo y enfermedad de Addison.
 - Vitíligo y anemia de Biermer.
 - Vitíligo y alteración del sistema pigmentario del ojo.
 - Vitíligo y alteración del sistema pigmentario del oído.
 - Vitíligo y miastenia.
 - Vitíligo y poliartritis reumatoide.
 - Vitíligo y cistinuria.
 - Vitíligo y enfermedades del sistema linfático.
 - Vitíligo y síndrome paraneoplásico.
 - Otras asociaciones: anemias hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica idiopática, fallo ovárico primario, hipoparatiroidismo, polimialgia reumática.
 - Trastornos psicológicos en el vitíligo: ansiedad y stress.
-

Tabla 1.6. Vitíligo y asociaciones dermatológicas.

- Vitíligo y alopecia areata.
 - Vitíligo y esclerodermia.
 - Vitíligo y lupus eritematoso sistémico.
 - Vitíligo y candidiasis mucocutánea.
 - Vitíligo y psoriasis.
 - Vitíligo y halo nevus.
 - Vitíligo y melanoma maligno.
-

Centrándonos en las asociaciones psicológicas: la ansiedad y el estrés, mencionar el trabajo de Eskandani, Golchai, Pirooznia y Hasannia (2010) que mostraba que el nivel basal del sistema oxidativo rompía las fibras del ADN y que los leucocitos aumentaban en pacientes con vitíligo en comparación con sujetos sanos. Se observó una correlación negativa entre los niveles de estrés oxidativo sistémico y de la actividad de tirosina, lo que refuérzala *teoría autocitotóxica* o *teoría de autodestrucción* que vimos en el apartado 1.4.-Etiología del vitíligo.

A continuación, pasamos a distinguir las enfermedades autoinmunes que tienen relación con el vitíligo, así como los diagnósticos diferenciales. Seguidamente haremos una breve mención a los tratamientos dermatológicos.

1.6.1.- *Enfermedades autoinmunes asociadas al vitíligo.*

Los pacientes con vitíligo tienen un aumento en la incidencia de enfermedades autoinmunes, en especial enfermedad tiroidea. Los familiares de pacientes con vitíligo también tienen un incremento en el riesgo de presentar anticuerpos órgano-específicos y enfermedades autoinmunes (Larrade y Abbruzzese, 2005) (Tabla 1.7).

Tabla 1.7. Principales enfermedades autoinmunes asociadas al vitíligo.

- Tiroiditis autoinmune.	- Miastenia gravis.
- Diabetes tipo I.	- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Anemia perniciosa.	- Hipogonadismo autoinmune.
- Enfermedad de Addison.	- Síndrome del hombre rígido (Stiffman síndrome).
- Alopecia areata.	- Uveitis.
- Hipoparatiroidismo autoinmune.	- Síndromes poliglandulares autoinmunes tipo I y tipo II.
- Dermatitis herpetiforme.	
- LES.	

1.6.2.- *Diagnósticos diferenciales.*

Como se ha comentado en apartados anteriores, no se ha establecido un diagnóstico de vitíligo al confundirse con otras patologías dermatológicas que cursan con hipopigmentación. Es por ello que resulta importante diferenciarlo de éstas enfermedades para poder establecer un buen diagnóstico y en consecuencia un buen tratamiento. Larrade y Abbruzzese (2005) distinguen las siguientes enfermedades en el diagnóstico diferencial del vitíligo en función de si el vitíligo es generalizado o segmentario (Tabla 1.8).

El diagnóstico del vitíligo no suele ser difícil, ya que las características de las lesiones (máculas acrómicas), su distribución y el curso de la enfermedad permite diferenciarlo de otras entidades. Pero hay que distinguirlo de otras leucodermias, como aparece en la Tabla 1.8.

Tabla 1.8. Diagnósticos diferenciales para el vitíligo generalizado o segmentario.

VITÍLIGO GENERALIZADO.	VITILIGO SEGMENTARIO.
- Pitiriasis alba.	- Mosaicismos pigmentarios (Hipomelanosis de Ito, nevoacrómico).
- Esclerosis tuberosa.	- Nevo anómicoacrómico.
- Hipomelanosis postinflamatorias.	- Liquen estriado.
- Lepra	
- Hipomelanosis guttata idiopática.	
- Pitiriasis versicolora cromiante.	
- Leucodermia química.	
- Leucomelanodermia sifilítica.	
- Piebaldismo.	
- Leucodermia asociada a melanoma.	
- Síndrome de Waardenburg.	
- Micosis fungoide.	
- Lupus eritematoso.	
- Liquen escleroso.	

1.6.3.- *Tratamientos.*

El objetivo del tratamiento es frenar el proceso de despigmentación e inducir la repigmentación de las máculas. Mencionamos, de modo esquemático, los tipos de tratamiento dermatológico teniendo en cuenta diferentes autores (Tabla 1.9):

Tabla 1.9. Tratamientos dermatológicos.

- Disminución de la sensibilidad del melanocito al estrés(*¹):

- Seudocatalasa administrada por vía tópica.

- Antioxidantes (*¹):

- Superóxidodismutasa.
- L-Fenilalanina.
- *Polypodiumleucotomos*.

- Disminución de la agresión autoinmunitaria (*¹):

- Inmunosupresores sistémicos:
 - Corticoides sistémicos.
- Inmunosupresores por vía tópica:
 - Corticoides en aplicación tópica.
 - Tacrolimús.
 - Pimecrolimús.

- Estimulación de la melanogénesis (*¹):

- Sol y psoralenos (PUVASOL).
- Radiación Ultravioleta A + Psoralenos (PUVA):
 - PUVA psoralenos vía oral.
 - PUVA psoralenos vía tópica.
 - Kellina y UVA (KUVA).
 - Kellina en administración tópica.
- Ultravioleta B, de banda estrecha.
- Láser excimerXeCL 308 nm.
- Calcipotriol:
 - Tratamiento biológico (*²), (*³).

- Cirugía (*¹), (*⁴):

- Injertos de ampollas de succión.
- Trasplante de melanocitos/queratinocitos no cultivados.
- Micropigmentación.

- Despigmentación (*¹), (*⁵).

Nota= *1: Pérez et al., 2007; *2: Wan, Lin, Zhang, Xu, DeGiorgis, Lu y Wan, 2017; *3: Yamazaki, Kiyohara, Uhara, Uehara, Fujimoto, Takenouchi, Otsuka, Uchi, Ihn y Minami; *4: Mohammad y Hamzavi, 2017; *5: Grimes y Nashawati, 2017.

1.7.- EPIDEMIOLOGÍA.

La aparición del vitíligo puede suceder desde el nacimiento hasta la vejez. La mayor incidencia ocurre entre los 10 y los 30 años y en el 50% de los pacientes aparece antes de los 20 años. En el libro de Picardo y Taïeb (2010) encontramos que el vitíligo ocurre en todo el mundo con una prevalencia global estimada de menos del 0,5% en estudios poblacionales.

Por otro lado, el documento de *Consenso sobre el Vitíligo* (Larrade y Abbruzzese, 2005) informa que la mitad de los pacientes desarrollan la enfermedad antes de los 20 años y el 70-80%, antes de los 30 años. Y que un 20% presenta antecedentes familiares de vitíligo, aunque los casos con agregación familiar son infrecuentes.

Sin embargo, estudios actuales muestran que **la prevalencia del vitíligo es del 1 al 2% a nivel mundial** según diferentes publicaciones (Halder y Taliaferro, 2009; Kostopoulou, Jouary, Quintard, Ezzedine, Marques, Boutchnei y Taieb, 2009; Larrade y Abbruzzese, 2005; Ongena, Van Geel, Schepper y Naeyaert, 2005; Radtke, Schäfer, Gajur, Langenbruch y Augustin, 2009; Zandi, Farajzadeh y Saberi, 2010). El inicio del vitíligo se produce con mayor frecuencia entre los 19 y los 30 años, aunque puede manifestarse a cualquier edad (Merli et al., 2014; Moragón, 1983).

En general afecta a ambos sexos por igual e igualmente a adultos y niños (Merli et al., 2014), aunque el número de consultas médicas por vitíligo es mayor en mujeres debido probablemente al mayor impacto psicosocial percibido de la enfermedad. El hecho de que acudan más mujeres a consulta puede ser debido a razones socioculturales, por conceder mayor relevancia a la apariencia física, se preocupan (y ocupan) más de los problemas de salud. Utilizan más los servicios médicos, mientras que para los hombres tienen mayor importancia aquellas enfermedades que conllevan una amenaza de debilitamiento físico. Cuando se trata de niños el tiempo de decisión es mucho más corto que en el caso de los adultos (López, 2000), accediendo antes a la consulta, donde se diagnostica y establece el tratamiento al inicio de la enfermedad.

La mayor incidencia se ha informado en India, seguida de México y Japón. Esta diferencia podría explicarse por el color de piel de las diferentes poblaciones, que contrasta más con la enfermedad y que los lleva a consultar tempranamente. En la tesis de Ocampo (2016) podemos ver en detalle la incidencia del vitíligo en diferentes grupos étnicos según diferentes autores (Ocampo, 2016, Tabla 1, p. 2).

1.8.- DERMATOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y VITÍLIGO.

Como hemos comentado en apartados anteriores, el vitíligo no ha sido estudiado en su vertiente psicológica hasta hace pocas décadas. Al haber sido considerado una enfermedad que no supone un sufrimiento físico para el paciente, se ha obviado la parte de sufrimiento psicológico. Y es que el vitíligo es una patología dermatológica que tiene un gran impacto psicológico como hemos visto anteriormente y desarrollamos más adelante. En los siguientes subapartados se abordará, en primer lugar, un panorama general sobre dermatología y psicología para pasar posteriormente en los siguientes apartados a la perspectiva psicológica del paciente con vitíligo, siendo los estudios realizados en Estados Unidos y sobre todo en América del Sur

(especialmente Cuba, Argentina y Brasil) los más numerosos y centrados en aspectos psicológicos, encontramos también estudios procedentes de Egipto e Irán.

Existen diversos estudios dermatológicos en los cuales se ha tenido en cuenta el aspecto psicológico. A continuación vamos a exponer determinadas variables que a nuestro criterio resultan relevantes desde un punto de vista biopsicosocial, haciendo referencia también a las variables biopsicosociales utilizadas en la presente investigación.

Una patología dermatológica estudiada desde ésta área es el acné (Escalante, 2007; Panconesi, 2001). En el libro “Acné: un enfoque global” de Kaminsky y Florez (2012), encontramos diversos capítulos que hacen referencia a esta enfermedad genético-hormonal inflamatoria de la glándula sebácea y crónica, dedicando el capítulo 22 (p. 329) al impacto psicosocial del acné. Como bien relata la autora del capítulo (Follador, 2012), el acné “(...) afecta a un 85% de los jóvenes, en general entre los 10 y los 12 años hasta los 22 o los 24 años” (p. 329). Teniendo en cuenta todos los cambios a nivel físico, hormonal, social, psicológico, etc. que acontecen en esta etapa, el impacto psicosocial del acné vulgar se revela muy significativo y no puede desdeñarse en el enfoque terapéutico del paciente (Criber, 2000; Dunn, O’Neill y Feldman, 2011; en Kaminsky y Florez, 2012; Layton, Seukeran y Cunliffe, 1997; Van der Meeren, van der Schaary van den Hurk, 1985). Encontramos así que la variable **edad** tiene un impacto muy importante en la afectación psicológica del individuo, por lo que respecta a esta patología dermatológica.

El acné varía desde formas leves a extensas y desfigurantes, que pueden dejar secuelas físicas (cicatrices) y psicológicas permanentes (Aktan, Ozmen y Sanli, 2000; en Kaminsky y Florez, 2012). En base a diversos estudios, Follador (2012) nos presenta los aspectos psicosociales más frecuentes en los pacientes con acné (p. 330) y que presentamos en la Tabla 1.10:

Tabla 1.10. Aspectos psicosociales más frecuentes en los pacientes con acné*.

Autoestima baja.
Ansiedad.
Fobia social.
Depresión.
Dificultades personales y profesionales.
Ideas suicidas.
Sentido del humor bajo.
Dificultades interpersonales.
Bajo nivel de calidad de vida.
Alteraciones de la imagen corporal.

*Adaptado de Follador (2012), en Kaminsky y Florez, 2012.

Como podremos ver, muchos de estos aspectos están relacionados con los obtenidos por otras investigaciones en dermatología y vitíligo. Del mismo modo que es importante caracterizar el grado de severidad de la enfermedad, el número y el tipo de lesiones, así como la presencia de cicatrices, debe evaluarse el impacto psicológico, social y profesional (Follador, 2012; en Kaminsky y Florez, 2012). Es por ello que en nuestra investigación incluimos en las variables sociodemográficas el **estado civil actual**, el **nivel socioeconómico actual** y el **trabajo**

actual, con la finalidad de observar la presencia de dichas variables en la afectación del vitíligo. Del mismo modo, tal y como se refleja en el estudio de Pearl, Arroll, Lello y Birchall (1998, en Kaminsky y Florez, 2012), la ocupación de los padres y el grupo étnico al que pertenecían se relacionaron con el conocimiento sobre el tratamiento del acné, influyendo en la mayor timidez y la falta de aprovechamiento y participación en las actividades sociales (Follador, 2012; en Kaminsky y Florez, 2012). Así, en nuestra investigación consideramos incluir las variables de **nivel de estudios y país de origen** en la línea de otras investigaciones dermatológicas.

Son diversas las investigaciones que parten de la búsqueda de una relación significativa entre el estrés psicológico y la dermatología patológica. Estudios que versan sobre la psoriasis (Navarro, Atencio, Beracas, Berna y Oñate, 2006), alopecia areata (Picardo y Taïeb, 2010) o lesiones cutáneas de tipo infeccioso (Rodríguez, Almirall, Orama, Hechavarría, Azze, Fernández y Álvarez, 2002), son un ejemplo.

Navarro, Atencio de León, Bernal y Oñate Reales (2006) definen la psoriasis como “una enfermedad inflamatoria cutánea caracterizada por episodios frecuentes de enrojecimiento, prurito y escamas en la piel, de curso crónico, recidivante y de etiología desconocida” (p. 63). Picardi (2001, en Navarro et al., 2006) encontró que el 60% de los pacientes reconocen al estrés como el factor exacerbador de su enfermedad. Igualmente, Gupta (2003; en Navarro et al., 2006), indicó que el 39% de los enfermos refería un evento estresante el mes previo al primer episodio de psoriasis. En el estudio realizado por Navarro et al. (2006), se demostró una asociación en la presencia de antecedentes familiares, el consumo de cigarrillos y la cantidad de consumo de alcohol con respecto a la aparición de episodios de exacerbación de psoriasis. Del mismo modo, en nuestro estudio están presentes las variables **antecedentes familiares de vitíligo y hábitos tóxicos**.

En otro estudio realizado por Sánchez, Ojeda, Umbert, Umbert, Lupoy Solé (2003), encontramos que “(...) el estrés es uno de los factores desencadenantes más frecuentes de la psoriasis y que esta dermatosis genera un importante impacto psicosocial entre los individuos afectados” (p. 11). Entre los resultados que obtuvieron, destaca que el estrés fue el factor más importante de los brotes en un 43% de los encuestados, donde las situaciones de estrés y los conflictos afectivos fueron los más frecuentes en un 24,2% de la muestra, especialmente en mujeres (Sánchez et al., 2003). Es por ello que en nuestra investigación consideramos importante incluir las variables de **frecuencia de los brotes, relación del inicio del vitíligo con algún acontecimiento vital estresante y el género de los pacientes**.

Otra patología dermatológica que ha recibido atención desde el campo de la dermatología y la psicología es la alopecia. Lozano de Luaces, Espías, Murtra y Gil (1988) la definen como “(...) la aparición de una zona pelada redonda u oval, que la caracteriza” (p. 273).

El pelo es un componente muy importante de la identidad y de la imagen que se tiene de uno mismo (Moreno, 2016, p. 19). En un estudio realizado por Cartwright, Endean y Porter, (2009, en Moreno, 2016), los 214 pacientes manifestaron sentimientos de enfado, disgusto, preocupación y estrés, siendo la timidez, la pérdida de autoestima y la pérdida de confianza en sí mismos las respuestas más comunes, sobre todo, en mujeres.

Como bien expresa Moreno (2016, p. 20), la psicología de la salud lleva años interesándose por el estudio de los factores psicológicos asociados a los pacientes con enfermedades de la piel. Así, por ejemplo, se ha venido investigando acerca del estrés, los

trastornos de ansiedad, la depresión y las características de la personalidad concomitantes con la psoriasis, las dermatitis, el acné, el liquen *ruber* plano, la rosácea, las verrugas, entre otras enfermedades (Picardi, Adler, Abeni, Chang, Pasquini, Rogers, et al., 2005), y su posible respuesta a tratamientos cognitivo-conductuales (Honre, White y Varigos, 1989).

Son diversos los estudios que Moreno (2016) pone como referencia en la afectación psicológica de la alopecia, pero centrándonos más en el papel del psicólogo en el campo de las patologías dermatológicas, es importante atender a la cronicidad y la incidencia de ésta. La potenciación de los recursos y habilidades de los pacientes, identificando aquellos factores que permitan una mejor adaptación a la enfermedad, buscando una comprensión psicológicamente sana del proceso y una mejora en la calidad de vida social y familiar (Cancio, Rincón y Ramos, 2003; en Moreno, 2016), son los caminos a seguir para un tratamiento efectivo; se trata, sobre todo, de un enfoque de naturaleza preventivo.

Así, y volviendo a la psoriasis, Rodríguez, Chamizo, Lister, Méndez y Treto (2007) concluyen que la intervención psicológica en pacientes portadores de psoriasis no debe plantearse como una alternativa, sino como un elemento integrador de la terapia. Y es que sus resultados muestran que los pacientes que reciben atención psicológica mostraron una actitud activa durante el tratamiento, potenciando los recursos positivos del enfermo y frenando los negativos.

Siguiendo a los tres fundadores de la Psicología de la Gestalt, Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941) y Wolfgang Köhler (1887-1967): “el todo es más que la suma de sus partes”. Es por ello que considerando las variables señaladas, la calidad de vida se verá afectada. Definir qué es calidad de vida, así como el bienestar, está sujeto a controversia como bien indican Hernández, Hernández, Ruiz, Rodríguez y Betancor (2008). Éstos autores se propusieron analizar el impacto de la enfermedad dermatológica de baja expresión sintomatológica sobre diferentes conceptualizaciones de calidad de vida (realizando un cuestionario que evaluaba expresión sintomatológica, impacto psicológico y psicosocial, y satisfacción general y específica), encontrando que las alteraciones dermatológicas leves afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, pero no a la calidad de vida entendida como bienestar (Hernández et al., 2008).

Antuña-Bernardo, García, González, Secades, Errasti y Curto (2000) van un paso más allá, buscando identificar un perfil psicológico de los pacientes con enfermedades dermatológicas, planteándose como objetivo del estudio el indagar características de personalidad y calidad de vida de los enfermos dermatológicos aquejados de diversas enfermedades de la piel: dermatitis, alopecia, urticaria, acné, psoriasis, verrugas, liquen, rosácea y herpes. Los resultados que obtuvieron muestran que no existe un perfil psicológico homogéneo ni diferenciado de estos pacientes con respecto a la población normal, si bien ciertas patologías sí han presentado perfiles peculiares en algunas escalas. Se observan marcadores de depresión muy elevados en la mayoría de las alteraciones cutáneas y una valoración negativa de la calidad de vida en un porcentaje elevado de los sujetos (Antuña-Bernardo et al., 2000, p. 30).

Para concluir esta parte del subapartado referente a la comorbilidad psicológica en relación con las patologías dermatológicas, subrayar lo descrito por García, Ruiz y Caballero (2000): el “acné, la psoriasis, la dermatitis atópica, la alopecia areata y urticaria crónica son las enfermedades dermatológicas en las que mayor comorbilidad psiquiátrica se ha descrito”. Desde el campo de la psique, son el trastorno adaptativo, el trastorno de ansiedad, la depresión mayor,

la fobia social y la paranoia los más diagnosticados. El estrés psicosocial puede también actuar como desencadenante de reagudizaciones en la rosácea, líquen plano, eczema deshidrático, eczema numular y dermatitis seborreica, además de las otras dermatosis anteriormente citadas. En la génesis de patología psiquiátrica en las enfermedades dermatológicas intervienen múltiples factores: severidad de la dermatosis, cronicidad, repercusiones estéticas, acontecimientos vitales, autoimagen corporal y autoconcepto, ansiedad social, atractivo interpersonal percibido, etc. (García et al., 2000, p. 393).

Además de las variables anteriormente mencionadas, anotar que en nuestra investigación también hemos incluido aquellas variables relacionadas propiamente con la evolución del vitíligo: **horas de exposición solar al día, antecedentes personales de enfermedad autoinmune, superficie corporal afectada y tratamientos dermatológicos recibidos**, todas ellas referidas en estudios comentados en los apartados anteriores.

Por otro lado, debido a la escasa bibliografía en lo referente a los aspectos nutricionales en relación con el vitíligo, hemos decidido desarrollar el conocimiento actual en el mismo apartado, siendo que ahora expondremos aspectos nutricionales y dermatología. Existen estudios que han relacionado el campo de la nutrición con el campo de la dermatología. Por ejemplo: Bollag (1983) tiene en cuenta los efectos de la vitamina A y de los retinoides en el campo de la dermatología y de la oncología. Dunn, Damesyn, Moore, Reuben y Greendale (1997) utilizaron la *Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición I* (NHANES I) para estudiar si los estrógenos influían en el envejecimiento de la piel; mientras que Jon, Qureshi, Wood, Gelfand y Choi (2011) utilizaron la *Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición, 2003-2006* (NHANES) para estudiar la psoriasis. Son varios los autores que utilizan la NHANES para buscar una relación de los aspectos nutricionales con el objeto de estudio dermatológico.

En nuestro caso, nos remitimos a Yoon, Sun y Kim (2011), los cuales hacen referencia directa al vitíligo y aspectos nutricionales (entre otros muchos aspectos). Siguiendo el āyurveda (un antiguo sistema de medicina tradicional originado en la India), los autores exponen los alimentos que son recomendables eliminar de la dieta para pacientes afectos de vitíligo, así como los que son recomendables incluir. Entre los que no deberían estar presentes encontramos: tamarindo, tomates, cítricos y jugos, uvas, papayas, alimentos ácidos o enlatados, conservas de alimentos o bebidas, chocolate y productos de cacao, café, alimentos aceitosos o picantes, arándanos, peras, huevos, productos lácteos y pescado (Ravish, 2011). Destacar aquí los **productos lácteos**, siendo la leche y el queso variables de nuestro estudio. La lista continúa con alimentos como el pollo, el cerdo... A modo de curiosidad, remitimos al capítulo 10 (Yoon, Sun y Kim, 2011; en Kyng, 2011).

Por último, hemos encontrado escasa bibliografía en lo que respecta a otra de las variables incluidas en el estudio: la **apnea durante el sueño** (un trastorno común en el que la persona que lo sufre hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales cuyas pausas pueden durar entre unos pocos segundos y varios minutos). El plantearnos incluir los lácteos y la apnea durante el sueño, fue una cuestión que surgió en una conversación con un profesional de la Fisioterapia, donde había encontrado pacientes afectos de vitíligo y que referían tener problemas de apnea durante el sueño e intolerancia a los lácteos. Así, no podemos referir a ningún autor. Podemos remitirnos a un caso de N=1, donde el vitíligo aparece como

una patología comórbida en un hombre de 70 años con infarto de miocardio, hipovitaminosis D y vitíligo (Nunes, Martins, 2010).

1.8.1.- Aspectos biopsicosociales del vitíligo.

El vitíligo tiene actualmente un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, muchos de los cuales se sienten angustiados y estigmatizados por su condición. La palabra sánscrita *kilas* se deriva de *kil* (que significa tirar o desechar) por lo que *kila* significa “aquello que tira de color”. Desde la antigüedad, los pacientes de vitíligo han sufrido los mismos abusos físicos y mentales que los leprosos de aquella época (Picardo y Taïeb, 2010). El vitíligo es particularmente desfigurante en las personas con piel oscura y comporta un estigma social especialmente en la sociedad india, donde las mujeres con vitíligo se consideran a veces aptas o no para el matrimonio. La sociedad trata a los pacientes con vitíligo de la misma forma como lo hace cualquier otra persona que parece ser diferente. En algunas partes de la India, todavía se quedan mirando, o son sometidos a susurros y comentarios, antagonismo, insultos o aislamiento. Una mujer con vitíligo puede enfrentarse a numerosos problemas sociales y experimentar grandes dificultades para casarse. Si el vitíligo se desarrolla después del matrimonio, proporciona una base para el divorcio. En algunas partes de la India, la enfermedad es a menudo considerada como un castigo de Dios, presumiblemente causada por sentimientos inconscientes de culpa. Es por ello que los pacientes se someten a diversas restricciones en la dieta como la evitación de la leche, el pescado, las frutas cítricas, etc. (Picardo y Taïeb, 2010), siguiendo la línea de lo comentado en el apartado referido a la nutrición.

Respecto a éste último párrafo, es de destacar que en Irán está apareciendo lo que podemos aventurarnos a observar como un cambio cultural, y es que existen dos estudios centrados en el índice de calidad de vida de los pacientes afectados de vitíligo. El primero de ellos, de Hedayat, Karbakhsh, Ghiasi, Goodarzi, Fakour, Akbari, Ghayoumi y Ghandi (2016), destaca la importancia de los problemas emocionales y psicológicos en la incidencia, progresión, recaída y remisión del vitíligo, desarrollando un cuestionario de calidad de vida adaptado a la población iraní (VitiQol).

En el segundo artículo, de Karami et al. (2016) se comparan las características y la calidad de vida de pacientes afectados de vitíligo con pacientes que no lo tienen. Los principales resultados que obtuvieron fueron que no se observaba una gran diferencia entre pacientes afectados de vitíligo con aquellos no afectados en lo que a la salud física se refiere. Por el contrario, encontraron diferencias significativas en salud mental.

En la década de 1970, Porter et al., (1978) mostraron los **efectos psicosociales** del vitíligo a los dermatólogos. Una encuesta realizada con pacientes de vitíligo en el Departamento Ambulatorio Hospitalario mostró que: dos tercios se sintieron avergonzados por la enfermedad, más de la mitad de ellos se sentían incómodos, la mayoría de los pacientes se sentían ansiosos y preocupados por la enfermedad en sí. También se estudió el efecto del vitíligo en la relación sexual y se encontró que la vergüenza durante la relación sexual fue especialmente frecuente en los hombres con vitíligo, ya que en el vitíligo localizado en hombres, los genitales es el área afectada con mayor frecuencia. En un estudio realizado por Sarhdan, Mohammed, Gomaa y Eyada (2016), se describe cómo afecta el vitíligo a la autoimagen genital, función sexual y calidad de vida en mujeres. Los resultados que obtuvieron muestran una correlación negativa entre la puntuación del índice de puntuación que mide el área afectada por el vitíligo y la satisfacción

sexual. Así la evaluación sexual y psicológica de los pacientes con vitíligo es imprescindible para mejorar los resultados y aumentar el cumplimiento de los pacientes con el tratamiento.

Muchos pacientes eligen ropa adaptada y utilizaron una gran cantidad de productos cosméticos con el fin de ocultar las lesiones cutáneas. Aunque el 80% percibía apoyo y comprensión por parte de sus amigos y familiares, se sentían menos comprendidos por los extraños, de modo que los pacientes se sentían incómodos con ellos. En Irán, las mujeres experimentaron mayor impacto psicológico en las relaciones sexuales y en la actividad sexual (Borimnejad, ParsaYekta, Nikbakht-Nasrabadi y Firooz, 2006).

Salzer y Schallreuter (1995; en Picardo y Taïeb, 2010) informaron que el 75% encontraban su desfiguración moderada o severamente intolerable. Un componente importante del estigma y causa de la estigmatización es la imposibilidad de ocultar las partes afectadas de la piel y la consecuente visibilidad. En un estudio relativamente reciente del 2007 (Schmid-Ott, Kunsebeck, Jecht, Shimshoniet et al., 2007; en Picardo y Taïeb, 2010), encontraron que la estigmatización que sufren los pacientes con vitíligo es psicológicamente relevante, pues los pacientes con lesiones visibles experimentaron un nivel de estigmatización alto.

La apariencia de la piel puede condicionar la autoimagen de un individuo y cualquier alteración patológica puede tener consecuencias psicológicas. Los pacientes a menudo desarrollan sentimientos negativos sobre la piel que se refuerza por sus experiencias durante un número de años. La mayoría de los pacientes con vitíligo muestran vergüenza que puede conducir al aislamiento social y a la baja autoestima (Picardo y Taïeb, 2010).

Las lesiones faciales de vitíligo pueden ser especialmente vergonzosas y la frustración que producen las lesiones resistentes sobre una parte expuesta de las manos y los pies, puede conducir a la ira y a la desilusión. En adolescentes, la irritabilidad y los sentimientos de depresión son comunes.

Los pacientes con vitíligo son especialmente sensibles a la forma en que otros los perciben y a menudo se retraen porque prevén ser rechazado. A veces, extraños e incluso amigos cercanos, pueden hacer comentarios hirientes y extremadamente humillantes. El impacto de tales factores es profundo, sometiéndolos a estrés emocional, interferencia con su empleo, o los llevan al uso del alcohol para disminuir la tensión y olvidar (Picardo y Taïeb, 2010).

El vitíligo también puede dar lugar a problemas en las relaciones interpersonales e inducir a la depresión y a la frustración. En un estudio realizado en la India (Mattoo, Handa, Kaur et al., 2002; en Picardo y Taïeb, 2010), se encontró que una cuarta parte de los pacientes con vitíligo presentaba comorbilidad psiquiátrica, siendo el diagnóstico más frecuente el trastorno de adaptación. La comorbilidad psiquiátrica correlacionó significativamente con disfunciones derivadas de la enfermedad.

1.8.1.1.- Calidad de vida.

El bajo nivel de autoestima y el alto nivel de estigma percibido son factores importantes a considerar en la calidad de vida de los pacientes con vitíligo. Como ya se mencionó anteriormente, la mayoría de los pacientes con vitíligo valoraba su desfiguración como moderada o severamente intolerable y la mayoría de ellos informaba que el vitíligo había afectado a sus vidas recientemente (Schmid-Ott, et al., 2007; en Picardo y Taïeb, 2010). Las entrevistas psicológicas realizadas con los pacientes, confirmaron que el vitíligo tenía un

impacto importante en sus vidas diarias. Las lesiones, visibles o no, influían directamente en sus relaciones personales, en su carrera profesional y en su vida social.

Los pacientes informaron que evitaban las actividades diarias y diferentes eventos sociales con el fin de protegerse ellos mismos de comentarios embarazosos. En el mismo estudio, se encontró que la gravedad percibida de la enfermedad y la personalidad del paciente son factores importantes a considerar cuando se evalúa el impacto psicológico del vitíligo. Una conclusión relevante fue que: mientras que la autoimagen corporal estaba más influida por el sexo, la gravedad percibida lo estaba más por la personalidad del paciente que por criterios objetivos de la enfermedad (Picardo y Taïeb, 2010).

Una entrevista orientada psicológicamente es esencial con el fin de evaluar el impacto percibido de la enfermedad. Como sugieren Picardo y Taïeb (2010), una simple escala visual analógica de 0 a 10 con la pregunta “¿Cuánto te incomoda tu enfermedad de la piel en la actualidad?” ayuda a medir la forma en que los pacientes se sienten acerca de su enfermedad, con independencia de los resultados médicos. Los mismos autores proponen también un sencillo cuestionario de calidad de vida, tal como el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*: un cuestionario sobre la calidad de vida dermatológica cuyo objetivo consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en la vida del paciente durante la última semana).

Un estudio realizado por Sampogna, Raskovic, Guerra, Pedicelli, Tabolli, Leoni, Alessandroni y Abeni (2008), con 181 pacientes afectados de vitíligo mostró que, a través del cuestionario Skindex-29 (un instrumento específico de dermatología para medir la calidad de vida), el 60% de la muestra mostraba preocupación por el empeoramiento de la enfermedad, el 37% presentaba ira, el 34% vergüenza, el 31% depresión, problemas a nivel social en un 28% y lástima en un 28%. Mediante el *Cuestionario de Salud General de 12 ítems* (GHQ), se observó que el 39% de la muestra presentaba problemas de depresión y ansiedad; mientras que el 24% mostraba alexitimia, medida mediante la *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems* (TAS). La asociación del deterioro de la calidad de vida con los problemas psicológicos fue muy fuerte para todos los ítems, y siguió siendo significativa también teniendo en cuenta simultáneamente el género, la edad, la gravedad clínica, la historia familiar y la localización del vitíligo. Concluyen así que obtener una información detallada de la calidad de vida de los pacientes afectados de vitíligo puede llevar a los dermatólogos a prestar una especial atención a dichos pacientes, pues presentan un alto riesgo de deterioro en su calidad de vida (Sampogna et al., 2008).

Según el testimonio de Sonia A. (Overbeck, 2015), una mujer 32 años cuyo discurso es recogido por un psicólogo en la página web de Lumi-Derm, refleja que se resignó “por completo, estaba desesperada. Fue una época dura tanto para mí como para mi familia y mi entorno, porque yo tenía que aguantar comentarios desagradables en el colegio y mi familia tenía que aguantar mi rabia y brotes de mal humor, y siempre con la sensación de que tendría que soportar esta enfermedad toda la vida. Para mí cada día de esta época de mi vida fue un desastre, un calvario y un sufrimiento sin fin, porque no había ninguna solución a la vista para eliminar mis manchas”.

Aunque el vitíligo no conduce a una enfermedad física grave, los pacientes experimentan un grado variable de psicodeterioro cuyo impacto psicológico se ha demostrado en diversos estudios de todo el mundo. Los pacientes con vitíligo sufren de mala imagen corporal, baja autoestima y aislamiento social, causado por sentimientos de vergüenza y

experimentando un nivel considerable de discapacidad (Alikhan, Flesten y Dali, 2011). Choi, Gim y Wang (2011) reflejan que el 23,6% de los pacientes afectados de vitíligo sufren efectos adversos en sus actividades sociales. La prevalencia con trastornos psiquiátricos asociados al vitíligo varía de un 25 a un 30% en Europa occidental y de un 56% a un 75% en India (Picardo y Taieb, 2010).

1.8.2.- Estresores y aparición de la enfermedad.

Como sugiere López (2000), los acontecimientos importantes en la vida de las personas como la pérdida de seres queridos, el divorcio o la pérdida del empleo, contrariedades de la vida cotidiana, los problemas en las relaciones con miembros de la familia, compañeros de trabajo o vecinos, constituyen factores de riesgo para la aparición de enfermedades. Sin embargo, las consecuencias negativas estarán en función de la naturaleza de los eventos (si son normativos o no normativos, por ejemplo), del significado personal del individuo y de los recursos que tenga para afrontarlos adecuadamente (sean materiales, personales y/o sociales).

Las investigaciones que abordan **la relación entre el vitíligo y el estrés** muestran que más de un 50% de los enfermos, e incluso en un 70%, aparece la enfermedad después de la ocurrencia de eventos estresantes evaluados por las personas como relevantes para su bienestar (Agarwal, 1998; mencionados en López, 2000; Feldman y Rondón, 1973; Papadopoulos, Bor, Legg y Hawk, 1998; Sánchez y Araluce, 1988).

Mientras que en niños destaca el divorcio de los padres (Sánchez y Araluce, 1988), en los adultos los principales estresores son: (López, 2000) (Tabla 1.11):

Tabla 1.11. Principales estresores en adultos.

- Los conflictos con la pareja.
 - Problemas en el trabajo.
 - Conflictos familiares.
 - La muerte de personas queridas.
 - La separación de algún miembro de la familia por razones de trabajo, estudios o casamiento.
 - La enfermedad de algún familiar cercano.
 - Sobrecargas con los estudios.
 - Problemas de vivienda.
 - Problemas económicos, entre otros.
-

En su artículo relacionado con el síndrome del *burnout*, Gomes, Hertel y Sanches (2010) mencionan que cuando el estresor todavía está presente y éste es excesivo, puede aparecer gastritis (más tarde úlcera), problemas de piel (tales como herpes, dermatitis, urticaria, psoriasis, vitíligo) e hipertensión, entre otros.

Es de interés mencionar que aquellos que han tenido eventos significativos vinculados al desencadenamiento del vitíligo se perciben más estresados, es decir, que sus vidas las consideran más impredecibles, descontroladas y sobrecargadas que aquellos que no refieren haber tenido tales acontecimientos (López et al., 1995).

Las investigaciones de Feldman y Rondón (1973), Sánchez y Araluce (1988), Papadopoulos et al. (1998) y Agarwal (1998), muestran que en un periodo no mayor de 1 año luego de la ocurrencia de los eventos estresantes (evaluados por las personas como relevantes

para su bienestar), la relación entre el vitíligo y el estrés es de más de un 50% e incluso de un 70% según López et al. (1995).

En una investigación realizada durante cuatro años y en la que se llevó a cabo psicoterapia con un grupo de mujeres con cáncer de mama, Campos (2008) constató cómo el vitíligo ocasionaba el incremento de baja autoestima, ansiedad y rechazo debido a que se incrementaban las dudas en relación a su imagen corporal, “fantasías de contagio” o de ser diferentes. Observó también que el grupo de mujeres atendidas dentro del grupo terapéutico, en especial las que desarrollaron vitíligo posterior al cáncer de mama, manifestaban características muy particulares dentro de su constelación familiar, a saber: provienen de familias con conductas donde predomina ansiedad; madres aprehensivas, que toleran muy poco la cercanía afectiva; madres con adicción al tabaco; recuerdos de nulo o poco disfrute con los cambios físicos en la adolescencia; madres abandonadas por la pareja; periodos largos de silencio en la “convivencia” familiar; familias que han estado expuestas a vivir pérdidas de otros familiares (hermanos, tíos) por cáncer; familias con predominancia a desarrollar cáncer; y padre ausente o anulado por una madre autoritaria.

1.8.3.- Procesos psicológicos relacionados con la búsqueda de ayuda médica y afrontamiento de la enfermedad.

Una vez aparecen las primeras despigmentaciones en la piel, la persona trata de buscar explicaciones mediante el **proceso de atribución causal** en el que intervienen diversos factores (López, 2000):

a) La visibilidad.

El hecho de que la mayoría de lesiones estén localizadas en zonas fácilmente visibles para otros, hace que la persona le conceda más importancia. La visibilidad del síntoma interfiere en la vida social del individuo ya que su apariencia física se ve dañada, afectando a sus relaciones interpersonales y a la participación en actividades sociales.

b) La atención.

Al ser visibles, la atención que demandan las acromías hace que la persona se centre en ellas, observe su cuerpo frente al espejo y se examine varias veces al día. Siguiendo el testimonio de Sonia A. (Overbeck, 2015): “(...) el problema no es lo que ven los demás y si te aseguran que no es visible, cada mañana delante del espejo te puedes convencer de lo contrario...”.

c) La información.

La accesibilidad de la información relevante sobre la enfermedad, ya sea a través de medios masivos de comunicación o de publicaciones de carácter científico o popular al alcance de la población.

d) Los prejuicios.

Los prejuicios existentes acerca de las enfermedades de la piel que conllevan el temor al contagio.

En las primeras etapas del proceso de atribución causal el paciente trata de justificar la aparición de las lesiones mediante algún agente externo como hongos, rasguños, exposición solar excesiva, etc. La búsqueda de ayuda médica suele ser por tanto lenta, ya que las despigmentaciones no tienen un carácter amenazante para la vida ni producen síntomas molestos. Es al mantenerse las lesiones en el tiempo, aumentar de tamaño y surgir nuevas despigmentaciones cuando los pacientes acuden al médico porque su imagen estética está afectando a sus relaciones personales, especialmente a las de pareja. En otros casos acuden alentados por la familia, pareja o amigos.

Mecanismos como la evitación o la negación de la enfermedad, alivian a corto plazo las preocupaciones y temores atenuando el desajuste emocional, mientras que a largo plazo tienen consecuencias negativas ya que retardan la búsqueda de ayuda médica mientras la despigmentación progresa (López, 2000).

Tras el diagnóstico, la asimilación de la enfermedad atraviesa diferentes etapas provocando distintas reacciones emocionales. En adultos se informan síntomas de ansiedad, depresión, agresividad e irritabilidad (López et al. 1995). También hay una tendencia al aislamiento social, a sentirse rechazados, y como consecuencia, hay dificultades en las relaciones interpersonales y en particular en las relaciones sexuales (López, 2000).

Una de las opciones que puede utilizar el paciente en la búsqueda de información y apoyo, es la que ofrece la Asociación de Pacientes de Vitíligo (ASPAVIT), con sedes en Granada, Málaga, Almería, Madrid, Huelva y Murcia.

En López et al. (1995) encontramos distintas estrategias de afrontamiento de los enfermos de vitíligo:

- *Orientadas al manejo de la enfermedad*: se caracterizan por acciones dirigidas al tratamiento y la búsqueda de información a través de materiales especializados de personas que padecen la misma enfermedad.
- *Orientadas al manejo de las emociones*: a través de éstas se intenta disminuir la repercusión emocional que tiene la enfermedad, ya sea distrayéndose, tratando de pensar en otras cosas, restableciendo relaciones afectivas importantes o buscando apoyo emocional en la familia.
- *Descontrol*: se asume una actitud y conducta negativa con respecto a la enfermedad, retrayéndose, aislándose de los demás, con actitudes pesimistas y restándole importancia a la enfermedad.

Porter, Beuf, Nordlun y Lerner (1978; mencionado en López et al., 1995) distinguen 3 grupos de enfermos: los que se caracterizan por un *afrontamiento activo* a través del conocimiento y aceptación de la enfermedad; los que *aceptan la enfermedad*, no parecen perturbados ni hacen esfuerzos por ocultar sus lesiones; y los que se *deprimen*, se esfuerzan por ocultar sus lesiones, y se aíslan de los demás.

Moragón (1983) realizó un estudio que contó con 218 pacientes afectados de vitíligo que acudieron al servicio de dermatología del Hospital Clínico de Valencia. Entre los diversos resultados dermatológicos y médicos que obtuvo, mostramos en la siguiente tabla los más relevantes desde el punto de vista de nuestro estudio (Tabla 1.12):

Tabla 1.12. Resultados obtenidos por Moragón (1983).

Sexo:	El 57,3% fueron mujeres frente al 42,7% que fueron hombres.
Edad: (desde los tres meses hasta los 80 años).	El 27,5% de los casos apareció en la segunda década de la vida. En la primera década hubo un 26,6% y a partir de los 20 años hubo una disminución progresiva con la edad. Los varones predominan en la primera década y las mujeres en la segunda década.
Factores precipitantes: Factores físicos: 33,3%.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones quirúrgicas: 2% (<i>relacionado con el fenómeno Koebner</i>). - Traumatismos: 5,4% (<i>relacionado con el fenómeno Koebner</i>). - Embarazo: 8% (<i>¿deseado?, no lo dice el autor</i>). - Inducido químicamente: 7,3%. - Toma de sol: 10,5% (<i>mayor evidencia de lesiones de vitíligo</i>).
Factores precipitantes: Factores psíquicos: 10,9%.	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas familiares: 9%. - Otros problemas emocionales: 2%.
Herencia:	14,2% contrastados. (<i>El autor reseña que 26 pacientes presentaban antecedentes diabéticos en diferentes miembros de la familia</i>).
Sin factores precipitantes conocidos: 55,70%.	

Los datos expuestos por Moragón (1983) no reflejan con la suficiente relevancia los factores psíquicos aunque sí los tiene en cuenta.

Para conocer el comportamiento de factores moduladores del estrés en personas con enfermedades dermatológicas psicósomáticas, mencionar el estudio realizado por Fagundo, Carbonell y Bayarre (2011). Estos autores realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 60 individuos diagnosticados con liquen plano, psoriasis, vitíligo y alopecia areata. A continuación se muestran los resultados obtenidos en los pacientes con vitíligo (8 sujetos) (Tabla 1.13):

Tabla 1.13. Resultados obtenidos para los pacientes de vitiligo.

Antecedentes de atención psiquiátrica y/o psicológica:	- No: 6 (75%). - Sí: 2 (25%).
Presencia de conflictos o eventos estresantes:	- No: 0 (0%). - Sí: 8 (100%).
Tipo de Conflicto:	- Personal: 2 (25%). - De pareja: 8 (100%). - Familiar: 8 (100%). - Laboral: 6 (75%).
Percepción de apoyo familiar:	- Ausente: 2 (25%). - Presente: 6 (75%).
Vulnerabilidad al estrés:	- No vulnerable: 2 (25%). - Vulnerable: 6 (75%). - Seriamente vulnerable: 0 (0%).
Presencia de ansiedad y/o depresión:	- Ansiedad: 4 (50%). - Depresión: 0 (0%). - Ansiedad y Depresión: 4 (50%).
Nivel de autoestima:	- Baja: 0 (0%). - Media: 8 (100%). - Alta: 0 (0%).
Comportamiento de fortaleza personal:	- Mala: 6 (75%). - Regular: 2 (25%). - Buena: 0 (0%).

Las conclusiones del estudio fueron las siguientes (Fagundo et al., 2011):

1. En los pacientes con enfermedades dermatológicas psicósomáticas, los antecedentes de trastornos psicológicos o psiquiátricos previos a la afección de la piel no fueron significativos.
2. Casi la totalidad de los individuos incluidos en esta investigación tuvieron uno o más eventos estresantes entre los 6 meses y 1 año previos a la aparición de las enfermedades dermatológicas psicósomáticas.
3. La percepción de buen apoyo familiar alcanzó una elevada cifra porcentual. La vulnerabilidad al estrés tuvo un predominio de sujetos vulnerables y seriamente vulnerables.
4. El comportamiento de la ansiedad y la depresión arrojó un predominio porcentual de la primera. Pero resultó evidente la presencia concomitante de ambos síntomas (ansiedad y depresión) en casi la totalidad de los pacientes con afecciones psicodermatológicas.

5. Los factores moduladores del estrés en el grupo objeto de estudio se encontraron severamente afectados, predominando el llamado perfil de riesgo y no los factores protectores.

Como puede verse, los factores psicológicos y los ajenos al individuo tienen una gran relevancia e importancia en la aparición y curso del vitíligo. En la misma línea, Picardo y Taïeb (2010) mencionan que tanto el vitíligo, como la alopecia areata y la psoriasis, pueden ser desencadenados y agravados por el estrés.

Muchos pacientes **vinculan el inicio** de la enfermedad a un evento angustioso o a un duelo. En un estudio en que los pacientes con vitíligo y controles completaron la versión de 12 meses del Programa de Experiencia Reciente (cuestionario que mide el número y la frecuencia de los eventos estresantes de la vida), se encontró que los pacientes con vitíligo experimentaron acontecimientos más estresantes que los controles (Papadopoulos et al., 1998; en Picardo y Taïeb, 2010). En otro estudio más reciente Manolache y Benea (Manolache, Benea, 2007; en Picardo y Taïeb, 2010), contaron con 45 pacientes con alopecia y 32 pacientes con vitíligo. Encontraron que el grupo de pacientes con vitíligo informaba más eventos estresantes (65,62% frente al 21,87% del grupo control). Tanto en los grupos de alopecia como de vitíligo, la aparición de un evento específico parece tener mayor impacto en el inicio de la enfermedad que varias situaciones estresante. Los problemas personales, incluyendo exámenes y tener un trabajo remunerado fueron también significativos.

1.8.4.- Impacto de la enfermedad en pacientes y familiares.

Como resulta evidente, Picardo y Taïeb (2010) exponen que el **apoyo psicológico** tiene primordialmente la intención de ayudar a los pacientes a expresar su sufrimiento psicológico y los sentimientos negativos asociados a la enfermedad. Hablan de un programa de intervención dirigido a que los pacientes se acepten tal y como son, con o sin la enfermedad. En caso de que el impacto de la intervención sea beneficioso, los pacientes serán capaces no sólo de reanudar sus actividades y participar en su vida social sin sentirse discapacitados por su trastorno de la piel, sino también para desarrollar su propia personalidad, sin estar limitada por las consideraciones de la enfermedad.

El grado en que el vitíligo influye en la vida de las personas viene determinado por las variaciones en el color de la piel, del contexto cultural, del acceso al tratamiento y en la severidad de la enfermedad. Mientras que algunas personas con la enfermedad logran desarrollar estrategias para hacerle frente, otras sucumben a la depresión y a la desesperación. Lejos de ser un mero problema estético, el vitíligo a veces puede arruinar la vida de las personas. Si bien no se puede hablar en nombre de todos los pacientes, hay ciertas preocupaciones comunes experimentadas por todos los que padecen la enfermedad.

Para los adultos el vitíligo puede ser devastador y puede afectar severamente la calidad de vida del paciente (especialmente en los genitales o cuando las áreas afectadas están expuestas). El curso impredecible de la enfermedad, así como la tendencia a propagarse, se suman al estrés y la ansiedad por los esfuerzos del paciente para adaptarse a la alteración de su apariencia y al aumento de su desfiguración y, en algunos casos, la posible pérdida de identidad. El vitíligo puede socavar la confianza en uno mismo y la autoestima, lo que lleva en algunas

casos a graves depresiones e incluso a pensamientos suicidas. Puede causar una sensación de aislamiento e influyen en muchos aspectos que pueden afectar a la vida cotidiana y a la interacción social.

En la siguiente tabla se muestra el impacto del vitíligo en diversas áreas (Picardo y Taïeb, 2010) (Tabla 1.14):

Tabla 1.14. Impacto del vitíligo en diversas áreas del individuo.

Elección de la ocupación	Puede disuadir a la gente en determinadas profesiones o puestos de trabajo si su vitíligo es visible (catering, música, enfermería).
Aislamiento	La gente puede ser condenada al ostracismo o a sentir miedo a salir de casa por miedo a la reacción de su enfermedad.
Estilo de vestir	Muchas personas con vitíligo en áreas expuestas usan mangas largas durante todo el año.
Actividades de ocio y vacaciones	Evitar la playa, no se apuntan a deportes como natación...
Relaciones	Establecer relaciones o encontrar una pareja puede ser difícil.
Proposiciones de matrimonio	En algunas culturas en particular, la vida de la gente joven puede ser arruinada si hay vitíligo en la familia.
La decisión de tener un hijo	Muchos temen transmitir la enfermedad.

1.8.4.1.- Vitíligo en la infancia y la adolescencia.

Alrededor de la mitad de las personas desarrollan el vitíligo antes de los 20 años. Eso significa que una gran proporción de los pacientes son niños con la perspectiva de vivir con una enfermedad crónica, incurable y de por vida. Aunque los síntomas físicos no son graves (se restringen a la susceptibilidad de las quemaduras solares en las áreas afectadas o picazón en algunos pacientes), la enfermedad puede tener un efecto devastador (Picardo y Taïeb, 2010).

Los niños pueden ser blanco de burlas crueles e intimidación en la escuela, lo que lleva al aislamiento, la soledad, una mala autoestima, falta de confianza y bajo rendimiento en materias escolares. La transición de la primaria a la secundaria puede ser un momento particularmente difícil para los niños cuando tienen que ajustarse a un cambio y hacer nuevos amigos. La aparición de vitíligo durante la adolescencia puede tener efectos muy negativos, ya que esta es una etapa crucial para el desarrollo en el camino hacia la edad adulta. En esta etapa, los jóvenes quieren ser parte de la multitud y pertenecer a un grupo, pero el vitíligo les hace destacar. Hay informes anecdóticos de algunos adolescentes que evitan formar relaciones o tener relaciones sexuales por temor a mostrar las áreas genitales afectadas (Picardo y Taïeb, 2010).

En un estudio realizado por Guimrães, Caserta, Audibert, Muriéli y da Costa (2016), las autoras tenían en cuenta el relato materno a la hora de detectar los factores que se desencadenan en las dermatosis crónicas (incluyendo el vitíligo) de los niños con perfiles de internalización y externalización. Concluyeron que las madres de niños con enfermedad crónica de la piel identifican los factores ambientales y biológicos como desencadenantes de la enfermedad.

Independientemente del tipo de dermatosis presentada, los datos mostraron que las situaciones de estrés agudo o prolongado son apuntadas por las madres como desencadenantes de los síntomas, siendo que la emoción está relacionada directamente con la dolencia.

Volvemos al relato de Sonia A. (Overbeck, 2015) acerca de su vivencia durante la adolescencia para ver un ejemplo de hasta dónde puede afectar durante dicha etapa: “la vida de una adolescente que cree que no tiene futuro es muy triste. No quise hacer nada, ni ir al cole, nada. Pasaba días enteros encerrándome. Mis padres al principio buscaban una solución pero luego repetían continuamente que “no es para tanto”, me decían y afirmaban que mis manchas no se notaban”.

1.8.4.2.- Familiares.

Por lo que respecta a los familiares, a veces los padres hacen todo lo posible y pagan una gran cantidad de dinero para tratar de curar a su hijo. Algunos padres pueden, sin saberlo, transmitir sus inquietudes a su hijo por buscar sin descanso una cura en lugar de ofrecerle apoyo, entendimiento y la seguridad del amor a pesar de la forma en que el niño se ve. Tener un hijo con vitíligo puede poner en tensión a los padres, a los matrimonios y también a la unidad familiar como un todo (Picardo y Taïeb, 2010).

En un estudio realizado por Basra y Finlay (2007; en Picardo y Taïeb, 2010), la mayoría de los parientes informó que tener un familiar con una enfermedad de la piel tenía un efecto perjudicial en su vida. La muestra incluyó a personas con enfermedades de la piel diferentes. Y no sólo tenía como objetivo a los padres, también a otros miembros de la familia. Sin embargo, la mayoría de los casos sufrían eccema con tan sólo un paciente con vitíligo incluido en el estudio. Los estudios realizados para determinar cómo afecta el vitíligo a las familias podrían resultar determinantes para saber si los resultados conducen a un método que ayude a las familias sobre cómo hacerle frente (Picardo y Taïeb, 2010).

1.8.5.- Intervenciones Psicológicas.

La aceptación de la enfermedad puede mejorar enormemente la calidad de vida del paciente. Es evidente que hay algunos pacientes a los que podría beneficiar las intervenciones psicológicas, pero hay pocos psicoterapeutas capacitados o con experiencia para trabajar con pacientes con enfermedad crónica en la piel. A pesar del hecho de que muchos médicos reconocen la necesidad de abordar el impacto psicosocial de la enfermedad en la piel, no hay ninguna disposición para ello (Picardo y Taïeb, 2010). Afortunadamente, eso está cambiando.

Según la Asociación Española de Pacientes de Vitíligo (ASPAVIT), el 90% de pacientes no reciben tratamiento. En el momento del diagnóstico “es fundamental asumir la enfermedad, buscar apoyo psicológico en caso necesario, seguir el tratamiento bajo prescripción médica y ser constante en su cumplimiento” (Luis Ponce de León, presidente de ASPAVIT).

La falta de evidencia para este tipo de intervención es también una preocupación y puede hacer que los dermatólogos sean reacios a sugerir la inclusión de un psicólogo para enfermedades dermatológicas, a pesar de ser conscientes de la necesidad de ello (Picardo y Taïeb, 2010).

Como ya se ha mencionado en el apartado de los familiares, el sistema de relaciones interpersonales en que está inmerso el enfermo ejerce también una influencia importante durante todo el proceso de la enfermedad. Para que el apoyo sea realmente efectivo, éste debe provenir

de personas con las que exista una adecuada empatía o simpatía, preferentemente que tengan una semejanza sociocultural y de experiencias. También hay que tener en cuenta que el apoyo social puede resultar perjudicial cuando se asumen actitudes sobreprotectoras que provocan sentimientos de minusvalía (López et al., 1995).

Al plantearse los tipos de apoyo psicológico y ayuda que se puede prestar a estos pacientes, la mayoría de los artículos publicados se concentran en el tipo de dificultades psicológicas y en los factores que influyen en ellos, pero no mencionan intervenciones específicas. La intervención psicológica conocida del vitíligo publicada es la de Papadopoulos et al. (Papadopoulos, Bor, Legg, 1999; en Picardo y Taïeb, 2010) en la que utilizaron Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Concluyeron que la TCC puede ayudar a mejorar la calidad de vida, la autoestima y la percepción de la imagen corporal. También sugieren que la TCC puede influir en la progresión de las lesiones del vitíligo. Aunque estos hallazgos están basados en una muestra muy pequeña de pacientes, este trabajo ofrece nuevas perspectivas.

Respecto a la TCC, en una revisión reciente acerca de las intervenciones psicosociales para personas con una diferencia visible (incluyendo el vitíligo), no se encontró evidencia suficiente sobre la efectividad clínica de los 12 estudios que se evaluaron (Picardo y Taïeb, 2010). Hay sólo dos estudios que explican el posible valor de la psicoterapia para pacientes con vitíligo (Papadopoulos et al., 1999; y Papadopoulos, Walker y Anthis, 2004) que pasamos a mencionar a continuación.

El primer estudio, publicado por Papadopoulos et al. (1999; en Picardo y Taïeb, 2010) era con una muestra pequeña de 16 pacientes asignados al azar a dos grupos de 8. Un grupo recibió sesiones individuales de TCC y el otro no recibió ningún asesoramiento. En ambos grupos los pacientes recibieron tratamiento PUVA (consiste en la administración de un medicamento fotoactivo -psoraleno- por vía oral y la exposición posterior a radiación ultravioleta A). Los grupos fueron aptos y el estudio se prolongó durante ocho semanas con una evaluación del seguimiento después de 5 meses. Los resultados después del tratamiento mostraron una mejora de la calidad de vida, de la autoestima y de la imagen corporal en el grupo de TCC en comparación con las bajas puntuaciones registradas antes y durante el estudio en el grupo control.

Los resultados del segundo estudio (Papadopoulos et al., 2004; en Picardo y Taïeb, 2010), que comparó la TCC con la Terapia Centrada en la Persona, mostró resultados compatibles con el primer estudio. Esto puede ser debido a que el estudio fue diseñado para ser utilizado en terapia de grupo. Se necesitan más y mejores estudios para determinar qué tipo de terapia es un complemento útil para el tratamiento convencional.

En su tesis doctoral, Müller (2001) comparó dos grupos de pacientes con vitíligo: uno recibiendo tratamiento médico durante seis meses, y el otro recibiendo tratamiento médico y psicológico durante el mismo tiempo. Los resultados demostraron que el grupo que recibió ambos tratamientos tuvo un aumento significativo de repigmentación de la piel (80%), en comparación al grupo que sólo recibió tratamiento médico, que repigmentó un 20%. Esto nos da una base y la esperanza de que el tratamiento psicológico sea incorporado al área de la dermatología.

Destacar aquí el término que aparece en el artículo de Thompson (2016): **psicodermatología**. Nos parece un concepto que aún a las dos disciplinas que venimos refiriendo durante todo este trabajo.

Con los resultados obtenidos, podemos concluir que los dermatólogos pueden así justificar la intervención psicosocial para el tratamiento médico estándar. Además, una breve entrevista psicológica y una actitud de apoyo también pueden ser beneficiosas. Los pacientes están contentos de tener la oportunidad de poder expresar las dificultades derivadas de su enfermedad. Sentirse comprendidos y escuchados es una parte del tratamiento global del vitíligo. A veces, una simple conversación con un profesional de la salud puede ayudar al paciente a ser libre de los complejos producidos por la enfermedad y los vergonzosos comentarios que tiene que soportar. Esto lo desarrollaremos en el apartado 4.- Conclusiones y Discusión.

A lo largo de este proceso, los pacientes pueden evolucionar desde el estado de paciente a casi individuos corrientes. Durante la entrevista también se puede evaluar el contexto socio-profesional del paciente y la estigmatización causada, así como las perturbaciones que se originan en el trabajo o durante las actividades diarias. A los pacientes se les pueden proponer diferentes estrategias para disfrutar de una mejor vida social y que puedan beneficiarse de un seguimiento psicológico recibiendo así más atención y sentirse mejor (Picardo y Taïeb, 2010). El objetivo es que los pensamientos negativos y el malestar de los pacientes relacionados con la enfermedad deben ser gradualmente reemplazados por otros pensamientos más positivos en función de su personalidad y de sus cualidades.

1.9.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El presente estudio se inscribe en el marco de una investigación dirigida a explorar las relaciones que se observan entre el impacto del estrés y la aparición de nuevas lesiones de vitíligo, en comparación con pacientes que no presentan dichas alteraciones pigmentarias (grupo control). Este interés se sustenta en la existencia de evidencias científicas que muestran correlaciones positivas y significativas en el caso de otras enfermedades dermatológicas. Por ejemplo: psoriasis (Navarro et al., 2006), alopecia areata (Picardo y Taïeb, 2010) o lesiones cutáneas de tipo infeccioso (Rodríguez et al., 2002). Panconesi (2001), refiere las siguientes afecciones cutáneas que conllevan una incidencia elevada de factores psico-emocionales: hiperhidrosis, dishidrosis, pruritus sine materia, urticaria, liquen simple, dermatitis atópica, acné (también mencionado en Escalante, 2007), rosácea, dermatitis perioral, efluvio telógeno, alopecia areata, psoriasis, dermatitis seborreica, eczema numular, liquen plano, herpes, verrugas y vitíligo.

Los objetivos que a continuación formulamos vienen condicionados por el tipo de investigación y por las características del diseño utilizado (ver más adelante).

En primer lugar planteamos un *objetivo general de carácter evaluativo-descriptivo*. La función aquí es únicamente la de analizar el tipo de relaciones que se establecen entre los constructos psicológicos de interés utilizados en la investigación, ya que como se apuntó anteriormente, las investigaciones psicológicas en el campo del vitíligo son escasas. Del mismo modo, el disponer de un grupo control nos permite comparar dichos constructos entre pacientes afectados de vitíligo y pacientes no afectados, buscando diferencias significativas entre ambos grupos.

En segundo lugar planteamos una serie de *objetivos e hipótesis más concretos*, entre los que se encuentran los siguientes:

1. Explorar si el género de los pacientes con vitíligo se relaciona con sus reacciones de estrés, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo, en comparación con los pacientes del grupo control:

- a) **Hipótesis 1a:** se espera que mientras que hombres y mujeres experimentaran un volumen similar de acontecimientos vitales estresantes (siguiendo a Merli et al., 2014); sin embargo el impacto de estos y en consonancia el estrés percibido será mayor en las segundas que en los primeros y, en especial, en las pacientes de vitíligo.
- b) **Hipótesis 1b:** por lo que se refiere al uso de estrategias de afrontamiento hipotetizamos que tanto las mujeres del grupo de control como del grupo de vitíligo, utilizarán más estrategias de afrontamiento, especialmente orientadas a la solución del problema, que los hombres. Esta hipótesis se sustenta en lo siguiente. Por una parte, los estudios realizados en la población general muestran que las mujeres se preocupan (y ocupan) más de sus problemas de salud que los hombres, manifestando en consonancia una mayor voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, como es nuestro caso para sus problemas dermatológicos (Wisner y Dolan-Sewell, 2009). Por otra, hay que tener en cuenta que el vitíligo no es una enfermedad que conlleva una amenaza de debilitamiento físico, situación en la que los hombres tienden a emplear más estrategias de afrontamiento que las mujeres (López, 2000).
- c) **Hipótesis 1c:** se espera que, debido al mayor número de reacciones de estrés/ ansiedad en mujeres, éstas presenten mayor sintomatología referida al malestar subjetivo que los hombres, tanto del grupo de vitíligo como del grupo control. Esta afirmación se sustenta en los estudios epidemiológicos que muestran que las mujeres en edad reproductiva tienen aproximadamente de 2 a 3 veces más probabilidad que los hombres de haber sufrido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Alonso et al., 2004).

2. Establecer si la percepción o no percepción del paciente de una asociación entre los estresores y su vitíligo se relaciona con sus síntomas de estrés, sus estrategias de afrontamiento y su malestar subjetivo:

- a) **Hipótesis 2a:** se espera que aquellos pacientes que asocian (y por tanto perciben) la aparición del vitíligo con un acontecimiento vital estresante, presenten mayor sintomatología de estrés percibido y menor número de estrategias de afrontamiento. Y es que se ha sugerido que los efectos del estrés dependen de: (1) la percepción del estresor, (2) la capacidad del individuo para controlar la situación, (3) la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas y (4) de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad (Sandín, 2003). Puesto que el vitíligo es una patología dermatológica de origen desconocido y cuyo tratamiento es inespecífico, se espera que los pacientes diagnosticados no sepan cómo afrontar la presencia de las lesiones, pues no pueden utilizar ninguna estrategia centrada

en el problema que ofrezca la absoluta garantía de que las lesiones desaparezcan o disminuyan.

- b) **Hipótesis 2b:** se espera que aquellos pacientes que sí identifican un estresor inicial en la aparición de las lesiones del vitíligo, presenten mayor número de sintomatología psicológica referida al malestar subjetivo, frente a aquellos que no identifican un estresor inicial en la aparición de las lesiones del vitíligo. Esta hipótesis la basamos en lo planteado por Picardi (2001, en Navarro et. al., 2006) y en la idea que plantean Cancio et al. (2003) de que el identificar los factores estresantes permite una mejor adaptación a la enfermedad, buscando una comprensión psicológicamente sana del proceso y una mejora en la calidad de vida social y familiar.

3. Analizar si el seguir o no tratamiento dermatológico se relaciona con los síntomas de estrés, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo de los pacientes:

- a) **Hipótesis 3a:** se espera que aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento dermatológico para las lesiones de vitíligo, presenten una menor sintomatología frente al estrés, y por tanto, un mayor número de estrategias de afrontamiento. Se ha visto que el afrontamiento y el apoyo social (en éste caso dermatológico) se consideran mediadores de la respuesta del estrés, en el sentido de que median los efectos de los estresores sobre la respuesta (Pearlin, 1989; en Sandín, 2003).
- b) **Hipótesis 3b:** se espera que aquellos pacientes que sí están recibiendo tratamiento dermatológico para las lesiones de vitíligo, presenten menor número de sintomatología psicológica referida al malestar subjetivo, frente a aquellos que no reciben tratamiento dermatológico para las lesiones. No podemos hacer referencia a la eficacia de ningún tipo de tratamiento dermatológico en concreto que repercuta en el bienestar psicológicos de los pacientes; sin embargo nuestro razonamiento se basa en lo expuesto por otros autores como Müller (2001) y en nuestra experiencia clínica de que aquellos pacientes que reciben tratamiento para su sintomatología (dermatológica en este caso), mejorarán en salud y bienestar psicológico, al estar actuando para la mejora de las lesiones.

4. Establecer si la superficie corporal afecta de los pacientes se relaciona con sus síntomas de estrés, sus estrategias de afrontamiento y su malestar subjetivo:

- a) **Hipótesis 4a:** se espera que aquellos pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% presenten menor sintomatología de estrés percibido y mayor número de estrategias de afrontamiento, que aquellos pacientes con una superficie corporal afecta superior al 25%. Este razonamiento se sustenta en la idea de que a menor número de lesiones, la percepción del estrés será menor y las estrategias de afrontamiento irán encaminadas a la acción.
- b) **Hipótesis 4b:** se espera que aquellos pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% presenten menor número de sintomatología psicológica

referida al malestar subjetivo, frente a aquellos pacientes con una superficie corporal afecta superior al 25%. Como hemos visto, conocemos por otros autores que la superficie corporal afecta influye en los síntomas de estrés, en las estrategias de afrontamiento y en el malestar subjetivos de los pacientes. Nosotros distinguimos la superficie corporal afecta en mayor o menor del 25%, pues ambas hipótesis recogen la idea de que a menor número de lesiones, mayor bienestar y calidad de vida del paciente, como se desprende de las diversas conclusiones en los estudios anteriormente comentados.

5. Establecer si la superficie corporal afecta se relaciona con la percepción o no percepción del paciente de una asociación entre los estresores y su vitíligo:

- a) *Hipótesis 5a*: se espera que aquellos pacientes que asocian (y por tanto perciben) la aparición del vitíligo con un acontecimiento vital estresante, presenten una superficie corporal afecta superior al 25%. Apoyados en la teoría autoinmunitaria, el hecho de percibir el estresor inicial, generará una mayor respuesta de activación fisiológica y por tanto una mayor respuesta de estrés orgánico, generando anticuerpos que harán aumentar la superficie de las lesiones de vitíligo.

6. Establecer si la superficie corporal afecta se relaciona con el seguir o no tratamiento dermatológico:

- a) *Hipótesis 6a*: se espera que aquellos pacientes que sí reciben tratamiento dermatológico presenten una superficie corporal afecta inferior a los pacientes que no reciben tratamiento dermatológico. Basamos la hipótesis en que el tratamiento para las lesiones, aunque no sea cien por cien eficaz en todos los casos, producirá una mejora en las lesiones.

7. Estudiar en los pacientes el patrón evolutivo que se observa en sus niveles y síntomas de estrés:

- a) *Hipótesis 7a*: un aumento o disminución a lo largo del tiempo de la superficie afecta, debería corresponderse en coherencia con un aumento o disminución del estrés percibido y de los síntomas psicológicos, especialmente en toda aquella sintomatología relacionada con el estrés/ansiedad. Este razonamiento se basa en el marco referencial de que la superficie del vitíligo va pareja al estrés percibido y a la sintomatología psico-emocional como ocurre en otras enfermedades dermatológicas que otros autores como Panconesi (2001) y Escalante (2007) han expuesto.

8. Establecer si el nivel de estrés previo de los pacientes, así como sus estrategias de afrontamiento, influyen en su superficie corporal afecta y en sus reacciones de estrés a corto y a largo plazo:

- a) **Hipótesis 8a:** se espera que el volumen e impacto de los sucesos vitales estresantes, el nivel de estrés percibido y el menor uso de estrategias de afrontamiento activas en el momento de la entrevista inicial, predigan los síntomas psicológicos, especialmente en los índices referidos a toda aquella sintomatología relacionada con el estrés/ansiedad, que manifiestan los pacientes a corto (6 meses) y a largo plazo (1 año). Seguimos así la línea de lo expuesto por Agarwal (1998); Feldman y Rondón (1973); López et al. (1995); Papadopoulos et al. (1998); y Sánchez y Araluce (1988).

9. Analizar el papel mediador desempeñado por las estrategias de afrontamiento a corto y a largo plazo:

- a) **Hipótesis 9a:** se espera que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes afectos de vitíligo medien entre el impacto de los estresores específicos a los que se han visto expuestos y el malestar subjetivo posterior que desarrollen, de forma que las estrategias activas (solución de problemas y búsqueda de apoyo) irán aparejadas con un menor malestar, mientras que las pasivas (evitación) producirán el efecto contrario. De este modo observaremos una comparativa con las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes afectos de vitíligo según López et al. (1995).

CAPÍTULO 2: MÉTODO.

INTRODUCCIÓN.

Este Capítulo se presenta estructurado de la siguiente manera: diseño de la investigación, descripción de la muestra del grupo vitílico y del grupo control, instrumentos de evaluación, el procedimiento seguido en la investigación y los análisis estadísticos realizados.

2.1- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Como se ha comentado en el CAPÍTULO 1, las investigaciones que relacionan el vitiligo con aspectos psicológicos son prácticamente recientes y escasas en comparación con las realizadas desde el punto de vista médico y dermatológico. Es por ello que desde la Psicología de la Salud consideramos un campo a explorar y donde el Psicólogo tiene un papel significativo. Hay que mencionar que el presente estudio forma parte de una investigación más amplia que venimos desarrollando en el Área de Manises (Área de Salud No. 23) desde hace más de tres años. Se trata de una investigación con un diseño longitudinal, pues se han medido en cuatro momentos temporales el estrés percibido y el malestar subjetivo de un grupo de pacientes diagnosticados de vitiligo para conocer su evolución. Sin embargo, en la primera medición, en la que se añadió un grupo control, además del estrés percibido y el malestar subjetivo, también se tuvieron en cuenta los sucesos vitales estresantes y las estrategias de afrontamiento, especialmente los primeros para ver si de manera retrospectiva pudieran identificarse antecedentes que estuvieran relacionados con la aparición de la enfermedad del vitiligo. Así pues, realizamos cuatro evaluaciones a lo largo del tiempo para el grupo con pacientes afectados de vitiligo (GV): **T0** o valoración inicial (la primera entrevista que se le realiza al paciente, tanto por parte de la dermatóloga como del psicólogo); **T1** o seguimiento a los 6 meses (revisión tanto por parte de la dermatóloga como del psicólogo); **T2** o entrevista al año (revisión tanto por parte de la dermatóloga como del psicólogo); y **T3** o entrevista al segundo año (revisión tanto por parte de la dermatóloga como del psicólogo). Para el grupo control (GC) tan sólo realizamos una evaluación en **T0** o valoración inicial (la primera entrevista que se le realiza a la persona, tanto por parte de la dermatóloga como del psicólogo).

Es importante subrayar las dificultades que reviste la investigación, pues hay que recordar que el vitiligo es una enfermedad que afecta del 1 al 2% a nivel mundial según diferentes publicaciones (Halder y Taliaferro, 2009; Kostopoulou y cols., 2009; Larrade y Abbruzzese, 2005; Ongena y cols., 2005; Radtke y cols., 2009; Zandi y cols., 2010), siendo la muestra que podemos obtener del Área de Manises (Aldaia, El Barrio del Cristo, Ribarroja del Túrria y Loriguilla) relativamente baja si atendemos a la proporción mundial. Sin embargo, es de agradecer la colaboración de los pacientes, así como de los médicos del Grupo Dermatológico del Hospital de Manises que conocían de nuestro estudio y nos derivaban pacientes que acudían a sus consultas.

Lo que se busca principalmente con el seguimiento a lo largo de los dos años es comprobar si la superficie de las lesiones del vitiligo (%) ha variado en ese período de 24 meses, así como el estrés percibido y la valoración del malestar subjetivo del sujeto. Del mismo modo, buscamos comparar las variables anteriormente mencionadas con un grupo control en el pase inicial.

Con el fin de especificar con mayor claridad nuestro diseño, se ha elaborado la Tabla 2.1 para el grupo de pacientes afectados de vitíligo y para el grupo control. En esta tablas se ofrece información relativa a las variables que fueron evaluadas en cada momento temporal: T0, T1, T2 y T3 en el caso del GV, y T0 para el GC.

Tabla 2.1. Variables evaluadas en el GV y GC en todos los momentos temporales.

	Grupo Vitíligo (GV)				Grupo Control (GC)
	Inicial (T0)	6 meses (T1)	1º año (T2)	2º año (T3)	Inicial (T0)
Variables Sociodemográficas					
Edad	*				*
Sexo	*				*
País de Origen	*				*
Estado civil actual	*	*	*	*	*
Nivel de estudios actual	*				*
Nivel socioeconómico actual	*	*	*	*	*
Trabajo actual	*	*	*	*	*
Residencia actual	*	*	*	*	*
Variables Dermatológicas y Médicas					
Hábitos tóxicos	*	*	*	*	*
Horas exposición solar al día	*	*	*	*	*
Antecedentes familiares vitíligo	*				*
Antecedentes personales enfermedad autoinmune	*				*
Superficie corporal afecta (%)	*	*	*	*	
Frecuencia de los brotes	*	*	*	*	
Tratamientos dermatológicos	*	*	*	*	
Lácteos a la semana	*				*
Problemas de apnea	*				*
Variables Psicológicas					
Relación aparición del vitíligo con algún acontecimiento vital estresante	*				
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	*	*	*	*	*
SVEAD de Pelechano, 1998 ^{*1}	*				*
CEP de Cohen y cols., 1983 ^{*2}	*	*	*	*	*
CSI de Amirkhan, 1990 ^{*3}	*				*
SCL-90 de Derogatis, 1975 ^{*4}	*	*	*	*	*

Nota=***1:** Valoración de los sucesos vitales estresantes y traumáticos ocurridos en los últimos 10 años mediante la Escala de Sucesos Vitales (SVEAD) de Pelechano, 1998. ***2:** Valoración del grado en que el paciente estima las situaciones de la vida como estresantes mediante la Escala de Estrés Percibido (CEP) de Cohen y cols., 1983. ***3:** Valoración de la reacción y estrategias de afrontamiento del paciente ante un problema o situación que le haya ocurrido recientemente mediante el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Amirkhan, 1990, adaptación española de J.F. Soriano, 1995. ***4:** Valoración del malestar subjetivo del paciente mediante el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis, 1975, adaptado para la población española por J.L. González de Rivera.

2.2.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

En este apartado se describirá la muestra inicial del GV (N= 54) evaluados en T0 (primera evaluación), y la muestra del GC (N= 54). Señalar que del GV, 38 pacientes han sido evaluados en T1 (a los 6 meses), 31 pacientes en T2 (primer año) y 15 pacientes en T3 (segundo año).

2.2.1.- Descripción de la muestra del grupo de pacientes afectos de vitíligo (GV).

GÉNERO. En ésta investigación han participado 54 pacientes afectos de vitíligo (T0) (Figura 1): 33 mujeres (61,1%) y 21 hombres (38,9%). El mayor número de mujeres que encontramos ratifica los resultados obtenidos en otros estudios que muestran cómo ellas acuden al servicio de Dermatología en mayor medida que los hombres, tal y como expusimos en el CAPÍTULO 1.

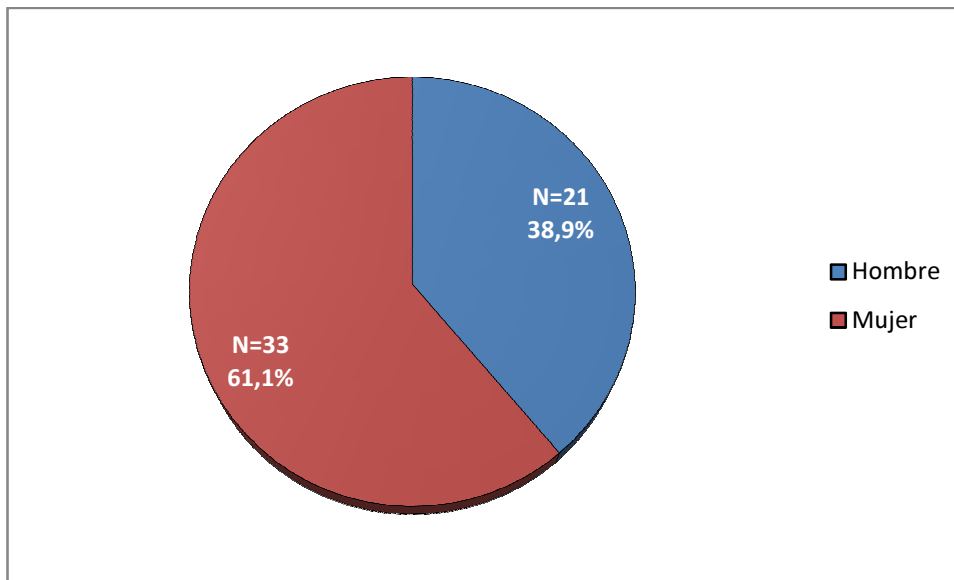


Figura 1. Género.

EDAD. En el Figura 2 se presenta la media de edad de los pacientes con vitíligo que han participado en el estudio, siendo la edad media de $M= 41,35$ y desviación típica de $DT= 14,26$.

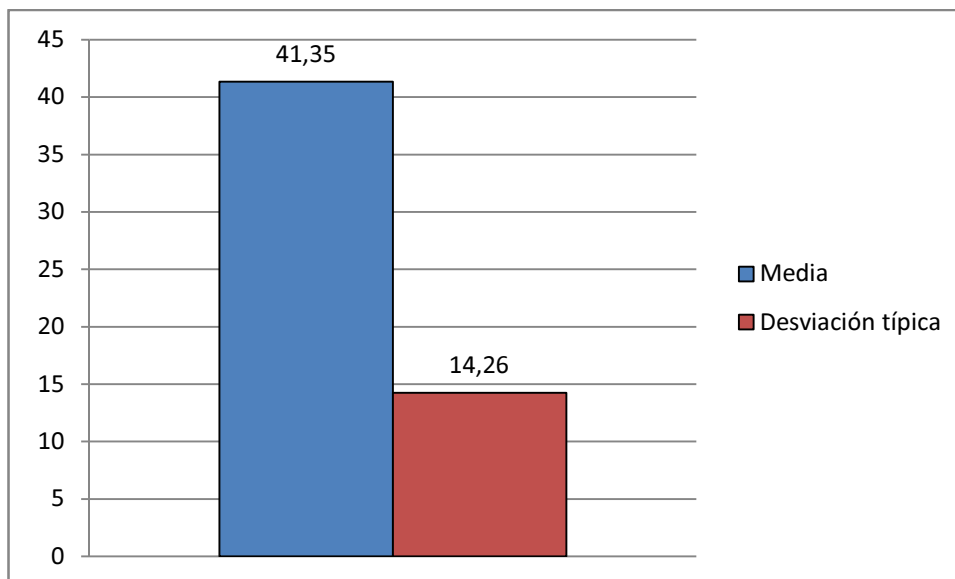


Figura 2. Edad.

ESTADO CIVIL. Respecto al estado civil, encontramos que el 50% de la muestra está casada o viviendo en pareja, mientras que el otro 50% está soltero o divorciado (Figura 3).

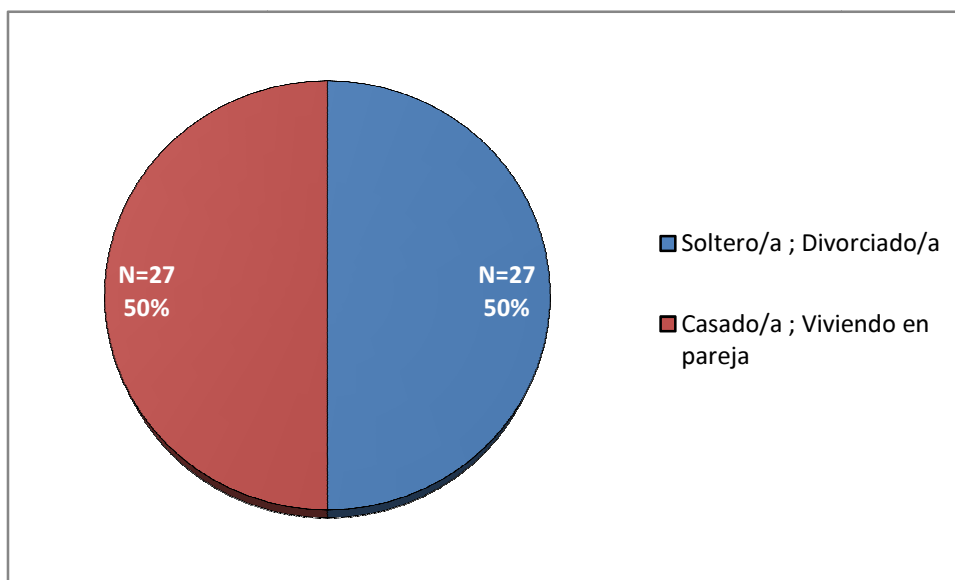


Figura 3. Estado civil.

NIVEL DE ESTUDIOS. Como se puede observar en la Figura 4, la mayoría de los pacientes afectos tienen nivel de estudios secundarios (BUP o FP) en un 46,2% seguido de los diplomados universitarios de grado medio con un 20,4%. El 13% de los pacientes tienen estudios universitarios de grado superior frente al 14,8% que tiene estudios primarios y al 5,6% que no tiene estudios.

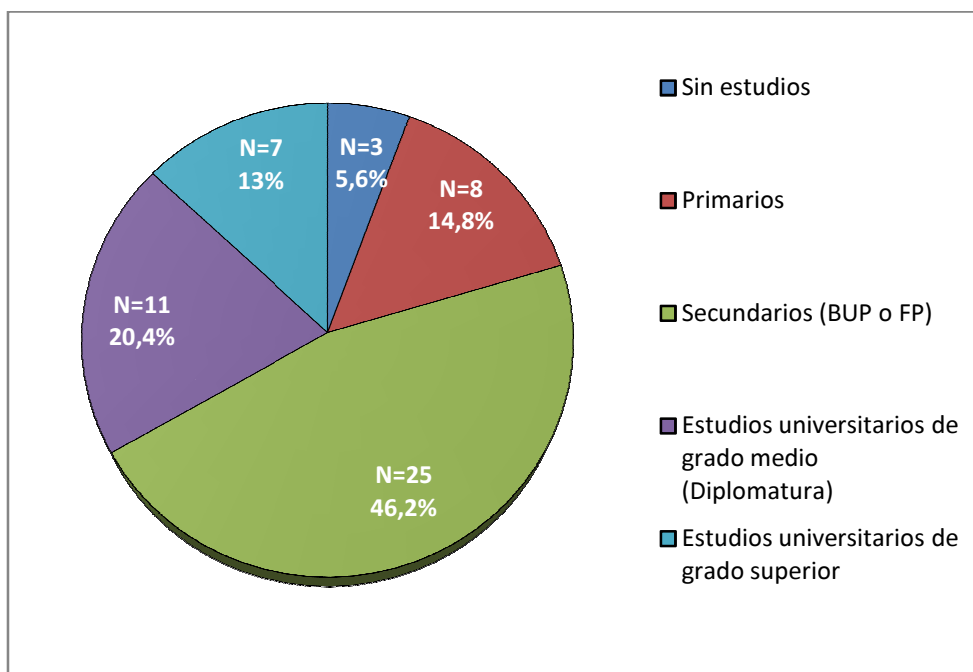


Figura 4. Nivel de estudios.

NIVEL SOCIOECONÓMICO. Por lo que se refiere al nivel económico, la mayoría de la muestra se sitúa en un nivel medio (72,2%), seguido de un nivel económico bajo (25,9%) y un 1,9% en un nivel económico alto (Figura 5).

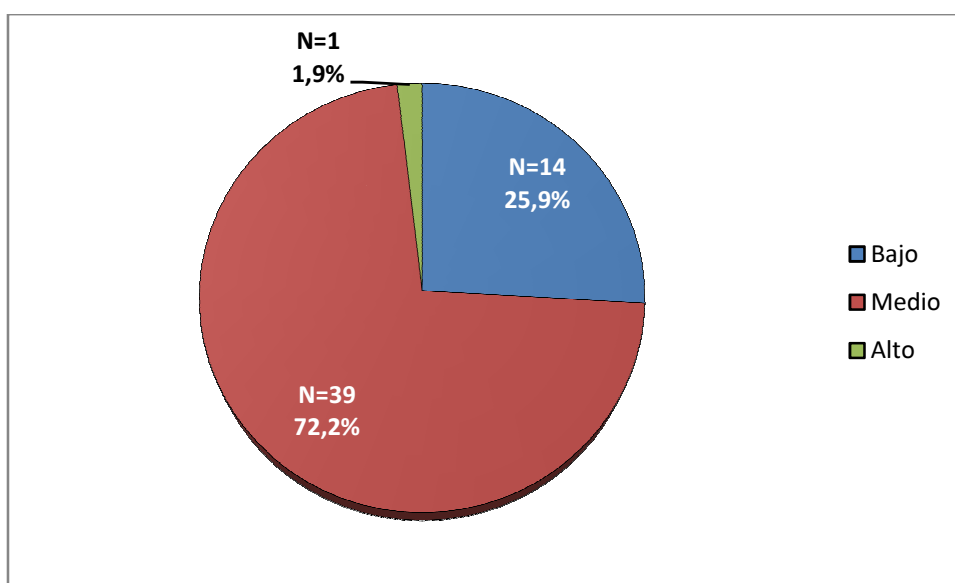


Figura 5. Nivel socioeconómico.

TRABAJO. El porcentaje de pacientes que no trabajan en el momento de la entrevista inicial en comparación con los sujetos activos es relativamente mayor. El 53,7% no tiene trabajo frente al 46,3% que sí lo tiene (Figura 6).

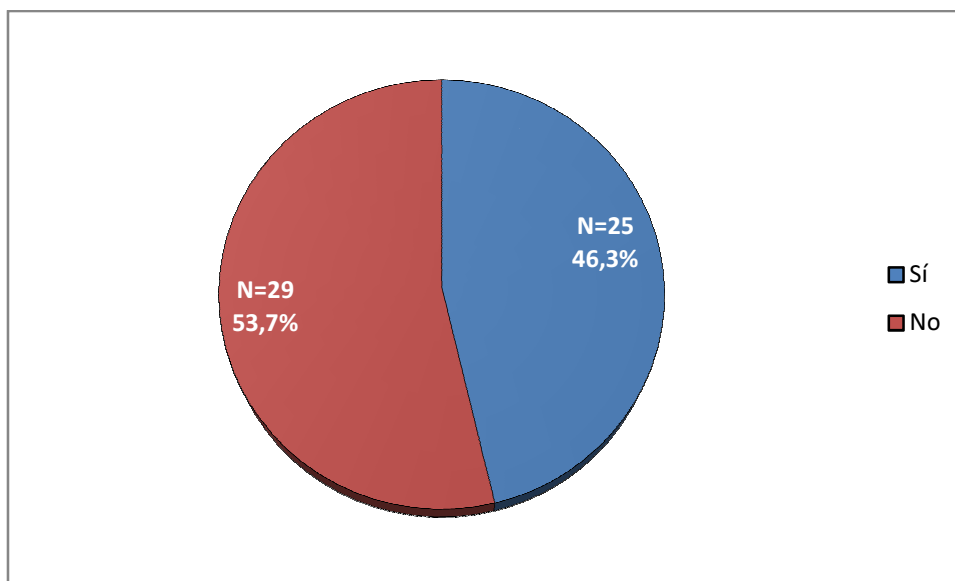


Figura 6. Trabajo (en el momento de la Entrevista).

PAÍS DE ORIGEN. Respecto al país de origen (Figura 7), el 88,8% de la muestra es de España, seguido de un 7,4% de Ecuador y un 1,9% de Armenia y Sahara Occidental (1,9%).

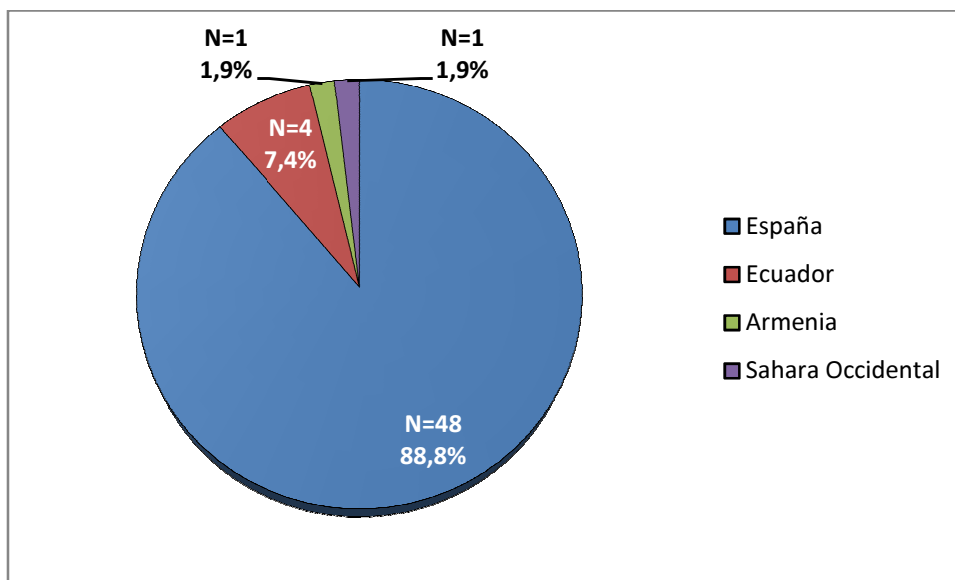


Figura 7. País de origen.

RESIDENCIA. Por lo que se refiere al lugar de residencia, el 62,9% de la muestra afecta de vitligo vive en su propia casa, seguido del 18,5% de la muestra que vive en casa de los padres. El 13% vive de alquiler, el 3,7% en casa de los/as hijos/as y el 1,9% en casa de la ex pareja (Figura 8).

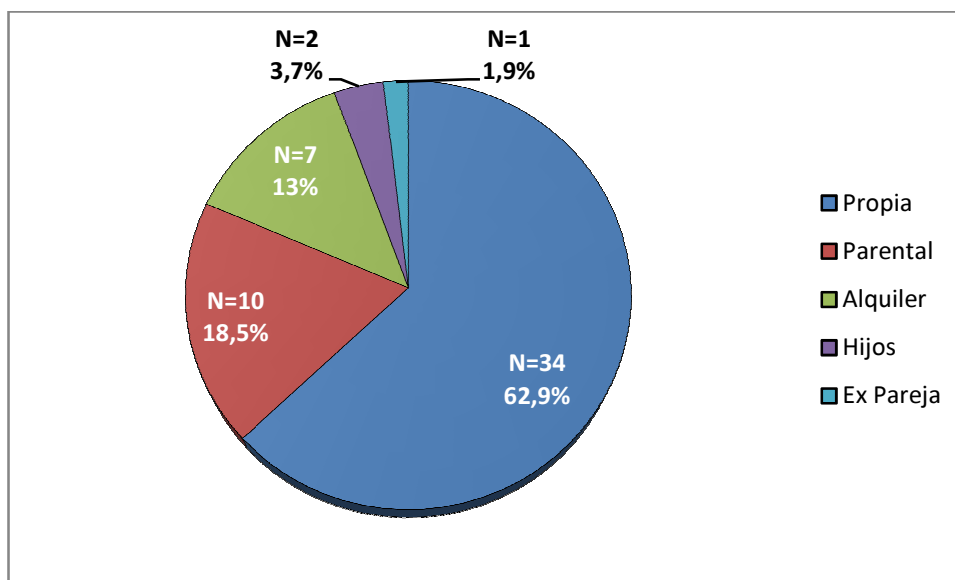


Figura 8. Residencia.

2.2.2.- Descripción de la muestra del grupo control (GC).

GÉNERO. Por lo que respecta al Grupo Control, en ésta investigación han participado 54 pacientes (Figura 9): 34 mujeres (63%) y 20 hombres (37%).

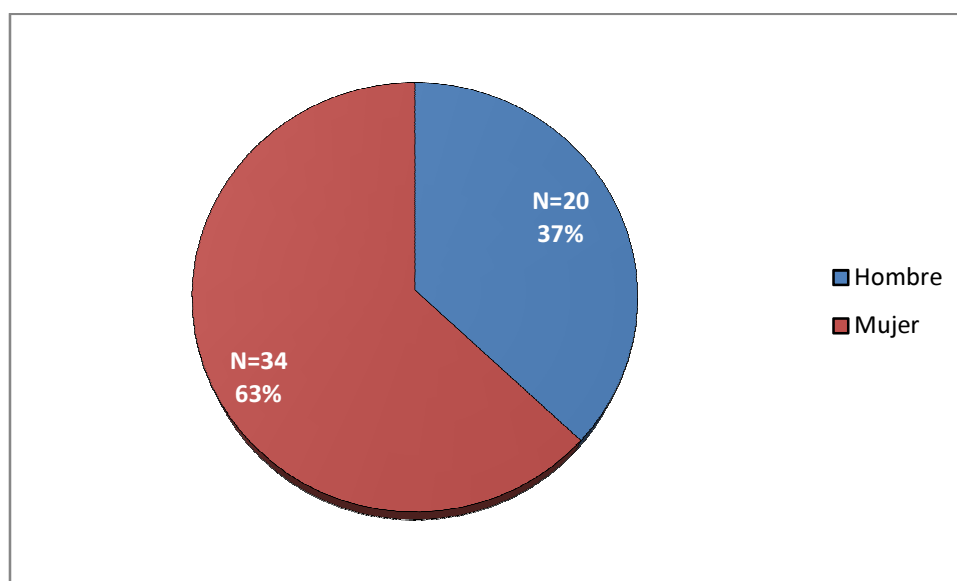


Figura 9. Género.

EDAD. En la Figura 10 encontramos la media de edad de los sujetos control, siendo la edad media de $M= 46,09$ y desviación típica de $DT= 12,43$.

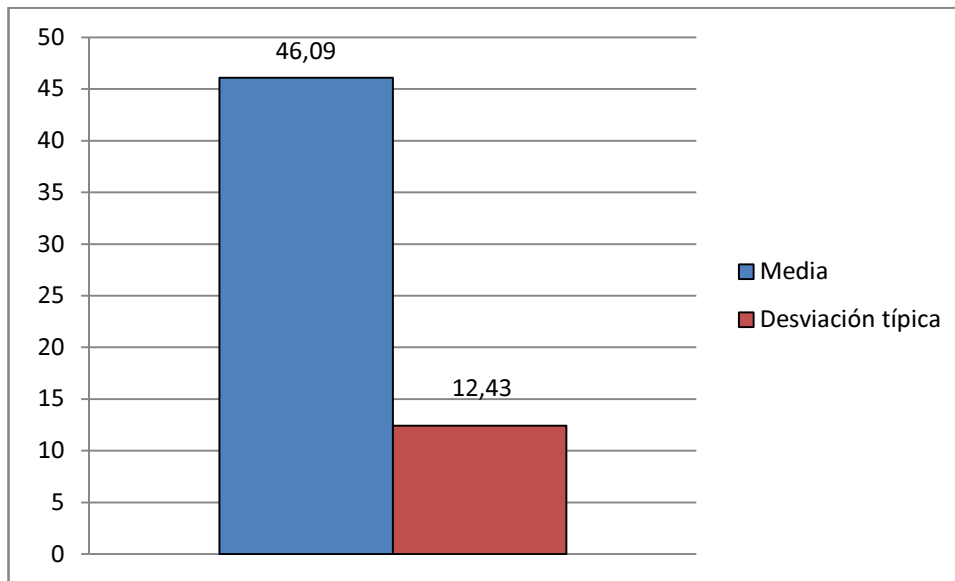


Figura 10. Edad.

ESTADO CIVIL. Respecto al estado civil, encontramos que el 61,1% de la muestra está casada o viviendo en pareja. Mientras que el 29,6% de la muestra está soltero/a y el 2,4% está divorciado/a. El 1,9% restante corresponde a un estado de viudedad (Figura 11).

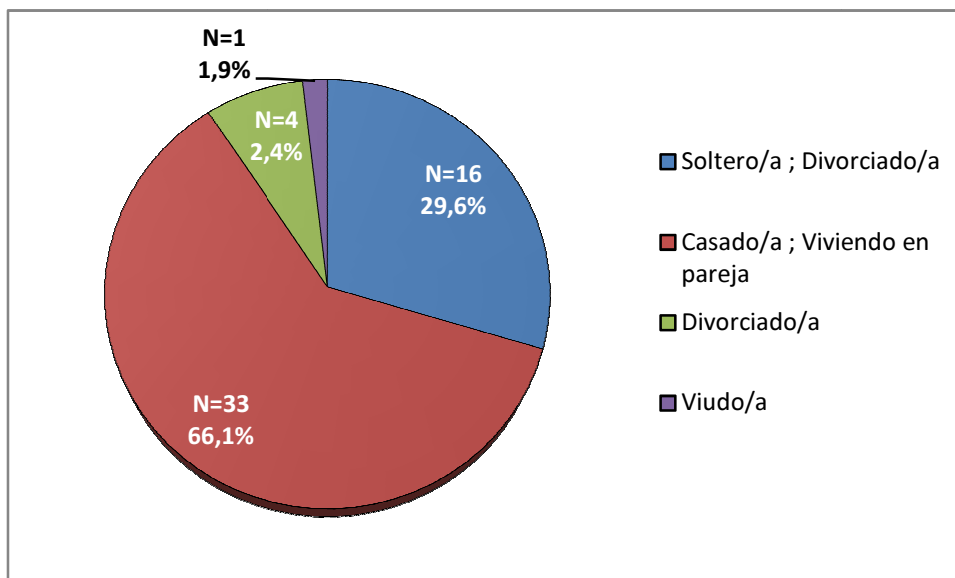


Figura 11. Estado civil.

NIVEL DE ESTUDIOS. Como se observa en la Figura 12, la mayoría de los pacientes tienen nivel de estudios secundarios (BUP o FP) en un 38,9%, seguido de los diplomados universitarios de grado superior con un 24,1%. El 22,2% de los pacientes tienen estudios universitarios de grado medio frente al 14,8% que tiene estudios primarios.

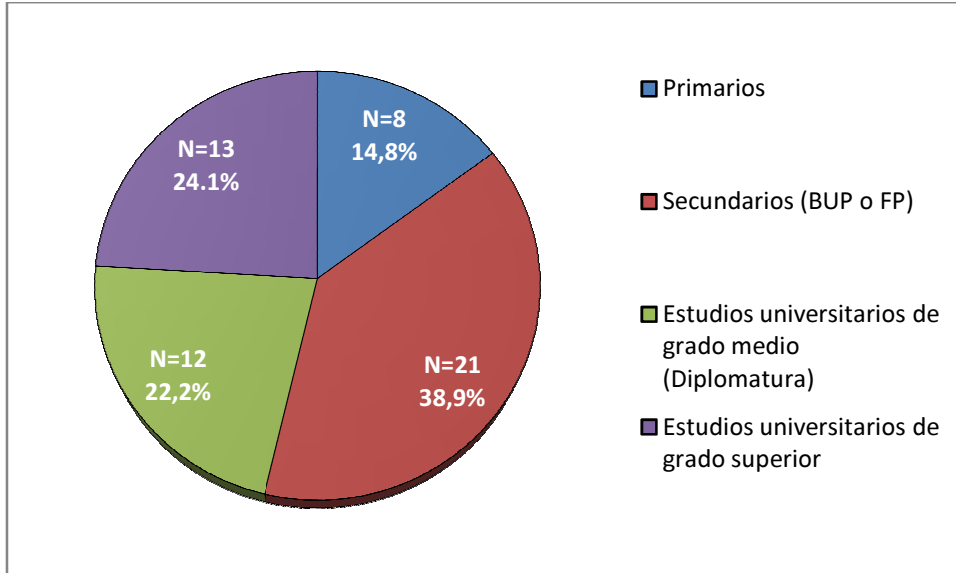


Figura 12. Nivel de estudios.

NIVEL SOCIOECONÓMICO. Por lo que respecta al nivel económico (Figura 13), la mayoría de la muestra se sitúa en un nivel medio (83,3%), seguido de un nivel económico bajo (16,7%).

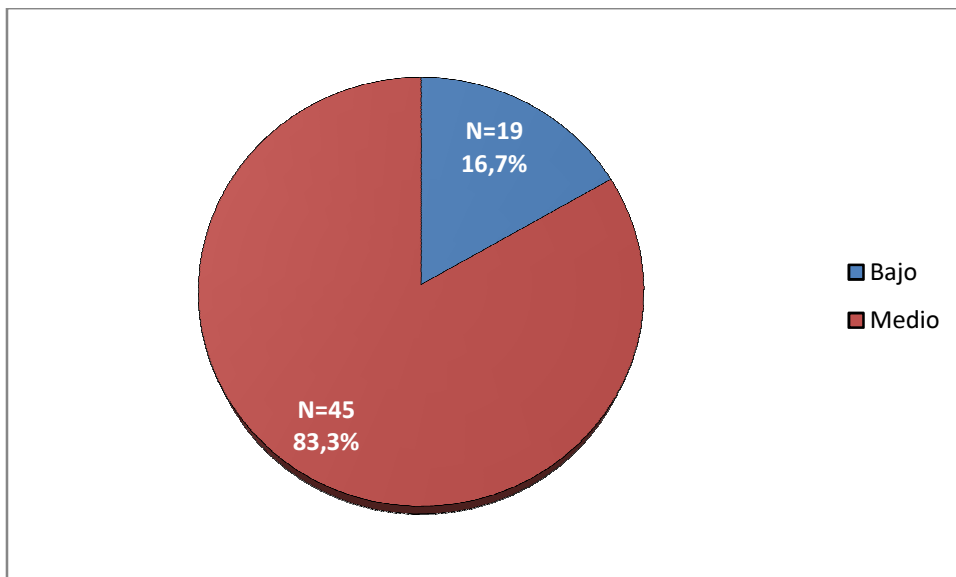


Figura 13. Nivel socioeconómico.

TRABAJO. El porcentaje de pacientes control que trabajan en el momento de la entrevista inicial en comparación con los sujetos en paro es elevado. El 81,5% sí tiene trabajo frente al 18,5% que no lo tiene (Figura 14).

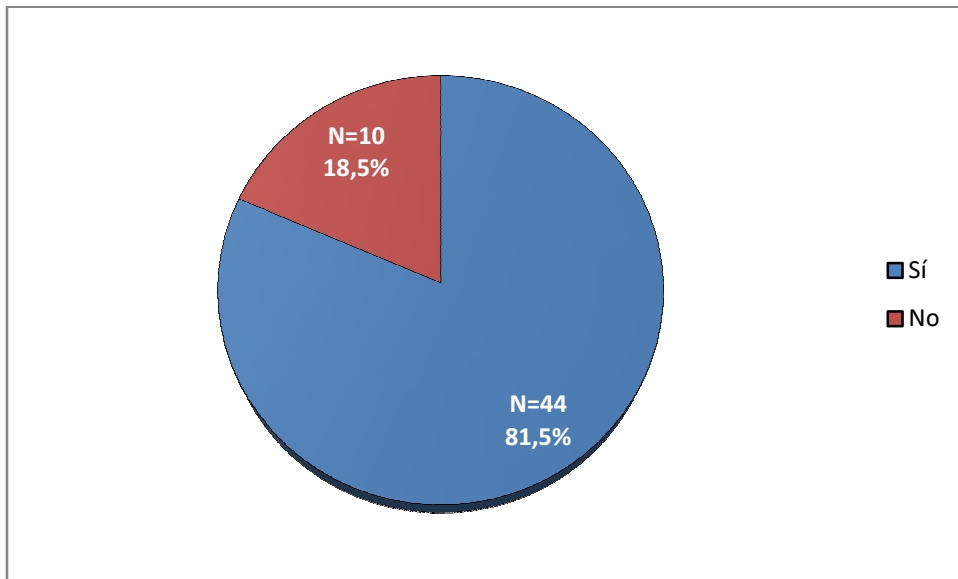


Figura 14. Trabajo (en el momento de la Entrevista).

PAÍS DE ORIGEN. Respecto al país de origen (Figura 15), el 94,4% de la muestra es de España, seguido de un 1,9% de Ecuador y un 3,7% de Marruecos.

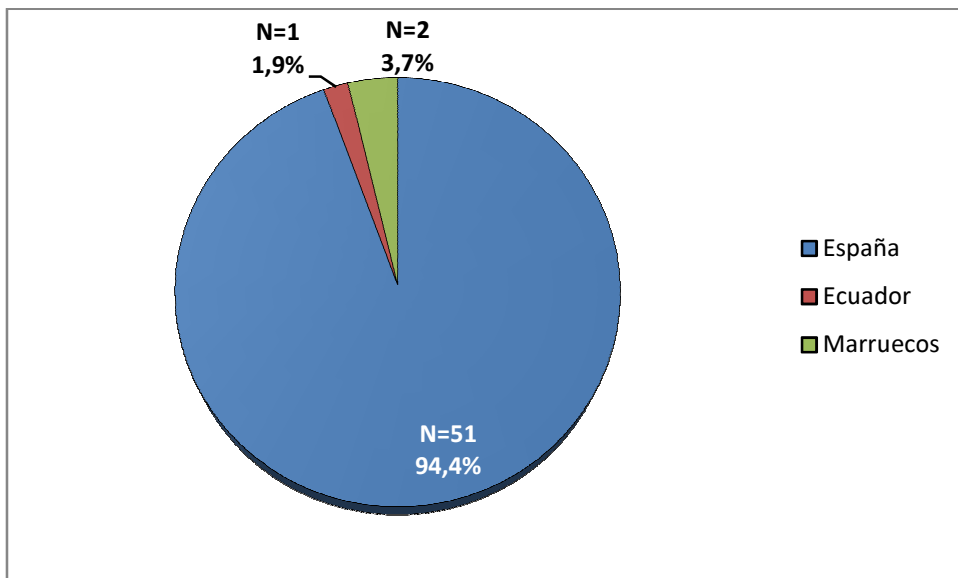


Figura 15. País de origen.

RESIDENCIA. El 79,6% de la muestra control vive en su propia casa, seguido del 13% que vive en casa de los padres y del 7,4% que vive de alquiler (Figura 16).

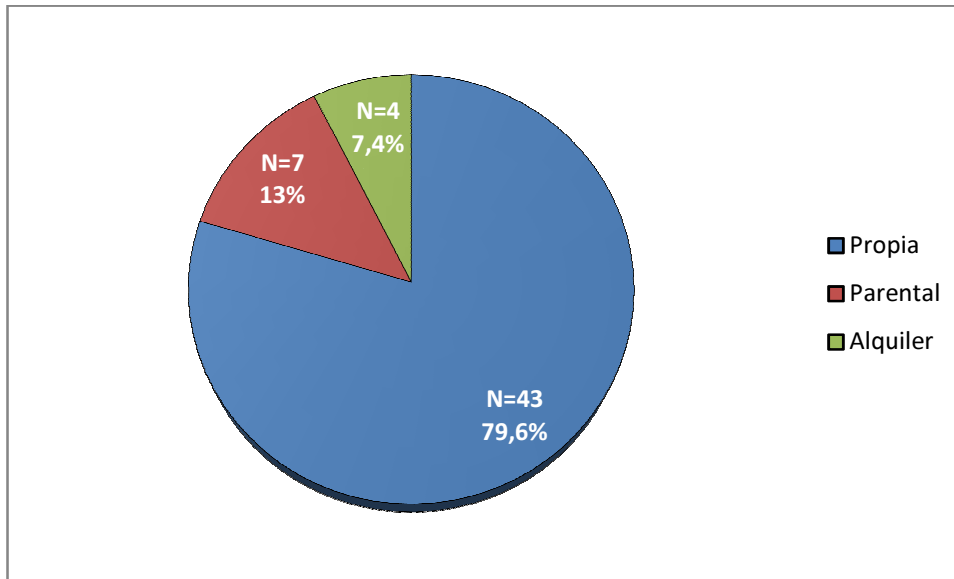


Figura 16. Residencia.

Realizado el cálculo de la t de Student para observar si el GV y el GC se diferencian significativamente en edad, obtenemos un $t = -1.84$, sin diferencia significativa en lo que a la edad respecta cuando se compara el GC con el GC.

Respecto a los análisis realizados mediante χ^2 , encontramos que la única variable que se muestra significativa respecto al GV y el GC es el trabajo ($\chi^2 = 14,50^{***}$), habiendo mayor cantidad de personas en el GC que sí tienen trabajo. El resto de variables no presentan una diferencia significativa entre el GV y el GC: género ($\chi^2 = .40$), país de origen ($\chi^2 = 5.90$), estado civil ($\chi^2 = 2.86$), nivel de estudios ($\chi^2 = 2.53$) y residencia ($\chi^2 = 6.20$).

2.3.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Pasamos a describir los instrumentos de evaluación utilizados en el presente estudio y que el/a lector/a podrá encontrar en el Anexo C: Material empleado en la investigación.

2.3.1.- Entrevista Inicial.

Como hemos desarrollado en las Tabla 2.1, las variables sociodemográficas, dermatológicas, médicas, nutricionales y psicológicas fueron las que se recogieron en el momento de la Entrevista inicial (T0) tanto para el GV como para el GC. Del mismo modo, a lo largo del seguimiento (T1, T2 y T3), diversas variables de índole dermatológico, médico y psicológico, fueron recogidas para observar la evolución del paciente. Consideramos que era importante evaluar nuevamente esas variables durante el seguimiento pues, como hemos comentado en el CAPÍTULO 1, son diversos los factores que pueden estar afectando al desarrollo y curso del vitíligo.

2.3.2.- La Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD) de Pelechano (1998).

Se trata de una lista de 49 ítems que describen sucesos vitales estresantes y/o traumáticos, ocurridos en los últimos 10 años y que emergieron de modo empírico a partir de la investigación desarrollada por Pelechano, Matud y De Miguel (1994). La persona que responde debe contestar si el acontecimiento ha ocurrido, o no, en ese lapso de tiempo y, caso de ser así, estimar el impacto causado en una escala de 0 a 10. Este instrumento ha sido empleado en diversas investigaciones y permite crear agrupaciones de estresores, en función de criterios ración-empíricos. Un ejemplo del uso de esta escala en el contexto de una investigación cultural sobre maltrato y emigración, se encuentra en Báguena, Barouni, Beleña, Díaz, Roldán y Toldos (2006). En el estudio participaban mujeres emigradas de procedencia árabe y mujeres españolas. Los coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) para el volumen de acontecimientos vitales y para su impacto fueron de 0.89 y 0.90 en las árabes y en las españolas los coeficientes alcanzaron unos valores de 0.81 y 0.85 respectivamente. Por otra parte, en el estudio de Andreu (2016) con mujeres diagnosticadas con Síndrome de Boca Ardiente, los coeficientes para ambas variables fueron de 0.77. En esta investigación, se han considerado como variables de interés el volumen total de sucesos experimentados y el impacto global causado por los mismos. También se ofrecerán resultados sobre cada uno de los sucesos registrados.

2.3.3.- La Escala de Estrés Percibido (CEP) de Cohen y cols. (1983).

Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) construyeron la *Perceived Stress Scale* (PSS), instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Se trata, en su versión original, de 14 ítems, formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias. La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes.

Posteriormente se han formulado dos versiones reducidas, una de ellas con 10 ítems y la otra con sólo 4, todos ellos componentes de la escala completa. Diversos estudios han explorado la estructura factorial de la escala en sus tres versiones, encontrando consistentemente que los ítems favorables al control se agrupan en un factor, mientras que aquellos que denotan pérdida de control lo hacen en otro factor separado. Sin embargo, y aunque los autores tienden a admitir la solución de dos factores, en muchos casos el uso de criterios más restrictivos obligaría a considerar la unidimensionalidad de la escala. Por ejemplo, en algunos estudios la aplicación del coeficiente *theta* de Carmines (Carmines y McIver, 1981) probaría que los ítems representan un constructo unidimensional (p.e., Roberti, Harrington y Storch, 2006), pero no en otros (Cohen y Williamson, 1988; González, Ramírez y Landero, 2007), o bien sí en un idioma, pero no en otro (Mimura y Griffiths, 2008). Otros estudios no realizan un estudio factorial (Remor, 2006; Remor y Carrobles, 2001). En todo caso, los trabajos que aplican cualquiera de las versiones del cuestionario asumen la unidimensionalidad, considerando que lo que mide es, simplemente, estrés percibido.

Este instrumento, en sus diferentes versiones, ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la clínica. Por mencionar sólo algunos trabajos desarrollados con la versión española (Escala de Estrés Percibido, EEP; Remor y Carrobles, 2001), el EEP ha sido utilizado

para explorar la relación del estrés percibido con otras variables, como cansancio emocional (González Ramírez y Landero, 2007), ansiedad y depresión (Arrivillaga, López Martínez y Ossa, 2006; González Ramírez y Landero, 2006), optimismo (Ferrando, Chico y Tous, 2002), inteligencia emocional (Extremera y Durán, 2007), síntomas psicósomáticos (González Ramírez y Landero, 2008), presión arterial (Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007), migraña (Sevillano, Manso y Cacaueles, 2007) o *burnout* (Durán, Peralta, Gallego y Montalbán, 2006). Se ha estudiado la relación entre el estrés percibido y la adhesión a tratamientos farmacológicos (Remor, 2002), la protección psicológica frente a la infección por VIH (Remor, Ulla, Arranz y Carrobles, 2001) o como medida pre/postratamiento (Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez-Rojo, 2004). Se ha encontrado que el apoyo social y la autoestima son predictores del estrés; la edad y el estrés, predictores de la salud física; y el estrés, la autoestima y la salud física, predictores de la salud mental (González, Landero y Ruiz, 2008; en Pedrero y Olivar, 2010).

2.3.4.- El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano (1995).

Se trata de un inventario de autoinforme, de administración individual o colectiva. Consta de 33 ítems. La consigna requiere al sujeto especificar un problema o situación que le haya ocurrido recientemente que le afectó y contestar a los ítems que aparecen. Las respuestas a cada ítem se valoran en una escala de acuerdo al grado en que la afirmación refleje su reacción frente al problema. Consta de tres subescalas: Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Apoyo Social (BAS) y Evitación (E) (Cornejo y Lucero, 2005).

Por lo que respecta a las subescalas, mencionar que Solución de Problemas (SP) se entiende como una estrategia de acción directa, orientada a la solución del problema originado por el estresor de un modo activo. Búsqueda de Apoyo Social (BAS) está relacionado con la necesidad humana básica de contacto en momentos de presión y se manifiesta buscando en los otros confort, ayuda y consejo. Evitación (E) comprende las respuestas de escape derivado de huir utilizando recursos psicológicos, por ejemplo la distracción o la fantasía (Desmond, Shevlin, MacLachlan, 2006). En Desmond, Shevlin, MacLachlan (2006) encontramos que el CSI se ha utilizado con una amplia variedad de poblaciones para evaluar las estrategias de afrontamiento en una variedad de contextos. Por ejemplo, estrategias de afrontamientos y respuesta a la discriminación racial en estudiantes de pre-grado (Ptacek, Smith, Espe y Raffety, 1994; Utsey, Ponterotto, Reynolds y Cancelli, 2000), las respuestas de afrontamiento de los cónyuges de pacientes deprimidos (Spangenberg y Theron, 1999), refugiados que regresan (Gillespie, Peltzer y MacLachlan, 2000), pacientes en hemodiálisis (Welch y Austin, 2001), pacientes psiquiátricos (Bijttebier y Vertommen, 1999), médicos internos residentes (Glennon y MacLachlan, 2000) y las personas con amputaciones (Gallagher y MacLachlan, 1999).

Durante el desarrollo del CSI, la estructura factorial fue validada transversalmente en varias muestras, sin embargo, cada una de éstas muestras estaba conformada por adultos normales de una comunidad del sur de California (Amirkhan, 1990). Por lo tanto, aunque Parker y Endler (1992) elogian la solidez psicométrica del CSI en comparación con otros instrumentos de evaluación del afrontamiento, también resaltan la necesidad de la validación cruzada con otras poblaciones. La replicación de la estructura de tres factores se logró posteriormente en una muestra de población general flamenca (Bijttebier y Vertommen, 1997) y en una muestra de universitarios estadounidenses de América del Norte (Ptacek et al., 1994) mediante el análisis

de componentes principales. Utilizando el análisis factorial confirmatorio, Clark, Bormann, Cropanzano y James (1995) en Estados Unidos también replicaron la estructura de los tres factores en una muestra de estudiantes de pregrado, predominantemente mujeres. Sin embargo, la investigación sobre la estructura factorial subyacente del CSI en una muestra de estudiantes de pregrado de Malawi, realizada por Ager y MacLachlan (1998) daba lugar a la propuesta de un modelo de cuatro factores, con la bipartición del factor de Evitación (E). Esta división también fue evidente en los estudios originales de validación; sin embargo, Amirkhan rechazó la solución de cuatro factores por considerar que “la adición de un cuarto factor no aumentaba apreciablemente la varianza explicada, y, de hecho, simplemente dividía la estrategia de evitación en dos subconjuntos altamente correlacionados” (Amirkhan, 1990, p. 1068). A pesar de las dudas conceptuales, Ager y MacLachlan (1998) también en última instancia, rechazaron esta división de la Evitación en “Evitación-huida” y “Escape-Distracción” por ser su apoyo psicométrico inadecuado.

A pesar de su brevedad, el CSI es psicométricamente superior a otros cuestionarios de afrontamiento. Incluso en muestras comunitarias, sus escalas son internamente consistentes (con alfas que van desde 0.84 a 0.93), y las puntuaciones de rendimiento estables (con correlaciones test-retest con un promedio de 0.82 se extienden de 4 a 8 semanas). La validez convergente se ha demostrado en términos de convergencia con otras medidas de afrontamiento, personalidad y patología, y en términos de no covariación con índices de deseabilidad social. La validez de criterio se evidencia por la capacidad del CSI para predecir la respuesta real de afrontamiento en simulaciones de laboratorio y en entornos del mundo real (Amirkhan, 1994).

2.3.5.- Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1975).

El SCL-90 es un cuestionario autoaplicado de 90 ítems (Derogatis, 1975) adaptado para la población española por J.L. González de Rivera. Es un instrumento concebido para la valoración del malestar subjetivo que no tiene pretensiones diagnósticas. El sujeto debe valorar hasta qué punto se ha sentido molesto/a durante el pasado mes siendo graduada la intensidad del sufrimiento mediante una escala tipo Likert desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima), pudiendo obtener tres tipos de variables numéricas: las dimensiones sintomáticas, los índices globales y el malestar subjetivo creado por cada síntoma discreto. Aunque en la adaptación del instrumento no se ofrecen datos sobre la fiabilidad de las escalas, existen numerosas investigaciones en nuestro país que avalan la bondad de estas (por ejemplo, Oteo, 2010, Álvarez, 2014; Andreu, 2016). En el estudio de Álvarez (2014) realizado con pacientes con obesidad mórbida, los coeficientes de consistencia interna oscilaban para las diferentes dimensiones y las puntuaciones globales entre 0.76 (escala adicional, depresión melancólica) y 0.99 (Índice de Gravedad Global). En el de Andreu (2016), realizado con mujeres diagnosticadas con el Síndrome de Boca Ardiente, los coeficientes oscilaron entre 0.68 (psicoticismo) y 0.97 (el IGG). En el de Oteo (2010), realizado con mujeres diagnosticadas con dolor crónico (fibromialgia y artritis reumatoide), los alfa de Cronbach obtuvieron unos valores entre 0.49 (hostilidad) y 0.95 (de nuevo, el IGG). En líneas generales los estudios mencionados, así como otros, sugieren que, salvo excepciones, los coeficientes para las distintas dimensiones son aceptables, situándose en torno o por encima de 0.70, siendo el IGG la variable que obtiene siempre un valor más elevado.

En suma, las dimensiones sintomáticas de la SCL-90 (10), evalúan diferentes aspectos psicopatológicos y se calculan dividiendo la suma total de los valores asignados a cada ítem de

la dimensión considerada por el número total de ítems que la componen. Concretamente serían las siguientes:

1.- *Somatización*. Se trata de 12 ítems relacionados con vivencias de disfunción corporal (síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular). Es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente.

2.- *Obsesión-compulsión*. Son 10 ítems que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.

3.- *Susceptibilidad*. Los 9 ítems de esta dimensión recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

4.- *Depresión*. Escala que consta de 13 ítems que describen los signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.

5.- *Ansiedad*. Se trata de 10 ítems que describen las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (“pánico”). Incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

6.- *Hostilidad*. Esta dimensión comprende 6 ítems referidos a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

7.- *Ansiedad fóbica*. A través de 7 ítems se valoran las distintas manifestaciones de la experiencia fóbica entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida. Sin embargo, están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple.

8.- *Ideación paranoide*. La escala agrupa 6 ítems que reflejan aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autoreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

9.- *Psicoticismo*. Son 10 ítems que evalúan el espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

10.- *Escala adicional* (depresión melancólica). Se trata de 7 síntomas que no se agrupaban factorialmente en una dimensión concreta. En todo caso para un clínico estos síntomas constituyen un claro referente de depresión melancólica.

Los índices globales (3) serían los siguientes:

1.- El GSI (*Global Severity Index*) es el Índice Global de Gravedad o Severidad o índice sintomático general. Se trata de una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global. Se calcula dividiendo el total de los valores asignados a los elementos por el número total de ítems.

2.- El PTS (*Positive Symptom Total*). Se trata del total respuestas positivas (ítems con valores distintos a 0), informando del número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología.

3.- El PSDI (*Positive Symptom Distress Index*) relaciona el sufrimiento o distrés global con el número de síntomas, y es por tanto un indicador de la intensidad sintomática media. Se calcula dividiendo el total de valores asignados a los elementos por el PST (total de síntomas positivos).

Por último añadir que la consideración individualizada de síntomas discretos puede tener en sí misma gran importancia clínica general, por ejemplo los que se refieren a ideas de suicidio o experiencias alucinatorias.

2.4.- PROCEDIMIENTO SEGUIDO EN LA INVESTIGACIÓN.

La gestación del presente proyecto comenzó en el año 2012 cuando la dermatóloga del Centro de Especialidades de Aldaia, la Dra. I. Cristina Isabel Pelufo Enguix, tras años de experiencia en el campo de la Dermatología, se planteó estudiar la relación de la lesiones del vitíligo con factores estresantes a nivel psicológico. Y es que durante su trayectoria profesional ha visto cómo muchos pacientes relataban historias relacionadas con el estrés seguidas de la aparición de las lesiones de vitíligo, o bien de su empeoramiento. De modo que se puso en contacto con Inmaculada Navarro Morales, psicóloga de la Unidad de Salud Mental de Aldaia. La psicóloga, a su vez, se puso en contacto con la Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, M^a José Báguena Puigcerver, para tener apoyo, profesionalidad y respaldo científico tras años dedicados al mundo de la Salud y de la Psicología. A finales del año 2012 entré a formar parte de éste Proyecto. A finales del año 2015 se incorporó M^a Ángeles Beleña Mateo, asimismo Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

Desde principios del año 2013, comenzamos a redactar el estudio estableciendo criterios de inclusión, exclusión, desarrollando la Ficha con los datos clínicos, dermatológicos y psicológicos de los pacientes, así como la elección de los cuestionarios. Cuando estuvo todo listo, el Proyecto fue presentado por la Dra. Cristina Pelufo al Comité Ético del Hospital de Manises, el cual dio su visto bueno. Del mismo modo, el Proyecto fue presentado al Comité Ético y Científico del Hospital La Fe, para quien hubo que desarrollar una Memoria, una presentación del currículum de los investigadores y la adecuación del Consentimiento Informado (oral y escrito) para los pacientes pertenecientes al estudio. De ese modo entramos a

formar parte del grupo de investigadores del IIS de la Fe (Instituto de Investigación Sanitaria La Fe).

Una vez fue dado el visto bueno, el estudio se desarrolló en el Centro de Especialidades de Aldaia en toda su forma. En un principio fue concebido como un proyecto de no más de unos meses en el que mediríamos las variables que se han mencionado en apartados anteriores. Pero fuimos alargándolo en el tiempo, no sólo porque conseguir una muestra de pacientes de vitíligo no era tarea sencilla por su prevalencia poblacional, sino porque nos dábamos cuenta de que el proyecto empezaba a tomar dimensiones que superaban nuestras expectativas en el mejor de los sentidos. Así fue como decidimos establecer el grupo control y añadir una revisión dermatológica y psicológica a los 2 años.

El procedimiento que se seguía para que los **pacientes afectados de vitíligo (GV)** entraran a formar parte del estudio fue el siguiente: cualquier paciente que acudía a la Consulta de Dermatología del Centro de Especialidades de Aldaia era examinado en busca de lesiones de vitíligo. Con un diagnóstico positivo, se le informaba del estudio que se estaba llevando a cabo y se le ofrecía la oportunidad de participar en él. En caso de que mostrara interés, se le proporcionaba el Consentimiento Informado y una vez firmado, se le hacía la revisión médica y dermatológica pertinente comentada en apartado anterior y especificado en la Tabla 2.1. También se tuvo en cuenta pacientes que ya habían sido diagnosticados de vitíligo anteriormente.

En caso de que el paciente fuera *derivado* por otros médicos pertenecientes al Hospital de Manises el procedimiento era el mismo: cuando acudía a la Consulta de Dermatología del Centro de Especialidades de Aldaia, era examinado de sus lesiones de vitíligo y se verificaba su participación en el estudio para proceder a la valoración dermatológica y psicológica.

Para que una persona participara en el estudio debía presentar lesiones de vitíligo (criterio de inclusión). Aquellos pacientes que fueran menores de 18 años o mayores de 75 o con enfermedad mental severa, eran excluidos del grupo por criterios médicos y psicológicos.

Seguidamente, el paciente pasaba al psicólogo para la valoración de las variables psicológicas mediante los cuestionarios que se han comentado en apartado anterior y especificado en la Tabla 2.1. Una vez finalizado, se le citaba para acudir en los próximos 6 meses, luego al año y posteriormente a los 2 años. En caso de que ocurriera un brote también tenían la posibilidad de acudir. Tan sólo acudieron dos pacientes, por lo que no eran suficientes como para un análisis de los datos.

El procedimiento que se seguía para los **pacientes del grupo control (GC)** fue el siguiente: cualquier paciente que acudía a la Consulta de Dermatología del Centro de Especialidades de Aldaia era examinado en busca de lesiones de vitíligo. En caso de que no presentara, se le informaba del estudio que se estaba llevando a cabo y se le ofrecía la oportunidad de participar en él. En caso de que mostrara interés, se le proporcionaba el Consentimiento Informado y una vez firmado, se le hacía la revisión médica y dermatológica pertinente comentada en apartados anteriores y especificado en la Tabla 2.1.

Para que una persona participara en el estudio como grupo control no debía presentar lesiones de vitíligo, así como ninguna patología dermatológica científicamente demostrada que tuviera relación con el estrés psicológico (ambos criterios de inclusión). Aquellos pacientes que fueran menores de 18 años o mayores de 75 o con enfermedad mental severa, eran excluidos del grupo por criterios médicos y psicológicos.

2.5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS.

Los análisis estadísticos que se desarrollan en el CAPÍTULO 3 han sido llevados a cabo mediante el Programa SPSS 24.0 y el Microsoft Office Excel 2007 para la parte correspondiente a las Figuras. Se han realizado cálculos simples como los porcentajes y frecuencia de las variables para describir la muestra como se ha podido ver en el Apartado 2.2.- Descripción de la muestra). Asimismo se han realizado análisis bivariados (de medias y correlacional) y análisis multivariados (factorial y de regresión, tanto simple, como en el contexto del análisis de mediación). En todo caso, en cada apartado se especificará el tipo de análisis realizado.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS.

INTRODUCCIÓN.

En este Capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación respecto a las variables que ya hemos comentado y de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas en el CAPÍTULO 1. Los resultados serán expuestos en siete secciones. La primera incluye una anamnesis de las características dermatológicas del grupo de pacientes afectados de vitíligo y las características médicas, nutricionales y del historial del grupo control, ambas extraídas a partir de la Entrevista realizada en T0. En la segunda sección, se presentan los resultados relativos a las características psicológicas; en ella encontraremos los descriptivos básicos y los análisis de fiabilidad para corroborar que los instrumentos utilizados se ajustan a nuestras muestras. En la tercera sección se presentan los análisis referidos al volumen e impacto de los estresores experimentados por los pacientes del grupo vitíligo y del grupo control. La cuarta sección engloba el análisis correlacional y el análisis factorial de las variables de ambos grupos (GV y GC). En la quinta sección tratamos la influencia del género y el vitíligo en el estrés y la salud mental, tanto del grupo vitíligo como del grupo control. Las secciones sexta y séptima están referidas exclusivamente al grupo de pacientes afectados de vitíligo (GV). Del mismo modo, en función de los análisis realizados, la N ha variado para poder ajustar nuestra muestra lo más fielmente posible a los parámetros psicométricos y estadísticos que cada análisis requiere. La sexta sección engloba los análisis moduladores referidos a la identificación de un estresor inicial como desencadenante del vitíligo, a la recepción o no de tratamiento dermatológico y a la superficie de las lesiones. La sección séptima abarca los análisis longitudinales: análisis de la evolución de la percepción del estrés, la superficie de la mancha y los síntomas psicológicos así como los diferentes análisis de regresión realizados (simple y en el contexto del análisis mediacional).

3.1.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

A continuación se ofrece la descripción del historial dermatológico, médico y psicológico de los pacientes afectados de vitíligo, así como el historial médico y psicológico de los pacientes sanos que han participado en el estudio. La información ha sido extraída de los momentos temporales T0 (Entrevista Inicial), T1 (seguimiento 6 meses), T2 (seguimiento año) y T3 (seguimiento dos años) para el GV (Grupo Vitíligo); respecto al GC (Grupo Control), la información ha sido extraída de T0 (Entrevista Inicial). Los datos han sido calculados sobre la muestra del GV, compuesta por un total de 54 pacientes (mujeres N= 33 y hombres N= 21) y sobre la muestra del GC, compuesta por un total de 54 pacientes (mujeres N= 34 y hombres N= 20). Los resultados hacen referencia a indicadores descriptivos.

3.1.1.- Características dermatológicas del Grupo Vitíligo (GV).

La información que se presenta hace referencia a aspectos relacionados con la naturaleza del vitíligo. A saber: horas de sol que recibe el paciente al día, antecedentes familiares de vitíligo, antecedentes personales de enfermedad autoinmune, el porcentaje afecto de lesiones de vitíligo en el cuerpo, la superficie corporal afectada de lesiones del vitíligo, la frecuencia de los brotes en función del año y de la periodicidad, si reciben tratamiento dermatológico para las lesiones, aspectos nutricionales y problemas de apnea durante el sueño. Los datos presentados hacen referencia a la muestra inicial de N= 54 (T0), exceptuando los

referidos a las *horas de sol al día* (Tabla 3.1) y al *porcentaje de superficie corporal afectada* (Tabla 3.2), en la que hemos utilizado la muestra de N= 15 (T3), pues nos interesa observar la evolución de dichos pacientes en los cuatro momentos temporales. Toda esta información queda reflejada en las Tablas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7.

Tabla 3.1. Horas de sol al día (GV).

Nuestra muestra de pacientes afectados de vitíligo está compuesta por 54 pacientes. Sin embargo, para la siguiente Tabla hemos decidido mostrar los datos de los 15 sujetos que realizaron la Entrevista en los cuatro momentos temporales, pues consideramos de mayor interés el observar la evolución de dichos pacientes. El/la lector/a puede acudir al Anexo D.1: Horas de sol al día para ver el número de pacientes de vitíligo que fue evaluado en cada uno de los cuatro momentos temporales (T0 N= 54; T1 N= 38; T2 N= 31; T3 N= 15).

		Grupo Vitíligo (N= 15)	
Inicial		Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 horas al día		14	93,3%
Más de 5 horas al día		1	6,7%
6 meses			
Menos de 5 horas al día		13	86,7%
Más de 5 horas al día		2	13,3%
1 año			
Menos de 5 horas al día		15	100%
Más de 5 horas al día		0	0%
2 año			
Menos de 5 horas al día		15	100%
Más de 5 horas al día		0	0%

La Tabla 3.1. nos muestra que la mayoría de los pacientes, en todos los momentos temporales, reciben menos de 5 horas de sol al día. Durante la Entrevista, muchos pacientes informaban que trataban de tomar el sol el menor número de horas posible ya que no les beneficiaba para sus manchas. El concepto de que el sol daña la piel, y como consecuencia, empeora las lesiones de vitíligo, está muy extendida entre los pacientes afectados de vitíligo. De hecho, observamos un patrón prácticamente estable en recibir menos de 5 horas de sol al día a lo largo de los dos años.

Tabla 3.2. Porcentaje de la superficie corporal afecta (GV).

Inicial	Grupo Vitiligo (N= 15)	
	Frecuencia	Porcentaje
Del 0 al 25% de superficie corporal afecta	11	73,4%
Del 25 al 50% de superficie corporal afecta	2	13,3%
Más del 50% de superficie corporal afecta	2	13,3%
6 meses		
Del 0 al 25% de superficie corporal afecta	11	73,4%
Del 25 al 50% de superficie corporal afecta	4	26,6%
Más del 50% de superficie corporal afecta	0	0%
1 año		
Del 0 al 25% de superficie corporal afecta	9	60,0%
Del 25 al 50% de superficie corporal afecta	5	33,3%
Más del 50% de superficie corporal afecta	1	6,7%
2 año		
Del 0 al 25% de superficie corporal afecta	9	60,0%
Del 25 al 50% de superficie corporal afecta	5	33,3%
Más del 50% de superficie corporal afecta	1	6,7%

Al igual que ocurre en la Tabla 3.1, se muestran los datos de los 15 sujetos que realizaron la Entrevista en los cuatro momentos temporales. El/la lector/a puede acudir al Anexo D.2: Porcentaje de la superficie corporal afecta según el número de pacientes de vitiligo que fue evaluado en cada uno de los cuatro momentos temporales (T0 N= 54; T1 N= 38; T2 N= 31; T3 N= 15).

La Tabla 3.2. nos indica que los pacientes (N= 15) presentan un afectación corporal inferior al 25% a lo largo de todos los momentos temporales, disminuyendo muy levemente en los dos últimos años. A pesar de ser un porcentaje relativamente bajo, no hay que caer en el error de pensar que por ello se verán menos afectados psicológicamente que aquellos que presentan un porcentaje superior al 25%. Hemos de tener en cuenta en qué región del cuerpo se presentan dichas lesiones, atendiendo a la visibilidad y a las regiones íntimas. Como podremos apreciar en la Tabla 3.5, el 29,5% de la muestra presenta las lesiones en “extremidades, cara y tórax”.

Tabla 3.3. Antecedentes familiares de vitiligo (GV).

Antecedentes familiares de vitiligo	Grupo Vitiligo (N= 54)	
	Frecuencia	Porcentaje
No	39	72,2%
Sí	15	27,8%

El 72,2% de la muestra (N= 54) no tiene ningún familiar de primera línea o relacionado en consanguinidad que presente vitiligo (Tabla 3.3).

Tabla 3.4. Antecedentes personales de enfermedad autoinmune (GV).

Antecedentes personales de enfermedad autoinmune	Grupo Vitiligo (N= 54)	
	Frecuencia	Porcentaje
No	40	74,1%
Sí	14	25,9%

De aquellos pacientes que sí presentan enfermedad autoinmune, el 9,1% (N= 5) presentaba hipotiroidismo, frente al 7,3% (N= 4) que presentaba hipertiroidismo; seguido de alergias (N=1; 1,9%), alopecia areata (N=1; 1,9%), hiperparatiroidismo esclerodermia (N=1; 1,9%), pustulosis palmoplantar (N=1; 1,9%) y urticaria (N=1; 1,9%).

Tabla 3.5. Superficie corporal afecta de las lesiones de vitiligo (GV).

Superficie corporal afecta de las lesiones de vitiligo	Grupo Vitiligo (N= 54)	
	Frecuencia	Porcentaje
Cara	4	7,4%
Tórax	1	1,9%
Cara y Tórax	2	3,7%
Extremidades	4	7,4%
Extremidades y Cara	9	16,6%
Extremidades y Tórax	3	5,6%
Extremidades, Cara y Tórax	16	29,5%
Genitales y Cara	1	1,9%
Genitales y Tórax	1	1,9%
Genitales y Extremidades	2	3,7%
Genitales, Extremidades y Cara	4	7,4%
Genitales, Extremidades, Tórax y Cara	4	7,4%

Como podemos apreciar en la Tabla 3.5, el 29,5% de la muestra (N=54) presenta las lesiones en “extremidades, cara y tórax”. Las extremidades y la cara son partes visibles del cuerpo, seguido del tórax y genitales.

Tabla 3.6. Frecuencia de los brotes: número aproximado en aparición de lesiones (GV).

	Grupo Vitíligo (N= 54)	
Número aproximado de la frecuencia en la aparición de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Inicial	3	5,6%
Muy pocos	23	42,6%
Pocos	20	37,0%
Bastantes	4	7,4%
Estables	4	7,4%
Número aproximado de la frecuencia en el número desde las lesiones		
Inicial	3	5,6%
Muy pocos	21	38,8%
Pocos	20	37,0%
Muchos	1	1,9%
Bastantes	5	9,3%
Estables	4	7,4%
Número aproximado de la frecuencia en el número al año		
Inicial	4	7,4%
Muy pocos	20	37,0%
Pocos	23	42,6%
Muchos	1	1,9%
Bastantes	2	3,7%
Estables	4	7,4%

Desde criterios dermatológicos, la prevalencia en nuestra muestra (N= 54) de vitíligo informa que la frecuencia de los brotes (Tabla 3.6) varía entre “muy pocos” y “pocos”. Lo que indica que, tanto en el nivel de la valoración inicial como desde el inicio del vitíligo y anualmente, los sujetos informan que la aparición de nuevas lesiones (o brotes) ha sido relativamente baja. Los pacientes tenían la opción de acudir al Servicio de Dermatología con un volante realizado expresamente para ellos de carácter urgente en caso de que tuvieran algún nuevo brote. Tan sólo dos pacientes utilizaron dicha opción. En ambos casos estaban relacionados con un acontecimiento estresante: incendio del hogar y pérdida del trabajo. Por cuestiones metodológicas no hemos incluido dichos pacientes en los análisis, pero consideramos importante su mención.

Tabla 3.7. Tratamiento dermatológico para las lesiones (GV).

	Grupo Vitíligo (N= 54)	
Tratamientos dermatológicos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	37	68,5%
No	17	31,5%

El 68,5% de la muestra (Tabla 3.7) están recibiendo tratamiento de tipo dermatológico. Como hemos visto en el CAPÍTULO 1, no hay un tratamiento que sea cien por cien efectivo, lo que afecta psicológicamente a los pacientes de vitíligo. El tratamiento más utilizado en nuestra

muestra es el tópico, con un 33,2% (N=18). En el Anexo D.3: Tipo de tratamiento dermatológico, se encuentra la relación del tipo de tratamiento dermatológico para las lesiones sea éste tópico, vía oral, PUVA/UVB o una combinación de varios de ellos.

3.1.2.- Características médicas, nutricionales y del historial: comparación del Grupo Vitílico (GV) y del Grupo Control (GC).

En el siguiente apartado mostramos las características médicas, nutricionales y del historial que hemos tenido en cuenta a la hora de comparar el GV con el GC y que hemos considerado relevantes. Por características médicas nos referimos a: horas de sol al día, antecedentes familiares de vitiligo, hábitos tóxicos y problemas de apnea durante el sueño. Por nutricionales entendemos el consumo de leche, yogurt y queso. Mientras que por características del historial nos centramos en los aspectos psicológicos de la historia clínica. Dicha información queda reflejada en las Tablas 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13 y 3.14.

Tabla 3.8. Horas de sol al día (GV/GC).

Horas de sol al día	Grupo Vitílico (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Menos de 5 horas al día	46	85,2%	52	96,2%	3,97*
Más de 5 horas al día	8	14,8%	2	3,8%	

Nota= *= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001.

En esta Tabla 3.8, se ha utilizado la muestra total inicial de N= 54 para poder comparar equitativamente los resultados con la muestra del grupo control (N= 54). Podemos ver que en ambos grupos los sujetos reciben menos de 5 horas de sol al día. Destacar que en el trabajo de campo, los pacientes del GV referían no tomar el sol de un modo voluntario, mientras que los pacientes del GC no hacían referencia a éste tipo de pregunta. Así, encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Chi² = 3,97; p<.05), indicadora de que los sujetos del GC recibían menos de 5 horas de sol al día.

Tabla 3.9. Antecedentes familiares de vitiligo (GV/GC).

Antecedentes familiares de vitiligo	Grupo Vitílico (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	39	72,2%	52	96,3%	11,80***
Sí	15	27,8%	2	3,7%	

Nota= *= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001

Encontramos una marcada diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Chi² = 11,80; p< .001), de forma que el GC escasamente tiene antecedentes familiares de primera línea o relacionado en consanguinidad.

Tabla 3.10. Hábitos tóxicos: consumo de cigarrillos, consumo de alcohol diario y consumo de otras drogas (GV/GC).

	Grupo Vitiligo (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
Consumo de cigarrillos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No consume	44	81,5%	41	75,9%	0,50
Sí consume	10	18,5%	13	24,1%	
Consumo de alcohol					
No consume	52	96,3%	53	98,1%	0,34
Sí consume	2	3,7%	1	1,9%	
Consumo de otras drogas					
No consume	50	92,6%	53	98,1%	1,89
Cannabis	4	7,4%	1	1,9%	

Nota= *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$

No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a hábitos tóxicos. Podemos observar que tanto el GV como el GC muestran un alto porcentaje en conductas saludables. Entrando al detalle, el GV muestra conductas más saludables que el GC en lo que respecta al consumo de cigarrillos, mientras que el GC muestra conductas más saludables que el GV en el consumo de alcohol y otras drogas, siendo que el GV consume un 5,5% más de cannabis que el GC.

Tabla 3.11. Problemas de apnea durante el sueño (GV/GC).

	Grupo Vitiligo (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
Problemas de apnea durante el sueño	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	52	96,3%	51	94,4%	0,21
Sí	2	3,7%	3	5,6%	

Nota= *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

No hay diferencias significativas entre ambos grupos en referencia a problemas de apnea durante el sueño.

Tabla 3.12. Consumo de lácteos (GV/GC).

Consumo de leche	Grupo Vitiligo (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No consume	8	14,7%	6	11,1%	13,96**
Menos de 5/semana	5	9,3%	11	20,3%	
Más de 5/semana	27	50,0%	34	63,0%	
Entre 10-15/semana	13	24,1%	1	1,9%	
Más de 20/semana	1	1,9%	2	3,7%	
Consumo de yogurt					
No consume	13	24,1%	13	24,1%	7,49
Menos de 5/semana	28	51,8%	23	42,6%	
Más de 5/semana	9	16,6%	18	33,3%	
Entre 10-15/semana	3	5,6%	0	0%	
Más de 20/semana	1	1,9%	0	0%	
Consumo de queso					
No consume	11	20,4%	4	7,4%	5,95
Menos de 5/semana	27	50,0%	27	50,0%	
Más de 5/semana	15	27,7%	23	42,6%	
Entre 10-15/semana	1	1,9%	0	0%	

Nota= * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Por lo que se refiere al consumo de lácteos, tan sólo encontramos una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de leche ($\text{Chi}^2 = 13,96$; $p < .01$). Este consumo de leche es algo más frecuente en el GV que en el GC, ya que mientras si lo más habitual en el GC es consumir más o menos un vaso de leche diario (63% vs 50% en el GV), lo más frecuente en el GV es consumir dos (24.1% vs 1,9% en el GC).

Dentro del historial clínico, encontramos las variables psicológicas. Exceptuando la primera pregunta (la atribución de los pacientes respecto a la aparición de las lesiones del vitiligo), el resto son comunes al GV y al GC. Concretamente, en la Entrevista se les preguntaba a los pacientes: “¿relacionas el inicio del vitiligo con algún acontecimiento estresante?” (Tabla 3.13). El apartado continúa con la Tabla 3.14, donde podemos comparar el GV y el GC en lo que se refiere a si los pacientes habían llevado o estaban llevando algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (cumpliéndose que no fuera criterio de exclusión al no tratarse de enfermedad mental grave).

Tabla 3.13. Relación de la aparición de las lesiones de vitiligo con algún acontecimiento estresante.

Relación del vitiligo con algún acontecimiento estresante	Grupo Vitiligo (N= 54)	
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	23	42,6%
No	31	57,4%

Podemos observar que el 57,4% de la muestra (N= 31) no relaciona el inicio de las lesiones de vitíligo con algún acontecimiento vital estresante. En la Anexo D.4: Tipo de estresor inicial, se encuentra el tipo de estresor inicial que el paciente pone en relación con la aparición del vitíligo.

Tabla 3.14. Diagnóstico, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (GV/GC).

Diagnóstico psicológico	Grupo Vitíligo (N= 54)		Grupo Control (N= 54)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Depresión	4	7,4%	3	5,6%	3,72
Ansiedad	2	3,7%	3	5,6%	
Depresión + T.O.C.	1	1,9%	-	-	
Estrés por separación	1	1,9%	-	-	
Trastorno Adaptativo	1	1,9%	2	3,7%	
Sí (desconoce diagnóstico psicológico)	1	1,9%	-	-	
No	44	81,3%	46	85,1%	
Recibió tratamiento psicológico					
Sí	8	14,8%	46	85,1%	0,54
No	46	85,2%	8	14,9%	
Recibió tratamiento psiquiátrico					
Sí	9	16,7%	45	83,3%	2,80
No	45	83,3%	9	16,7%	

Nota= *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

Siendo que no encontramos ninguna diferencia significativa entre el GV y el GC en cuanto a estos datos, destacar que tanto en el GV (N= 10) como en el GC (N= 8), se diagnosticó alguna patología psicológica.

A modo de síntesis, con éstos datos obtenemos una fotografía de aquellas variables que hacen homogéneos al grupo vitíligo y al grupo control, y aquellas que los diferencian.

Por un lado, encontramos que los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas no diferencian un grupo de otro, así como los problemas de apnea durante el sueño. Respecto a los aspectos nutricionales, ni el consumo de queso o de yogurt muestran diferencias entre grupos. Tampoco el recibir un diagnóstico psicológico y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico hacen diferentes a los sujetos de un grupo del otro.

Sin embargo, sí encontramos diferencias en las horas de sol recibidas al día (menos en el GC), del mismo modo que encontramos una diferencia lógica en la dirección de que el GC posee menos antecedentes de vitíligo que el GV. Por lo que respecta a los aspectos nutricionales, encontramos que la leche es el único lácteo que muestra una diferencia entre grupos, siendo este consumo ligeramente mayor en el GV que en el GC (76% de los pacientes consume 5 o más vasos de leche a la semana vs el 68,6% en el caso del GC).

Todos estos resultados serán discutidos en el CAPÍTULO 4 de Conclusiones y Discusión.

3.2.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

En esta sección se describe al grupo de pacientes con vitíligo y al grupo de pacientes control teniendo en cuenta las variables psicológicas estudiadas en la investigación. Importa tanto la bondad psicométrica que poseen los instrumentos como las puntuaciones y relaciones que dichas variables adquieren en estos pacientes.

3.2.1.- Descriptivos básicos del GV y del GC.

Los descriptivos básicos incluyen la Media, así como la Desviación Típica y el número de ítems que incluye cada variable. Para calcular la fiabilidad (consistencia interna) se ha utilizado el α de Cronbach.

Como podemos ver en la Tabla 3.15, los coeficientes de fiabilidad son en líneas generales muy satisfactorios tanto los referidos al GV como al GC. En el caso del cuestionario SCL-90, la mayor parte se encuentran en unos valores de α que superan el 0,73. Los coeficientes más altos se corresponden con el IGG (Índice de Gravedad Global, $\alpha = 0,97$) y las dimensiones de Depresión, Obsesión-Compulsión, Somatización y Hostilidad con valores de α que superan el 0,80. La dimensión con un α más bajo, aunque aceptable, se obtuvo en la dimensión de Depresión Melancólica ($\alpha = 0,73$). Resultados igualmente satisfactorios se obtienen en relación con los estresores (SVEAD), el estrés percibido (CEP) y las estrategias de afrontamiento (CSI), todos ellos con un α superior a 0,71. Esto muestra que nuestros resultados abarcan desde el grado de aceptables (0,70) a excelentes (0,90), siguiendo los criterios de George y Mallery (2003, p. 231).

En el caso de la SCL-90, las medias escalares (*ítem mean score*) muestran que la escala que más peso tiene es “Obsesión-Compulsión” en el GV y GC. Tomando como referencia la primera medición (T0) del grupo vitíligo (M= 1,27; DT= 0,90) y la medición del grupo control (M= 0,94; DT= 0,70), éstas puntuaciones equivalen a un percentil (Pc) de 90 para el GV, y un Pc= 75 para el GC, siguiendo los baremos de González de Rivera y cols. (2002, p. 40) de *mujeres de población general no clínica*. Hemos decidido utilizar los baremos de las mujeres puesto que nuestra muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres (N= 33 frente a los hombres, N= 21).

Seguidamente, tanto en el GV como en el GC, son las escalas de “Depresión” (M= 1,14; DT= 0,97; y M= 0,90; DT= 0,77, respectivamente) y “Depresión melancólica” (M= 1,12; DT= 0,85 en GV; y M= 0,93; DT= 0,71 en GC), las que más peso tienen.

Por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento, es la escala de “Solución de problemas” la que más peso tiene en el GV (M= 14,37; DT= 5,38) y GC (M= 13,50; DT= 5,93).

En líneas generales, los resultados obtenidos muestran que los instrumentos utilizados se ajustan a ambas muestras de un modo bastante satisfactorio.

Tabla 3.15. Descriptivos básicos del GV y del GC.

	N° de ítems	Grupo Vitiligo (N=54)			Grupo Control (N=54)			Total (N= 108)
		M	DT	α	M	DT	α	α
SVEAD								
Impacto	49	10,44	5,50	0,86	10,76	3,76	0,58	0,90
Volumen	49	65,57	47,46	0,80	74,13	27,26	0,59	0,73
CEP								
Puntuación Total	14	25,41	7,40	0,65	,69	7,69	0,77	0,71
CSI								
Solución de problemas	11	14,37	5,38	0,90	13,50	5,93	0,92	0,91
Búsqueda de apoyo social	11	11,24	5,53	0,89	11,39	5,65	0,90	0,89
Evitación	11	7,30	3,73	0,70	7,24	4,03	0,77	0,74
SCL-90								
Somatización	12	0,90	0,77	0,86	0,75	0,60	0,83	0,84
Obsesión – Compulsión	10	1,27	0,90	0,86	0,94	0,70	0,83	0,86
Susceptibilidad	9	0,88	0,76	0,83	0,66	0,61	0,80	0,83
Depresión	13	1,14	0,97	0,93	0,90	0,77	0,91	0,92
Ansiedad	10	0,90	0,68	0,82	0,69	0,57	0,78	0,82
Hostilidad	6	0,77	0,80	0,83	0,68	0,81	0,85	0,84
Ansiedad fóbica	7	0,33	0,48	0,65	0,24	0,55	0,87	0,76
Ideación paranoide	6	0,85	0,77	0,76	0,64	0,63	0,73	0,78
Psicoticismo	10	0,49	0,58	0,80	0,27	0,37	0,80	0,79
Depresión melancólica	7	1,12	0,85	0,75	0,93	0,71	0,68	0,73
Índice de Gravedad Global	90	0,89	0,64	0,97	0,69	0,51	0,97	0,97
Total de síntomas positivas	/	37,74	20,65	/	33,54	17,55	/	/
Índice de distrés de síntomas positivas	/	1,98	0,64	/	1,72	0,60	/	/

Nota= α (Alfa de Cronbach). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amir Khan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975).

3.3.- ANÁLISIS DE LOS ESTRESORES EN EL GV Y GC.

En el siguiente apartado encontramos el respaldo que tienen los sucesos o acontecimientos vitales estresantes en nuestra muestra de pacientes afectados de vitiligo y en la muestra de no afectados. De los 49 acontecimientos que mide el SVEAD, la ocurrencia de cada uno y el impacto que han tenido en el GV y el GC quedan reflejados en la Tabla 3.16 y en la Tabla 3.17. Como estadísticos de comparación se han utilizado respectivamente el χ^2 y la t de Student.

Tabla 3.16. Volumen de acontecimientos vitales estresantes (SVEAD) en GV (N = 54) y GC (N = 54): porcentaje de respaldo.

	Volumen (SVEAD)		
	% GV	% GC	chi ²
1.- Muerte de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	50,0	66,7	3,09
2.- Problemas en mi trabajo (con jefes, compañeros)	33,0	50,0	3,09
3.- Accidente de tráfico grave propio	3,7	7,4	0,71
4.- Accidente de tráfico grave de amigos	5,6	7,4	0,15
5.- Accidente de tráfico grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	3,7	1,9	0,34
6.- Enfermedad grave propia	16,7	7,4	2,19
7.- Enfermedad grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	53,7	55,6	0,04
8.- Enfermedad grave de amigos	18,5	27,8	1,30
9.- He presenciado la muerte de otra persona	31,5	38,9	0,65
10.- He asistido al entierro de alguien a quien quería	81,5	88,9	1,17
11.- He estado ingresado en un hospital	50,0	33,3	3,09
12.- Familiar cercano ingresado en un hospital	68,5	85,2	4,22*
13.- Me han operado	46,3	40,7	0,34
14.- Han operado a familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	63,0	74,1	1,55
15.- Bebo demasiado	1,9	0,0	1,01
16.- Problemas con el alcohol de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	11,1	13,0	0,09
17.- Problemas con drogas de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	7,4	9,3	0,12
18.- Algún familiar cercano (padres, pareja, hijos, hermanos) se ha quedado mal como consecuencia de enfermedad o accidente	9,3	14,8	0,79
19.- Me han agredido físicamente	11,1	3,7	2,16
20.- Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con la familia	0,0	0,0	0,00
21.- Mi pareja me rechaza sexualmente	7,4	1,9	1,89
22.- Hace menos de un año que he roto con mi pareja	5,6	11,1	1,09
23.- Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno	5,6	3,7	0,21
24.- Deseo cosas sexualmente que no tengo	18,5	18,5	0,00
25.- Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar	3,7	3,7	0,00
26.- He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz	11,1	22,2	2,40
27.- Cada vez que me he enamorado, he fracasado	22,2	5,6	6,27*
28.- Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos (hermanos, padres, hijos)	18,5	9,3	1,94
29.- Ganas de no vivir más	11,1	5,6	1,09
30.- Traición de una persona en la que confiaba	29,6	35,2	0,38
31.- Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta	11,1	20,4	1,75
32.- Sentimiento de estar totalmente solo	24,1	9,3	4,27*
33.- Mi familia me desprecia y, en el mejor de los casos, pasa de mí	1,9	1,9	0,00
34.- Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme	9,3	9,3	0,00
35.- Me siento inútil ante la desgracia de los demás	20,4	24,1	0,21
36.- Fumo demasiado	11,1	13,0	0,09
37.- A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible	25,9	20,4	0,47
38.- Tengo problemas económicos	27,8	16,7	1,93

Continuación de la Tabla 3.16

39.- He tenido problemas legales (jueces, juicios)	18,5	11,1	1,17
40.- Mi profesión es un fracaso	9,3	5,6	0,54
41.- Tengo que tragar muchas cosas que veo, para evitar problemas más graves	33,3	40,7	0,64
42.- He visto a gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	42,6	53,7	1,34
43.- He disparado a alguien (persona)	0,0	1,9	1,01
44.- He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me deja en paz	0	5,6	3,09
45.- He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	16,7	11,1	0,70
46.- La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado	20,4	20,4	0,00
47.- Tengo problemas para entender qué pasa conmigo	31,5	11,1	6,68*
48.- Me han disparado y herido	1,9	0,0	1,01
49.- Discusiones en casa	38,9	57,4	3,71

Nota= * $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

La Tabla 3.16 nos muestra cuatro diferencias estadísticamente significativas en el Volumen de sucesos vitales estresantes y/o traumáticos entre el GV y el GC. Así, es más frecuente en el GV que en el GC respaldar los ítems “*Tengo problemas para entender qué pasa conmigo*”, “*Cada vez que me he enamorado, he fracasado*” y “*Sentimiento de estar totalmente solo*” (todas las diferencias con una $p < .05$). Por otra parte hay un respaldo superior en el GC respecto al GV en cuanto a tener un “*Familiar cercano ingresado en un hospital*” ($\chi^2 = 4,22$, $p < .05$).

Tabla 3.17. Impacto de acontecimientos vitales estresantes (SVEAD) en GV y GC (N= 108).

	Impacto (SVEAD)			
	M / DT GV	M / DT GC	t	d
1.- Muerte de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	4,07/4,42	5,85/4,33	-2.11*	-.41
2.- Problemas en mi trabajo (con jefes, compañeros)	2,59/3,88	3,28/3,73	-.94	/
3.- Accidente de tráfico grave propio	0,28/1,51	0,54/2,04	-.75	/
4.- Accidente de tráfico grave de amigos	0,44/1,97	0,65/2,34	-.49	/
5.- Accidente de tráfico grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	0,15/1,09	0,19/1,36	-.16	/
6.- Enfermedad grave propia	1,09/2,79	0,63/2,21	.96	/
7.- Enfermedad grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	4,31/4,56	4,72/4,56	-.46	/
8.- Enfermedad grave de amigos	1,43/3,14	2,00/3,53	-.89	/
9.- He presenciado la muerte de otra persona	2,24/3,87	3,30/4,29	-1.34	/
10.- He asistido al entierro de alguien a quien quería	5,35/3,91	7,19/3,20	-2.67**	-.52
11.- He estado ingresado en un hospital	2,61/3,47	1,72/2,96	1.43	/
12.- Familiar cercano ingresado en un hospital	4,37/4,12	6,39/3,31	-2.81**	-.54
13.- Me han operado	2,22/3,31	2,39/3,32	-.26	/
14.- Han operado a familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	4,00/4,07	5,02/3,53	-1.39	/
15.- Bebo demasiado	0/0	0/0	/	/
16.- Problemas con el alcohol de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	0,94/2,71	1,02/2,75	-.14	/

Continuación de la Tabla 3.17

17.- Problemas con drogas de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	0,46/1,68	0,74/2,49	-.68	/
18.- Algún familiar cercano (padres, pareja, hijos, hermanos) se ha quedado mal como consecuencia de enfermedad o accidente	0,76/2,43	1,17/2,90	-.79	/
19.- Me han agredido físicamente	0,74/2,28	0,11/0,60	1.96+++	.54
20.- Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con la familia	0/0	0/0	/	/
21.- Mi pareja me rechaza sexualmente	0,37/1,64	0,17/1,23	.73	/
22.- Hace menos de un año que he roto con mi pareja	0,43/1,82	0,78/2,33	-.88	/
23.- Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno	0,19/1,23	0/0	1.11	/
24.- Deseo cosas sexualmente que no tengo	0,56/1,73	1,04/2,40	-1.19	/
25.- Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar	0,09/0,68	0,13/0,83	-.25	/
26.- He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz	0,09/0,40	0,81/2,12	-2.46*	-.57
27.- Cada vez que me he enamorado, he fracasado	1,17/2,67	0,30/1,30	2.16*	.44
28.- Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos (hermanos, padres, hijos)	1,37/3,17	0,59/1,89	1.55	/
29.- Ganas de no vivir más	0,54/1,96	0,30/1,24	.76	/
30.- Traición de una persona en la que confiaba	2,13/3,59	2,70/3,92	-.79	/
31.- Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta	0,54/1,68	1,46/2,98	-1.99*	-.39
32.- Sentimiento de estar totalmente solo	1,46/2,93	0,57/1,91	1.87+++	.37
33.- Mi familia me desprecia y, en el mejor de los casos, pasa de mí	0,02/0,14	0/0	1.00	/
34.- Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme	0,56/1,83	0,67/2,19	-.29	/
35.- Me siento inútil ante la desgracia de los demás	1,11/2,50	1,52/2,94	-.78	/
36.- Fumo demasiado	0,59/1,95	0,61/2,01	-.05	/
37.- A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible	1,74/3,18	1,44/3,15	.49	/
38.- Tengo problemas económicos	1,85/3,53	0,94/2,21	1.60	/
39.- He tenido problemas legales (jueces, juicios)	1,00/2,25	0,72/2,14	.66	/
40.- Mi profesión es un fracaso	0,65/2,26	0,39/1,66	.68	/
41.- Tengo que tragar muchas cosas que veo, para evitar problemas más graves	2,20/3,48	2,43/3,22	-.34	/
42.- He visto a gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	2,30/3,16	3,56/3,89	-1.85+++	-.36
43.- He disparado a alguien (persona)	0/0	0,06/0,41	-1.00	/
44.- He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me deja en paz	0/0	0,35/1,52	-1.70+++	-.46
45.- He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	1,04/2,82	0,87/2,53	.32	/
46.- La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado	1,52/3,19	1,02/2,20	.95	/
47.- Tengo problemas para entender qué pasa conmigo	2,02/3,43	0,83/2,46	2.06*	.40
48.- Me han disparado y herido	0,09/0,68	0/0	1.00	/
49.- Discusiones en casa	1,89/3,05	2,98/3,01	-1.88+++	-.36

Nota= M (Media). DT (Desviación Típica). t (t de Student). d (d de Cohen). * $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$. Las tendencias significativas entre .06 y .10 se han marcado con tres cruces (+++).

Por lo que respecta al Impacto de los sucesos vitales estresantes y/o traumáticos ocurridos en nuestra muestra (Tabla 3.17), destaca el impacto que ha tenido el ítem 12: “*Familiar cercano ingresado en un hospital*”, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa entre el GV y el GC, a favor del segundo ($t = -2.81$, $p < .01$), con un tamaño del efecto moderado ($d = -.54$), según los valores de Cohen (1988; en Durlak, 2009). La siguiente diferencia significativa con una media más elevada en impacto es la correspondiente el ítem 10: “*He asistido al entierro de alguien a quien quería*” ($t = -2.67$, $p < .01$). En éste suceso, el GC puntúa más que el GV con un tamaño del efecto moderado ($d = -.52$).

Realmente, exceptuando los ítems 27 (“*Cada vez que me enamorado he fracasado*”), con unos valores de $t = 2.16$, $p < .05$ y $d = .44$; e ítem 47 (“*Tengo problemas para entender qué pasa conmigo*”) con valores de $t = 2.06$, $p < .05$ y $d = .40$; el resto de diferencias significativas son a favor del GC: “*He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz*” ($t = -2.46$, $p < .05$ y $d = -.57$); “*Muerte de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)*” ($t = -2.11$, $p < .05$ y $d = -.41$); y “*Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta*” ($t = -1.99$, $p < .05$ y $d = -.39$).

Sin embargo, es completamente lógico y coherente que sean los ítems que tienen que ver con el propio entendimiento (ítem 47) y el fracaso en una relación amorosa donde la persona se expone interior y exteriormente (ítem 27), donde los pacientes afectos de vitiligo se diferencien significativamente del grupo control.

3.4.- ANÁLISIS ESTRUCTURAL.

En esta sección se muestran los resultados obtenidos en los análisis correlacionales y factoriales relativos al GV y al GC.

3.4.1.- Análisis correlacionales: GV y GC.

A continuación se describen los principales aspectos que cabría destacar de la reducción del análisis correlacional (coeficientes r de Pearson) referido al GV (Tabla 3.18) y al GC (Tabla 3.19), y que el/la lector/a puede encontrar completo en el Anexo D.5 para el Análisis Correlacional del GV, y en el Anexo D.6 para el GC.

Los principales aspectos que cabría destacar son los siguientes:

- (a) Tal y como cabe esperar, el estrés percibido covaría positivamente con los síntomas psicológicos generales, pero esta pauta es mucho más fuerte en el GV (media de $r_s = 0,54$) que en el GC (media de $r_s = 0,42$).
- (b) Esta misma tendencia (mayor fortaleza de los coeficientes) se observa cuando se analizan las pautas del volumen y el impacto con los síntomas, aunque aquí cabe apreciar una diferencia notable: el hecho de que ambas variables sean independientes de los síntomas de hostilidad y ansiedad fóbica en el GC y que sin embargo covaríen de forma positiva y significativa en el GV.

- (c) En consonancia con lo anterior, el índice de Distrés de Síntomas Positivos covaría positiva y significativamente con volumen, impacto y estrés percibido en el GV, siendo irrelevantes los coeficientes en el GC.
- (d) En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la tendencia común en ambos grupos es que la evitación covaríe positivamente y de forma significativa tanto con las variables de estrés como con los síntomas psicológicos, mientras que la búsqueda de apoyo social sea independiente en relación con las variables mencionadas.
- (e) Sólo la estrategia relativa a la solución de problemas marca una cierta diferencia entre el GV y el GC. Así la solución de problemas se relaciona con una menor susceptibilidad en las relaciones interpersonales ($r = -.27$; $p < .05$) y menor hostilidad ($r = -.34$; $p < .05$) en el GV mientras que en el GC se relaciona con una mayor ideación paranoide ($r = .28$; $p < .05$). En todo caso los coeficientes, aunque significativos, son débiles.

Tabla 3.18. Análisis correlacional del GV.

	Volumen	Impacto	Estrés Percibido	Solución Problemas	Búsqueda Apoyo Social	Evitación
Volumen	/					
Impacto	.89***	/				
Estrés Percibido	.55***	.53***	/			
Solución Problemas	-.15	-.07	-.18	/		
Búsqueda Apoyo Social	.08	.08	.70	.50***	/	
Evitación	.48***	.40**	.49***	-.03	.06	/
Somatización	.50***	.45**	.49***	-.04	-.06	.39**
Obsesión	.51***	.43**	.60***	-.19	-.10	.47***
Susceptibilidad	.51***	.55***	.59***	-.27*	-.11	.44**
Depresión	.58***	.62***	.72***	-.15	.04	.56***
Ansiedad	.55***	.56***	.61***	-.09	-.09	.51***
Hostilidad	.43**	.33*	.51***	-.34*	-.24	.47***
Ansiedad Fóbica	.42**	.40**	.45**	-.09	-.09	.21
Ideación paranoide	.55***	.51***	.56***	-.26	-.07	.55***
Psicoticismo	.40**	.37**	.48***	-.19	-.11	.54***
Depresión Melancólica	.57***	.55***	.43**	-.15	-.15	.46**
Índice Gravedad Global	.60***	.59***	.67***	-.20	-.10	.56***
Síntomas Positivos Total	.59***	.57***	.70***	-.20	-.11	.53***
Índice Distrés Síntomas Positivos	.30*	.34*	.28*	-.05	-.09	.41**

Nota= Volumen e Impacto (SVEAD). Estrés Percibido (CEP). Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social y Evitación (CSI). Sintomatología reflejada en la columna de la izquierda: Somatización, Obsesión... (SCL-90). * $p < .05$; ** $=p < .01$; *** $=p < .001$.

Tabla 3.19. Análisis correlacional del GC.

	Volumen	Impacto	Estrés Percibido	Solución Problemas	Búsqueda Apoyo Social	Evitación
Volumen	/					
Impacto	.88***	/				
Estrés Percibido	.48***	.53***	/			
Solución Problemas	.13	.13	.19	/		
Búsqueda Apoyo Social	.14	.17	.21	.44**	/	
Evitación	.20	.22	.46***	.21	.25	/
Somatización	.23	.38**	.19	.05	-.17	.29*
Obsesión	.29*	.41**	.36**	.13	-.13	.39**
Susceptibilidad	.38**	.40**	.47***	.13	-.14	.42**
Depresión	.32*	.46**	.60***	-.01	.06	.42**
Ansiedad	.27*	.39**	.49***	.04	-.08	.42**
Hostilidad	.19	.24	.45**	.15	-.23	.43**
Ansiedad Fóbica	-.00	.11	.28*	.03	-.05	.41**
Ideación paranoide	.43**	.45**	.45**	.28*	-.17	.42**
Psicoticismo	.44**	.53***	.41**	.15	-.08	.36**
Depresión Melancólica	.35*	.49***	.45**	.01	-.05	.44**
Índice Gravedad Global	.36**	.49***	.52***	.10	-.11	.49***
Síntomas Positivos Total	.47***	.58***	.62***	.09	-.06	.36**
Índice Distrés Síntomas Positivos	.20	.22	.17	.10	-.05	.54***

Nota= Volumen e Impacto (SVEAD). Estrés Percibido (CEP). Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social y Evitación (CSI). Sintomatología reflejada en la columna de la izquierda: Somatización, Obsesión... (SCL-90). * $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

3.4.2.- Análisis factoriales del GV y del GC.

En el siguiente apartado se presentan los resultados de los análisis factoriales realizados con el GV (Tabla 3.20) y del GC (Tabla 3.21) utilizando los análisis correlaciones completos recogidos en el Anexo D.5 y D.6.

Tabla 3.20. Análisis factorial GV en T0 (N= 54).

	Matriz de Componentes Rotados			Comunalidades
	1	2	3	h ²
SVEAD				
Volumen	.291	.903	-.019	.900
Impacto	.280	.889	.040	.870
CEP				
Puntuación Total	.544	.529	-.029	.576
CSI				
Solución de problemas	-.058	-.149	.871	.785
Búsqueda de apoyo social	-.065	.176	.820	.707
Evitación	.512	.454	-.004	.468
SCL-90				
Somatización	.698	.270	.066	.565
Obsesión – Compulsión	.858	.226	-.081	.794
Susceptibilidad	.780	.340	-.176	.754
Depresión	.801	.456	.004	.849
Ansiedad	.843	.330	-.021	.821
Hostilidad	.651	.250	-.376	.627
Ansiedad fóbica	.774	.099	.030	.610
Ideación paranoide	.701	.392	-.218	.693
Psicoticismo	.857	.139	-.140	.774
Depresión melancólica	.640	.414	-.085	.589
Valor Propio	8,61	1,66	1,12	/
% Varianza Total	41,07	19,49	10,59	/
% Varianza Extracción Rotada	57,72%	27,39%	14,89%	/

Nota= SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975).

Los resultados nos muestran que:

- (a) El análisis factorial (rotación varimax con componentes principales) ha dado lugar a tres agrupaciones. El *primer factor*, posee un valor propio de 8,61 y explica el 41,07% de la varianza total y el 57,72% de la extraída por la rotación. Las variables con las cargas factoriales más altas se corresponden con el estrés percibido (CEP), con la estrategia de “Evitación” del CSI y con todas las escalas del SCL-90; a saber: “Somatización”, “Obsesión-Compulsión”, “Susceptibilidad”, “Depresión”, “Ansiedad”, “Hostilidad”, “Ansiedad fóbica”, “Ideación paranoide”, “Psicoticismo” y “Depresión melancólica”. Como hemos visto en la descripción de los instrumentos, el CEP estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Podemos deducir así que ante la percepción de situaciones estresantes la persona reacciona utilizando estrategias de evitación (medida por el CSI), lo que provoca una serie de sintomatología totalmente coherente con la reflejada en las escalas del SCL-90. Así

pues, denominamos tentativamente al primer factor como: *Malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación*.

(b) El *segundo factor*, posee un valor propio de 1,66, explicando el 19,49% de la varianza total y el 27,39% de la extraída por la rotación. En este factor, el “Volumen” e “Impacto” evaluados por el SVEAD son las variables con la carga factorial más elevada. Teniendo en cuenta que el SVEAD recoge un listado en cuanto a la ocurrencia e impacto de una serie de acontecimientos vitales específicos de carácter estresante y/o traumático (la lista no agota las posibilidades), podría denominarse a este factor: *Impacto de estresores específicos y/o traumáticos*.

(c) Por lo que se refiere al *tercer factor*, este posee un valor propio de 1,12, explicando el 10,59% de la varianza total y el 14,89% de la extracción por rotación. Encontramos que saturan las escalas de “Solución de problemas” y “Búsqueda de apoyo social”. Hemos decidido denominar al tercer factor como: *Afrontamiento activo*.

Tabla 3.21. Análisis factorial GC (N= 54).

	Matriz de Componentes Rotados				Comunalidades
	1	2	3	4	h ²
SVEAD					
Volumen	.066	.920	.198	.071	.895
Impacto	.238	.912	.126	.079	.910
CEP					
Puntuación Total	.392	.498	.153	.404	.588
CSI					
Solución de problemas	-.132	.013	.391	.726	.697
Búsqueda de apoyo social	-.073	.179	-.371	.821	.850
Evitación	.479	.052	.181	.549	.566
SCL-90					
Somatización	.783	.174	.098	-.135	.672
Obsesión – Compulsión	.692	.210	.473	-.010	.746
Susceptibilidad	.461	.248	.700	.074	.769
Depresión	.796	.334	.057	.114	.762
Ansiedad	.878	.156	.211	.042	.842
Hostilidad	.700	-.004	.464	.064	.709
Ansiedad fóbica	.770	-.198	.263	.122	.716
Ideación paranoide	.363	.305	.806	.087	.881
Psicoticismo	.677	.321	.436	.024	.752
Depresión melancólica	.799	.330	.145	-.002	.768
Valor Propio	7,66	2,02	1,40	1,05	/
% Varianza Total	34,30%	16,10%	14,49%	10,89%	/
% Varianza Extracción Rotada	45,27%	21,25%	19,12%	14,37%	/

Nota= SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amir Khan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975).

Los resultados nos muestran que:

- (a) El análisis factorial para el grupo control ha dado lugar a cuatro agrupaciones. El *primer factor*, posee un valor propio de 7,66 y explica el 34,30% de la varianza total y el 45,27% de la extraída por la rotación. Las variables con las cargas factoriales más altas se corresponden con escalas del SCL-90, exceptuando las de “Susceptibilidad” e “Ideación paranoide”. Se trata de un factor de malestar subjetivo general en el que aparecen agrupados la mayor parte de síntomas psicológicos sin relación con la aparición de estresores específicos o la percepción de estrés en general. Este factor suele aparecer con frecuencia en estudios realizados con “población sana”. Denominamos tentativamente al primer factor como: *Malestar subjetivo general*.
- (b) El *segundo factor*, posee un valor propio de 2,02, explicando el 16,10% de la varianza total y el 21,25% de la extraída por la rotación. En este factor, el “Volumen” e “Impacto” evaluados por el SVEAD, saturan de modo elevado junto con la percepción subjetiva del estrés, medido por el CEP, por lo que podemos denominar simplemente a esta agrupación: *Estrés*.
- (c) El *tercer factor* posee un valor propio de 1,40, explicando el 14,49% de la varianza total y el 19,12% de la extracción por rotación. En dicha agrupación saturan las escalas de “Susceptibilidad” e “Ideación paranoide”. Considerando la sintomatología de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad e incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales, junto con los síntomas de ideación paranoide, hemos decidido denominar tentativamente al tercer factor como: *Susplicacia*.
- (d) El *cuarto factor* presenta un valor propio de 1,05, explicando el 10,89% de la varianza total y el 14,37% de la extraída por la rotación. En éste factor saturan las tres escalas de afrontamiento del CSI: “Solución de problemas”, “Búsqueda de apoyo social” y “Evitación”. Hemos denominado a éste factor: *Estrategias de afrontamiento*.

A modo de resumen podríamos establecer las siguientes conclusiones. En primer lugar, el porcentaje de varianza total explicada por los cuatro factores extraídos en el GC es apenas superior (75,78%) que la explicada por los tres factores extraídos en el GV (71,15%). En segundo lugar, el hecho de que emerja un factor que agrupa en el GC a todas las estrategias de afrontamiento del CSI (incluida la evitación) con cargas positivas, merece un comentario. Al respecto cabría subrayar que la carga factorial de evitación (sat = .549) es la más baja de las tres en esta agrupación y que, además, la evitación presenta también una carga moderada similar (sat = .479) en la primera agrupación (factor denominado como *Malestar subjetivo general*). A este hecho también contribuye lo siguiente: mientras que los coeficientes de correlación simple de la evitación con los otros dos factores de afrontamiento dan lugar a coeficientes positivos, aunque débiles, en el GC, estos coeficientes son tendentes a .00 en el GV. Además en este grupo, la evitación o acompaña a la percepción subjetiva del estrés (CEP) en la primera agrupación (sat = .512) o en su caso a los estresores específicos y su impacto (sat = .454). En tercer lugar, por lo que se refiere a la agrupación encontrada en el GC, que hemos denominado *Susplicacia* (síntomas de susceptibilidad interpersonal junto con síntomas de ideación paranoide), resulta un poco extraña, encontrándose una posible explicación en el procedimiento seguido a la hora de recoger los participantes del GC (personas que acudían a revisiones rutinarias de la piel). De

este modo, quizás el hecho de que ante una revisión rutinaria con la Dermatóloga, las personas cumplimenten, aunque sea de forma voluntaria, cuestionarios como los empleados en esta investigación, genere cierta suspicacia que se vea reflejada en los resultados.

3.5.- LA INFLUENCIA DEL GÉNERO Y EL VITÍLIGO EN EL ESTRÉS Y LA SALUD MENTAL.

A continuación se ofrecen los resultados que comprometen a las Hipótesis 1a, 1b y 1c. Para poner a prueba estas hipótesis se han realizado análisis de varianza siguiendo la lógica de un diseño factorial 2X2. De este modo, la primera variable independiente sería el padecimiento o no de la enfermedad (GV vs GC) y la segunda variable independiente sería el género (hombres vs mujeres). De este modo, contamos con los siguientes cuatro grupos GV (33 mujeres y 21 hombres) y GC (34 mujeres y 20 hombres). Las variables dependientes son las escalas de los cuestionarios referidos al SVEAD, CEP, CSI y SCL-90.

Por estética y comodidad para el/la lector/a, los resultados de los análisis de varianza se presentan divididos en dos Tablas: la Tabla 3.22 corresponde a los cuestionarios SVEAD, CEP y CSI; y la Tabla 3.24 corresponde al SCL-90. Para los contrastes por pares, en la Tabla 3.23 se encuentran los resultados correspondientes al SVEAD, CEP y CSI; y en la Tabla 3.25 los del SCL-90.

Tabla 3.22. Análisis de varianza en género y grupo en SVEAD, CEP y CSI.

		Medias / D.E.			Género		Grupo		Grupo*Género	
		Hombres	Mujeres	Total	F	p	F	p	F	p
SVEAD										
Volumen	GV	9,86 / 5,70	10,82/5,43	10,44/5,50	.107	.744	.448	.505	1.84	.178
	GC	11,75/4,03	10,18/3,51	10,76/3,76						
	Total	10,78/5,00	10,49/4,53	10,60/4,70						
Impacto	GV	53,76/48,15	73,09/46,17	65,57/47,46	.784	.378	2.261	.136	2.725	.102
	GC	77,80/31,36	71,97/24,79	74,13/27,26						
	Total	65,49/42,13	72,52/36,62	69,85/38,76						
CEP										
Puntuación Total	GV	23,29/6,91	26,76/7,48	25,41/7,40	1.303	.256	.512	.476	.026	.872
	GC	24,30/7,66	24,91/7,81	24,69/7,69						
	Total	23,78/7,22	25,82/7,65	25,04/7,52						
CSI										
Solución de Problemas	GV	13,43/5,95	14,90/5,05	14,32/5,42	1.303	.256	.512	.476	.026	.872
	GC	12,80/6,18	13,91/5,84	13,50/5,93						
	Total	13,12/6,00	14,39/4,045	13,91/5,67						
Búsqueda de Apoyo Social	GV	10,29/5,37	11,85/5,62	11,24/5,53	1.303	.256	.512	.476	.026	.872
	GC	10,75/5,94	11,76/5,54	11,39/5,65						
	Total	10,51/5,59	11,80/5,54	11,31/5,57						
Evitación	GV	6,67/3,54	7,70/3,85	7,30/3,73	.365	5.47	.008	.927	.526	.470
	GC	7,30/4,33	7,21/3,91	7,24/4,03						
	Total	6,98/3,91	7,45/3,86	7,273,87						

*Nota = GV (Grupo Vitíligo). GC (Grupo Control). F (F de Snedecor). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amir Khan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975). *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.*

Tabla 3.23. Contraste entre hombres/mujeres y grupo en SVEAD, CEP y CSI (N= 108).

	Hombres/Mujeres (GV)	Hombres/Mujeres (GC)	Hombres (GV/GC)	Mujeres (GV/GC)	GV/GC
	U	U	U	t	t
SVEAD					
Volumen	311.0	245.5	168.5	.58	-.35
Impacto	249.5	299.5	123.0*	.12	-1.15
CEP					
Puntuación Total	257.5	325.5	188.5	.99	.50
CSI					
Solución de Problemas	290.0	308.5	192.5	.74	.75
Búsqueda Apoyo Social	284.0	301.0	206.5	.06	-.14
Evitación	302.0	338.5	200.5	.52	.07

Nota= GV (Grupo Vitíligo). GC (Grupo Control). U (U de Mann Whitney). t (t de Student). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amir Khan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975). *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

El análisis de la Tabla 3.22 no nos aporta ninguna información estadísticamente significativa. Por una parte se esperaba que para un volumen de acontecimientos vitales estresantes y/o traumáticos similares, los pacientes con vitíligo obtuvieran puntuaciones más elevadas en el impacto causado por estos y, por otra, que las mujeres (especialmente las del GV), obtuvieran puntuaciones más altas que los hombres. En el primer caso se observa que las puntuaciones más elevadas son alcanzadas en impacto por el GC frente al GV (74,13 vs 65,57). En el segundo, si bien es cierto que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres, ello no es con independencia de padecer o no vitíligo. Así, son las mujeres del GV las que obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres del mismo grupo, ocurriendo a la inversa en el GC. Aunque las medias de cada uno de los cuatro grupos tienden hacia un efecto de interacción, los contrastes por pares (Tabla 3.23) muestran que la única diferencia estadísticamente significativa en “Impacto” ($U = 123.0$, $p < .05$) se localiza entre los hombres, de forma que aquellos que padecen vitíligo experimentan un mayor impacto de los acontecimientos vitales que aquellos otros que no lo padecen.

Si consideramos la percepción subjetiva de estar estresado (CEP), los resultados apuntan a lo esperado: puntuaciones más elevadas del GV frente al GC y de las mujeres frente a los hombres. Sin embargo, ningún contraste por pares es significativo.

En cuanto al afrontamiento, tal como suponíamos, las mujeres del GV utilizan en mayor medida que los hombres estrategias de afrontamiento de cualquier tipo, pero tampoco aquí se encuentra efecto significativo alguno.

Tabla 3.24. Análisis de varianza en género y grupo en SCL-90.

SCL-90		Medias / D.E.			Género		Grupo		Grupo*Género	
		Hombres	Mujeres	Total	F	p	F	p	F	p
Somatización	GV	0,71/0,71	1,02/0,79	0,90/0,77	7.51	.007	1.59	.210	.22	.641
	GC	0,48/0,42	0,91/0,64	0,75/0,60						
	Total	0,60/0,59	0,96/0,72	0,83/0,69						
Obsesión-Compulsión	GV	1,12/0,99	1,37/0,83	1,27/0,90	1.35	2.10	2.75	4.27	.010	.016
	GC	0,81/0,62	1,02/0,74	0,94/0,70						
	Total	0,97/0,84	1,19/0,80	1,11/0,82						
Susceptibilidad	GV	0,70/0,74	1,00/0,75	0,88/0,76	.457	.501	1.65	.202	2.26	.136
	GC	0,73/0,59	0,62/0,63	0,66/0,61						
	Total	0,72/0,66	0,81/0,72	0,77/0,69						
Depresión	GV	0,79/0,90	1,37/0,96	1,14/0,97	7.80	.006	1.81	.182	.443	.507
	GC	0,67/0,73	1,03/0,77	0,90/0,77						
	Total	0,73/0,91	1,20/0,88	1,02/0,88						
Ansiedad	GV	0,72/0,69	1,02/0,66	0,90/0,68	7.79	.006	3.54	.063	.089	.766
	GC	0,46/0,35	0,83/0,63	0,69/0,57						
	Total	0,59/0,56	0,92/0,65	0,80/0,63						
Hostilidad	GV	0,69/0,89	0,82/0,75	0,77/0,80	2.37	.127	.580	.448	.492	.485
	GC	0,46/0,46	0,81/0,93	0,68/0,80						
	Total	0,58/0,71	0,82/0,84	0,73/0,80						
Ansiedad Fóbica	GV	0,21/0,40	0,41/0,52	0,33/0,48	3.15	.079	.771	.382	.020	.887
	GC	0,14/0,21	0,30/0,67	0,24/0,55						
	Total	0,17/0,32	0,35/0,60	0,29/0,52						
Ideación Paranoide	GV	0,72/0,81	0,93/0,74	0,85/0,77	.756	.387	1.98	.162	.424	.516
	GC	0,62/0,59	0,65/0,65	0,64/0,63						
	Total	0,67/0,70	0,79/0,71	0,74/0,71						
Psicoticismo	GV	0,43/0,62	0,52/0,57	0,49/0,58	.449	.504	4.44	.038	.078	.781
	GC	0,25/0,24	0,29/0,43	0,27/0,37						
	Total	0,34/0,47	0,40/0,51	0,98/0,50						
Depresión Melancólica	GV	0,83/0,84	1,30/0,83	1,12/0,85	5.88	.017	1.25	.266	.413	.522
	GC	0,76/0,57	1,03/0,77	0,93/0,71						
	Total	0,79/0,71	1,16/0,81	1,02/0,79						
Índice Gravedad Global	GV	0,71/0,68	1,00/0,60	0,89/0,64	5.52	.022	3.08	.082	.106	.745
	GC	0,54/0,37	0,77/0,57	0,69/0,51						
	Total	0,63/0,55	0,89/0,59	0,79/0,59						
Total Síntomas Positivos	GV	31,14/21,82	41,94/19,03	37,74/20,65	4.34	.040	.938	.335	.635	.427
	GC	31,00/15,55	35,32/18,61	33,54/17,55						
	Total	30,83/18,79	38,58/18,97	25,64/19,19						
Índice Distrés Síntomas Positivos	GV	1,78/0,65	2,11/0,61	1,98/0,64	8.39	.005	5.24	.024	.026	.872
	GC	1,49/0,44	1,86/0,64	1,72/0,60						
	Total	1,64/0,57	1,98/0,64	1,85/0,63						

Nota Tabla 3.24= GV (Grupo Vitiligo). GC (Grupo Control). F (F de Snedecor). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975).=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.*

Tabla 3.25. Contraste entre hombres/mujeres y grupo en SCL-90 (N= 108).

	Hombres/Mujeres (GV)	Hombres/Mujeres (GC)	Hombres (GV/GC)	Mujeres (GV/GC)	GV/GC
	U	U	U	t	t
SCL-90					
Somatización	257.0	203.0*	187.5	.60	1.10
Obsesión-Compulsión	284.0	304.0	177.0	1.82	2.13*
Susceptibilidad	259.0	292.0	187.0	2.23*	1.68
Depresión	210.0*	231.5*	207.0	1.60	1.46
Ansiedad	244.5	199.0*	172.5	1.22	1.76
Hostilidad	286.0	275.0	189.5	.05	.58
Ansiedad Fóbica	261.0	327.5	195.0	.71	.90
Ideación Paranoide	274.0	338.5	207.5	1.69	1.60
Psicoticismo	282.5	292.0	202.5	1.89	2.24*
Depresión Melancólica	229.0*	275.5	204.5	1.38	1.24
Índice de Gravedad Global	233.0*	272.0	197.0	1.66	1.82
Total Síntomas Positivos	241.5	317.5	200.5	1.44	1.14
Índice Distrés Síntomas Positivos	227.5*	215.5*	161.0	1.66	2.20*

Nota= GV (Grupo Vitiligo). GC (Grupo Control). U (U de Mann Whitney). t (t de Student). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975).=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.*

Derivado de la hipótesis 1c, esperábamos que las mujeres, especialmente las del GV mostraran en líneas generales un mayor malestar subjetivo general. Los resultados que obtenemos de la Tabla 3.24 son los siguientes:

- (a) El género tiene efectos principales significativos sobre las siguientes siete variables: “Somatización” (F= 7.51, p= .007), “Depresión” (F= 7.80, p= .006), “Ansiedad” (F= 7.79, p= .006), “Depresión melancólica” (F= 5.88, p= .017), “Índice de Gravedad Global” (F= 5.52, p= .022), “Total de Síntomas Positivos” (F= 4.34, p= .040) e “Índice Distrés Síntomas Positivos” (F= 8.39, p= .005). No obstante, como muestran los contrastes por pares, las diferencias significativas encontradas en estas escalas depende de si se trata del GV o del GC. Así, mientras que las diferencias entre hombres y mujeres en depresión y en el índice de distrés de síntomas positivos (que informa sobre la amplitud sintomática del distrés del individuo), se encuentran al margen de que unos y otras padezcan o no la enfermedad, las diferencias en depresión melancólica y en el índice de gravedad global, solo se encuentran en el GV. A su vez, las diferencias entre hombres y mujeres en somatización y ansiedad solo se encuentran en el GC.
- (b) Encontramos un efecto significativo del *Grupo* en la escala de “Psicoticismo” (F= 4.44, p= .038) e “Índice Distrés Síntomas Positivos” (F= 5.24, p= .024), de forma que los

pacientes que sufren vitíligo obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los que no lo sufren.

- (c) Por último, la “Obsesión-Compulsión” da lugar a un efecto de interacción significativo ($F= .010$, $p= .016$). Los contrastes por pares indican que el mayor efecto en esta diferencia se debe al *grupo*, de modo que estos síntomas caracterizan especialmente a los pacientes con vitíligo y de forma más marcada a las mujeres.

En resumen, estos resultados nos permiten hacer una fotografía de nuestra muestra en función del género y de la condición del grupo al que pertenecen. Observamos que las mujeres acusan más el impacto de los sucesos vitales, perciben más el estrés y emplean estrategias de afrontamiento activas, aunque esto no podemos afirmarlo de un modo significativo. Sin embargo, nos permite sugerir de un modo significativo que ellas acusen más sintomatología depresiva que los hombres. De igual modo, la condición de GV hace que los/as pacientes obtengan puntuaciones mayores que los del GC. Siendo que existen excepciones y que la condición grupo no es determinante (tal y como hemos comentado), sí podemos afirmar que el presentar lesiones de vitíligo y ser mujer, hace que la sintomatología psicológica sea mayor que la de los pacientes no afectados de vitíligo.

3.6.- ANÁLISIS MODULADORES.

En el siguiente apartado se encuentran los análisis moduladores que buscan dar respuesta a las Hipótesis 2a, 2b, 3a, 3b, 4a y 4b. Concretamente, se trata de establecer cómo influyen la identificación de un estresor inicial como factor desencadenante del vitíligo, la recepción de tratamiento de tipo dermatológico y el porcentaje de la superficie corporal afectada, en los aspectos psicológicos evaluados mediante los cuestionarios SVEAD, CEP, CSI y SCL-90.

3.6.1.- Identificación del estresor inicial.

Una de las hipótesis que se manejan en éste estudio y que reflejan las diferentes teorías explicativas (como vimos en el CAPÍTULO 1), es que los pacientes afectados de vitíligo tratan de buscar una atribución causal a la aparición de las lesiones. Así pues, en la Tabla 3.26 distinguimos entre aquellos sujetos que sí identifican un estresor inicial ($N= 23$) de aquellos que no lo identifican ($N= 31$), y los comparamos en las variables evaluadas en el presente estudio, dando respuesta a las hipótesis 2a y 2b.

Tabla 3.26. Identifican estresor inicial (N= 54).

	No identifican estresor inicial (N= 31)		Sí identifican estresor inicial (N= 23)		t
	M	DT	M	DT	
SVEAD					
Volumen	9,42	5,61	11,83	5,16	-1.63
Impacto	58,45	45,81	75,17	48,96	-1.28
CEP					
Puntuación Total	24,00	7,62	27,30	6,80	-1.68+++
CSI					
Solución de Problemas	13,35	5,39	15,68	5,27	-1.57
Búsqueda Apoyo Social	10,23	5,65	12,61	5,17	-1.61
Evitación	6,68	3,94	8,13	3,35	-1.46
SCL-90					
Somatización	0,76	0,64	1,09	0,89	-1.52
Obsesión-Compulsión	1,18	0,89	1,40	0,91	-.90
Susceptibilidad	0,71	0,62	1,12	0,87	-1.89+++
Depresión	0,91	0,79	1,46	1,11	-2.06*
Ansiedad	0,83	0,64	1,00	0,74	-.87
Hostilidad	0,76	0,89	0,78	0,69	-.09
Ansiedad Fóbica	0,27	0,40	0,42	0,57	-1.07
Ideación Paranoide	0,80	0,80	0,92	0,73	-.57
Psicoticismo	0,37	0,50	0,64	0,66	-1.68+++
Depresión Melancólica	0,99	0,85	1,29	0,85	-1.26
Índice de Gravedad Global (IGG)	0,77	0,57	1,05	0,72	-1.57
Total Síntomas Positivos (TSP)	34,29	18,30	42,39	23,05	-1.39
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	1,95	0,68	2,02	0,60	-.39

Nota= M (Media). DT (Desviación Típica). t (t de Student). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975). .*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001. Las tendencias significativas entre .06 y .10 se han marcado con tres cruces (+++)

Como se desprende de la Tabla 3.26, observamos que aquellos que “Sí identifican” un estresor presentan una puntuación media mayor en la escala de “Depresión” (t= -2.06, p< .05) siendo el tamaño del efecto grande (d= .58), con una M= 1,46 frente a los que no identifican (M= 0,91). También se registran tres tendencias significativas que indican que la muestra de pacientes que sí identifican un estresor obtienen puntuaciones más altas en la percepción del estrés (t= -1.68+++ con un nivel de significación de p= .10, así como en “Susceptibilidad” (t= -1.89+++; p= .07) y “Psicoticismo” (t= -1.68+++; p= .10).

3.6.2.- Tratamiento dermatológico.

En el siguiente apartado distinguimos a aquellos pacientes que reciben tratamiento dermatológico (N= 37) de aquellos que no lo reciben (N= 17). Tal y como se comentó en el Apartado 3.1.- Características Clínicas, el/la lector/a puede acudir al Anexo D.3 para ver en detalle los tipos de tratamientos dermatológicos recibidos. Este análisis da respuesta a las hipótesis 3a y 3b.

Tabla 3.27. Tratamientos dermatológicos (N= 54).

	No reciben tratamiento dermatológico (N= 17)		Sí reciben tratamiento dermatológico (N= 37)		U
	M	DT	M	DT	
SVEAD					
Volumen	10,18	4,67	10,57	5,90	312.0
Impacto	60,29	35,23	68,00	52,40	311.0
CEP					
Puntuación Total	23,24	6,69	26,41	7,58	212.0+++
CSI					
Solución de Problemas	14,65	5,79	14,17	5,31	282.5
Búsqueda Apoyo Social	11,65	5,96	11,05	5,40	313.5
Evitación	6,82	3,49	7,51	3,87	292.5
SCL-90					
Somatización	0,97	0,89	0,87	0,72	305.0
Obsesión-Compulsión	1,19	0,89	1,31	0,91	292.5
Susceptibilidad	0,75	0,61	0,95	0,81	284.5
Depresión	0,98	0,81	1,22	1,04	285.0
Ansiedad	0,86	0,61	0,92	0,72	305.0
Hostilidad	0,73	0,94	0,79	0,74	274.5
Ansiedad Fóbica	0,31	0,47	0,34	0,49	313.5
Ideación Paranoide	0,83	0,83	0,86	0,75	302.0
Psicoticismo	0,51	0,64	0,48	0,56	313.5
Depresión Melancólica	0,88	0,72	1,22	0,90	252.0
Índice de Gravedad Global (IGG)	0,83	0,64	0,92	0,65	292.5
Total Síntomas Positivos (TSP)	37,41	20,63	37,89	20,95	291.5
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	1,73	0,55	2,10	0,66	215.0+++

Nota= M (Media). DT (Desviación Típica). U (U de Mann Whitney). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amir Khan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975). .*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001. Las tendencias significativas entre .06 y .10 se han marcado con tres cruces (+++)

Los resultados de la Tabla 3.27 no nos muestran ningún dato estadísticamente significativo. Sí que encontramos dos tendencias significativas en la “Percepción del estrés” (U= 212.0+++) con un nivel de significación de p= .06 y en el “Índice de Distrés de Síntomas Positivos” (U= 215.0+++; p= .06) a favor de aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento de tipo dermatológico.

3.6.3.- Superficie corporal afecta y aspectos psicológicos.

En este apartado diferenciamos aquellos pacientes que presentan una superficie corporal afecta inferior al 25% (N= 38) de aquellos que presentan una superficie superior al 25% (N= 16), dando respuesta a las hipótesis 4a y 4b.

Tabla 3.28. Superficie de la lesión en relación a las escalas del SVEAD, CEP, CSI y SCL-90.

	Inferior al 25% (N= 38)		Superior al 25% (N= 16)		U	r
	M	DT	M	DT		
SVEAD						
Volumen	11,00	6,00	8,88	3,81	230.0	/
Impacto	71,24	52,37	52,13	30,34	245.5	/
CEP						
Puntuación Total	26,74	7,63	22,25	5,90	201.0*	.27
CSI						
Solución de Problemas	13,97	5,34	15,31	5,51	261.0	/
Búsqueda Apoyo Social	11,24	5,17	11,25	6,48	291.5	/
Evitación	7,68	3,71	6,38	3,74	228.5	/
SCL-90						
Somatización	0,88	0,82	0,94	0,66	269.0	/
Obsesión-Compulsión	1,31	0,91	1,19	0,88	281.0	/
Susceptibilidad	0,93	0,82	0,78	0,59	286.5	/
Depresión	1,27	1,06	0,84	0,65	239.5	/
Ansiedad	0,97	0,70	0,76	0,63	249.5	/
Hostilidad	0,84	0,84	0,61	0,69	261.0	/
Ansiedad Fóbica	0,36	0,53	0,26	0,34	294.5	/
Ideación Paranoide	0,94	0,79	0,64	0,69	228.5	/
Psicoticismo	0,56	0,63	0,30	0,42	214.5+++	/
Depresión Melancólica	1,12	0,88	1,11	0,82	301.5	/
Índice de Gravedad Global (IGG)	0,94	0,69	0,76	0,50	264.5	/
Total Síntomas Positivos (TSP)	40,11	21,36	32,13	18,27	242.5	/
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	1,90	0,67	2,18	0,54	213.5+++	/

Nota= M (Media). DT (Desviación Típica). U (U de MannWhitney). r (r de Rosenthal). SVEAD (Escala de Sucesos Vitales de Pelechano, 1998). CEP (Escala de Estrés Percibido de Cohen, 1983). CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano, 1995). SCL-90 (Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis, 1975). .=p <.05; **=p <.01; ***= p<.001. Las tendencias significativas entre .06 y .10 se han marcado con tres cruces (+++)*

La Tabla 3.28 nos indica una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% en relación a la percepción del estrés (CEP), obteniendo en contra de lo que cabía esperar una puntuación más elevada (U= 210.0, p= .05), y un tamaño del efecto medio (r= .27). Encontramos también que los pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% obtienen una puntuación mayor en “Psicoticismo” (214.5+++; p= .87), que los que poseen una afectación superior al 25%. Por otro lado, aquellos pacientes

con una superficie corporal afecta superior al 25%, muestran una tendencia significativa en el “Índice de Distrés de Síntomas Positivos” (213.5+++; $p = .87$).

Como punto y aparte, nos hemos preguntado por la existencia de posibles diferencias significativas entre aquellos pacientes que sí identifican un estresor inicial (o no), y aquellos que reciben tratamiento dermatológico (o no), en relación a la superficie corporal afecta, dando así respuesta a las Hipótesis 5a y 6a.

3.6.4.- Superficie de la lesión: identificación de estresor inicial y tratamiento dermatológico.

Utilizando la muestra inicial de $N = 54$ (T0), hemos procedido a comparar aquellos pacientes que sí identifican un estresor inicial y los que no identifican, con los pacientes que presentan una superficie corporal afecta inferior al 25% y los que la presentan en más de un 25% (Tabla 3.29). Del mismo modo, hemos querido comparar aquellos pacientes con una superficie corporal inferior y superior al 25% con aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento de tipo dermatológico, con los que no lo reciben (Tabla 3.30).

Tabla 3.29.- Superficie de la lesión e identificación estresor inicial (N= 54).

Superficie corporal afecta	No identifican estresor inicial (N= 31)		Sí identifican estresor inicial (N= 23)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Inferior al 25% (N= 38)	21	67,74%	17	73,91%	.24
Superior al 25% (N= 16)	10	32,26%	6	26,09%	

Nota= *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

Tabla 3.30.- Superficie de la lesión y tratamiento dermatológico (N= 54).

Superficie corporal afecta	No reciben tratamiento dermatológico (N= 17)		Sí reciben tratamiento dermatológico (N= 37)		Chi ²
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Inferior al 25% (N= 38)	14	82,35%	24	64,86%	1.71
Superior al 25% (N= 16)	3	17,65%	13	35,14%	

Nota= *= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

Ambas Tablas (3.29 y 3.30) no nos indican ninguna diferencia significativa entre los grupos de pacientes. Llama la atención que sean los pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% los que más identifiquen la presencia de un estresor inicial (73,91%), así como los que no reciben tratamiento dermatológico (82,35%).

3.7.- ANÁLISIS LONGITUDINALES.

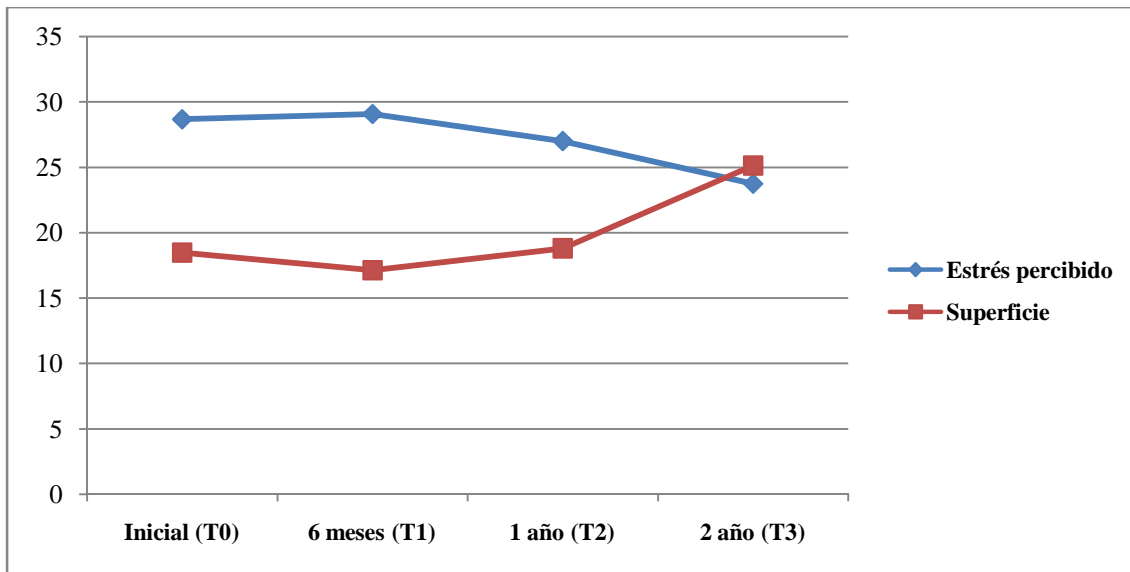
El siguiente apartado está referido a los análisis longitudinales realizados con los pacientes de vitíligo, teniendo en cuenta en los diferentes análisis realizados, bien al grupo de 15 pacientes que fueron seguidos en cuatro momentos temporales (T0, T1, T2 y T3), bien al grupo (N= 31) de aquellos que fueron seguidos en tres momentos temporales (T0, T1 y T2). En cualquier caso, el N con el que se trabaje se reflejará en la introducción de cada apartado. Los distintos análisis estadísticos realizados buscarán dar respuesta a la Hipótesis 7a.

3.7.1.- Análisis de la evolución de la percepción del estrés, la superficie de las lesiones y los síntomas psicológicos.

A continuación se presenta el análisis de la evolución temporal del estrés percibido y la superficie de la lesión (Gráfica 17), así como la evolución del malestar psicológico en los pacientes afectados de vitíligo que se midieron en los cuatro momentos temporales y que hemos dividido en dos para hacer más cómoda su lectura (Gráfico 18 y Gráfico 19). En el Gráfico 20 se muestran los índices globales del cuestionario SCL-90. Para estudiar el curso evolutivo se han ejecutado análisis de varianza con medidas repetidas para cada variable.

A pie de gráfico, se presenta la media y desviación típica en cada momento temporal, así como el valor de la F de Fisher-Snedecor.

Gráfica 17. Evolución de la superficie de las lesiones (%) y del estrés percibido (CEP) (N= 15).

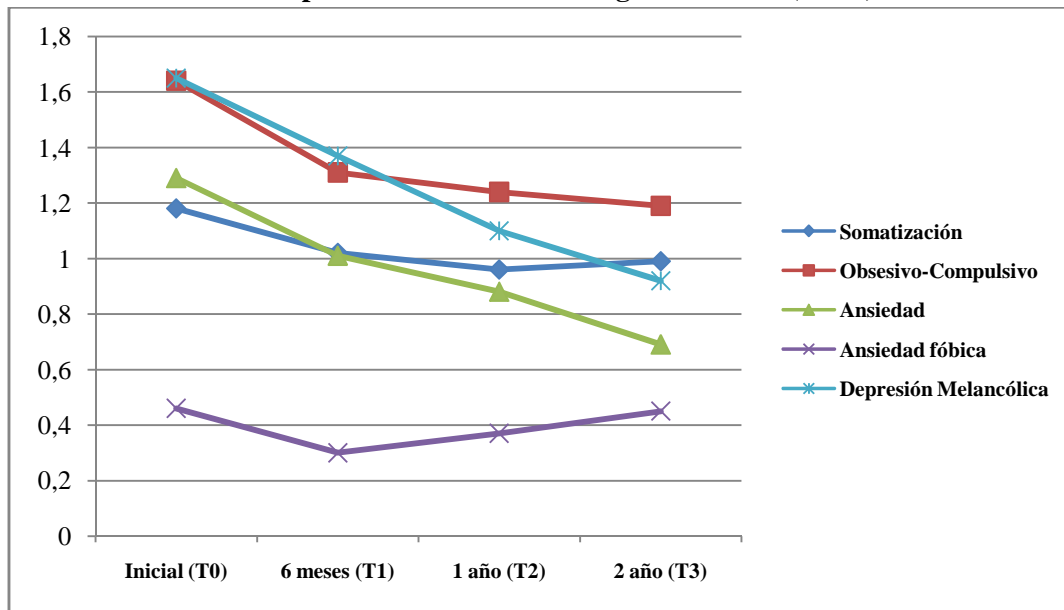


T0		T1		T2		T3		Estrés percibido (CEP)
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
28,67	7,16	29,07	6,70	27,00	6,36	23,73	6,63	4.22*
T0		T1		T2		T3		Superficie
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
18,47	12,99	17,13	12,71	18,80	16,21	25,12	18,11	1.98

*Nota= T0 (primera Entrevista); T1 (seguimiento 6 meses); T2 (seguimiento año); T3 (seguimiento dos años); M= Media; DT= Desviación Típica; F= de Fishe-Snedecor). *= p<.05; **= p<.01; ***= p<.00.*

A lo largo del tiempo no se registran diferencias significativas en el porcentaje de superficie afecta, pero sí en el estrés percibido ($F= 4.22, p< .05$). Observando la Gráfica 17, la superficie de las lesiones disminuye relativamente de T0 ($M= 18,47$) a T1 ($M=17,13$) para después incrementarse al año (T2; $M= 18,80$), y exponencialmente en el segundo año (T3; $M= 25,12$). Siguiendo la evolución del estrés percibido (CEP), observamos el patrón opuesto: comparando T0 ($M= 28,67$) con T3 ($M= 23,73$) vemos una diferencia de 4,94 puntos en las medias. Llama la atención que se trate de una evolución inversa, pues mientras el estrés percibido disminuye, la superficie de las lesiones aumenta a lo largo de los dos años.

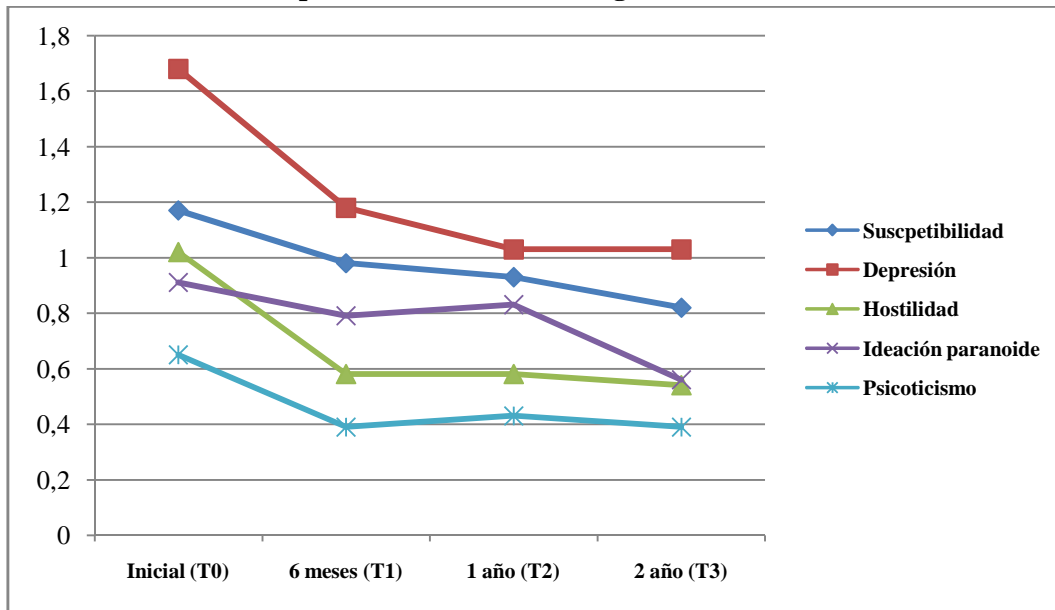
Gráfico 18. Evolución temporal escalas sintomatológicas SCL-90 (N=15).



T0		T1		T2		T3		Somatización
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,18	0,81	1,02	0,51	0,96	0,58	0,99	0,47	.60
T0		T1		T2		T3		Obsesivo-Compulsivo
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,64	1,01	1,31	0,70	1,24	0,77	1,19	0,66	2.57
T0		T1		T2		T3		Ansiedad
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,29	0,74	1,01	0,57	0,88	0,63	0,69	0,55	5.61*
T0		T1		T2		T3		Ansiedad fóbica
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
0,46	0,53	0,30	0,34	0,37	0,52	0,45	0,55	.67
T0		T1		T2		T3		Depresión melancólica
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,65	0,88	1,37	0,75	1,10	0,65	0,92	0,74	4.89*

Nota= T0 (primera Entrevista); T1 (seguimiento 6 meses); T2 (seguimiento año); T3 (seguimiento dos años); M= Media; DT= Desviación Típica; F= de Fische-Snedecor.*= $p<.05$; **= $p<.01$; ***= $p<.001$.

Gráfico 19. Evolución temporal escalas sintomatológicas SCL-90 (N=15).

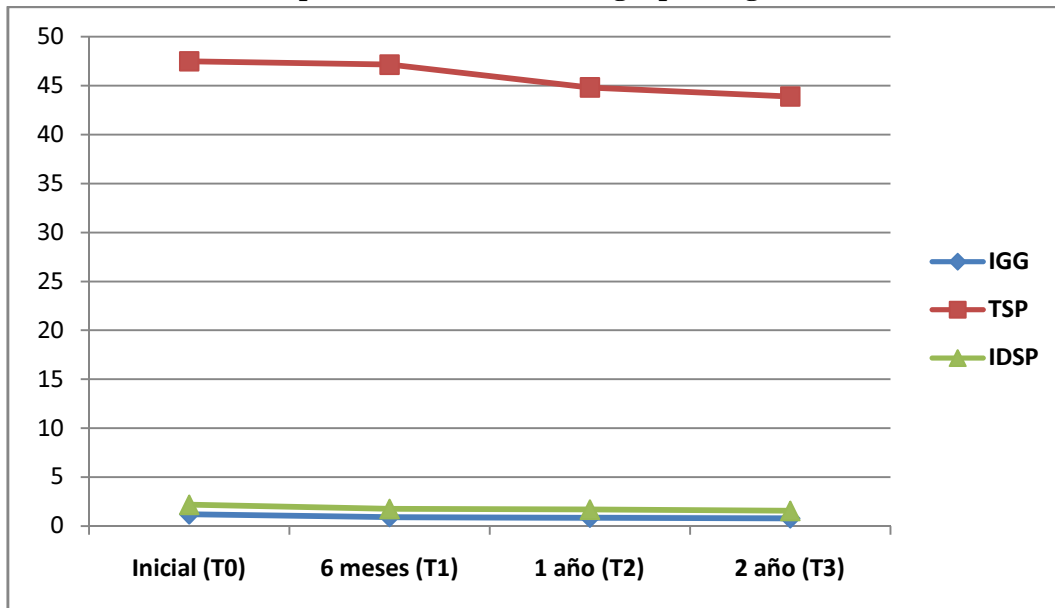


T0		T1		T2		T3		Susceptibilidad
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,17	0,78	0,98	0,58	0,93	0,66	0,82	0,71	3.68*
T0		T1		T2		T3		Depresión
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,68	1,10	1,18	0,74	1,03	0,77	1,03	0,74	2.57
T0		T1		T2		T3		Hostilidad
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,02	0,89	0,58	0,48	0,58	0,42	0,54	0,45	3.02
T0		T1		T2		T3		Ideación paranoide
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
0,91	0,66	0,79	0,61	0,83	0,82	0,56	0,61	1.97
T0		T1		T2		T3		Psicoticismo
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
0,65	0,72	0,39	0,36	0,43	0,47	0,39	0,57	.96

Nota= T0 (primera Entrevista); T1 (seguimiento 6 meses); T2 (seguimiento año); T3 (seguimiento dos años); M= Media; DT= Desviación Típica; F= de Fishe-Snedecor).*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001.

Como se desprende de los resultados de las Gráficas 18 y 19, todas las variables disminuyen desde la entrevista inicial (T0) al segundo año (T3). De todas ellas, destacan significativamente tres variables: “Ansiedad” (F= 5.61, p<.05), “Depresión melancólica” (F= 4.89, p<.05), “Susceptibilidad” (F= 3.68, p<.05) en el Gráfico 19. En suma, se observa un grupo de pacientes afectos de vitiligo menos ansioso, menos deprimidos de un modo melancólico y menos susceptibles.

Gráfico 20. Evolución temporal índices sintomatología psicológica (SCL-90) (N=15).



T0		T1		T2		T3		IGG
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
1,21	0,69	0,93	0,45	0,86	0,55	0,80	0,48	2.42
T0		T1		T2		T3		TSP
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
47,47	19,76	47,13	20,36	44,80	22,28	43,87	19,46	.27
T0		T1		T2		T3		IDSP
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F
2,18	0,69	1,75	0,49	1,69	0,46	1,56	0,37	6.60**

*Nota= T0 (primera Entrevista); T1 (seguimiento 6 meses); T2 (seguimiento año); T3 (seguimiento dos años); M= Media; DT= Desviación Típica; F= de Fische-Snedecor). IGG (Índice de Gravedad Global). TSP (Total Síntomas Positivos). IDSP (Índice Distrés Síntomas Positivos), * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001.*

Estos resultados son de gran interés, ya que los índices engloban “diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general” (González de Rivera, 2002; pg. 15). En la tabla que acompaña al Gráfico 20, es estadísticamente significativo el IDSP: “Índice Distrés Síntomas Positivos” (F= 6.60, p< .01). Éste índice “relaciona el sufrimiento o ‘distrés’ global con el número de síntomas, y es por tanto un indicador de la intensidad somática media” (González de Rivera, 2002; pg. 15). De este modo, aunque la diferencia de la puntuación entre T0 (M= 2,18) y T3 (M= 1,56) sea de 0,62 puntos en las medias, resulta estadísticamente significativa; lo que nos indica que la intensidad del sufrimiento global y los síntomas somáticos va disminuyendo en el segundo año.

3.7.2.- Análisis de regresión.

En este apartado se presenta la evidencia empírica en relación con la Hipótesis 8a. Para la realización de estos análisis hemos contado con la muestra de 31 pacientes (N= 31) que fueron evaluados en T0, T1 y T2. Concretamente se han realizado 14 análisis de regresión paso

a paso tomando como predictores el volumen e impacto de los estresores del SVEAD, los tres factores de afrontamiento del CSI y la puntuación total en estrés percibido del CEP, y como variables criterio cada vez, la superficie de la mancha, cada una de las 10 escalas de síntomas, el TSP, el IDSP y el IGG del SCL-90 evaluadas en la entrevista inicial, a los 6 meses y al año (T0, T1 y T2, respectivamente). En la Tabla 3.31 se muestran los resultados del análisis en T0, en la Tabla 3.32 los correspondientes a T1, y en la Tabla 3.33 los análisis en T2.

Somos conscientes de que al tratar de predecir los resultados en un periodo de tiempo de entre seis meses y un año, el realizar un análisis de regresión para la entrevista inicial no nos aporta datos rigurosos para una predicción. Sin embargo, hemos decidido no sólo realizar dichos análisis, sino mostrarlos y comentarlos, pues consideramos relevante para dicho estudio que se presente una evolución de las variables que con el paso del tiempo van dando paso a otras más relevantes, así como tener presente la superficie corporal afecta desde el primer momento que es T0.

Tabla 3.31.- Análisis de regresión inicial (T0; N= 31).

INICIO (T0)	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Superficie	.385; .119 F6,29 = 5.035; p < .05	.16.89	Evitación	-.385*
Somatización	.649; .401 F6,29 = 21,073; p < .001	.61	Estrés Percibido	.649***
Obsesión-Compulsión	.582; .316 F6,29 = 14,887; p < .01	.78	Estrés Percibido	.582**
Susceptibilidad	.742; .518 F6,28 = 17.110; p < .001	.50	Impacto Solución de Problemas	.651*** -.280*
Depresión	.823; .641 F6,27 = 18,891; p < .001	.59	Estrés Percibido Impacto Evitación	.329* .361* .298*
Ansiedad	.689; .437 F6,28 = 12,644; p < .001	.52	Estrés Percibido Impacto	.401* .368*
Hostilidad	.789; .581 F6,27 = 14,874; p < .001	.59	Estrés Percibido Solución de Problemas Evitación	.378* -.467** .303*
Ansiedad fóbica	.552; .281 F6,29 = 12,725; p < .01	.42	Volumen	.552**
Ideación paranoide	.637; .385 F6,29 = 19,798; p < .001	.58	Volumen	.637***
Psicoticismo	.577; .310 F6,29 = 14,449; p < .01	.48	Evitación	.577**
Depresión melancólica	.564; .294 F6,29 = 13,503; p < .01	.62	Volumen	.564**
Índice de Gravedad Global (IGG)	.777; .576 F6,28 = 21,347; p < .001	.44	Estrés Percibido Impacto	.452** .415*
Total Síntomas Positivos (TSP)	.804; .646 F6,28 = 25,570; p < .001	12.75	Estrés Percibido Impacto	.515** .380*
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	.438; .192 F6,29 = 6,901; p < .05	.61	Evitación	.438*

Partimos de la base de que, al tener en cuenta el momento *Inicial*, lo que estamos es midiendo simultáneamente el predictor y el criterio, es decir, las reacciones que los pacientes presentan ante las lesiones de vitíligo en *ese primer momento*. Así pues, los resultados de la Tabla 3.31 indican lo siguiente:

- (a) Destacar que el “Estrés percibido” (Beta= 0,33; $p < .05$), el “Impacto” (Beta= 0,36; $p < .05$) y la “Evitación” (0,30; $p < .05$), predicen conjuntamente el 64% de los síntomas de “Depresión”.
- (b) Siendo un porcentaje relativamente bajo, sí queremos destacar que las estrategias enfocadas a la “Evitación” predicen la menor “Superficie” de las lesiones en un 12%, con un Beta= -0,39 ($p < .05$).
- (c) El “Estrés percibido” y el “Impacto” son los predictores que más se repiten en la *predicción inicial*. Así la percepción subjetiva del estrés y el impacto de los sucesos vitales estresantes predice la sintomatología de tipo ansiosa en un 44% (Beta= 0,40; $p < .05$), también el “Total de Síntomas Positivos” en un 65% y el “Índice de Gravedad Global” en un 58%. Lo que ya nos permite sospechar que el estrés percibido y el impacto van a jugar un papel importante.
- (d) La percepción del estrés predice por sí sola la sintomatología de “Somatización” en un 40% (Beta= 0,65; $p < .001$) y de “Obsesión-Compulsión” en un 32% (Beta= 0,58; $p < .01$).
- (e) El siguiente predictor que encontramos en mayor medida, son las estrategias de “Evitación”, la cual predice por sí sola el 31% de los síntomas de psicoticismo (Beta= 0,58; $p < .01$), y el “Índice de Distrés de Síntomas Positivos” con un 19% (Beta= 0,44; $p < .05$).
- (f) Hay que destacar que con un menor uso de las estrategias orientadas a la solución de problemas, se predice la aparición en un 58% de los síntomas de “Hostilidad” (Beta= -0,47; $p < .01$).
- (g) La “Susceptibilidad” es predicha por el “Impacto” y la falta de estrategias orientadas a la “Solución de problemas” en un 52%, con un Beta= 0,65; $p < .00$ y un Beta= -0,28; $p < .05$, respectivamente.
- (h) Por su parte, el “Volumen” predice la sintomatología de “Ideación paranoide” en un 39% (Beta= 0,64; $p < .00$), de “Depresión melancólica” en un 29% (Beta= 0,56; $p < .01$), y de “Ansiedad fóbica” en un 28% (Beta= 0,55; $p < .01$).

Tabla 3.32.- Análisis de regresión 6 meses (T1; N= 31).

6 MESES (T1)	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Superficie	-/-	-/-	-/-	-/-
Somatización	.520; .246 F6,29 = 10,773; p < .01	.52	Impacto	.520**
Obsesión-Compulsión	.556; .260 F6,28 = 6,268; p < .01	.60	Estrés Percibido Búsqueda Apoyo Social	.434* -.403*
Susceptibilidad	.420; .148 F6,29 = 6,194; p < .05	.54	Impacto	.420*
Depresión	.514; .239 F6,29 = 10,417; p < .01	.64	Estrés Percibido	.514**
Ansiedad	.631; .355 F6,28 = 9,265; p < .01	.46	Estrés Percibido Búsqueda Apoyo Social	.538** -.399*
Hostilidad	.515; .214 F6,29 = 10,472; p < .01	.58	Solución de Problemas	-.515**
Ansiedad fóbica	.463; .187 F6,29 = 7,894; p < .01	.39	Impacto	.463**
Ideación paranoide	.621; .342 F6,28 = 8,790; p < .01	.53	Impacto Solución de Problemas	.501** -.307*
Psicoticismo	.598; .311 F6,28 = 7,779; p < .01	.28	Impacto Búsqueda Apoyo Social	.497** -.365*
Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
Índice de Gravedad Global (IGG)	.651; .382 F6,28 = 10,277; p < .001	.37	Estrés Percibido Búsqueda Apoyo Social	.572*** -.384*
Total Síntomas Positivos (TSP)	.561; .315 F6,29 = 13,320; p < .01	17.20	Impacto	.561**
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	.531; .281 F6,29 = 11,360; p < .01	.54	Búsqueda Apoyo Social	-.531**

La Tabla 3.32 nos indica que:

- (a) A los 6 meses, el “Impacto” y los “Estresores percibidos” siguen siendo los predictores que más presentes están en relación a la sintomatología psicológica. El “Impacto” de los sucesos vitales predice por sí solo el 32% del “Total de Síntomas Positivos” (Beta= 0,56; p< .01), la “Somatización” en un 25% (Beta= 0,52; p< .01), la “Ansiedad fóbica” en un 19% (Beta= 0,46; p< .01) y la “Susceptibilidad” en un 15% (Beta= 0,42; p< .05).

- (b) El “Estrés percibido” y la falta de estrategias orientadas a la “Búsqueda de apoyo social” predicen el 38% del “Índice de Gravedad Global” (Beta= 0,57; $p < .001$), la sintomatología ansiosa en un 36% (Beta= 0,54; $p < .01$) y la obsesivo-compulsiva en un 26% (Beta= 0,43; $p < 0.5$).
- (c) Por otro lado, el menor uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la “Solución de problemas”, predicen el 21% de los síntomas de “Hostilidad” (Beta= -0,52; $p < .01$).
- (d) Así mismo habría que añadir que ninguna de las variables predictoras utilizadas en el estudio nos permite explicar los cambios que a corto plazo se pudieran llegar a producir en los síntomas de “Depresión melancólica”, ni de la “Superficie” corporal afecta de pacientes con vitiligo.

Tabla 3.33.- Análisis de regresión año (T2; N= 31).

1 AÑO (T2)	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Superficie	-/-	-/-	-/-	-/-
Somatización	.580; .314 F6,29 = 14,726; p < .01	.60	Impacto	.580**
Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
Susceptibilidad	.482; .206 F6,29 = 8,787; p < .01	.57	Impacto	.482**
Depresión	.558; .288 F6,29 = 13,137; p < .01	.68	Impacto	.558**
Ansiedad	.558; .288 F6,29 = 13,112; p < .01	.55	Impacto	.558**
Hostilidad	.387; .121 F6,29 = 5,117; p < .05	.57	Impacto	.387*
Ansiedadfóbica	.490; .214 F6,29 = 9,182; p < .01	.43	Impacto	.490**
Ideaciónparanoide	.610; .350 F6,29 = 17,172; p < .001	.62	Impacto	.610***
Psicoticismo	.373; .109 F6,29 = 4,680; p < .05	.37	Impacto	.373*
Depresiónmelancólica	.481; .205 F6,29 = 8,742; p < .01	.62	Impacto	.481**
Índice de Gravedad Global (IGG)	.566; .297 F6,29 = 13,677; p < .01	.48	Impacto	.566**
Total Síntomas Positivos (TSP)	/	/	/	/
Índice Distrés Síntomas Positivos (IDSP)	.596; .356 F6,29 = 7,179; p < .05	.31	Volumen	.596*

De la Tabla 3.33 podemos observar:

- (a) Sin duda alguna, el mejor predictor de los cambios que se producen en los síntomas psicológicos de los pacientes al año es el “Impacto” subjetivo causado por los estresores en los últimos 10 años. Como única variable predice el 30% (Beta= 0,60; $p < .05$) de los cambios que se producen en el malestar subjetivo general (“Índice de Gravedad Global”), y más específicamente: cerca del 35% de los síntomas de “Ideación paranoide” (Beta= 0,61; $p < .00$), el 31% de los de “Somatización” (Beta= 0,58; $p < .01$), el 29% de los de “Depresión” (Beta= 0,59; $p < .01$) y ansiedad (Beta= 0,59; $p < .01$), de “Ansiedad fóbica” en un 21% (Beta= 0,50; $p < .01$), el 21% de “Susceptibilidad” (Beta= 0,48; $p < .01$) y “Depresión melancólica” (Beta= 0,48; $p < .01$), el 12% de “Hostilidad” (Beta= 0,39; $p < .05$) y el 11% de “Psicoticismo” (Beta= 0,37; $p < .05$).
- (b) El “Volumen” por su parte, predice por sí solo el 36% del “Índice de Distrés de Síntomas Positivos” (Beta= 0,60; $p < .05$).
- (c) En el caso de la predicción al año, ninguna de las variables predictoras utilizadas nos permite explicar los cambios que puedan llegar a producirse en los síntomas de “Obsesión-Compulsión” y el “Índice de Distrés de Síntomas Positivos”.

Los resultados nos indican que el estrés percibido y el volumen irán dejando lugar al impacto a corto (6 meses) y largo plazo (1 año) como variable predictora. En un momento inicial podemos establecer que el estrés percibido y el impacto predecirán el índice de gravedad global y el total de síntomas positivos. Del mismo modo, la estrategia de tipo evitativo predice por sí sola la superficie corporal afecta, pero de un modo inverso.

A los 6 meses (corto plazo), las estrategias de tipo activo como son la búsqueda de apoyo social y la solución de problemas, se hacen más presentes, llegando a predecir sintomatología de tipo hostil y de distrés de síntomas positivos. Igualmente, aparecen emparejadas con el estrés percibido o el impacto, prediciendo síntomas obsesivo-compulsivos, ansiosos, de ideación paranoide y psicoticismo.

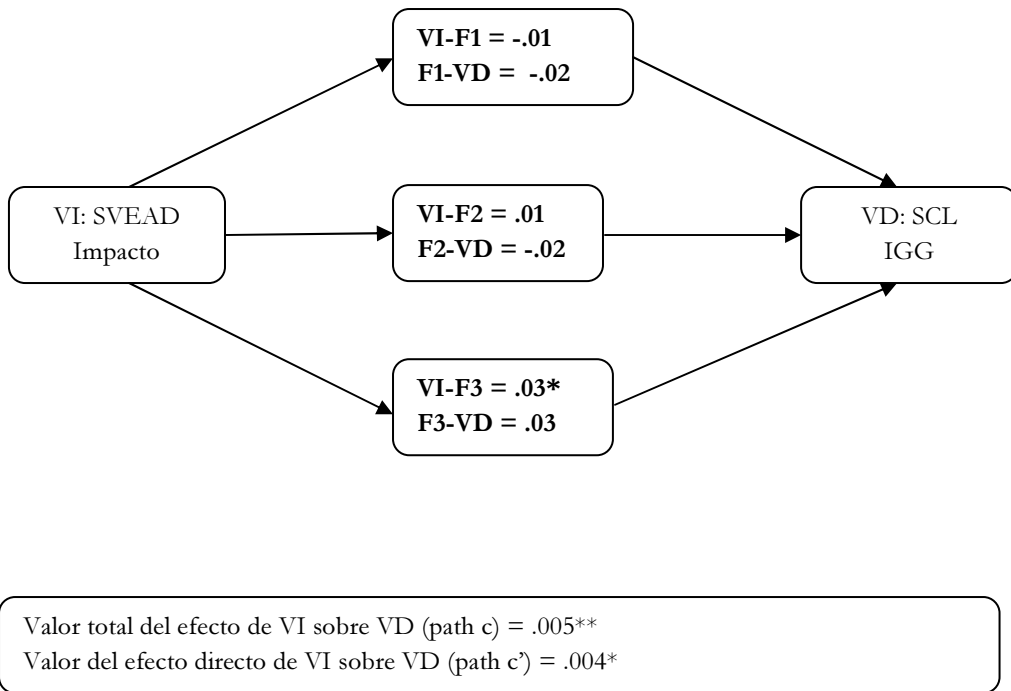
Al año (largo plazo) el predictor que domina en las escalas sintomatológicas es el impacto, prediciendo la somatización, la susceptibilidad, la depresión, la ansiedad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide, el psicoticismo, la depresión melancólica y el índice de gravedad global. Encontramos el volumen prediciendo el índice de distrés de síntomas positivos. Las estrategias de afrontamiento (sean activas o de evitación), desaparecen.

3.7.3.- Análisis de mediación.

Los análisis de regresión paso a paso nos muestran que a medida que transcurre el tiempo, el papel de las estrategias de afrontamiento se diluye como predictor de los síntomas psicológicos. De hecho, como mostraba el análisis de regresión a largo plazo (1 año), la variable más potente para predecir los síntomas de los pacientes es el impacto que los acontecimientos vitales tuvieron en el pasado. Una manera de afinar y comprobar de forma más eficiente el papel desempeñado por estas estrategias es considerarlas en el contexto del análisis de regresión como variables que median entre el volumen/impacto de los estresores y los posibles síntomas que desarrollan los pacientes como consecuencias de ellos. Para poner a prueba esta posibilidad se ha empleado el análisis de mediación siguiendo el método de Hayes (2013), que permite probar simultáneamente el papel de varias variables mediadoras a la vez.

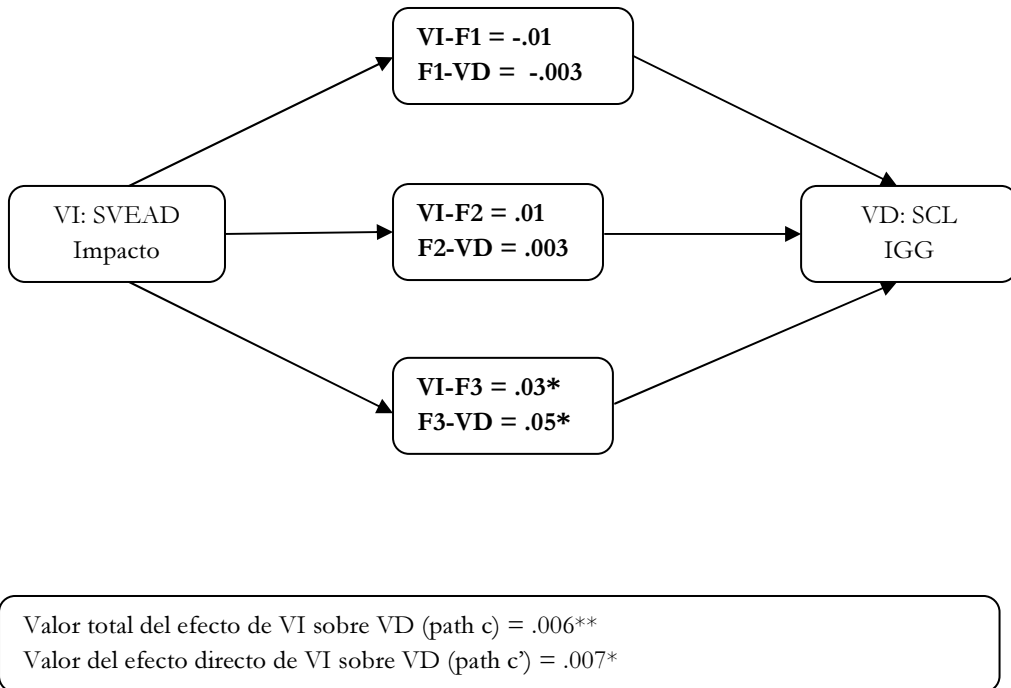
Teniendo en cuenta que en los análisis de regresión el peso más relevante como predictor es el *impacto* de los sucesos vitales estresantes experimentados en el pasado, ésta ha sido escogida como variable predictora (T0), mientras que como variables mediadoras se han utilizado conjuntamente los tres factores de *afrontamiento* del CSI (T0) y como variables criterio, las puntuaciones globales en la SCL-90 (IGG, TSP e IDSP), alcanzadas por los pacientes a los 6 meses (T1) y al año del seguimiento (T2), ya que estos análisis han sido realizado con la muestra de pacientes de N= 31. En total se representan gráficamente 6 análisis de mediación, dos para cada variable criterio: a los 6 y 12 meses. Las tablas con los datos específicos para cada análisis se encuentran en el Anexo D.7: Tablas Análisis de Mediación y los comentarios generales en relación a los resultados obtenidos, se exponen al final de la presentación de las Figuras 21, 22, 23, 24 25 y 26. Con estos análisis damos respuesta a la Hipótesis 9a.

Figura 21.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): IGG.



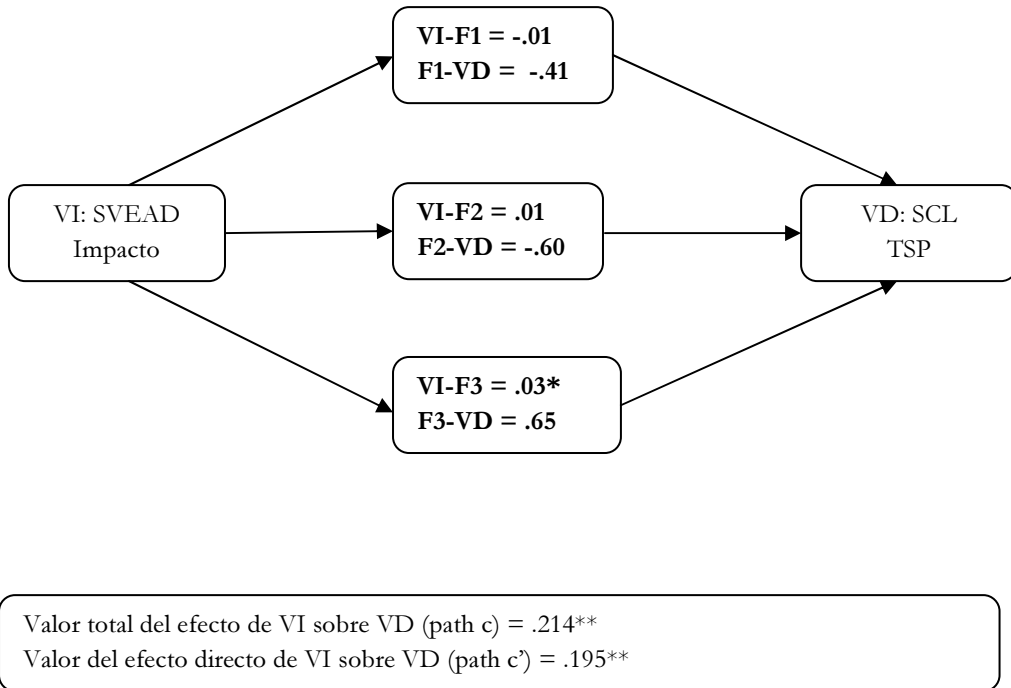
Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL IGG; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En las figuras se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

Figura 22.- Grupo 1 año (T2; N= 31): IGG.



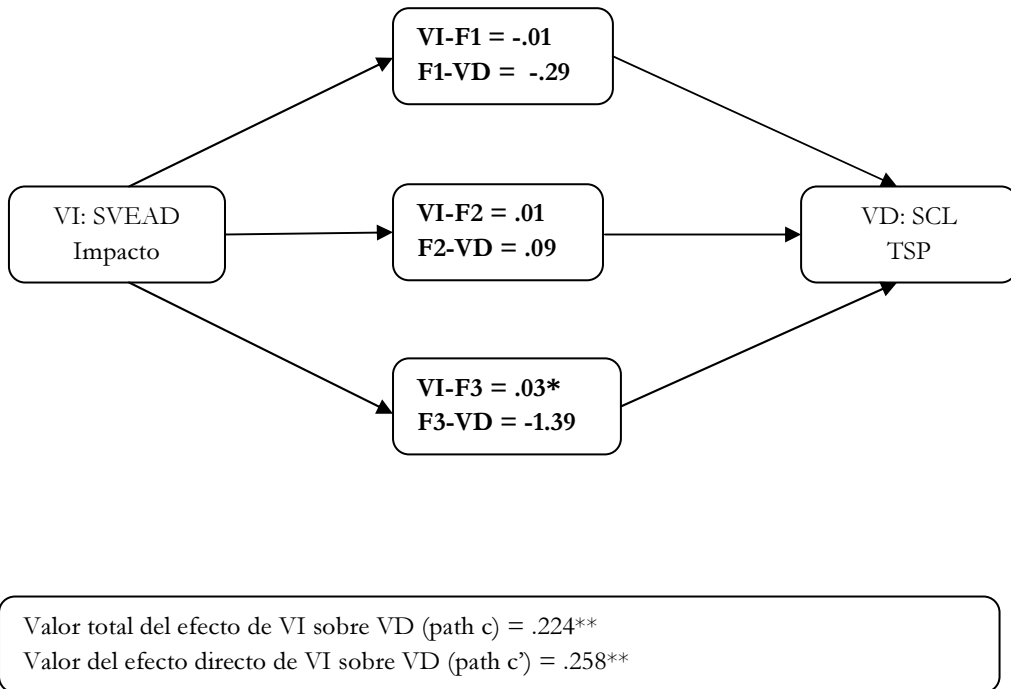
Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL IGG; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En las figuras se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

Figura 23.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): TSP.



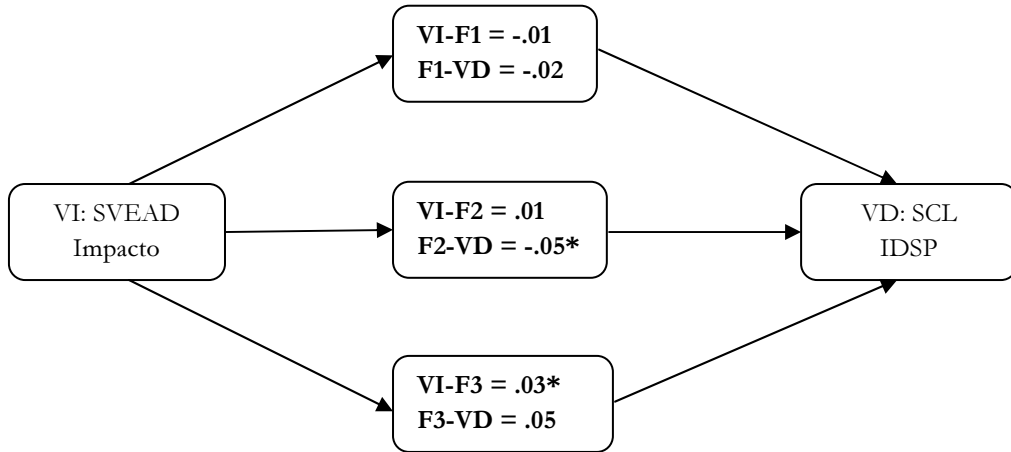
Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL TSP; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En las figuras se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

Figura 24.- Grupo 1 año (T2; N= 31): TSP.



Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL TSP; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En los gráficos se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

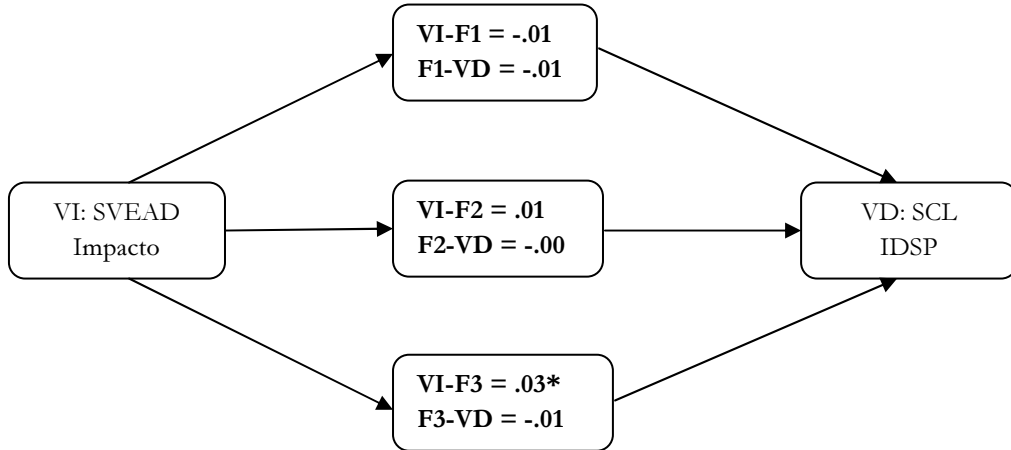
Figura 25.- Grupo 6 meses (T1; N= 31): IDSP.



Valor total del efecto de VI sobre VD (path c) = -.000
 Valor del efecto directo de VI sobre VD (path c') = -.002

Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL IDSP; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En las figuras se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

Figura 26.- Grupo 1 año (T2; N= 31): IDSP.



Valor total del efecto de VI sobre VD (path c) = .004**
 Valor del efecto directo de VI sobre VD (path c') = .005*

Nota: (Predictor)VI = SV Impacto; VD = SCL IDSP; Mediadores: F1 = CSI Solución de Problemas; F2 = CSI Búsqueda Apoyo Social; F3 = CSI Evitación.*= p<.05; **= p<.01; ***= p<.001. En las figuras se ha redondeado el peso del valor de beta que aparece en la tabla.

Los resultados de las Figuras nos muestran que:

En primer lugar, por lo que se refiere al *Índice de Gravedad Global (IGG)* los análisis muestran un efecto de mediación parcial a los 6 meses y al año de seguimiento. A los 6 meses el efecto del impacto de los sucesos estresantes sobre el malestar subjetivo general (path c') posee un valor de .004, $p < .01$ y una vez introducidas las variables mediadoras el valor disminuye (path c) a .005, $p < .05$. Al año estos valores son respectivamente para path c' de .007, $p < .01$ y para path c de .006, $p < .05$. Aunque todos los factores de afrontamiento aportan su peso al efecto de mediación, es el afrontamiento basado en la evitación el que proporciona un resultado más significativo. Sin embargo, el que el impacto de los estresores lleve a un mayor uso de las estrategias de evitación y como consecuencia a un mayor malestar subjetivo general representa un resultado relativamente débil, ya que los pesos beta de la evitación respecto al IGG no son significativos, ni a los 6 meses, ni al año (solo son significativos los pesos del predictor inicial respecto a la variable mediadora). Además, destacar que el porcentaje de varianza explicada por el predictor inicial y los mediadores es mayor a los 6 meses (47%) que al año (36%).

En segundo lugar, los análisis realizados utilizando como variable criterio el *Total de Síntomas Positivos (TSP)*, no ha dado lugar a ningún efecto de mediación, ni a los 6 meses, ni al año. No obstante, merece destacarse el que la evitación vuelve a ser el factor que con independencia de lo anterior presenta un peso mayor. Los porcentajes de varianza explicados por estas variables (predictor + mediadoras) arrojan unos valores respectivamente del 37% (6 meses) y 32% (1 año).

En tercer lugar, cuando la variable criterio es el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos (IDSP)*, cabe señalar que se ha encontrado un efecto de mediación parcial al año. En este caso path c' posee un valor de .005, $p < .01$ que al introducir los factores de afrontamiento disminuye a un valor de path c de .004, $p < .05$. Aunque todos los factores de afrontamiento aportan algo a este efecto de mediación, de nuevo, es el factor de evitación el más relevante.

En conclusión, los efectos de mediación detectados han sido débiles, pues aunque parecen mostrar claramente que el impacto de los sucesos vitales conduce a los pacientes a mostrar un comportamiento típico de evitación, no parece tan claro que este tipo de afrontamiento lleve aparejado consigo necesariamente un mayor malestar sintomático general, particularmente a largo plazo.

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

En este último capítulo se presentará el apartado de confirmación de hipótesis, conclusiones y su discusión, una propuesta para el enfoque psicológico en pacientes afectados de vitíligo, así como las principales limitaciones y sugerencias del presente trabajo.

4.1.- RESUMEN.

Nuestro estudio parte del interés de ahondar en la sintomatología psicológica que sufren los pacientes del vitíligo en comparación con un grupo control, así como observar el curso de las lesiones en relación al estrés percibido por los pacientes afectados de vitíligo. Como hemos mencionado en apartados anteriores, el componente psicológico del vitíligo ha sido poco estudiado en relación a los aspectos dermatológicos. Muchos pacientes muestran síntomas de una baja autoestima durante la realización de las entrevistas refiriendo sentirse rechazados por el resto de la gente, observados y juzgados. Es por ello que nuestro objetivo general es analizar el tipo de relaciones que se establecen entre los constructos psicológicos de interés utilizados en la investigación y explorar el tipo de estresores que con mayor frecuencia informan este tipo de pacientes, comparando estos resultados con los de un grupo de pacientes sanos, sin afectación de lesiones de vitíligo.

El estudio comenzó revisando bibliografía referida al vitíligo y buscando en ella tanto aspectos dermatológicos, como médicos, nutricionales y psicológicos, conociendo mejor la epidemiología y la etiología del vitíligo. Los análisis realizados se han dirigido al conocimiento del curso evolutivo del vitíligo en relación al estrés y a la sintomatología psicológica asociada que presentan los pacientes afectados de vitíligo. A continuación se ofrecen las conclusiones alcanzadas en referencia a los objetivos e hipótesis planteadas en el CAPÍTULO 1.

4.2.- CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS.

El marco general del que hemos partido respecto a los pacientes que padecen vitíligo y de los que no, es el de explorar las relaciones que se observan entre el impacto del estrés y la aparición de nuevas lesiones de vitíligo, tanto desde un punto de vista psicológico como dermatológico, médico y nutricional. Atender a ello resulta una tarea compleja debido al bajo porcentaje mundial, y en consecuencia, al bajo número de pacientes en las poblaciones que el presente estudio abarca. Del mismo modo, dentro del marco de la Psicología Clínica y de la Salud, son pocos los acercamientos y referencias que existen en relación al bienestar y salud mental de los pacientes afectados de vitíligo. Siendo así, consideramos que a pesar de no contar con una muestra muy amplia, lo que ha condicionado el tipo y forma de realizar los análisis estadísticos, hemos obtenido resultados que clarifican aspectos relevantes para los profesionales de la Salud (sea Médicos de Atención Primaria, Dermatólogos, Psicólogos Generales Sanitarios y/o Psicólogos Clínicos) que les permitirán empatizar y comprender mejor los síntomas psicológicos de los pacientes con vitíligo. Pasamos a analizar las hipótesis que se han planteado para el presente trabajo.

El **primer objetivo** de nuestra investigación busca explorar si el género de los pacientes con vitíligo se relaciona con sus reacciones de estrés, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en comparación con los pacientes del grupo control. Tres son las hipótesis que se incluían en este objetivo que a continuación pasamos a comentar.

En relación a la **hipótesis 1a**, en la que esperamos que las mujeres del grupo de vitíligo refirieran un mayor impacto de los sucesos vitales estresantes y percibieran más el estrés que los hombres del grupo vitíligo y grupo control, queda rechazada. Y es que son los hombres del grupo de vitíligo los que experimentan en mayor medida el impacto de los sucesos vitales estresantes en relación al grupo control. A esto hay que añadir que, si bien es cierto que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres en el grupo de vitíligo, esto no podemos afirmarlo de un modo estadísticamente significativo. Nuestros resultados no siguen la misma línea que los obtenidos por López (2000) y Alonso et al. (2004), aunque la percepción subjetiva de estar estresado/a es más elevada en las mujeres del grupo de vitíligo que en las del grupo control, siendo que esto tampoco podemos afirmarlo de un modo estadísticamente significativo.

Por lo que se refiere al uso de estrategias de afrontamiento, en la **hipótesis 1b** planteamos que las mujeres, tanto del grupo vitíligo como del grupo control, utilizarán más estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas, preocupándose (y ocupándose) más de los problemas de salud y solicitando en mayor medida asistencia médica y/o psicológica. No podemos confirmar dicha hipótesis pues las diferencias que encontramos entre hombres y mujeres en ambos grupos no son significativas. Sin embargo, el número de mujeres en nuestro estudio es mayor, por lo que podemos observar una tendencia de las mujeres a solicitar más ayuda dermatológica que los hombres, en consonancia con los resultados obtenidos por Wisner y Dolan-Sewell (2009).

Sí encontramos diferencias significativas en el nivel de malestar subjetivo que presentan hombres y mujeres, siendo mayor en el grupo de las mujeres afectas de vitíligo y confirmando la hipótesis (**hipótesis 1c**). Las pacientes con vitíligo presentan de un modo significativo mayor sintomatología somática, depresiva y ansiosa, puntuando significativamente en los tres índices globales que recogen todas las escalas sintomáticas, en comparación con los hombres. Del mismo modo, el pertenecer al grupo de vitíligo hace que la sintomatología psicótica, obsesivo-compulsiva y el malestar subjetivo general sea mayor que en los pacientes sanos, siendo las mujeres las que más puntúan. Concluimos que el presentar lesiones de vitíligo y ser mujer, hace que la sintomatología psicológica sea mayor que la de los pacientes no afectados de vitíligo. Éstos resultados siguen la misma línea que los obtenidos por Koshevenko (1989) en López et al. (1995), por lo que respecta al grupo de pacientes afectados de vitíligo.

De este modo, el hecho de que las mujeres se preocupen (y ocupen) más, pudiendo utilizar estrategias de afrontamiento de tipo activas, sea en forma de búsqueda de apoyo social, pero no sabemos hasta qué punto orientadas a la solución de problemas, no parece ser suficiente para que disminuya el malestar subjetivo.

Nuestro **segundo objetivo** pretende establecer si la percepción o no percepción del paciente de una asociación entre los estresores y su vitíligo se relaciona con sus síntomas de estrés, sus estrategias de afrontamiento y su malestar subjetivo. En relación a ello, establecemos las siguientes hipótesis.

La **hipótesis 2a** plantea que aquellos pacientes que asocian (y por tanto perciben) la aparición del vitíligo con un acontecimiento vital estresante, presentan mayor estrés percibido y un menor número de estrategias de afrontamiento. No podemos confirmar la primera parte de la hipótesis, pues no obtenemos ningún resultado significativo, aunque la puntuación de los pacientes que sí identifican un estresor inicial sea mayor. Del mismo modo, tampoco podemos confirmar de un modo significativo el menor número de estrategias de afrontamiento para aquellos que asocian/perciben el vitíligo con un acontecimiento vital estresante.

También suponíamos que aquellos pacientes que sí identifican un estresor inicial en la aparición de las lesiones del vitíligo, presenten mayor sintomatología psicológica, frente a aquellos que no identifican un estresor inicial en la aparición de las lesiones del vitíligo (**hipótesis 2b**). Esta hipótesis queda confirmada, pues encontramos diferencias significativas entre aquellos que sí identifican la aparición del vitíligo con algún acontecimiento vital estresante. Concretamente, se encuentra una diferencia significativa en el nivel de depresión, siendo mayor en aquellos que sí identificaron un estresor como desencadenante. Aunque no son resultados significativos, sí observamos que aquellos pacientes que perciben el estresor con la aparición de las lesiones, presentan una tendencia a puntuar en las escalas que evalúan síntomas de psicoticismo y susceptibilidad. Estos resultados siguen la misma línea que los obtenidos por Agarwal (1998), Feldman y Rondón (1973), Gabriela (2010), Hawk (1998), López et al. (1995), Manolache y Benea (2007), Papadopoulos et al. (1998), Salmon, Kurt, Topcuoglu, Demircay (2016, en Thompson, 2016), y Sánchez y Araluce (1998).

El **tercer objetivo** de nuestra investigación es analizar si el seguir o no tratamiento dermatológico se relaciona con los síntomas de estrés, estrategias de afrontamiento y malestar subjetivo en los pacientes afectados de vitíligo. Las hipótesis que planteamos son las siguientes.

Se espera que aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento dermatológico para las lesiones de vitíligo, presenten una menor sintomatología frente al estrés, y por tanto, un mayor número de estrategias de afrontamiento (**hipótesis 3a**). Esta hipótesis queda parcialmente rechazada, pues aunque no encontramos ninguna diferencia estadísticamente significativa, sí observamos una tendencia a que los pacientes que reciben tratamiento dermatológico presenten una mayor percepción subjetiva del estrés que aquellos que no reciben tratamiento dermatológico. Para las estrategias de afrontamiento no encontramos diferencias significativas.

Del mismo modo rechazamos parcialmente la hipótesis de que aquellos pacientes que sí están recibiendo tratamiento dermatológico presentarán menor número de sintomatología psicológica referida al malestar subjetivo (**hipótesis 3b**), pues encontramos una tendencia significativa en el sufrimiento o “distrés” global de la intensidad somática media de aquellos pacientes que sí reciben tratamiento dermatológico. Estos resultados coinciden con los expuestos por Leite y Ayriles (2016), por lo que respecta a la aparición de sufrimiento somático.

El **cuarto objetivo** busca establecer si la superficie corporal afecta de los pacientes se relaciona con sus síntomas de estrés, sus de estrategias de afrontamiento y su malestar subjetivo. Para ello establecimos dos hipótesis.

Esperamos que aquellos pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% presenten una menor sintomatología de estrés percibido y un mayor número de estrategias de afrontamiento (**hipótesis 4a**). Rechazamos completamente la primera parte de la hipótesis, pues aquellos pacientes que presentan una afectación inferior al 25% puntúan significativamente más

en la percepción del estrés. Para las estrategias de afrontamiento no encontramos diferencia significativa alguna. Es importante atender a la visibilidad de la zona corporal afectada.

La **hipótesis 4b** (donde esperamos que aquellos pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% presenten menor número de sintomatología psicológica referida al malestar subjetivo), es parcialmente rechazada ya que no obtenemos resultados significativos, sino una tendencia al psicoticismo y al sufrimiento somático en los pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25%. Los resultados obtenidos de éstas dos hipótesis son contradictorias al planteamiento propuesto, y nos llaman bastante la atención el hecho de que estar menos afectados por el vitíligo conlleve el puntuar más en factores que tienen relación directa con la percepción del estrés y con sintomatología de tipo psicótica y de distrés (atendiendo también a la visibilidad de la zona corporal afecta). Este aspecto lo comentaremos más adelante.

Nuestro **quinto objetivo** plantea el establecer si la superficie corporal afecta se relaciona con la percepción o no percepción del paciente de una asociación entre los estresores y su vitíligo.

Así, esperamos que aquellos pacientes que asocian (y por tanto perciben) la aparición del vitíligo con un acontecimiento vital estresante, presenten una superficie corporal afecta inferior al 25% (**hipótesis 5a**). Rechazamos la hipótesis, pues no encontramos una relación estadísticamente significativa entre la identificación del estresor inicial y la superficie de la lesión.

El **sexto objetivo** pretende establecer si la superficie corporal afecta se relaciona con el seguir o no tratamiento dermatológico.

Planteamos que aquellos pacientes que sí reciben tratamiento dermatológico presentarán una superficie corporal afecta inferior al 25% (**hipótesis 6a**). Esta hipótesis queda rechazada, pues no encontramos una relación significativa. El mayor porcentaje de los pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% no recibe tratamiento dermatológico. Estos datos no son estadísticamente significativos y tampoco encontramos diferencias entre aquellos pacientes que sí reciben, y los que no, tratamiento dermatológico.

El **séptimo objetivo** que planteamos es el de estudiar en los pacientes el patrón evolutivo que se observa en sus niveles y síntomas de estrés. Así pues, esperamos que a un aumento o disminución a lo largo del tiempo de la superficie afecta, debería corresponderse en coherencia con un aumento o disminución del estrés percibido y de los síntomas psicológicos, especialmente en toda aquella sintomatología relacionada con el estrés/ansiedad (**hipótesis 7a**). Debemos rechazar la primera parte de la hipótesis, pues a pesar de que el estrés percibido disminuya significativamente, nuestros resultados muestran que la superficie de las lesiones del vitíligo no va pareja al nivel de estrés percibido por los pacientes, esto es: el hecho de que perciban menos estrés no significa que las lesiones de vitíligo (y por tanto la superficie corporal) disminuya. Más bien al contrario. Encontramos que: mientras la superficie disminuye a los 6 meses para volver a aumentar al año y hacerlo exponencialmente al segundo año, el estrés percibido experimenta un ligero aumento a los 6 meses para después disminuir de un modo muy marcado al año y segundo año, entrando en interacción con la superficie afecta. Estos resultados entran en contradicción con los obtenidos por López et al. (1995) que encontraron que la relación entre el vitíligo y el estrés es de más de un 50% e incluso de un 70%.

Del mismo modo, rechazamos la segunda parte de nuestra hipótesis que se refiere a la sintomatología psicológica, especialmente a la referida a los índices que agrupan la sintomatología de tipo ansiosa. Y es que, a pesar de encontrar diferencias significativas en las escalas de ansiedad, depresión melancólica, susceptibilidad y el índice de distrés de síntomas positivos entre el pase inicial y el segundo año, el patrón de estas variables no es coherente con el patrón de la superficie corporal afecta. Esto es: mientras que, como hemos comentado, la superficie corporal afecta disminuye a los 6 meses para sufrir un aumento exponencial al segundo año, los patrones de las escalas mencionadas anteriormente (ansiedad, depresión melancólica, susceptibilidad e índice de distrés de síntomas positivos), presentan una disminución estadísticamente significativa desde el momento inicial hasta el segundo año, especialmente las referidas a la sintomatología ansiosa y a los síntomas de depresión melancólica. Concluimos así que: presentando una mayor superficie corporal afecta, los pacientes se encuentran menos ansiosos, menos deprimidos de un modo melancólico, menos susceptibles y con menos síntomas somáticos en el segundo año.

El **octavo objetivo** que nos planteamos es establecer si el nivel de estrés previo de los pacientes, así como sus estrategias de afrontamiento, influyen en su superficie corporal afecta y en sus reacciones de estrés a corto y a largo plazo. Planteamos la siguiente hipótesis.

Con la **hipótesis 8a** se espera que el volumen e impacto de los sucesos vitales estresantes, el nivel de estrés percibido y el menor uso de estrategias de afrontamiento activas en el momento de la entrevista inicial, predigan los síntomas psicológicos, especialmente en los índices referidos a toda aquella sintomatología relacionada con el estrés/ansiedad, que manifiestan los pacientes a corto (6 meses) y a largo plazo (1 año). Lo que los resultados nos indican es que el estrés percibido y el impacto de los sucesos vitales predicen gran parte de la sintomatología que los pacientes del vitiligo padecerán en el curso de su enfermedad desde el momento en que se hace consciente la patología (y es cuando acuden al servicio de dermatología), dejando paso directo al impacto al año de la enfermedad. Hay que destacar también que las estrategias de afrontamiento en el momento inicial están más orientadas a la evitación, para dejar paso a las estrategias de búsqueda de apoyo social a los 6 meses, desapareciendo cualquier tipo de estrategia activa al año. Esto nos permite plantear la idea de que aquellos sucesos vitales que ocurrieron en los últimos 10 años y que son percibidos como estresantes, conllevan estrategias de tipo evitativo en un momento inicial, haciendo que disminuya la superficie de las lesiones, para después utilizar estrategias orientadas en la búsqueda de apoyo social a corto plazo (6 meses), siendo el impacto subjetivo de los estresores padecidos una constante en los tres momentos temporales que hemos tratado de predecir. Así, concluimos que nuestra hipótesis queda parcialmente confirmada, pues encontramos que el impacto de los sucesos vitales estresantes, el estrés percibido y el menor uso de estrategias de afrontamiento activas, serán factores predictivos en el malestar psicológico subjetivo en el curso de un año.

Nuestro **noveno objetivo** busca establecer qué tipos de estrategias de afrontamiento están mediando entre los estresores experimentados y el malestar subjetivo general de los pacientes a corto y largo plazo.

Desde aquí, esperamos que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes afectados de vitiligo medien entre el impacto de los estresores específicos a los que se han visto expuestos y el malestar subjetivo posterior que desarrollen, de forma que las estrategias activas (solución de problemas y búsqueda de apoyo) irán aparejadas con un menor malestar, mientras

que las pasivas (evitación) producirán el efecto contrario (*hipótesis 9a*). Los resultados de mediación que hemos obtenido confirman un efecto de mediación parcial, pues encontramos un valor significativo en el impacto de los sucesos vitales iniciales respecto a la variable mediadora de evitación en el índice de gravedad global, de forma que el malestar subjetivo aumenta a corto plazo (6 meses), aunque esta relación no conlleve necesariamente un mayor malestar subjetivo general a largo plazo (1 año).

Del uso de estrategias de afrontamiento activas (búsqueda de apoyo social y solución de problemas), no podemos aportar datos que sean estadísticamente significativos al respecto.

4.3.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

A partir del estudio realizado podemos concluir que, siguiendo la línea de otros estudios, el vitíligo es una patología dermatológica que tiene una gran afectación en los pacientes desde un punto de vista psicológico. Si bien es cierto que nuestro proyecto nació con la intención de dar respuesta a la pregunta *¿cómo evolucionan las lesiones de vitíligo en función del estrés?*, hemos descubierto muchos más aspectos. Hemos podido observar cómo los sucesos vitales estresantes afectan a la atribución de las lesiones, y estos a su vez, al tipo de estrategias de afrontamiento.

Del mismo modo, vemos cómo hombres y mujeres muestran diferentes formas de expresar su malestar. El hecho de disponer de un grupo control nos permite poder hacer comparaciones entre pacientes afectados de vitíligo con los que no padecen las lesiones, aportando información de utilidad, y en muchos casos estadísticamente significativa, para que pueda ser empleada por los profesionales de la salud a la hora de atender a cualquier persona con lesiones de vitíligo. Y es que nuestro proyecto pretende así dar respuesta a una segunda pregunta: *¿cómo intervenir desde un punto de vista de la salud con pacientes afectados de vitíligo?* Como hemos visto en la bibliografía revisada, en muchas ocasiones los/as Dermatólogos/as no saben cómo intervenir en el malestar de sus pacientes, y es ahí donde la figura del Psicólogo se hace necesaria, apareciendo el término “Psicodermatología”, el cual ya nos da una pista para responder a la pregunta anteriormente planteada.

4.3.1.- Características clínicas de los pacientes afectados de vitíligo y del grupo control.

Es importante mencionar y comparar las características clínicas, médicas, dermatológicas, del historial, nutricionales y psicológicas del grupo de pacientes afectados de vitíligo con las del grupo control que ha participado en nuestro estudio. A continuación pasamos a comentar y discutir dichas características, para así aportar nuestra información recogida acerca de la etiología y patogenia del vitíligo.

Muchos autores mencionan, apoyados en la teoría genética, que los **antecedentes familiares** son un buen pronóstico de la aparición de vitíligo. En nuestra muestra de pacientes afectados observamos que el 27,8% (N= 15) tienen antecedentes familiares de vitíligo, así como el 3,7% (N= 2) de nuestra muestra control, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares y la enfermedad. Ello nos indica que existe una mayor probabilidad de que el componente genético tenga algo que ver, pero evidentemente, esto no podemos sustentarlo más claramente.

Del mismo modo, varios autores mencionan que el vitíligo está presente cuando ocurren determinadas **enfermedades autoinmunes** que comentamos en el CAPÍTULO 1. En nuestra muestra encontramos que el 74,1% (N= 40) no presentan ningún antecedente personal de enfermedad autoinmune. En los estudios que relacionan el vitíligo con enfermedades autoinmunes, el hipertiroidismo e hipotiroidismo correlacionan en un alto grado con el vitíligo. De aquellos pacientes que sí padecían enfermedades autoinmunes, el 7,3% (N= 4) presentaba hipertiroidismo y el 9,1% (N= 5) hipotiroidismo, por lo que seguiría la línea de los resultados obtenidos por otros autores (información que el /a lector/a puede encontrar reflejada en la Tabla 1.7 del CAPÍTULO 1), aunque no podemos afirmarlo debido a las limitaciones de nuestra muestra.

Por lo que respecta a la **superficie del vitíligo**, el 70,3% (N= 38) de nuestra muestra presentaba mayormente una afectación de entre el 0% y el 25% en su cuerpo. Las extremidades, la cara y el tórax presentan mayor concentración de lesiones (el 29,5%; N= 16). A pesar de que es un porcentaje relativamente bajo, todas ellas se encuentran en partes muy visibles del cuerpo como son las extremidades (que incluyen pies, manos, dedos, brazos, antebrazos y piernas) y la cara (que incluye el cuello y toda la cara). En el estudio realizado por Merli et al. (2014), encontraron que el 75% de los sujetos tenían las lesiones localizadas en cara, cara y cuello, frente al 19% que lo tenían en los genitales. Muchos pacientes han llegado a acudir en pleno verano con ropa de manga larga, guantes que cubren la mitad de los dedos, pantalones de camal largo, etc. con tal de ocultar sus lesiones. Esto encaja perfectamente con algunos de los resultados que emergen en relación a los síntomas de *psicoticismo* (el/a lector/a puede acudir a la Tabla 3.24 y 3.25 del análisis de varianza 2X2), donde los sentimientos de alienación social son un elemento importante. Esta misma línea siguen los autores en Picardo y Taïeb (2010), cuya información queda reflejada en la Tabla 1.14 (*estilo de vestir*) del CAPÍTULO 1. Son estos aspectos conductuales, cognitivos, además de afectivos, uno de los caminos a seguir para la intervención psicológica con los pacientes: el mostrar conductas adaptadas al entorno, llegando a través de una aceptación propia y personal, nunca obligando.

Es pues que, cuando un paciente acude a la consulta de dermatología, el profesional recomiende un tipo de **tratamiento dermatológico**, que en nuestro estudio abarca: tópico, vía oral, PUVA/UV o una combinación de ellos. En nuestro caso, el 86,5% (N= 37) de la muestra recibe tratamiento dermatológico (el/a lector/a puede encontrar en detalle el tipo de tratamiento en el Anexo D.3). Ello nos hace plantearnos una serie de suposiciones en las cuales esperamos encontrar a los pacientes menos estresados y con un menor malestar. Como hemos visto, esto no es así, y lo discutiremos más adelante.

Nuestra muestra presenta una frecuencia relativamente estable en la **aparición de nuevas lesiones**. En las tres preguntas que se realizan referidas a la frecuencia del número de lesiones, encontramos que la opción de respuesta “muy pocas” (rellenada por la Dermatóloga) presentan el mayor porcentaje (42,6%; N= 23; 38,8%, N= 21; 38,8%; N= 21; el/a lector/a puede acudir a la Tabla 3.6 para dicha información). El hecho de que la aparición de las lesiones sea estable, hace pensar que el estrés percibido vaya en detrimento. Sin embargo veíamos que mientras la superficie corporal afecta aumentaba al segundo año, el estrés percibido disminuía.

Durante las Entrevistas a los pacientes, en la pregunta “*¿cuántas horas diría que le da el sol al día?*”, prácticamente todos emitían un resoplido y respondían “muy pocas porque el sol me pica y dicen que eso empeora las manchas”, siendo ésta la respuesta estándar. La gran mayoría de la muestra (el 85,2%; N= 42) recibía menos de 5 horas de sol al día, bien porque lo

evitaban directamente o porque su trabajo, ritmo de vida, etc. se lo impedía. La función de la melanina es bloquear los rayos ultravioleta del sol para evitar que se dañe el ADN de las células de la piel expuestas a la luz. Puesto que el vitíligo se caracteriza por la ausencia de melanocitos, la exposición al sol precipita el eritema (un enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación), por lo que esa creencia que anteriormente comentábamos, no va muy desencaminada. Durante los meses de verano (junio y julio, especialmente), la mayoría de pacientes referían problemas de tipo psicológico a la hora de ir a la playa: “me da vergüenza ir”, “la gente me mirará con asco”, “me hará daño a la piel ir a tomar el sol”, “tengo que estar bajo la sombrilla y eso no es ir a la playa”, etc. Si bien es cierto que los rayos ultravioleta del sol resultan dañinos para la piel, más lo son cuando no existe la *capa protectora natural*, por lo que el uso de cremas solares protectoras junto con un cuidado especial, se hace imprescindible para que no haya mayor problemática dermatológica. Sin embargo, vemos que el componente psicológico está muy presente en dichas afirmaciones: trabajar la autoestima, las distorsiones cognitivas y utilizar técnicas de Terapia de Aceptación y Compromiso se hacen indispensables para la salud mental de los pacientes afectos de vitíligo.

Comparando estos datos con los del grupo control, encontramos que son similares; incluso vemos que los pacientes no afectos toman menos de 5 horas de sol al día en un mayor porcentaje (96,2%; N= 52). Siendo que encontramos una diferencia significativa a favor del grupo control, esto nos hace plantearnos el papel que juega la idea de: “el sol me hace daño a la piel” de los pacientes de vitíligo. El razonamiento que planteamos es el siguiente: durante la Entrevista, ambos pacientes (los afectos y los no afectos) expresaban sorpresa a la hora de calcular el número de horas de sol al día, argumentando que su ritmo de vida no les permite tomar más de una o dos. A este factor *ritmo de vida*, tenemos que añadir la idea arraigada de los pacientes de vitíligo de que el sol les hace daño. Así, puede resultar esperanzador que sean más los pacientes afectos los que tomen más de 5 horas de sol al día, indicando que la idea puede ser discutida con el psicólogo.

Encontramos que en nuestra muestra, tanto el grupo de vitíligo como el control, siguen **conductas de tipo saludable** en un 90,1% para el grupo de vitíligo, y en un 90,7% para el grupo control: no fuman, ni consumen alcohol y/o drogas habitualmente. Diversos estudios han referido que el uso de las sustancias psicoactivas o depresoras como estrategias para reducir el estrés o mitigar la ansiedad, son un buen recurso, como expone Navarro et al. (2006) en su estudio de la psoriasis. Muchos hemos visto en películas el estereotipo de gente que está nerviosa y con la mano temblorosa se enciende un cigarrillo, donde la primera calada es seguida por una exhalación de (casi) “descarga emocional”. Igualmente, el alcohol ha servido al mundo del cine para representarnos a una persona solitaria en una barra del bar “ahogando sus penas”. Y qué decir del mundo de la drogadicción. Es por ello que resulta beneficioso para nuestra muestra que sigan hábitos de vida saludable y traten de mitigar el estrés que pueda ocasionarles el vitíligo y el día a día, con otros recursos que no sean perjudiciales para su salud. Los resultados referidos al alcohol, entran en contradicción con los de Picardo y Taïeb (2010) donde dicen que los pacientes utilizan el alcohol para disminuir la tensión y olvidar.

Respecto a las características nutricionales, algunos autores ya mencionados como Ravish (2011) y Yoon et al. (2011, en Kyng, 2010), relacionan el vitíligo con el **consumo de lácteos**. Nosotros hemos destacado la leche, el yogurt y el queso. Cuando comparamos ambos grupos, encontramos una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de control respecto al consumo de leche, y es que los pacientes no afectos consumen más de 5 vasos de

leche a la semana (63%, N= 34) frente a los pacientes afectados que consumen más de 5 vasos a la semana en un 50% (N= 27). Esto no nos hace seguir la misma línea que los autores mencionados plantean. Así, en nuestro estudio, no podemos asociar un mayor consumo de leche con la aparición de lesiones de vitíligo. Sin embargo, es un aspecto a tener muy en cuenta cualquier tipo de intervención dada la escasa bibliografía respecto al consumo de lácteos y vitíligo. Respecto al yogurt y al queso no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, donde ambos consumen menos de 5 yogures y menos de 5 porciones a la semana.

Otro aspecto de la historia clínica que nos planteamos fue el padecer o no **apnea del sueño** (un trastorno común en el que la persona que lo sufre hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales cuyas pausas pueden durar entre unos pocos segundos y varios minutos). Como comentamos en el CAPÍTULO 1, dicha variable surgió de la experiencia de un profesional de la Fisioterapia, donde había encontrado pacientes afectados de vitíligo y que referían tener problemas de apnea durante el sueño. En la comparación de nuestras muestras no hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa alguna. Sí mencionar que tanto el grupo de vitíligo (96,3%, N= 52) como el grupo control (94,4%, N= 51) no tienen problemas de apnea durante el sueño.

Por lo que se refiere a los **datos psicológicos** del grupo de vitíligo, el 57,4% (N= 31) no identifica ningún estresor que les llevara a la aparición del vitíligo. Muchos comentan que han llevado un estilo de vida “complicado” y que poco a poco fueron apareciendo las lesiones. Otros nacieron con ellas (y sin ningún antecedente familiar). Otros comentan que en épocas de exámenes, por ejemplo, las lesiones se hipopigmentan, y cuando pasan los exámenes, se repigmentan. Otros mencionan que vienen y van sin motivo alguno (o por lo menos ellos no refieren una causa). Lo que genera mayor impotencia al no poder completar el proceso de atribución: no saben a qué se debe, por tanto, no lo pueden controlar y eso les provoca frustración e impotencia, como muchos han referido.

Cuando comparamos el haber recibido o estar recibiendo **tratamiento psicológico y/o psiquiátrico**, no encontramos ninguna diferencia estadísticamente significativa. El 84,3% del grupo de vitíligo no han recibido o reciben tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, mientras que el 84,2% del grupo de control sí han recibido o reciben tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. De aquellos pacientes afectados de vitíligo que sí han recibido o reciben, fueron diagnosticados de depresión (N= 4) o ansiedad (N= 2). Ninguno de ellos refirió en la entrevista que acudieran a consecuencia de la aparición de las lesiones del vitíligo. Del grupo control, el 5,6% fueron diagnosticadas de depresión (N= 3) o ansiedad (N= 3). Esto nos llama la atención. Si bien conocemos que ninguno de los pacientes afectados de vitíligo recibió tratamiento de tipo *psic* por las lesiones, sí que parece interesante tener esto en cuenta a la hora de realizar una futura intervención psicológica, observando si mejorando la sintomática psíquica, las lesiones pueden llegar a disminuir.

4.3.2.- Malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación, impacto de estresores específicos y afrontamiento activo en pacientes afectados de vitíligo.

De los resultados obtenidos, hemos realizado una Tabla-Resumen para el grupo de pacientes afectados de vitíligo organizadas en función de los valores que obtuvimos del análisis factorial (Tabla 3.20 del CAPÍTULO 3), donde se comparan las medias en los análisis obtenidos de la identificación de un estresor inicial, de si reciben tratamiento dermatológico y de la superficie corporal afecta, pues consideramos que son variables importantes a la hora de enfocar el tratamiento terapéutico del paciente afecto de vitíligo.

Tabla 4.1. Tabla-Resumen referidas al estresor inicial, tratamiento dermatológico y superficie afecta.

	Identifican Estresor Inicial (N= 54)		Tratamiento Dermatológico (N= 54)		Superficie Corporal Afecta (N= 54)	
	No identifican (N= 31)	Sí identifican (N= 23)	No reciben (N= 17)	Sí reciben (N= 37)	Inferior al 25% (N= 38)	Superior al 25% (N= 16)
FACTOR 1: Malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación						
Estrés percibido	24,00	27,30	23,24	26,41	26,74*	22,25
Evitación	6,68	8,13	6,82	7,51	7,68	6,38
Somatización	0,76	1,09	0,97	0,87	0,88	0,94
Obsesión – Compulsión	1,18	1,40	1,19	1,31	1,31	1,19
Susceptibilidad	0,71	1,12	0,75	0,95	0,93	0,78
Depresión	0,91	1,46*	0,98	1,22	1,27	0,84
Ansiedad	0,83	1,00	0,86	0,92	0,97	0,76
Hostilidad	0,76	0,78	0,73	0,79	0,84	0,61
Ansiedad fóbica	0,27	0,42	0,31	0,34	0,36	0,26
Ideación paranoide	0,80	0,92	0,83	0,86	0,94	0,64
Psicoticismo	0,37	0,64	0,51	0,48	0,56	0,30
Depresión melancólica	0,99	1,29	0,88	1,22	1,12	1,11
FACTOR 2: Impacto de estresores específicos estresantes y/o traumáticos						
Volumen	9,42	11,83	10,18	10,57	11,00	8,88
Impacto	58,45	45,81	60,29	68,00	71,24	52,13
FACTOR 3: Afrontamiento activo						
Solución de problemas	13,35	15,68	14,65	14,17	13,97	15,31
Búsqueda de apoyo social	10,23	12,61	11,65	11,05	11,24	11,25
IGG	0,77	1,05	0,83	0,92	0,94	0,76
TSP	34,29	42,39	37,41	37,89	40,11	32,13
IDSP	1,95	2,02	1,73	2,10	1,90	2,18

Nota= *: valores significativos obtenidos en las tablas correspondientes que se encuentran en el CAPÍTULO 3.

Lo que la Tabla 4.1 nos permite es, mediante los valores del análisis factorial, hacer un pequeño recorrido que va de lo micro a lo macro, pudiendo distinguir así tres factores o pilares biopsicosociales en los pacientes afectados del vitíligo. De este modo, cuando intervengamos con los pacientes, dispondremos del conocimiento de su malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación (*Factor 1*), del impacto que los estresores específicos les producen (*Factor 2*) y de las estrategias de afrontamiento activo (*Factor 3*).

Lo primero que podemos observar cuando atendemos a las variables del **FACTOR 1** es que todas las escalas referentes a la sintomatología psicológica están presentes. No podemos establecer un orden de acontecimientos respecto al cómo se desencadena dicha sintomatología, pero sí nos parece lógico y coherente aventurar la siguiente pauta, en base a los análisis realizados y a nuestra experiencia profesional: la percepción subjetiva de un estresor generan un estado de activación fisiológica que es percibido como estrés (una respuesta de nuestro organismo completamente natural y sana ante la percepción de un peligro), la cual conlleva un tipo de estrategia de afrontamiento, siendo en el caso de los pacientes afectados de vitíligo la evitación. Los pacientes de Picardo y Taïeb (2010) informaban que evitaban las actividades diarias y diferentes eventos sociales con el fin de protegerse ellos mismos de comentarios embarazosos (lo que López et al. (1995) denominan *Descontrol*). Si atendemos a las reacciones que los pacientes presentan cuando sí reconocen un estresor inicial, encontramos que la sintomatología depresiva estará presente de un modo significativo.

Respecto al tratamiento dermatológico, no podemos añadir ninguna información significativa que no esté ya comentada y que se recoja en este Factor 1, pero sí podemos afirmar que aquellos con una superficie corporal afecta inferior al 25% perciben más el estrés de un modo significativo. Esto nos lleva a la idea contradictoria de que aquellos pacientes que sí reciben tratamiento dermatológico perciban más el estrés y puntúen más en las escalas de obsesión-compulsión, susceptibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y en las estrategias de evitación (recogidas en el Factor 1). Todo ello no nos permite decir que una pauta a seguir sería que todos aquellos pacientes con una superficie corporal afecta inferior al 25% mejorarán con tratamiento dermatológico, y en consecuencia, de su malestar psicológico. Aquí entraría en juego el tipo de tratamiento dermatológico, pero eso se trataría de un estudio experimental ajeno a nuestra investigación.

Por otro lado, el **FACTOR 2** nos indica que la vivencia de un acontecimiento vital y/o traumático, tanto en volumen como en impacto del mismo, saturan por sí solas. Es algo a tener en alta estima a la hora de intervenir psicológica y dermatológicamente con los pacientes de vitíligo. López et al. (1995) mencionan que aquellos pacientes que han tenido eventos significativos vinculados al desencadenamiento del vitíligo se perciben más estresados, considerando sus vidas más impredecibles, descontroladas y sobrecargadas. Como profesionales de la salud, será conveniente evaluar si durante el último periodo de su vida, o recientemente, les ha ocurrido algún sucesos que haya sido significativo en sus vidas, para así poder ejercer una valoración psicológica (si fuese necesario) y para que el profesional de la piel conozca cómo va a evolucionar su paciente, reciba o no tratamiento dermatológico. Autores como Arwal (1998), Feldman y Rondón (1973), Papadopoulos et al. (1998) y Sánchez y Araluce (1988), muestran que en un periodo no mayor de un año luego de la ocurrencia de los eventos estresantes (evaluados por las personas como relevantes para su bienestar), la relación entre el vitíligo y el estrés es de más de un 50% e incluso de un 70% según López et. Al (1995). Y es que aunque la identificación del estresor inicial no haya salido estadísticamente significativa en éste Factor 2, sí consideramos importante que una pregunta del tipo: “¿ha ocurrido algo en los últimos meses

o semanas que le haya alterado?” debe estar presente en la anamnesis para una correcta intervención médica y psicológica.

El **FACTOR 3** nos muestra las estrategias de afrontamiento activo. Aquí destacamos que, aunque no hay ninguna diferencia estadísticamente significativa por lo que se refiere a identificar el estresor, el tratamiento dermatológico o el porcentaje de la superficie corporal afecta, las medias nos muestran que aquellos pacientes que sí identifican un estresor inicial, no reciben tratamiento dermatológico y tienen una superficie corporal afecta superior al 25%, buscan más apoyo social y una solución a los problemas. Esto es una buena guía para una posible intervención psicológica.

Lo que nos lleva a los índices que recogen la sintomatología psicológica (IGG, TSP e IDSP). Y es que, como se desprende en los análisis de regresión (Tablas 3.31, 3.32 y 3.33) debemos atender a tres aspectos fundamentales: **el impacto de los sucesos vitales estresantes, el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social**. Estos son los puntos de apoyo fundamentales para la intervención con los pacientes y que desarrollaremos en el apartado de 4.4.- Enfoque psicológico en pacientes afectados de vitíligo.

4.3.3.- Malestar subjetivo general, estrés, suspicacia y estrategias de afrontamiento en el grupo control.

Lo que la Tabla 4.2 nos muestra (organizada en función de los valores obtenidos del análisis factorial del grupo control recogidos en la Tabla 3.21 del CAPÍTULO 3), es cómo está agrupada la sintomatología de los pacientes que acuden al servicio de dermatología y que no están afectados por ninguna patología dermatológica que tenga relación alguna con el estrés. Es por ello que no podemos hablar de sujetos “sanos” en el sentido amplio de la palabra, pues han acudido por algún tipo de dolencia en la piel, habiendo sido derivados al especialista por el Médico de Atención Primaria.

Tabla 4.2.- Factores y sintomatología en el grupo control.

<p>FACTOR 1: Malestar subjetivo general.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Somatización. - Obsesión-Compulsión. - Depresión. - Ansiedad. - Hostilidad. - Ansiedad fóbica. - Psicoticismo. - Depresión melancólica.
<p>FACTOR 2: Estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen - Impacto - Estrés percibido.
<p>FACTOR 3: Suspicion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Susceptibilidad. - Ideación paranoide.
<p>FACTOR 4: Estrategias de afrontamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas. - Búsqueda de apoyo social. - Evitación.

Observamos que los pacientes que acuden al servicio de dermatología presentan un malestar subjetivo general (**FACTOR 1**), presente en cualquier paciente y que, siendo que nuestro cuestionario busca ahondar en dicha sintomatología psicológica, ello no es de extrañar. Así, el estrés (**FACTOR 2**) satura con el volumen, impacto y percepción del estresor. Esto es lo lógico y esperable, que las escalas que miden el estrés saturen juntas. Seguidamente, asociamos la suspicacia (**FACTOR 3**) al hecho de estar bajo la “presión” de una batería de tests psicológicos y de un Psicólogo. Los pacientes acuden a la Dermatóloga por un problema propio ajeno a dicho estudio (como también lo hicieron algunos de los pacientes afectos de vitíligo), pero es en éste caso que el hecho de “no ir con ellos” éste estudio (que está centrado en el vitíligo y ellos lo saben), genere un factor independiente con las escalas de susceptibilidad e ideación paranoide. Y siguiendo la lógica de las estrategias de afrontamiento (**FACTOR 4**), es coherente que todas saturen en un solo factor.

Papadopoulos et al. (1998; en Picardo y Taïeb, 2010), encontró que los pacientes con vitíligo experimentaron acontecimientos más estresantes que los controles. De este modo, este apartado nos permite comparar en última instancia cómo está agrupada la sintomatología de los pacientes afectos de vitíligo con los no afectos. Sí destacar que esta comparación no es más que un mero vistazo descriptivo sin ninguna relevancia estadísticamente significativa, pero no podemos dejar pasar la oportunidad de poner en una misma Tabla los factores de ambos grupos (Tabla 4.3). Hemos modificado el *Factor 3* del GV al *Factor 4* del GC para que de éste modo las estrategias de afrontamiento coincidan en un mismo factor para que sea más cómodo a la hora de comparar.

Tabla 4.3.- Comparación de los factores del grupo vitíligo y grupo control (modificada).

	GRUPO VITÍLIGO.	GRUPO CONTROL.
FACTOR 1:	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés percibido. - Evitación. - Somatización. - Obsesión-Compulsión. - Susceptibilidad. - Depresión. - Ansiedad. - Hostilidad. - Ansiedad fóbica. - Psicoticismo. - Depresión melancólica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Somatización. - Obsesión-Compulsión. - Depresión. - Ansiedad. - Hostilidad. - Ansiedad fóbica. - Psicoticismo. - Depresión melancólica.
FACTOR 2:	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen - Impacto 	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen - Impacto - Estrés percibido.
FACTOR 3:		<ul style="list-style-type: none"> - Susceptibilidad. - Ideación paranoide.
FACTOR 4:	<ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas. - Búsqueda de apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas. - Búsqueda de apoyo social. - Evitación.

Esta comparación nos permite aventurarnos a introducir lo que en el siguiente apartado se desarrollará, y es que la percepción del estrés y las estrategias de tipo evitativo son las que, podríamos decir, distinguen fundamentalmente a los pacientes afectos de vitíligo de los pacientes sanos. Karami et al. (2016) no observaron una gran diferencia entre pacientes afectos de vitíligo con aquellos no afectos en lo que a salud física se refiere, mientras que sí encontraron diferencias significativas en salud mental. En la misma línea, Antuña-Bernardo et al. (2000), refieren que no existe un perfil psicológico homogéneo ni diferenciado de los pacientes afectos de patologías dermatológicas con respecto a la población normal, si bien ciertas patologías sí presentan perfiles peculiares en algunas escalas.

Siendo que el volumen, y sobre todo el impacto, son escalas importantes para ambos grupos, es el cómo lo perciben y cómo reaccionan a los sucesos vitales estresantes lo que hace que los pacientes se diferencien entre sí en la sintomatología psicológica y, en consecuencia, en su malestar psicológico.

4.3.4.- Curso del vitíligo: la percepción del estrés, las estrategias de afrontamiento y los síntomas psicológicos.

Como hemos podido observar en la Gráfica 17 del CAPÍTULO 3 (Apartado 3.7- Análisis Longitudinales), la evolución del vitíligo a lo largo de los 2 años no es significativa por lo que se refiere a la superficie de las lesiones de vitíligo, aunque sí lo es el estrés percibido. Encontramos que, mientras que el estrés disminuye de un modo estadísticamente significativo, la superficie afecta sufre un aumento exponencial, aunque éste no sea significativo. Esta misma disonancia se encuentra en relación con el nivel de síntomas que experimentan los pacientes: en todas las escalas sintomatológicas, a excepción de la ansiedad fóbica, se produce una disminución desde el momento inicial al segundo año (donde la ansiedad, la depresión melancólica y la susceptibilidad son estadísticamente significativas). Sabemos por el análisis factorial realizado que el Factor 1 (*malestar subjetivo ante la percepción del estrés y su evitación*) nos describe, sobre todo, a unos pacientes inicialmente (T0) angustiados, estresados y con estrategias de tipo evitativo, que sin embargo, a medida que transcurre el tiempo, van disminuyendo en sus síntomas a pesar de que la superficie de la mancha se incrementa. Como comentamos en el CAPÍTULO 1, el curso impredecible del vitíligo, así como la tendencia a propagarse, puede socavar la confianza en ellos mismos y en su autoestima, llevando en algunos casos a depresiones (si la sintomatología depresiva se mantiene en el tiempo), causando una sensación de aislamiento e influyendo en muchos aspectos que pueden afectar a la vida cotidiana y a la interacción social. Ante la imposibilidad de que las estrategias de tipo evitativo hagan que las lesiones de vitíligo disminuyan, éstos buscan estrategias más orientadas a la búsqueda de apoyo social y a la solución de problemas, grado éste también determinado por el género, siendo las mujeres las más activas en este sentido.

Pero, ¿cómo es posible que el estrés disminuya significativamente, las escalas sintomatológicas disminuyan, y la superficie corporal afecta aumente? López (2000) sugiere que mecanismos como la evitación o la negación de la enfermedad, alivian a corto plazo las preocupaciones y temores atenuando el desajuste emocional, mientras que a largo plazo tienen consecuencias negativas. Nosotros queremos ofrecer al respecto un argumento optimista que se basa en la autorregulación del propio paciente en lo que a su enfermedad dermatológica se refiere. Nuestro estudio no contiene ningún tipo de intervención psicológica o en la que se esté suministrando un tipo de tratamiento dermatológico diferente a los habituales, de modo que no

podemos asociar la mejoría a ningún tipo de intervención. Esto nos lleva al planteamiento de que es la propia psique la que regula y gestiona todo este tipo de síntomas, mientras que la superficie corporal sigue su propio camino. De hecho, si superponemos la evolución de la superficie sobre las escalas sintomáticas del SCL-90, vemos que son contradictorias. Desarrollaremos esta idea más ampliamente en el próximo apartado.

Los análisis de regresión paso a paso realizados a corto y a largo plazo, también plantean un interrogante de interés: ¿por qué a largo plazo el estrés percibido (CEP) pierde relevancia como predictor en beneficio de la variable impacto subjetivo de los estresores (SVEAD)? Llegados a este punto es importante anotar que el impacto de acontecimientos vitales que han ocurrido en un pasado más o menos reciente supone la evaluación de la respuesta de estrés desde un punto de vista mucho más general de lo que lo hace el estrés evaluado a través del CEP. Por tanto, a medida que transcurre el tiempo, es el predictor de estrés de carácter más general (SVEAD) frente al más específico (CEP) el que mayor peso desempeña. Este razonamiento, más de carácter metodológico, se sustenta en el planteamiento del parámetro especificidad-generalidad formulado en relación con predictores y criterios (Pelechano, 1973, 1996). Así, no es sorprendente que un predictor de estrés más general tenga, a la larga, mayor capacidad predictiva de un criterio también general (síntomas psicológicos o malestar subjetivo evaluados por la SCL-90) que uno más específico, pues existe mayor adecuación entre predictor y criterio. De rechazo, este mismo argumento, sirve para explicar el hecho de que ninguno de los predictores utilizados nos haya permitido predecir la superficie de la mancha. Así, la “superficie de la mancha” es un criterio a predecir demasiado específico y nuestros predictores se mueven en un nivel de consolidación intermedio o más general.

Con todo, conocemos que las estrategias de evitación, por el análisis de mediación, median en los índices de malestar psicológico, aunque de un modo débil. Así, debemos prestar especial atención al impacto de los sucesos vitales estresantes y al uso de estrategias de afrontamiento de tipo activas que, como hemos visto, favorecen la disminución de los síntomas al menos a corto plazo, generando un esperado beneficio a largo plazo.

Con éstas conclusiones, damos respuesta a la sugerencia lanzada por López (2000) en la que menciona que resulta de singular importancia el conocimiento de aquellos factores psicológicos y sociales que están presentes en todo el proceso de salud enfermedad que acontece al vitíligo, para el manejo adecuado del enfermo en los distintos niveles de atención.

4.4.- ENFOQUE PSICOLÓGICO EN PACIENTES AFECTOS DE VITÍLIGO.

En base a otros estudios llevados a cabo por Papadopoulos et al. (1999, 2004; en Picardo y Taïeb, 2010) y Rodríguez et al. (2007), en el caso de la psoriasis, demuestran que la intervención psicológica en pacientes con patologías dermatológicas muestran una actitud activa durante el tratamiento, potencializando los recursos positivos del paciente y frenando los negativos.

Son esos datos, junto con nuestros resultados y conclusiones obtenidas, añadido a nuestra experiencia profesional en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud, la que nos da el soporte para emprender el siguiente apartado: la sugerencia de un enfoque terapéutico para el tratamiento psicológico de los pacientes afectos de vitíligo.

Cuando observamos los porcentajes de respaldo del volumen y el impacto de los acontecimientos vitales estresantes en el grupo de pacientes afectos de vitíligo y en el grupo

control (Tabla 3.16 y 3.17 del CAPÍTULO 3), vemos que es más frecuente que en el grupo vitílico ocurran situaciones que tienen más que ver con sentimientos de incomprensión y soledad, mientras que en lo referido al volumen de estresores habituales, es el grupo control el que destaca significativamente. Esto nos lleva al planteamiento de que, salvo por las lesiones del vitílico, ambos grupos no se diferencian tanto como esperábamos y a recoger la idea lanzada en el Apartado 4.3.2, donde consideramos que los aspectos fundamentales para intervenir con pacientes afectos son tres: **el impacto de los sucesos vitales estresantes, el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social**, pues son éstos los valores que más encontramos repetidos en varios de los análisis realizados y que tienen una relación directa con los índices que recogen la sintomatología psicológica (IGG, TSP e IDSP).

Siendo que la finalidad de esta Tesis no es la de establecer un Programa o Protocolo para el tratamiento psicológico (aunque sí es una sugerencia que comentaremos más tarde), consideramos que es necesario dejar constancia de una serie de pautas a tener en cuenta para todos aquellos profesionales de la Salud que atiendan a pacientes afectos de vitílico.

No es necesario ahondar mucho en la bibliografía para saber que la percepción del estrés es un factor que determina la “*posesión*” o no de salud. Podemos irnos a nuestra propia experiencia para saber que cuando estamos estresados, esto nos afecta en varias áreas de nuestra vida, sea a nivel cognitivo, emocional, fisiológico, social... Por lo que el primer punto a tener en cuenta a la hora de atender a un paciente afecto de vitílico es **conocer el estado de estrés en que se encuentra en ese momento**. Podemos saberlo con una pregunta muy sencilla: “*De 0 a 10, ¿cómo calificaría su nivel de estrés ahora mismo?*”. Nuestra experiencia nos dice que probablemente expresará un grado superior a 5 y seguido de la problemática (trabajo, pareja, familia, situación económica...).

Seguidamente, una buena forma de establecer una idea de cómo vive el sujeto las situaciones del día a día (**impacto**) es preguntarle: “*Referido al problema que me acaba de contar, ¿cuánto diría usted que le afectan ese tipo de situaciones de 0 a 10?*”. Esto nos permite conocer el proceso que sigue el paciente a la hora de asimilar un suceso vital estresante. Lo que nos lleva al siguiente pilar: **las estrategias de afrontamiento**. Hemos visto que la evitación es la estrategia más utilizada en los comienzos, haciendo de factor mediador débil a los 6 meses y al año. Sin embargo, cuando encontramos que aparecen la búsqueda de apoyo social (y solución de problemas en menor medida), observamos que la sintomatología psicológica que genera malestar disminuirá. Es por ello que alentar al paciente a que busque grupos de apoyo de vitílico en su ciudad, a entrar en contacto con gente que pueda padecer la enfermedad o cualquier otro recurso que pueda surgir en la entrevista médica y/o psicológica, hará que su malestar disminuya. Un ejemplo para tantear el apoyo existente podría ser: “*Actualmente, ¿cuánta gente de su entorno conoce que padece vitílico?*”.

Según la Asociación Española de Pacientes de Vitílico (ASPAVIT), el 90% de los pacientes no reciben tratamiento psicológico. Recogiendo de nuevo las palabras de Luis Ponce de León (Presidente de ASPAVIT), en el momento del diagnóstico “es fundamental asumir la enfermedad, buscar apoyo psicológico en caso necesario, seguir el tratamiento bajo prescripción médica y ser constante en su cumplimiento”.

Para concluir, retomar los resultados obtenidos a lo largo de todo el estudio, en los que se sustentan todas estas pautas para un enfoque terapéutico adaptado a pacientes de vitílico: *el índice de gravedad global* aumenta con la percepción del estrés y disminuye con la búsqueda de apoyo social; *el total de síntomas positivos* aumenta con el impacto de los sucesos vitales

estresantes; y el *índice de distrés de síntomas positivos* disminuye con la búsqueda del apoyo social.

No quisiéramos terminar este apartado sin antes añadir una serie de conceptos recogidos de la Terapia Gestalt y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de abordar la patología psicológica y dermatológica de los pacientes afectados de vitíligo, pues nos proporcionan una orientación que engloba los resultados obtenidos, especialmente los que resultan contradictorios.

La piel es la frontera entre el organismo (cuerpo) y el entorno (todo aquello que está fuera de nuestra piel). “Todo lo que atañe al contacto entre un organismo dado y su entorno, los acontecimientos que van a desarrollarse en la frontera entre este organismo y el entorno”, es lo que la Terapia Gestalt denomina *frontera-contacto* (Robine, 1998, p.31). Así, “la frontera-contacto (por ejemplo, la piel sensible) no es tanto una parte del ‘organismo’, sobre todo es *el órgano de una relación concreta entre el organismo y el entorno*. (...) Por esta razón (...) el funcionamiento de la mera frontera del organismo, nunca puede pretender decir la realidad, todo lo más nos dice el impulso o la pasividad del organismo” (Perls, Hefferline y Goodman, 1951, p. 8). Este razonamiento sigue la línea de los resultados obtenidos en nuestro trabajo: la piel es el órgano del organismo que refleja lo que ocurre en el entorno. El cómo le afecten los sucesos vitales estresantes (entorno) al paciente (organismo), repercutirán en su frontera-contacto (piel), haciendo que la persona se mueva en una dirección u otra (hacia el impulso o la pasividad, en nuestro caso: la búsqueda de apoyo social y solución de problemas o la evitación).

El enfoque gestáltico abarca muchos aspectos que aquí no serán mencionados pues tampoco es objeto de este trabajo, pero sí remarcar que una perspectiva holística como la que aporta la terapia gestalt para comprender al ser humano en su conjunto sintomatológico es necesario, del mismo modo que el entender la piel como un reflejo de que algo entre el organismo y el entorno está en disonancia. Esto nos lleva al posible razonamiento del *por qué* (o *para qué*) la sintomatología psicológica disminuye al cabo de dos años, mientras que la superficie corporal aumenta. Recogemos aquí el concepto de *autorregulación* utilizado en Terapia Gestalt y que se dejó en el aire en el Apartado 4.3.4, donde hablamos del argumento optimista en la autorregulación del propio paciente en lo que a su enfermedad dermatológica se refiere. Y es que el organismo humano-animal es capaz de autorregulación, el contacto entre el organismo y entorno se convierte en “la realidad primera más simple” (Robine, 1998, p. 29). Es por ello que el *impacto* pasa a ser el predictor principal de la sintomatología psicológica al año, pues “la autorregulación es sana si el campo no resulta alterado por determinados factores, socioculturales por ejemplo, o, más sencillamente, si nada ajeno al campo acude a perturbar el proceso de contacto en curso. La interacción organismo/entorno se desarrollará de manera sana y fluida a partir y en beneficio de esta autorregulación del campo” (Robine, 1998, p. 30).

De este modo, recalcamos el abordar el enfoque terapéutico desde los pilares del impacto de los sucesos vitales estresantes, el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social. Y es que, como dicen Perls, Hefferline y Goodman (1951, p.10): “(...) *la psicología es el estudio de los ajustes creativos*. Su objeto es la transición siempre renovada entre la novedad y la rutina cuyo resultado es la asimilación y el crecimiento. Paralelamente, *la psicología de lo no normal es el estudio de la interrupción, de la inhibición u otros accidentes a lo largo del ajuste creativo*”, en nuestro caso: **del vitíligo**.

Y ya para concluir este apartado, quisiera hacer una mención especial a dos personas. En primer lugar, a una modelo de una marca de ropa que está rompiendo moldes y estereotipos. Se trata de Winnie Harlow, una modelo de piel oscura y afectada de vitíligo que ha permitido que muchos pacientes con vitíligo dejen de sentirse tan etiquetados y prejuizados. Es más, el hecho de que Winnie sea modelo de una marca de ropa conocida, ha permitido que gran parte de la población (por no decir prácticamente toda), conozca qué es el vitíligo.

Al principio de ésta Investigación, cuando la gente me preguntaba qué era el vitíligo resultaba más complicado explicarlo porque no se hacían una idea. Ahora, tan sólo digo: “¿Has visto a la modelo de la campaña de Desigual? Pues eso es vitíligo”. Y prácticamente todos/as muestran cierto agrado, en comparación con la expresión de desagrado cuando no sabían ciertamente qué era. En el Anexo E: Fotografías, hay tres fotografías de la modelo. La primera es de la campaña de la marca de ropa, mientras que las dos últimas son de ellas con su novio: albino. Sería entrar en otro tema de discusión, pero comentar que de ese modo también se está des-enjuiciando y des-etiquetando a los enfermos de albinismo.

Recientemente, ha salido en prensa la historia de un niño (Carter) con lesiones de vitíligo y que recuperó la confianza en sí mismo gracias a su perro (Lowdy), un labrador con vitíligo. Esto nos muestra que no sólo los humanos padecemos vitíligo, si no que los animales también, y cómo ellos pueden ser un ejemplo de cariño, amor y apoyo para superar el estigma social que es el vitíligo. Puede verse una fotografía de ambos en el Anexo E.

4.5.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

4.5.1.- Limitaciones.

Una de las principales limitaciones que ha tenido este estudio ha sido la baja carga poblacional de pacientes afectados de vitíligo. Durante los más de tres años de investigación, hemos podido obtener 54 pacientes afectados de vitíligo para la muestra inicial del grupo de vitíligo, y 54 pacientes del grupo control (determinados éstos por el N del GV). No es un número excesivamente bajo, pero nos ha limitado los análisis estadísticos, los cuales hemos tenido que ajustar a la muestra tanto de T0 como de T1, T2 y T3. Al tratarse de un estudio longitudinal por lo que al grupo vitíligo se refiere, la muerte experimental es un factor que está presente.

Así mismo, el no contar con el seguimiento del grupo control para el presente trabajo, ha dejado limitadas algunas discusiones, pues ello nos permitiría conocer mejor la significación y relación de algunas de las variables que hemos medido. En cualquier caso, el disponer de un grupo control nos permite dar respuesta a la sugerencia lanzada por Porter, Hill-Beuf, Lerner y Nordlund (1986) y López et al. (1995), en el que consideran necesario un estudio comparativo con individuos con otras enfermedades dermatológicas y sujetos sanos, para poder asegurar qué características son típicas de los enfermos de vitíligo y cuáles no.

Otra de las limitaciones a comentar, pero ésta fuera del carácter metodológico del estudio, es que durante las Entrevistas se ha recogido mucha información que ha sido útil para la discusión de los resultados pero que no ha podido ser catalogada, como por ejemplo: las experiencias personales, el nivel de sufrimiento, las conductas no verbales y las evidentes muestras de baja autoestima que algunos de los pacientes presentaban, o el motivo dermatológico por el cual acudían los pacientes del grupo control. Al tratarse de un estudio psicológico que sigue el método científico, éste no nos permite intervenir psicológicamente

durante la realización del mismo para no contaminar los resultados. Sin embargo, cuando los sujetos finalizaban su participación en el estudio, se utilizaban los siguientes minutos para que se expresaran libremente y poder trabajar algunos aspectos psicológicos que se considera podría ser beneficiosos para ellos como la desestigmatización, y que sin duda, nos han ayudado a dar luz a las pautas anteriormente comentadas para un correcto abordaje psicoterapéutico.

4.5.2.- Sugerencias.

Como se ha comentado, el nivel poblacional del área cubierta para el presente trabajo proporciona una muestra baja en relación a lo deseado para realizar más análisis estadísticos, es por ello que una réplica o continuación del presente estudio a otras áreas poblaciones, e incluso de otros países, puede ser de gran aporte para la comunidad científica y de los pacientes afectados.

Una consideración a tener en cuenta es la de poder distinguir, por ejemplo, si la sintomatología recogida aumenta en los meses de verano. Como hemos comentado, es en verano cuando los sentimientos negativos son más relevantes, por lo que podría establecerse un punto distintivo en los meses de verano para ver si hay algún pico o incremento en las puntuaciones medias de la sintomatología recogida (así como de la superficie afecta).

Hemos visto cómo el nivel de malestar psíquico y psicosomático de los pacientes tiene una gran influencia en su percepción de bienestar, en sus relaciones personales, en su entorno, y en cierto modo, está relacionado con las lesiones de vitíligo. Es por ello que, a pesar de la concienciación existente por parte de los Médicos de Atención Primaria y Dermatólogos, se hace necesaria una intervención psicoeducativa y psicológica llevada a cabo por un Psicólogo (sea Psicólogo General Sanitario o Psicólogo Clínico). Debido a la demanda actual, el Psicólogo Clínico tiene una carga de trabajo que supera el ideado en el II Plan de Salud (2007-2013) de la Comunidad Valenciana, recogido en el DOGV nº 5371. Por lo que la figura del Psicólogo General Sanitario es un buen recurso para estos pacientes, y más, la de Psicólogos que conozcan el vitíligo. Del mismo modo, éste puede ser de ayuda a Dermatólogos y Médicos de Atención Primaria para que los pacientes se adhieran al tratamiento y puedan verse mejoradas otras patologías que, como hemos visto, tienen una relación significativa con el estrés.

Con este trabajo, damos respuesta a la sugerencia lanzada por Picardo y Taïeb (2010): la falta de evidencia para este tipo de intervención es también una preocupación y puede hacer que los dermatólogos que son reacios a sugerir la inclusión de un psicólogo para enfermedades dermatológicas, cambie de parecer.

Somos conscientes de que estos resultados no deben caer en vacío, pues aportan una evidencia científica y de calidad de la que los pacientes afectados de vitíligo deben beneficiarse. Es por ello que no consideramos finalizado nuestro trabajo en éste punto. Todos estos años de esfuerzo y trabajo son tan sólo la “*educación primaria*” para establecer una “*educación secundaria obligatoria*” donde poder aplicar un Programa o Protocolo Psicoterapéutico para los pacientes afectados de vitíligo. Remarcar que Hospitales como el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, cuenta con un servicio de **Psicodermatología**, y cuyo funcionamiento pude conocer gracias a la asistencia a su “I Jornada de Psicodermopatología de la Región de Murcia”, y es que, como se comentó, la comunión entre Dermatólogos, Psiquiatras y Psicólogos se hace necesaria no sólo en alteraciones de la piel como el vitíligo, sino en muchas otras patologías dermatológicas que afectan a todas las aéreas biopsicosociales del paciente.

Hemos visto cómo las metas y la atención juegan un papel fundamental para la mejoría psicológica del paciente. Por ello, y como sugiere López (2000), la manera de ajustar las metas haciéndolas realistas y ajustando la manera de afrontar la enfermedad, determinará en gran medida la contribución del paciente a su tratamiento y a su mejoría del estado de ánimo.

No hay que olvidar que nuestra labor como Psicólogos es la de proporcionar bienestar y salud mental a los pacientes. La finalidad primera y última es la de velar por que la persona se sienta satisfecha consigo misma y pueda vivir la vida que realmente quiere. Es por ello que, el vitíligo, siendo una patología dermatológica que afecta a la salud mental y bienestar de la gran mayoría de los pacientes, requiere la intervención de un profesional de la salud como es el Psicólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Agarwal, G. (1998). Vitiligo: an under-estimated problem. *Fam Pract. 15 (Suppl 1)*: 19-23.
- Ager, A., y MacLachlan, M. (1998). Psychometric properties of the Coping Strategy Indicator (CSI) in a study of coping behaviour amongst Malawian students. *Psychology and Health, 13*, 399-409.
- Aktan, S., Ozmen, E., y Sanli, B. (2000). Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol, 39(5)*, 354-357.
- Alarcón, H., Gutiérrez, R., y Gracida, C. (2000). Vitíligo. Actualidades en el tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua, 9*:177-88.
- Alikhan, A., Felsten, L.M. y Daly, M. et al. (2011). Vitiligo: a comprehensive overview. Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, his to pathology, etiology and work.up. *Journal of American Academy of Dermatology, 65*, 473-91.
- Almeida P., Borrego L., Rodríguez-López, J., Luján D., Cameselle D., y Hernández B. (2005). Vitíligo. Tratamiento de 12 casos con tacrolimus tópico. *Actas Dermosifilogr. 96*, 159-63.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, R., Graaf, K., Demyttenaere, I., Gasquet, J.M., Haro, S.J., Katz, R.C., Kessler, V., Kovess, J.P., Lépine, J., Ormel, G., Polidori, L.J., Russo, G., Vilagut, J., Almansa, S., Arbabzadeh-Bouchez, J., Autonell, M., Bernal, M.A., Buist-Bouwman, M., Codony, A., Domingo-Salvany, M., Ferrer, S.S., Joo, M., Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Moro-sini, C., Palacín, B., Romera, N., Taub, W.A. y Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (Suppl. 420)*, 21–27
- Álvarez, M.S. (2014). *Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology, 59(5)*, 1066–1074.
- Amirkhan, J.H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment, 62*, 242-261.
- Andreu, L. (2016). *Mujer y Salud: correlatos psicosociales del síndrome de la boca ardiente*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González Menéndez, A., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J., y Curto Iglesias, J.R. (2000). Perfil psicológico y calidad de pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema, 12, (2)*, 30-34.

- Arrivillaga, M., López Martínez, J., y Ossa, A. M. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico*, 2, 55-71.
- Arrivillaga, M., Varela, M. T., Cáceres, D. E., Correa, D., y Holguín, L. E. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3, 33-49.
- Báguena, M.J., Beleña, A., Díaz, A., Toldos, M.P., Roldán, C., y Amigó, S. (2006). *Mobbing, género y salud*. Informe Técnico de Investigación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer.
- Báguena, M.J., Díaz, A., Beleña, A., Toldos M.P., Amigó, S., y Roldán, C. (Febrero de 2006). Nivel de gravedad en la exposición a mobbing y síntomas post-traumáticos. Comunicación presentada al *IV Congreso Mundial de Estrés Traumático*. Buenos Aires (Argentina).
- Basra, M.K.A., y Finlay, A.Y. (2007). The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*, 156: 929-937
- Bijttebier, P., y Vertommen, H. (1997). Psychometric properties of the Coping Strategy Indicator in a Flemish sample. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 157-160.
- Bijttebier, P., y Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 847-856.
- Bohrnstedt, G., y Borgatta, E. (Eds.). *Social Measurement: Current Issues*. Beverly Hills CA: Sage.
- Bollag, W. (1983) Vitamin A and retinoids: from nutrition to pharmacotherapy in dermatology and oncology. *The Lancet*, 321, (8329), 860-863.
- Bolognia, J.L., Jorizzo, J.L., y Rapini, R.P. (Ed), *Dermatology*. Mosby.
- Borimnejad, L., Parsa Yekta, Z., Nikbakht-Nasrabadi, A., y Firooz, A. (2006). Quality of life with vitiligo: comparison of male and female Muslim patients in Iran. *Gend Med*. 3, 124-130.
- Campos Escalante, I. (Mayo de 2008). Cáncer y vitiligo: dos formas de expresión corporal y emocional. *Congreso SOPPAC*. León, Gto. México.
- Cancio, H., Rincón, C., y Ramos, J.L. (2003). Intervención en pacientes con hemofilia: un modelo de intervención en enfermedad crónica. En Remor, E., Arranza, P., Ulla, S. (Eds). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 591-620). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwner.
- Carmines, E., y McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariance structures. En Bohrnstedt, G., y Borgatta, E. (Eds.). *Social Measurement: Current Issues* (pp. 65-115). Beverly Hills CA: Sage.

- Cartwright, T., Edean, N., y Porter, A. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol*, 160(5), 1034-9.
- Choi, S., Kim, D.Y., Whang, S.H., et al. (2010). Quality of life and psychological adaptation on Korean adolescents with vitiligo. *JEADV*, 24, 524-9.
- Clark, K. K., Bormann, C. A., Cropanzano, R. A., y James, K. (1995). Validation evidence for three measures of coping. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 434-455.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., y Williamson, G.M. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.). *The social psychology of health* (p. 31-67). Newbury Park: Sage.
- Conejo-Mir, J., Camacho, F.M. y Moreno, J.C. (Ed), *Manual de Dermatología*. Madrid, España: S.L. Grupo Aula Médica.
- Cornejo, M., y Lucero M.C. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis. Año VI (II)*, 143-153.
- Criber, B. (2000). Acné et qualité de vie. *Ann Dermatol Venerol*, 127, 2513-2514.
- Derogatis, L.R. Lipman, R.S., y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Desmond, M.D., Shevlin, M., y MacLachlan, M. (2006). Dimensional analysis of the coping strategy indicator in a sample of elderly veterans with acquired limb amputations. *Personality and Individual Differences*, 40, 249-259.
- Dunn, L.B., Damesyn, M., Moore, A.A., Reuben, D.B., y Greendale, G.A. (1997) Does Estrogen Prevent Skin Aging? Results From the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I). *Arch Dermatol*, 133(3), 339-342. doi:10.1001/archderm.1997.03890390077010.
- Dunn, L.K., O'Neill y Feldman, S.R. (2011). Acne in adolescents: Quality of life, self esteem, mood and psychological disorders. *Dermatology on line*; 17(1), 1.
- Durán, M. A., Peralta, J. L., Gallego, C., y Montalbán, F. M. (2006). *Análisis de una encuesta de evaluación de la Experiencia Piloto de Implantación del Crédito Europeo en las titulaciones de Relaciones Laborales y Trabajo Social*. Jornadas de Trabajo sobre Experiencias Piloto de Implantación del Crédito Europeo en las Universidades Andaluzas. Recuperado de <http://www2.uca.es/orgobierno/rector/jornadas/documentos/012.pdf>

- Durlak, J.A. (2009). How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 917-928.
- Escalante, E. (2007). Acné y estrés. *Dermatología Peruana*, 17(1)
- Eskandani, M., Golchai, J., Pirooznia, N., y Hasannia, S. (2010). Oxidative stress level and tirosinase activity in vitiligo patients. *Indian J. Dermatology*, 55, 15-19.
- Extremera, N. y Durán, A. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Fagundo Pino, I.M., Carbonell Estacholi, C., y Bayarre Veja, H. (2011). Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicosomáticas. *Revistapsiquiatría.com*, 15, 63.
- Feldman, M., y Rondón, A.J. (1973). Aspectos psicosomáticos del vitíligo. *Med Cut.*, 7(4), 253-6.
- Ferrando, P. J., Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Gabriela Blanco, M. (27 de marzo de 2010). Depresión en adultos con vitíligo que asisten a una consulta de dermatología [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2087/4/Depresion-en-adultos-con-vitiligo-que-asisten-a-una-consulta-dermatologica>
- Gallagher, P., y MacLachlan, M. (1999). *Psychological adjustment and coping in adults with prosthetic limbs*. *Behavioral Medicine*, 25(3), 117-124.
- García Hernández, M.J., Ruiz Doblado, S., y Caballero Andaliz, R. (2000). Psicodermatología: de la emoción a la lesión (III): enfermedades dermatológicas con alta comorbilidad psiquiátrica. *An. Psiquiatr*, 16(10), 393-400.
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn y Bacon.
- Gillespie, A., Peltzer, K., y MacLachlan, M. (2000). Returning refugees: psychosocial problems and mediators of mental health among Malawian returnees. *Journal of Mental Health (UK)*, 9(2), 165-178.
- Glennon, S., y MacLachlan, M. (2000). Stress, coping and acculturation of international medical students in Ireland. En MacLachlan, M., y O'Connell, M. (Eds.), *Cultivating pluralism: Psychological, social and cultural perspectives on a changing Ireland* (pp. 259-277). Oak Tree Press.
- Gomes, L., Hertel, E., y Sanches, R.K. (2010). Síndrome de burnout em trabalhadores do centro integrado de assistência psicossocial - ciaps adauto botelho da cidade de Cuiabá mato grosso. *Connection Line*, 14, 57-70. ISSN: 1980-7341.

- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- González Ramírez, M. T., Landero, R., y Ruiz Díaz, M. A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panameña de Salud Pública*, 23, 101-108.
- González Ramírez, M. T., y Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11, 16-30.
- González Ramírez, M. T., y Landero, R. (2007). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*, 23, 253-257.
- González Ramírez, M. T., y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panameña de Salud Pública*, 23, 7-18.
- Grimes, P., Morris, R., Avaniss-Aghajani, E., Soriano, T., Meraz, M., y Metzger, A. (2004). Topical tacrolimus therapy for vitiligo: therapeutic responses and skin Messenger RNA expression of proinflammatory cytokines. *J Am Acad Dermatol*. 51, 52-61.
- Grimes, P.E., y Hamzavi, I.H. (2017). Depigmentation Therapies for Vitiligo. *Dermatol Clin*, 25(2), 219-227.
- Guimrães, N., Caserta, M.C., Audibert, C., Muriéli, L. y da Costa, T. (2016). Fatores desencadeantes em dermatoses crônicas de crianças com perfis internalizante e externalizante segundo relato materno. *Porto Alegre*, 47(1), 46-55.
- Gupta, M.A., y Gupta, A.K. (2003). Enfermedad psiquiátrica y psicológica intercurrente en pacientes con trastornos dermatológicos. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(12):833-842.
- Halder, R.M., Taliaferro, S.J. (2009). *Vitiligo*. En: Wolff, K.; Goldsmith, L.A.; Katz, S.I.; Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. 7ª Ed. (pp.616-622). Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires.
- Hann, S., Nordlund, J., y Wydania, R. (2003). *Vitiligo*. Wydawnictwo. Blackwell Science; 2000. En Karami Pour, Z., Baghooli, H. y Feyli, A. (2016). Compare the characteristics and quality of life in patients with vitiligo and non-patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(7), 726-729.
- Hayes, A.F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach. *The Guilford Press*: New York, London.
- Hedayat, K., Karbakhsh, M., Ghiasi, M., Goodarzi, A., Fakour, Y., Akbari, Z., Ghayoumi, A., y Ghandi, N. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 86.

- Hernández-Fernaud, E., Hernández, B., Ruiz, A., Rodríguez, A., y Betancor, V. (2008). Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. *Psicothema*, 20(2), 273-278.
- Honre, D.J., White, A.E., y Varigos, G.A. (1989). A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *Br J Med Psychol*, 62 (3), 241-8.
- James, W.D., Berger T.G., y Elston, D.M. (2011). *Andrew's disease of the skin*. 11th Ed (pp. 846-62.) Philadelphia: Saunders: Elsevier Inc.
- Jon Love, T., Qureshi, A.A., Wood Karlson, E., Gelfand, J.M., y Choi, H.K. (2011). Prevalence of the Metabolic Syndrome in Psoriasis. Results From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2006. *Arch Dermatol*, 147 (4). doi:10.1001/archdermatol.2010.370
- Kaminsky, A., y Florez-White, M. (2012). *Acné: un enfoque global* (2ª Ed). Buenos Aires. Alfaomega Grupo Editor S.A.
- Karami Pour, Z., Baghooli, H., y Feyli, A. (2016). Compare the characteristics and quality of life in patients with vitiligo and non-patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(7), 726-729.
- Koshevenko, Y.N. (1989). The psychological characteristic of patients with vitiligo. *Vestn Dermatol. Venerol* 13(5), 4-6
- Kostopoulou, P., Jouary, T., Quintard, B., Ezzedine, K., Marques, S., Boutchnei, S., y Taieb, A. (2009). Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br J Dermatol*. 161, 128-133.
- Kyng Hwa Park (2011). *Vitiligo – Management and Therapy*. Rijeka, Croatia: InTech Europe.
- Larrade, M., Abbruzzese, M. (coord.) (2005). *Consenso sobre Vitiligo*. Sociedad Argentina de Dermatología. Comisión Directiva 2005-2006.
- Layton, A.M., Seukeran, D., y Cunliffe, W.J. (1997). Scarred for life? *Dermatology*, 195(1), 15-21.
- Leite Barroso, M., y Ayrilles Macêdo, M. (2016). Repercussões psicossomáticas na Epiderme Humana. *Id on Line Rev. Psic.*, 10(30), Supl. 1., 123-130.
- López González, V. (2000). Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 16(2), 171-176.
- López, V., Millares Cao, C., Fajardo, R., y Lera, L. (1995) Características psicológicas de los enfermos de vitiligo. *Revista Cubana de Psicología*, 12(3).
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidado-res de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.

- Lozano de Luaces, V., Espías Gómez, A., Murtra Ferré, J., y Gil, R. (1988). Alopecia areata: revisión del tema y aportación de varios casos clínicos. *Avances Odontoestomatología*, 4(6).
- MacLachlan, M., y O'Connell, M. (Eds.), *Cultivating pluralism: Psychological, social and cultural perspectives on a changing Ireland*. Oak Tree Press.
- Manolache L., y Benea V. (2007). Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 21, 921–928
- Mattoo, S.K., Handa, S., Kaur, I. et al (2002). Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates. En *India J Eur Acad Dermatol Venereol* 16, 573–578. Medicina. Dir.: Antonio Castells Rodellas.
- Merli, A., Serra, E., Montenegro, V., Pascual, L. (2014). *Impacto de calidad de vida en vitiligo*. *Arch. Argent. Dermatol*, 64(4), 139-143.
- Mimura, C., y Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC Psychiatry*, 8 (85).
- Mohammad, T.F., y Hamzavi, I.H. (2017). Surgical Therapies for Vitiligo. *Dermatol Clin*, 25.(2), 193-203.
- Moragón Gordon, M. (1983). *Aportaciones al estudio del vitiligo*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- Moreno Sánchez, A. (2016). La alopecia y sus consecuencias psicológicas. El papel del psicólogo. *Más Dermatología*, 24, 19-23 doi: 10.5538/1887-5181.2016.24.19
- Müller, M.C. (2001). *U estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. Tesis Doctoral – Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Narrow, W.E., First, M.N., Sirovatka, P.J., y Regier, D.A. (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: ElsevierMasson.
- Navarro Lechuga, E., Atencio de León, D.P., Beracaza Echeverría, K.M., Bernal Novoa, Y.P., y Oñate Reales, C.J. (2006). Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 22(2), 63-72.
- Navarro, E., Atencio, D., Beracas, K., Berna, Y., y Oñate, C. (2006). Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 63-72.
- Nunes, J.P., y Martins, C.S. (2010). Myocardial infarction, hypovitaminosis D and vitiligo. *Rev Port Cardiol*; 29(05), 839-840.

- Ocampo, J. (2016). *Caracterización molecular del microambiente de la piel en pacientes con vitiligo, para la búsqueda de biomarcadores indicadores de respuesta a tratamiento*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- Ongenaes, K., Van Geel, S., Schepper, D., y Naeyaert, J.M. (2005). Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol* 152, 1165–1172.
- Ortega del Olmo, R.M., y Camacho Martínez, F.M (2010). Discromías. En Conejo-Mir, J., Camacho, F.M. y Moreno, J.C. (Ed), *Manual de Dermatología* (pp. 332-336). Madrid, España: S.L. Grupo Aula Médica.
- Ortonne, J.P. (2003). Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. En Bologna, J.L., Jorizzo, J.L., y Rapini, R.P. (Ed), *Dermatology* (pp. 9-14). Mosby.
- Oteo, L. (2010). *Estudio sobre los aspectos psicológicos de la fibromialgia en mujeres*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Overbeck, A. (24 de Abril del 2015). Vivir con vitiligo [1ª parte]. Recuperado de: <http://www.lumi-derm.com/vitiligo/vivir-con-vitiligo/>
- Oyarbailo-Valencia, K., Van den Boorn, J.G., Denman C.J., Li M., Carlson M.J., Hernández, C., et al (2006). Therapeutic implications of autoimmune vitiligo T cells. *Autoimmun Rev.* 5, 486-92.
- Panconesi, E. (2001). Dermatología psicosomática: pasado y futuro. *Journal of Dermatology*, 4(2).
- Papadopoulos, L., Bor R., y Legg, C. (1999). Coping with the disabling effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of Cognitive-Behavioural Therapy. *Br J Med Psychol* 72, 385–396.
- Papadopoulos, L., Bor, R., Legg, C. et al. (1998). Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 23, 243–248.
- Papadopoulos, L., Walker, C., y Anthis, L. (2004). Living with vitiligo: a controlled investigation into the effects of group cognitive-behavioural and person-centred therapies. *Dermatology* 5, 172–177
- Parker, J. D. A., y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321–344.
- Pearl, A., Arroll, B., Lello, J., y Birchall, N.M. (1998). The impact of acne: a study of adolescents' attitudes, perception and knowledge. *N Z Med*; 111, 269-271.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.

- Pedrero Pérez, E.J., y Olivar Arroyo A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de psicología*, 26(2), 302-309.
- Pelechano, V. (1973) *Personalidad y parámetros. Tres escuelas y un modelo*. Ed: Vicens Vives. Barcelona.
- Pelechano, V. (1996). Una introducción al modelo de parámetros en personalidad. En Pelechano, V. (coord.). *Psicología de la personalidad (I). Teorías* (pp. 337-368). Ed: Ariel Psicología. Barcelona.
- Pelechano, V. (1998). *El Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes (SVEAD)*. Mimeo.
- Pelechano, V. (coord.). *Psicología de la personalidad (I). Teorías*. Ed: Ariel Psicología. Barcelona.
- Pelechano, V., Matud, P., y de Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(71-72), 317-611.
- Pérez Carmona, L., Fernández Lorente, M., y Jaén Olasolo, P. (2007). Tratamiento del vitíligo. *Más dermatología*, 1.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid. España. Centro de Terapia y Psicología.
- Picardi, A., Adler, D.A., Abeni, D., Chang, H., Pasquini, P., Rogers, W.H., et al. (2005) Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol*, 85(5), 414-9.
- Picardi, A., y Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*, 70, 118-36.
- Picardo, M. y Taïeb, A. (2010). *Vitiligo*. Springer.
- Porter, J., Hill-Beuf, A., Lerner, A.B., y Nordlund, J. (1986). Psychological effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with normal control subjects, with soriasis patients and with other pigmentary disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 15(2): part 1.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., Espe, K., y Raffety, B. (1994). Limited correspondence between daily coping reports and retrospective coping recall. *Psychological Assessment*, 6(1), 41-44.
- Radtke, M.A., Schäfer, I., Gajur, A., Langenbruch, A., y Augustin, M. (2009). Willingness-to-pay and quality of life in patients with vitiligo. *Br J Dermatol*. 161, 134-139.
- Ravish, K. (2011). Vitiligo Diet. *Ayurhealthline*. [<http://www.ayurhealthline.com/Vitiligo-Diet.html>].

- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Remor, E. A. y Carrobles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Remor, E., Arranza, P., y Ulla, S. (Eds). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwner.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., y Carrobles, J. A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor predictor contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis*, 22, 111-116.
- Roberti, J. W., Harrington, L. N., y Storch, E. A. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling*, 9, 135-147.
- Robine, J-M. (1998). *Terapia Gestalt*. Madrid. España. Gaia Ediciones.
- Rodríguez Hernández, M., Chamizo Cabrera, M.G., Lister Rodríguez, S., Méndez Gálvez, L. y Treto Fernández, M. (07 de mayo de 2007). Intervención psicológica en pacientes portadores de psoriasis. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/521/2/IntervencionPsicologico-en-pacientes-portadores-de-psoriasis>
- Rodríguez R., Almirall P.J., Oramas A., Hechavarría J.H., Azze M.A., Fernández B., y Álvarez M. (2002). Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 3(1-2), 55-61.
- Rodríguez-Cerceira, R., y Arenas Guzmán. (2011). El vitiligo, una enfermedad estigmática: un recorrido a través de la historia. *Medicina Cutánea Ibero Latino Americana*, 39(6), 278-282.
- S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.). *The social psychology of health*. Newbury Park: Sage.
- Salmon, A., Kurt, E., Topcuoglu, V., y Demircay, Z. (2016). Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional study. *Am J Clin Dermatol* [Epub ahead of print] doi: 10.1007/s40257-016-0172-x
- Salzer, B., y Schallreuter, K. (1995). Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with catecholamine metabolism. *Dermatology*, 190, 109-115.
- Sampogna, F., Raskovic, D., Guerra, L., Pedicelli, C., Tabolli, S., Leoni, L., Alessandroni, L., y Abeni, D. (2008). Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *British Journal Dermatology*, 159(2), 351-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08678

- Sánchez Regaña, M., Ojeda Cuchillero, R., Umberto Millet, I., Umberto Millet, P., Lupo, W., y Solé Fernández, J. (2003). El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 94, 11-16.
- Sánchez, G., y Araluce, M. (1988). Vitiligo: aspectos psicológicos. *Rev Hosp Psiquiatr Habana*. 29(3), 463-76.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sarhdan, D., Mohammed, G.F., Gomaa, A.H., y Eyada, M.M. (2016). Female Genital Dialogues: Female Genital Self-Image, Sexual Dysfunction, and Quality of Life in Patients With Vitiligo With and Without Genital Affection. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 42(3).
- Schmid-Ott G, Kunsebeck HW, Jecht E, Shimshoni R et al (2007). Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 21, 456-461.
- Sevillano, M. D., Manso, R.m y Cacaueles, P. (2007). Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Revista de Neurología*, 45, 400-405.
- Soriano, J.F. (1995). *Inventario Estrategias de Afrontamiento. CSI. Adaptación Española*.
- Spangenberg, J. J., y Theron, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *The Journal of Psychology*, 133(3), 253-262.
- Taieb A., Picardo M. (2009). *Clinical practice. Vitiligo. N Engl J Med*. 360, 160-169.
- Thompson, A. (2016). Investigating the value of psychodermatological knowledge in patient care. *Dermatological nursing*, 15(1), 56-57.
- Utsey, S. O., Ponterotto, J. G., Reynolds, A. L., y Cancelli, A. (2000). Racism and discrimination, coping, life satisfaction, and self-esteem among African Americans. *Journal of Counseling and Development*, 78(1), 72-80.
- Van der Meeren, H.L.M., van der Schaar, W.W. y van den Hurk, C.M.A.M. (1985). The psychological impact of severe acne. *Cutis*, 36(1), 84-86.
- Wan, J., Lin, F., Zhang, W., Xu, A., DeGiorgis, J., Lu, H., y Wan, Y. (2017). Novel approaches to vitiligo treatment via modulation of mTOR and NF-KB pathways in human skin melanocytes. *Int J Boil Sci*, 13(3), 391-400. Doi: 10.7150/ijbs.17318.
- Welch, J. L., y Austin, J. K. (2001). Stressors coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 200-207.
- Wisner, K.L. y Dolan-Sewell, R. (2009). *¿Por qué tiene importancia el género?* En Narrow, W.E., First, M.N., Sirovatka, P.J., y Regier. D.A. (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 7-17). Barcelona: ElsevierMasson.

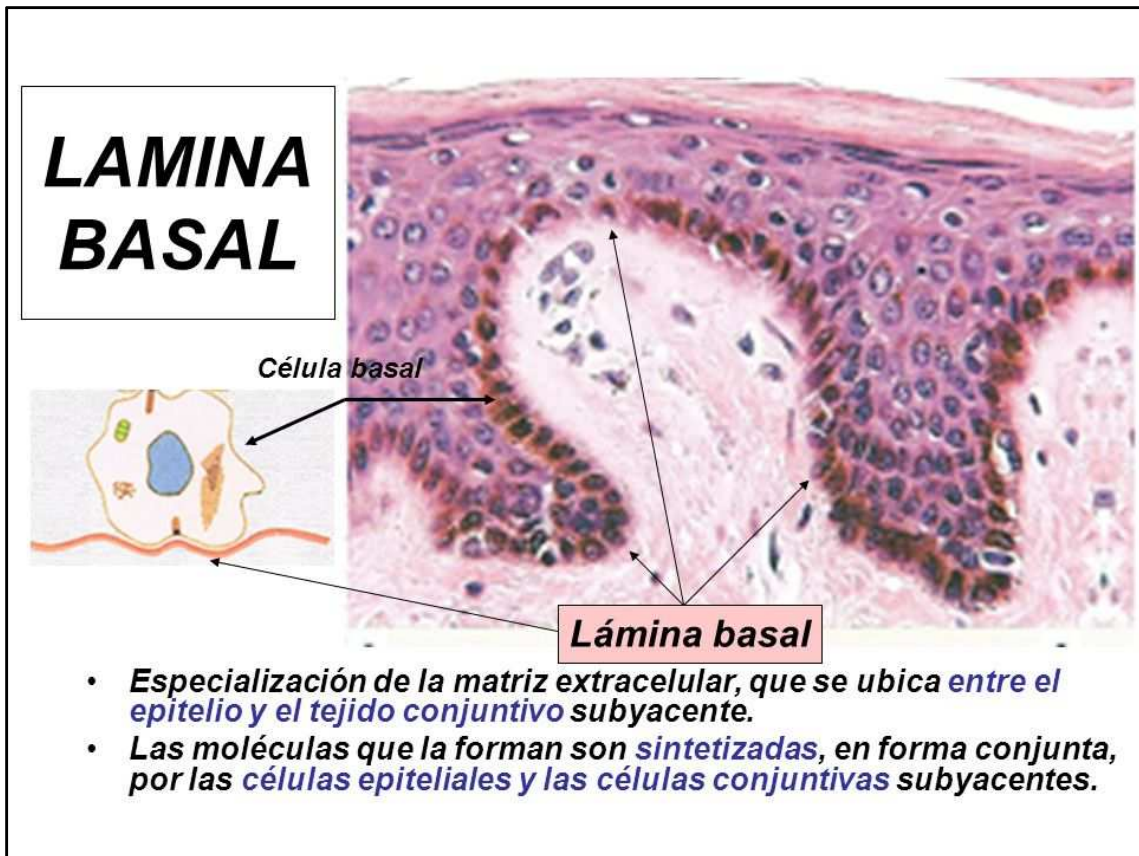
- Wolff, K.; Goldsmith, L.A.; Katz, S.I.: Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. 7ª Ed. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires.
- Yamazaki, N., Kiyhara, Y., Uhara, H., Uehara, J., Fujimoto, M., Takenouchi, T., Otsuka, M., Uchi, H., Ihn, H., y Minami, H. (2017). Efficacy and safety of nivolumab in Japanese patients with previously untreated advanced melanoma: a phase II study. *Cancer Sci*. doi: 10.1111/cas.13241.
- Yoon, J., Sun, Y-W., Kim, T-H. (2011) .Complementary and Alternative Medicine for Vitiligo. En Kyng Hwa Park (Ed), *Vitiligo – Management and Therapy* (pp.143-162). Rijeka, Croatia: InTech Europe.
- Zandi, S., Farajzadeh, S., y Saberi, N. (2010). Effect of vitiligo on self reported quality of life in Southern part of Iran. *J Pak Assoc Derma*, 21, 4-9.

Anexo A.- Luz de Wood.

La luz de Wood está compuesta por una lámpara de mercurio que emite radiación ultravioleta a una longitud de onda de entre 320 y 400 nm. El haz de luz penetra hasta la dermis media y es útil en el diagnóstico de enfermedades pigmentarias, metabólicas y en las infecciones fúngicas.

1. La luz de Wood es útil en el estudio de los trastornos de la pigmentación. Facilita la visualización de las máculas hipopigmentadas del vitíligo aumentando el contraste con la piel normal, lo mismo sucede con las máculas en hoja de fresno de la esclerosis tuberosa que en ocasiones solo se observan tras el examen con luz de Wood (imagen). En las lesiones hiperpigmentadas facilita la localización de la hiperpigmentación entre aquellas en las que aumenta en contraste con la luz de Wood (pigmentación epidérmica y las que no la aumenta (pigmentación dérmica).
2. En las infecciones fúngicas superficiales tales como la pitiriasis versicolor, el examen con la luz de Wood revela una fluorescencia anaranjada. En las Tiñas capitis por *microsporum* confiere una fluorescencia verdosa muy característica
3. En las porfirias el examen con luz de Wood de la orina de los pacientes con porfiria cutánea tarda revela la presencia de uroporfirinas. También es característico el depósito de porfirinas en el esmalte dental de los pacientes afectados de porfiria eritropoyética congénita.

Anexo B.- Lámina Basal.



Anexo C.1.- Ficha.

PROGRAMA VITILIGO: HISTORIA CLINICA

Pase:

FECHA:

Nº:

PACIENTE (INICIALES): _____

Datos epidemiológicos:

1. Edad:

2. Sexo:

Hombre

Mujer

3. País de Origen:

España

Otros.....

4. Estado civil actual:

Soltero/a

Casado/a o viviendo en pareja

Soltero/a o divorciado/a

Viudo/a

5. Nivel de estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios (BUP o FP)

Estudios universitarios de grado medio (Diplomatura)

Estudios universitarios de grado superior

6. Nivel socioeconómico

Bajo

Medio

Alto

7. Trabaja:

No

Sí (Horas/semana.....) Profesión:.....

8. Residencia fija habitual:

Propia

Parental

Otras:

9. Hábitos tóxicos:

Fumador (No / Sí/día)

Bebedor (No / Sí/día)

Otras drogas:

10. Horas de exposición solar al día (.....h)

11. Antecedentes familiares de vitíligo

No

Sí

12. Antecedentes personales de enfermedad autoinmune:

No

Sí ¿Cuál?

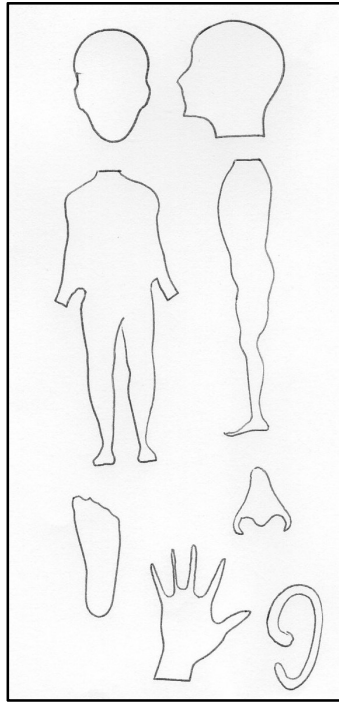
13. Año de inicio de la enfermedad:.....

14. ¿Relaciona el inicio del vitíligo con algún acontecimiento vital estresante (por ejemplo: pérdida familiar, enfermedad amigo, accidente, pérdida de trabajo, divorcio, etc.) o con la aparición posterior de nuevos brotes de lesiones?

No

Sí ¿Cuál?

15. Superficie corporal afectada (Localización de las lesiones y Porcentaje (%):



16. Frecuencia de los brotes:

Número aproximado:

- Muy pocos
- Pocos
- Muchos
- Bastantes

Número desde inicio del vitíligo:

- Muy pocos
- Pocos
- Muchos
- Bastantes

Número anual:

- Muy pocos
- Pocos
- Muchos
- Bastantes

17. Tratamientos dermatológicos anteriores.

- Tópico
- Vía Oral
- PUVA/UVB
- Quirúrgico
- Ninguno

18. ¿Ha llevado algún tipo de tratamiento psicológico/psiquiátrico?:

- No
- Sí Diagnóstico/Problema
- Tratamiento Farmacológico.....
- Tratamiento Psicoterapéutico.....

19. ¿Consume habitualmente lácteos como yogures, queso?..... /día

20. ¿Problemas de Apnea durante el sueño? SÍ / NO.

Anexo C.2.- Escala de Sucesos Vitales (SVEAD) de Pelechano (1998).

A continuación se encuentran una lista de frases que se refieren a cosas que pueden sucederle a las personas. Le pedimos que señale aquéllas cosas que recuerde que le **han sucedido en los ÚLTIMOS 10 años o le están sucediendo ahora**. Si le han sucedido o suceden en la actualidad señale “**SÍ**”; si no le han sucedido, señale “**NO**”.

Al lado de cada ítem se encuentra una escala de 0 a 10. **Marque** en esta escala el valor que refleje la importancia (mayor número, más importancia) que este suceso tuvo para usted.

Le pedimos sinceridad en sus respuestas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Los resultados van a ser utilizados tan solo para poder ofrecer una ayuda psicológica más eficaz para las personas que lo necesiten.

SUCESOS VITALES ESTREANTES:

1. Muerte de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Problemas en mi trabajo (con jefes, compañeros)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Accidente de tráfico grave propio	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Accidente de tráfico grave de amigos	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Accidente de tráfico grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Enfermedad grave propia	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Enfermedad grave de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Enfermedad grave de amigos	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. He presenciado la muerte de otra persona	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. He asistido al entierro de alguien a quien quería	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. He estado ingresado en un hospital	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Familiar cercano ingresado en un hospital	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Me han operado	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Han operado a familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Bebo demasiado	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Problemas con el alcohol de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Problemas con drogas de familiares cercanos (padres, pareja, hijos, hermanos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Algún familiar cercano (padres, pareja, hijos, hermanos) se ha quedado mal como consecuencia de enfermedad o accidente	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Me han agredido físicamente	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Debido a mis problemas con el alcohol tengo problemas con la familia	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Mi pareja me rechaza sexualmente	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Hace menos de un año que he roto con mi pareja	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Sigo teniendo pareja aunque la vida es un infierno	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Deseo cosas sexualmente que no tengo	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25. Soy infiel con mi pareja y me molesta, aunque no lo puedo evitar	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26. He visto más de una vez a mi antigua pareja con otra persona y parecía feliz	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27. Cada vez que me he enamorado, he fracasado	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Discusión fuerte con ruptura de relaciones con familiares cercanos (hermanos, padres, hijos)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29. Ganas de no vivir más	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30. Traición de una persona en la que confiaba	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31. Me han echado la culpa de varias cosas en el trabajo de manera injusta	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32. Sentimiento de estar totalmente solo	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. Mi familia me desprecia y, en el mejor de los casos, pasa de mí	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34. Me siento utilizado por otros y no puedo escaparme	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35. Me siento inútil ante la desgracia de los demás	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

36. Fumo demasiado	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
37. A nivel profesional estoy inmovilizado y sin mejora posible	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
38. Tengo problemas económicos	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39. He tenido problemas legales (jueces, juicios)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
40. Mi profesión es un fracaso	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. Tengo que tragar muchas cosas que veo, para evitar problemas más graves	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42. He visto a gente cruel riéndose cuando hacen daño a otra persona	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43. He disparado a alguien (persona)	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44. He tenido relaciones sexuales con una persona que después, no me deja en paz	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45. He tenido que trasladarme a vivir a otro sitio y dejar a amigos y conocidos	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
46. La mayor parte de las aspiraciones que tenía cuando era más joven, han fracasado	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47. Tengo problemas para entender qué pasa conmigo	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
48. Me han disparado y herido	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
49. Discusiones en casa	Sí No	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo C.3.- Escala de Estrés Percibido (CEP) de Cohen y cols. (1983).

Las siguientes preguntas se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante **el mes recién pasado**. Indique con qué frecuencia o cuan a menudo usted se sintió o reaccionó de determinada manera. A pesar de que algunas preguntas son similares, existen diferencias entre ellas, por lo tanto, deben considerar cada pregunta de forma separada. La mejor manera de responder a cada pregunta es hacerlo lo más rápido posible, es decir, no trate de contar todas las veces que se sintió de determinada manera, más bien indique la alternativa que le parezca más cercana.

Señale la opción de respuesta que más representa lo que usted sintió.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre
1.- En el último mes, ¿cuántas veces se sintió mal por algo que le sucedió repentinamente?	0	1	2	3	4
2.- En el último mes, ¿cuántas veces sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes que le estaban sucediendo en la vida?	0	1	2	3	4
3.- En el último mes, ¿cuántas veces se sintió nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4.- En el último mes, ¿cuántas veces ha superado con éxito las situaciones fastidiosas (aburridas) de la vida?	0	1	2	3	4
5.- En el último mes, ¿cuántas veces sintió que estaba haciéndole frente a algo, en forma eficaz, a algún cambio importante de su vida?	0	1	2	3	4
6.- En el último mes, ¿cuántas veces se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7.- En el último mes, ¿cuántas veces sintió que las cosas iban a tener un resultado positivo para usted?	0	1	2	3	4
8.- En el último mes, ¿cuántas veces se dio cuenta que no podía hacerle frente a todas las cosas que le estaban sucediendo?	0	1	2	3	4
9.- En el último mes, ¿cuántas veces pudo controlar las situaciones fastidiosas (aburridas) de su vida?	0	1	2	3	4
10.- En el último mes, ¿cuántas veces sintió que no tenía que preocuparse por ciertas situaciones?	0	1	2	3	4
11.- En el último mes, ¿cuántas veces se enojó por cosas que estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12.- En el último mes, ¿cuántas veces pensó en las cosas que le quedaban por hacer?	0	1	2	3	4
13.- En el último mes, ¿cuántas veces fue capaz de controlar la manera en que invertía (ocupaba) su tiempo?	0	1	2	3	4
14.- En el último mes, ¿cuántas veces sintió que se amontonaban tanto los problemas y que no había manera de poder solucionarlos?	0	1	2	3	4

Anexo C.4.- Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Amirkhan, adaptación española de J.F. Soriano (1995).

Piense en algún problema importante para usted que le haya sucedido recientemente. Describa brevemente el problema.

Teniendo en cuenta el mismo indique en qué medida las siguientes afirmaciones reflejan sus reacciones al problema:

- | | | | | |
|-----------|--|---|---|-------------------------------------|
| 1 | ¿Contó sus sentimientos a algún amigo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 2 | ¿Reorganizó las cosas a su alrededor de tal manera que facilitara la solución de su problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 3 | ¿Recorrió todas las soluciones posibles antes de decidir qué hacer? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 4 | ¿Intentó distraerse del problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 5 | ¿Aceptó la simpatía y el entendimiento de alguien? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 6 | ¿Hizo todo lo posible para evitar que los demás vieran lo malas que son las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 7 | ¿Habló con la gente de la situación, por que el hablar le ayudó a sentirse mejor? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 8 | ¿Estableció algunas metas para manejar la situación? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 9 | ¿Sopesó las opciones cuidadosamente? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 10 | ¿Soñó con tiempos mejores? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 11 | ¿Intentó resolver el problema de diferentes maneras hasta que alguna funcionó? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 12 | ¿Contó sus miedos y preocupaciones a algún amigo o similar? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 13 | ¿Pasó más tiempo del normal solo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |
| 14 | ¿Contó a la gente la situación porque ello le ayudó a encontrar soluciones? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> totalmente |

- | | | | | |
|----|---|---|---|-------------------------------------|
| 15 | ¿Pensó lo que necesitaba hacer para enderezar las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 16 | ¿Puso toda su atención para resolver el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 17 | ¿Elaboró un plan de acción mentalmente? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 18 | ¿Vio la televisión más de lo normal? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 19 | ¿Buscó a alguien (amigo o profesional) para que le ayudara a sentirse mejor? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 20 | ¿Se mantuvo firme y luchó por lo que quería en la situación? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 21 | ¿Evitó permanecer con la gente en general? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 22 | ¿Se metió de lleno en alguna afición o actividad deportiva para evitar el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 23 | ¿Vio a algún amigo para que le ayudara a sentirse mejor con el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 24 | ¿Vio a algún amigo para que le aconsejara cómo cambiar la situación? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 25 | ¿Aceptó la simpatía y comprensión de amigos que habían tenido el mismo problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 26 | ¿Durmió más de lo normal? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 27 | ¿Fantaseó con que las cosas pudieran ser diferentes? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 28 | ¿Se identificó con personajes de novelas o películas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 29 | ¿Intentó resolver el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 30 | ¿Deseó que la gente le dejara solo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 31 | ¿Aceptó la ayuda de un amigo o similar? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 32 | ¿Buscó que sus conocidos le tranquilizaran? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 33 | ¿Intentó elaborar un plan de acción cuidadosamente, más que actuar impulsivamente? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |

Anexo C.5.- Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1975).

A continuación se presenta una lista de problemas y quejas que la gente tiene en ocasiones. Por favor, lea cada uno con cuidado y seleccione uno de los números que describe mejor hasta qué punto se ha sentido afectado/a por este problema **durante el ÚLTIMO MES, incluido hoy**. Ponga el número correspondiente en la línea que hay a la derecha de cada problema. Marque únicamente un número para cada problema y no se deje, por favor, ningún ítem sin contestar.

	Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Mucho 4
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables repetitivos que no puede quitarse de la cabeza	0	1	2	3	4
4. Desmayos o mareos	0	1	2	3	4
5. Pérdida de interés o placer sexual	0	1	2	3	4
6. Sentirse crítico/a hacia los demás	0	1	2	3	4
7. La idea de que alguien pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas	0	1	2	3	4
9. Dificultad para recordar cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación por el desorden y la dejadez	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente enfadado/a o irritado/a	0	1	2	3	4
12. Molestias en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13. Sensación de miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14. Sentirse con pocas energías o decaído/a	0	1	2	3	4
15. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que los demás no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente	0	1	2	3	4
19. Poco apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar con facilidad	0	1	2	3	4

21.	Sentirse tímido/a incómodo/a con el otro sexo	0 1 2 3 4
22.	Sentimientos de estar atrapado/a	0 1 2 3 4
23.	Asustarse súbitamente sin razón	0 1 2 3 4
24.	Explosiones de mal genio que no puede controlar	0 1 2 3 4
25.	Miedo de salir solo/a de su casa	0 1 2 3 4
26.	Culparse a si mismo/a de cosas	0 1 2 3 4
27.	Dolores en la parte baja de la espalda	0 1 2 3 4
28.	Sentirse bloqueado/a para hacer cosas	0 1 2 3 4
29.	Sentirse solo/a	0 1 2 3 4
30.	Sentirse triste	0 1 2 3 4
31.	Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas	0 1 2 3 4
32.	Desinterés por las cosas	0 1 2 3 4
33.	Sentirse temeroso	0 1 2 3 4
34.	El hecho que sus sentimientos son heridos fácilmente	0 1 2 3 4
35.	Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos	0 1 2 3 4
36.	Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con usted	0 1 2 3 4
37.	Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada	0 1 2 3 4
38.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	0 1 2 3 4
39.	Palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco	0 1 2 3 4
40.	Náuseas o trastornos estomacales	0 1 2 3 4
41.	Sentirse inferior a los demás	0 1 2 3 4
42.	Dolores musculares	0 1 2 3 4
43.	Sentir que está observado/a o que hablan de usted	0 1 2 3 4
44.	Dificultad para conciliar el sueño	0 1 2 3 4
45.	Tener que comprobar y volver a comprobar lo que hace	0 1 2 3 4
46.	Dificultad para tomar decisiones	0 1 2 3 4

47.	Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren	0 1 2 3 4
48.	Dificultad para respirar	0 1 2 3 4
49.	Rachas o momentos de frío o calor	0 1 2 3 4
50.	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque lo asustan	0 1 2 3 4
51.	Quedarse con la mente en blanco	0 1 2 3 4
52.	Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo	0 1 2 3 4
53.	Sentir un nudo en la garganta	0 1 2 3 4
54.	Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro	0 1 2 3 4
55.	Dificultad para concentrarse	0 1 2 3 4
56.	Debilidad en algunas partes de su cuerpo	0 1 2 3 4
57.	Sentirse tenso/a y con los nervios de punta	0 1 2 3 4
58.	Sensación de pesadez en brazos o piernas	0 1 2 3 4
59.	Pensamientos sobre la muerte o de morir	0 1 2 3 4
60.	Comer en exceso	0 1 2 3 4
61.	Sentirse incómodo/a cuando la gente le mira o habla de usted	0 1 2 3 4
62.	Tener pensamientos que no son suyos	0 1 2 3 4
63.	Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien	0 1 2 3 4
64.	Despertarse muy temprano por la mañana	0 1 2 3 4
65.	Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarse	0 1 2 3 4
66.	Dormir de manera inquieta o desvelarse fácilmente	0 1 2 3 4
67.	Tener fuertes deseos de romper o de destrozar cosas	0 1 2 3 4
68.	Tener pensamientos o creencias que otros no comparten	0 1 2 3 4
69.	Sentirse muy tímido/a con los demás	0 1 2 3 4
70.	Sentirse incomodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine	0 1 2 3 4
71.	Sentir que todo le representa un esfuerzo	0 1 2 3 4

72.	Momentos de terror o pánico	0 1 2 3 4
73.	Sentirse incomodo/a al comer o beber en público	0 1 2 3 4
74.	Involucrarse frecuentemente en discusiones	0 1 2 3 4
75.	Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a	0 1 2 3 4
76.	Pensar que los demás no valoran sus logros	0 1 2 3 4
77.	Sentirse sólo/a, incluso cuando está con gente	0 1 2 3 4
78.	Sentirse tan intranquilo/a que no puede estar quieto/a	0 1 2 3 4
79.	Sentimientos de inutilidad	0 1 2 3 4
80.	La sensación que algo malo le va a ocurrir	0 1 2 3 4
81.	Gritar o tirar cosas	0 1 2 3 4
82.	Sentir miedo de desmayarse en público	0 1 2 3 4
83.	Pensar que la gente se aprovechará de usted si les deja	0 1 2 3 4
84.	Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho	0 1 2 3 4
85.	La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0 1 2 3 4
86.	Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora	0 1 2 3 4
87.	La idea de que algo grave pasa en su cuerpo	0 1 2 3 4
88.	No sentirse nunca cercano/a compenetrado/a con otra persona	0 1 2 3 4
89.	Sentimientos de culpa	0 1 2 3 4
90.	La idea que algo funciona mal en su mente	0 1 2 3 4

Anexo D.1.- Horas de sol al día por muestra en los cuatro momentos temporales (GV).

	Grupo Vitílico (N= 54)		6 meses (T1) (N= 38)		1 Año (T2) (N= 31)		2 año (T3) (N= 15)	
Horas de sol al día	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 horas al día	46	85,2%	35	92,1%	30	96,8%	17	100%
Más de 5 horas al día	8	14,8%	3	7,9%	1	3,2%	0	0%

Anexo D.2.- Porcentaje de la superficie corporal afecta por muestra en los cuatro momentos temporales (GV).

	Inicial (T0) (N= 54)		6 meses (T1) (N= 38)		1 Año (T2) (N= 31)		2 año (T3) (N= 15)	
Porcentaje superficie corporal afecta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Del 0 al 25%	38	70,3%	28	73,7%	21	67,8%	9	52,9%
Del 26 al 50%	10	18,5%	8	21,0%	8	25,8%	6	35,3%
Más del 50%	6	11,2%	2	5,3%	2	6,4%	2	11,8%

Anexo D.3.- Tipo de tratamiento dermatológico para las lesiones.

	Inicial (N= 54)	
Tipo de tratamiento dermatológico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	17	31,5%
Tópico	18	33,2%
Vía Oral	1	1,9%
Tópico y Vía Oral	12	22,2%
Tópico y PUVA/UVB	1	1,9%
Vía Oral y PUVA/UVB	1	1,9%
Tópico, Vía Oral y PUVA/UVB	4	7,4%

Anexo D.4.- Tipo de estresor inicial en relación con la aparición del vitíligo.

Tipo de estresor inicial	Inicial (N= 54)	
	Frecuencia	Porcentaje
No	31	57,0%
Pérdida de un familiar	1	1,9%
Ruptura con el entorno social	1	1,9%
Cambio de provincia	1	1,9%
Discusión familiar	1	1,9%
Cambio de trabajo	1	1,9%
Trabajo	2	3,7%
Problemas familiares	2	3,7%
Muerte de un familiar cercano	2	3,7%
Tras operación médica	3	5,6%
Época de exámenes	1	1,9%
Maltrato de familia de acogida	1	1,9%
Enfermedad familiar cercano	2	3,7%
Divorcio	2	3,7%
Inespecífico, pero relaciona	3	5,6%

Anexo D.5.- Análisis correlacional completo del GV.

Volumen	Impacto	Estrés Percibido	Solución Problemas	Búsqueda Apoyo Social	Evitación	Somatización	Obsesión	Susceptibilidad	Depresión	Aniedad	Hostilidad	Aniedad Fóbica	Ideación Paranoide	Psicotichismo	Depresión Melancólica	Índice Gravedad Global	Síntomas Positivos Total	Índice Dierés Síntomas Positivos
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.89***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.55***	.53***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
-.15	-.07	-.18	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.08	.08	.70	.50***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.48***	.40**	.49***	-.03	.06	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.50***	.45**	.49***	-.04	-.06	.39**	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.51***	.43**	.60***	-.19	-.10	.47***	.62***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.51***	.55***	.59***	-.27*	-.11	.44**	.46**	.77***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.58***	.62***	.72***	-.15	.04	.56***	.63***	.78***	.84***	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.55***	.56***	.61***	-.09	-.09	.51***	.72***	.80***	.73***	.82***	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.43**	.33*	.51***	-.34*	-.24	.47***	.57***	.58***	.56***	.60***	.67***	/	/	/	/	/	/	/	/
.42**	.40**	.43**	-.09	-.09	.21	.59***	.68***	.65***	.59***	.66***	.36**	/	/	/	/	/	/	/
.55***	.51***	.56***	-.26	-.07	.55***	.42**	.69***	.75***	.72***	.67***	.69***	.51***	/	/	/	/	/	/
.40**	.37**	.48***	-.19	-.11	.54***	.56***	.67***	.78***	.75***	.70***	.66***	.64***	.76***	/	/	/	/	/
.57***	.55***	.43**	-.15	-.15	.46**	.59***	.70***	.63***	.71***	.66***	.46**	.56***	.52***	.53***	/	/	/	/
.60***	.59***	.67***	-.20	-.10	.56***	.76***	.89***	.86***	.92***	.91***	.73***	.73***	.79***	.84***	.78***	/	/	/
.59***	.57***	.70***	-.20	-.11	.53***	.75***	.83***	.80***	.84***	.86***	.70***	.67***	.76***	.77***	.66***	.93***	/	/
.30*	.34*	.28*	-.05	-.09	.41**	.47***	.58***	.55***	.63***	.54***	.44**	.43**	.48***	.53***	.67***	.65***	.40**	/

*** La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Anexo D.6.- Análisis correlacional completo del GC.

Volumen	Impacto	Estrés Percibido	Solución Problemas	Búsqueda Apoyo Social	Evitación	Somatización	Obsesión	Susceptibilidad	Depresión	Aniedad	Hostilidad	Aniedad Fóbica	Ideación Paranoide	Psicofascismo	Depresión Melancólica	Índice Gravedad Global	Síntomas Positivos Total	Índice Distrés Síntomas Positivos
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
.88***	.53***	.19	.44**	.25	.29*	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.48***	.13	.21	.44**	/	.29*	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.13	.17	.21	.44**	/	.29*	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.14	.22	.46***	.21	.25	.29*	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.20	.38**	.19	.05	-.17	.29*	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.23	.41**	.36**	.13	-.13	.39**	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.29*	.41**	.36**	.13	-.13	.39**	.70***	.13	.39**	.73***	.73***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.38**	.40**	.47***	.13	-.14	.42**	.31*	.69***	/	.48***	.72***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.32*	.46**	.60***	-.01	.06	.42**	.58***	.63***	.59***	.44**	.51***	.57***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.27*	.39**	.49***	.04	-.08	.42**	.73***	.69***	.60***	.73***	.73***	.65***	.65***	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.19	.24	.45**	.15	-.23	.43**	.55***	.63***	.56***	.62***	.73***	.65***	.65***	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
-.00	.11	.28*	.03	-.05	.41**	.48***	.53***	.54***	.48***	.72***	.64***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.43**	.45**	.45**	.28*	-.17	.42**	.43**	.71***	.79***	.44**	.51***	.57***	.40**	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.44**	.53***	.41**	.15	-.08	.36**	.65***	.69***	.66***	.64***	.73***	.65***	.65***	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.35*	.49***	.45**	.01	-.05	.44**	.71***	.76***	.53***	.73***	.73***	.65***	.65***	.66***	.66***	.60***	.66***	.40**	/
.36**	.49***	.52***	.10	-.11	.49***	.78***	.87***	.76***	.84***	.89***	.79***	.71***	.72***	.84***	.85***	.92***	.40**	/
.47***	.58***	.62***	.09	-.06	.36**	.70***	.81***	.70***	.76***	.82***	.69***	.63***	.68***	.83***	.78***	.92***	.40**	/
.20	.22	.17	.10	-.05	.54***	.56***	.57***	.55***	.54***	.57***	.51***	.38**	.54***	.41**	.60***	.66***	.40**	/

*** La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Anexo D.7.- Tablas de datos del Análisis de Mediación.

Figura 21.- Grupo 6 meses (T1; N= 31).

.- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

.- Mediadores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

.- Dependiente: *Índice de Gravedad Global (IGG) (SCL 90)*.

	F1			F2				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734		
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000		
			R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
F3								
	Coefic.	se	p					
VI: Impacto	.027	.011	.015					
Constante	5.300	.909	.000					
			R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
VD								
	Coefic.	se	p					
VI: Impacto	.004	.001	.020					
M1: F1	-.018	.016	.252					
M2: F2	-.021	.017	.219					
M3: F3	.034	.023	.139					
Constante	.743	.269	.011					
			R ² =.468; F(4,26)=5.710; p=.002					

Figura 22.- Grupo 1 año (T2; N= 31).

.- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

.- Mediadores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

.- Dependiente: *Índice de Gravedad Global (IGG) (SCL 90)*.

	F1			F2				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734		
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000		
			R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
F3								
	Coefic.	se	p					
VI: Impacto	.027	.011	.015					
Constante	5.300	.909	.000					
			R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
VD								
	Coefic.	se	p					
VI: Impacto	.007	.002	.002					
M1: F1	-.003	.021	.884					
M2: F2	.003	.023	.915					
M3: F3	-.030	.030	.333					
Constante	.535	.362	.151					
			R ² =.347; F(4,26)=3.459; p=.022					

Figura 23.- Grupo 6 meses (T1; N= 31).

- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

- Mediadores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

- Dependiente: *Total Síntomas Positivos (TSP) (SCL 90)*.

	F1			F2				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734		
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000		
			R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
	F3			VD				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	.027	.011	.015					
Constante	5.300	.909	.000					
			R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
	VD			VD				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	.195	.068	.008					
M1: F1	-.413	.731	.577					
M2: F2	-.597	.791	.457					
M3: F3	.653	1.056	.542					
Constante	32.123	12.631	.017					
			R ² =.374; F(4,26)=3.875; p=.013					

Figura2 4.- Grupo 1 año (T2; N= 31).

- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

- Mediadores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

- Dependiente: *Total Síntomas Positivos (TSP) (SCL 90)*.

	F1			F2				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734		
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000		
			R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
	F3			VD				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	.027	.011	.015					
Constante	5.300	.909	.000					
			R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
	VD			VD				
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p		
VI: Impacto	.258	.079	.003					
M1: F1	-.294	.847	.732					
M2: F2	.094	.916	.919					
M3: F3	-1.385	1.224	.268					
Constante	33.450	14.632	.031					
			R ² =.319; F(4,26)=3.041; p=.035					

Figura 25.- Grupo 6 meses (T1; N= 31).

.- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

.- Medidores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

.- Dependiente: *Índice de Distrés Total Síntomas Positivos (IDSP) (SCL 90)*.

	F1			F2		
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000
	R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
	F3			VD		
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p
VI: Impacto	.027	.011	.015			
Constante	5.300	.909	.000			
	R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
VI: Impacto	-.002	.002	.486			
M1: F1	-.020	.023	.397			
M2: F2	-.054	.025	.039			
M3: F3	.045	.033	.190			
Constante	2.418	.397	.000			
	R ² =.341; F(4,26)=3.357; p=.024					

Figura 26.- Grupo 1 año (T2; N= 31).

.- Predictor: *Impacto (SVEAD)*.

.- Medidores: *Afrontamiento Solución de Problemas, Búsqueda Apoyo Social y Evitación (CSI)*

.- Dependiente: *Índice de Distrés Total Síntomas Positivos (IDSP) (SCL 90)*.

	F1			F2		
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p
VI: Impacto	-.013	.018	.478	.006	.017	.734
Constante	15.357	1.571	.000	10.402	1.467	.000
	R ² =.018; F(1,29)=.516; p=.478			R ² =.004; F(1,29)=.118; p=.734		
	F3			VD		
	Coefic.	se	p	Coefic.	se	p
VI: Impacto	.027	.011	.015			
Constante	5.300	.909	.000			
	R ² =.188; F(1,29)=6.717; p=.015					
VI: Impacto	.005	.002	.019			
M1: F1	-.006	.019	.775			
M2: F2	-.001	.029	.979			
M3: F3	-.008	.028	.783			
Constante	1.521	.334	.000			
	R ² =.233; F(4,26)=1.972; p=.128					

Anexo E.- Fotografías.







