FÉ DE ERRATAS:

En el resúmen en el tercer párrafo hay que sustituir la palabra se utilizó por se ***utilizaron****; así mismo* en este mismo párrafo la palabra FACIT-G por **FACT_G.**

En el párrafo siguiente del resúmen sustituir **p<0.02 por p<0.00** (probabilidad de la variable autoestima) y en este mismo párrafo sustituír **p= por p<**

En la página 53 se sustituye la palabra fueron por la palabra **fuerin.**

En la página 19 se omite la palabra **sustancia**

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

AAA 76 35

TESIS
PS 2003
A53

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, AUTOESTIMA, ANSIEDAD RASGO-ESTADO, GÉNERO Y CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PSORIASIS.

Trabajo Especial de Grado como requisito parcial exigido por la Escuela de Psicología para optar al título de Licenciado en Psicología.

Autoras:
Adriana Alejandra ANDRADE PINTO
Alejandra María LÓPEZ VAZQUEZ

Profesor Guía:
Nelson CASTELLANOS PÉREZ

Caracas, Julio de 2003.

ÍNDICE GENERAL

	PÁG
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x-xi
I. INTRODUCCIÓN	12-13
II. MARCO TEÓRICO	14-45
III. MÉTODO	46
PROBLEMA	46
HIPÓTESIS:	46
GENERAL	46
ESPECÍFICAS	47-48
VARIABLES:	48
VARIABLES INDEPENDIENTES	48-50
VARIABLE DEPENDIENTE	50
VARIABLES CONTROLADAS	50
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	52-53
POBLACIÓN Y MUESTRA	53
INSTRUMENTOS	54-58
PROCEDIMIENTO	58-59
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES	69
ANÁLISIS DISCRIMINANTE	70-75
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76-86
VI. CONCLUSIONES	87-88
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	89
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	90-91
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

PÁG

1.- Figura 1. Diagrama de Hipótesis propuesto. 46
2.-Tabla 1. Estadísticos Descriptivos para (presencia de soriasis). 60
3.- Gráfico 1. Histograma (afrontamiento emocional) (presencia de psoriasis). 61
4.- Gráfico 2 Histograma (afrontamiento conductual) (presencia de psoriasis). 61
5.- Gráfico 3 Histograma (autoestima) (presencia de psoriasis). 62
6.- Gráfico 4 Histograma (ansiedad rasgo) (presencia de psoriasis). 63
7.- Gráfico 5 Histograma (ansiedad estado) (presencia de psoriasis). 63
8.- Gráfico 6 Histograma (calidad de vida) (presencia de psoriasis). 64
9.- Tabla 2 Estadísticos Descriptivos (ausencia de psoriasis). 65
10.- Gráfico 7 Histograma (afrontamiento emocional) (ausencia de psoriasis). 66
11.- Gráfico 8 Histograma (afrontamiento conductual) (ausencia de psoriasis). 66
12.- Gráfico 9 Histograma (autoestima) (ausencia de psoriasis). 67
13.- Gráfico 10 Histograma (ansiedad rasgo) (ausencia de psoriasis). 68
14- Gráfico 11 Histograma (ansiedad estado) (ausencia de psoriasis). 68
15.- Gráfico 12 Histograma (calidad de vida) (ausencia de psoriasis). 69
16.- Tabla 3 Anova de un factor. 70
17.- Tabla 4 Matriz de Correlaciones. 70
18.- Tabla 5 Resultados del coeficiente Lambda de Wilks 71
19.- Tabla 6 Resultados de las correlaciones canónicas y su autovalor 71
20.- Tabla 7 Coeficientes estadarizados de las funciones discriminantes. 72
21.- Tabla 8 Resultado de la regresión lineal. 72
22.- Tabla 9 Resultados de los coeficientes b y B. 73
23.- Tabla 10 Resultados de loa frecuencia y proporción (Género). 74
24.- Tabla 11 Resultados de los casos clasificados correctamente. 74
25.- Gráfico 13 cajas y bigotes del afrontamiento emocional, 74
afrontamiento conductual, autoestima, ansiedad rasgo, ansiedad estado, sexo y calidad de vida.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: ESCALA DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.
ANEXO B: CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA.
ANEXO C: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE).
ANEXO D: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (FACIT-G).
ANEXO E: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES
ANEXO F: CÁLCULO DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE
ANEXO G: CÁLCULO DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LAS VARIABLES (PRUEBA t)

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el sexo y la calidad de vida en función de la presencia o la ausencia de la enfermedad de psoriasis.

Para lo cual se utilizó una muestra de 300 sujetos, específicamente 100 de ellos pertenecía a la condición denominada presencia de psoriasis, requiriéndose un diagnóstico médico positivo de psoriasis para cada uno de los sujetos y que se encontrara recibiendo tratamiento. Los 200 sujetos restantes conformaron la condición de ausencia de la enfermedad de psoriasis, para lo cual se requirió que cada uno de los integrantes de esta condición presentara alguna afección dermatológica simple como acné, dermatitis, alergia u hongo de piel.

Para fines de la presente investigación se utilizó la escala de Lazarus y Folkman, debidamente adaptada y validada en estudios anteriores, para medir los estilos de afrontamiento; de igual manera, el test de autoestima de Coopersmith para medir la autoestima, el inventario ansiedad rasgo-estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero para medir la ansiedad rasgo-estado y el instrumento de calidad de vida en su versión general (FACIT-G) para medir calidad de vida.

La presente investigación fue llevada a cabo en institutos públicos (Hospital Vargas, Hospital Clínico Universitario) y en institutos privados (Hospital de clínicas caracas, Cenfoca, Centro de Salud Santa Inés), se realizó un análisis discriminante para identificar las variables que permitieran diferenciar entre un grupo y otro, encontrándose que la función clasificó correctamente el 74% de los sujetos con psoriasis y el 85% de los sujetos con ausencia de la enfermedad.

Específicamente la variable que permitió discriminar predominante y significativamente entre los dos grupos fue la ansiedad estado, lo que sugiere que a mayor ansiedad estado, mayor es la probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis ($B=0.33$; $p=<0.00$); además cuando se presenta una baja autoestima, mayor es la probabilidad de pertenecer al grupo de psoriáticos, ($B=0.17$; $p<0.02$) que

los hombres tienen mayor probabilidad de presentar la enfermedad (B=0.11; p=0.02) y finalmente a mayor uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de los sujetos que presentaron psoriasis.

Palabras Claves: Estilos de Afrontamiento, Autoestima, Género, Ansiedad Rasgo- Estado, Calidad de Vida, Psoriasis.

I. INTRODUCCIÓN

La piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo, ya que es una barrera que funciona como protección ante la entrada de sustancias nocivas, bacterias y cuerpos extraños y permite eliminar las sustancias sobrantes del metabolismo del organismo; cumple la misión de relacionarse con el exterior, de allí que juega un papel fundamental en la formación de la imagen y esquema corporal de una persona.

Es importante destacar, que el aspecto estético de la piel influye en las relaciones que establecen las personas con sus semejantes y en su adaptación al medio ambiente; de allí la preocupación que ocasiona la aparición de enfermedades de la piel en un individuo.

En este sentido, es relevante considerar la importancia de las enfermedades dermatológicas crónicas como la psoriasis y su efecto sobre la apariencia y la vida social de quienes la padecen.

La psoriasis es una enfermedad no contagiosa, inflamatoria, crónica y recividante de la piel, que conlleva a manifestaciones clínicas variables durante toda la vida; además de tener un componente emocional importante en su etiología y generar amplio interés científico, no sólo en el ámbito médico sino en el psicológico, debido a que produce un cambio a nivel fisiológico, emocional conductual, social, sexual y laboral en quienes la presentan (Biancamano y De Gregorio, 2000).

De esta manera, la psoriasis adquiere relevancia en la psicología, específicamente en el área de la psicología de la salud, la cual se encarga de estudiar las relaciones existentes entre factores psicológicos y diferentes enfermedades (Feldman, 1995).

En el área de la psicología de la salud se han realizado diversas investigaciones, que han considerado la influencia de variables psicológicas como el estrés, la ansiedad elevada, tendencia a la introversión, baja autoestima y condiciones sociales desfavorables; en la aparición de enfermedades dermatológicas crónicas (Madhulika, Gupta, Aditya y Gupta, 1996); la influencia de la presencia de diferentes dermatosis como psoriasis, eczema, acné, vitíligo, urticaria crónica y alopecia areata en el aumento de la ansiedad y la disminución de la autoestima (Amorim, Roustan y Cano, 2001); las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes psoriáticos, que son predominantemente de tipo emocional y que dificultan la adaptación del paciente e influyen en la activación de su enfermedad (Rapp y Cottrell, 2001); la severidad de la enfermedad de psoriasis y su influencia en la depresión y la dificultad de ajuste de los pacientes a la enfermedad (García, Ruiz y Caballero, 2000); la presencia de psoriasis y el impacto físico, psicológico, social, sexual y ocupacional que determinan la calidad de vida del enfermo, como variables relevantes en el estudio psicológico y clínico de la enfermedad de psoriasis (Koo, 1999), entre otros.

En general, estos estudios han encontrado que las manifestaciones de dermatosis crónicas, se originan por la confluencia de factores biológicos y psicológicos; y al mismo tiempo conllevan un impacto psicológico en el individuo que la padece.

En relación a lo anteriormente expuesto, se propone estudiar los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida en función de la presencia o ausencia de la enfermedad de psoriasis. El conocimiento del aporte de cada una de estas variables, va a contribuir a ampliar el existente sobre las características que permiten diferenciar a las personas que presentan una u otra condición dermatológica.

Así mismo la presente investigación tiene valor heurístico a largo plazo ya que puede proporcionar direcciones para otras investigaciones, sugerir nuevas líneas de investigación así como la creación de proyectos para proporcionar atención psicológica conjunta con el tratamiento médico a los pacientes psoriáticos.

II. MARCO TEÓRICO

Piel proviene de *phal,* palabra sánscrita que significa abrir o romper; de donde proviene la palabra *phalan* que significa vaina, algo que envuelve a otra cosa con características de posesión (Rísquez, 1994).

La piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo, ya que es una barrera que funciona como protección ante la entrada de sustancias nocivas, bacterias y cuerpos extraños, además juega un papel fundamental en la formación de la imagen y esquema corporal de una persona.

La fisiología considera que la piel cumple funciones de delimitación e intercambio entre el medio interno y el ambiente, constituye una coraza protectora, sin la cual la vida de los seres humanos se tornaría imposible y además tiene características de órgano sensorial (Chiozza, Grinspon y Lanfri, 2001).

En este sentido, puede afirmarse que la piel es receptor de la estimulación que proviene del ambiente y contribuye en el procesamiento de las sensaciones y de las emociones que experimenta un individuo.

Desde una perspectiva psicológica, la piel es el límite del yo, aquello que divide la expresión de lo de adentro y lo que tamiza la impresión de lo de afuera; además cumple la función de ser sentida subjetivamente por el individuo como medio de contacto con los otros; lo cual se denomina sensopercepción que incluye las expresiones exteriores y también las interiores (Rísquez, 1994).

Por tanto, puede considerarse que la piel es la envoltura de contenidos internos, representante de la identidad y la autoimagen, de lo limpio, de lo sucio, fuente de excitación sexual y órgano receptor de las sensopercepciones humanas, de allí que su apariencia es un elemento importante en el adecuado funcionamiento de la psique de cualquier individuo.

La piel recubre toda la superficie del cuerpo y debido a que desempeña la labor de límite dentro-fuera y límite cuerpo-mundo; puede considerarse que adquiere la representación de continente en la psique del individuo, la cual le permite al individuo delimitar el mundo exterior de su interior (Persia y Pino, 2002).

De todos los aspectos anteriormente mencionados se deriva la importancia del estudio de la piel que ha sido abordado por diversas áreas del conocimiento científico, debido a su consideración no solo como órgano sensorial y receptor de los estímulos externos, sino también como procesador de las emociones de un individuo.

Dentro del ámbito médico científico, el área encargada del estudio y las patologías de la piel es la dermatología. Los dermatólogos son los conocedores de los detalles, del signo, de lo elemental; de aquello que defiende y recubre el alma, pero que a veces la mortifica que es la piel (Rísquez, 1994).

Específicamente dentro del estudio de la dermatología en Venezuela hay que hacer mención a que desde los aborígenes la concepción de enfermedad era mística, y la aparición de las enfermedades en general incluyendo las de la piel, se consideraba producto de la acción de un agente invisible e intangible, una influencia ejercida por un enemigo o por un espíritu colérico. Desde tiempos de los pueblos primitivos venezolanos, las enfermedades de la piel no eran tan frecuentes como otras afecciones, quizás por que utilizaban la aplicación de sustancias naturales protectoras como el onoto, su alimentación era sana y se desarrollaban en un medio ambiente natural; sin embargo lo que hoy se conoce como vitiligo, infecciones superficiales de la piel, alopecia y seborreas se presentaban en los indígenas quienes en la mayoría de los casos aplicaban medidas físicas combinadas con las psíquicas como la sugestión que ejercían sobre el enfermo para lograr su curación (Scannone, 1990).

De lo anterior resalta la importancia que se otorgaba desde tiempos remotos al componente físico y al componente psíquico para el tratamiento de las enfermedades dermatológicas y la efectividad de la combinación de métodos terapéuticos que incluyeran ambos componentes; en la remisión de los síntomas que presentaban los enfermos.

Cualquiera que sea la posición teórica que lo sustente y el proceso de desarrollo de los síntomas, es indiscutible que la aparición de las enfermedades de la piel están determinadas por la confluencia de una predisposición genética de un individuo a una enfermedad en particular y la combinación de factores sociales y psicológicos asociados (Koblenzer, 1983).

Como señala Maximovich (1989), el enfoque psicosomático es una concepción médica, basada en una visión filosófica acerca de la naturaleza del hombre que desde un criterio integral se ha considerado como un pequeño cosmos; un todo integrado que es más que cada una de sus partes diferenciadas y aisladas; interpretando la salud como un todo, resultante del equilibrio entre lo corporal, lo funcional y lo psíquico.
Así mismo, a lo largo de los años se ha concebido la enfermedad policausada, y por tanto su origen podría deberse a la acción conjunta de una constelación de variables que actúan en todos los niveles de la organización de un individuo.

En relación a lo anterior, esta misma autora señala que la tesis de la medicina psicosomática que concibe la enfermedad producida por múltiples factores y por la acción simultánea de variables, se ha interesado en considerar al individuo como parte de un sistema, y por tanto se ha ocupado de estudiar el ambiente haciendo especial énfasis en los aspectos que pueden influir en el origen y evolución de la misma.

En este sentido, cobra importancia hacer mención al papel que puede jugar el comportamiento y variables del ámbito de estudio social y psicológico en el mantenimiento de la salud y el desenlace de enfermedades que se consideran crónicas y que afectan el funcionamiento físico y psíquico de un individuo.

Actualmente se propone que las enfermedades crónicas de la piel, cardiovasculares y oncológicas pueden originarse debido a la disminución de la actividad del sistema inmunológico, la cual se produce como consecuencia de experimentar la exposición a estresores sociales que desencadenan en el individuo estados de ansiedad elevados; generándole malestar (Brannon y Feist, 2001).

De allí, que se considera importante la relación existente entre la aparición de una enfermedad, los acontecimientos vitales, la predisposición orgánica, las situaciones cotidianas que experimenta un individuo y su forma particular de procesar la estimulación que proviene del medio ambiente.

Las enfermedades dermatológicas, producen una preocupación en el enfermo ya que originan cambios estéticos en su aspecto personal y pueden dificultarle el desarrollo de todas o algunas actividades de su vida diaria. Entre las enfermedades que afectan la piel de manera crónica se encuentra el vitiligo y la psoriasis.

La psoriasis, objetivo de estudio de la presente investigación; es una enfermedad crónica, no contagiosa de tipo inmunológico mediada por los linfocitos T, que incluye una inflamación dérmica y una excesiva producción de epidermis (Trujillo, Díaz, Sagaró y Trujillo 2001); se caracteriza por una elevada descamación cutánea y por la presencia de lesiones en forma de placas hiperqueratósicas y pruriginosas localizadas en el tronco, las articulaciones y el cuero cabelludo. Las placas son de color rojizo, simétricas, circunscritas, de bordes gruesos y delimitados, recubiertas de escamas blancas nacaradas, abundantes y desprendibles (Pagano, 2000).

Según Alegre (2002), la psoriasis en sus distintas modalidades se encuentra entre el 1 al 2% de la población occidental; esta enfermedad puede ser de inicio temprano 75% en mujeres de 16 años y hombres de 22 años, o de inicio tardío 25% en hombres y mujeres de 56 años aproximadamente; o su aparición puede coincidir en el momento del nacimiento.

En relación a otros aspectos relacionados con la epidemiología, se ha observado que la psoriasis tiene la misma incidencia en los hombres que en las mujeres, es poco frecuente en africanos occidentales, japoneses, esquimales, tiene muy baja incidencia o ausencia en indios nativos de Norteamérica y Sudamérica y en cuanto a la herencia, el rasgo poligénico con participación de más de un gen es determinante en la aparición de la enfermedad. Específicamente cuando uno de los padres tiene psoriasis aproximadamente 8 % de los descendientes desarrollan el gen,

y cuando ambos progenitores padecen la enfermedad, aproximadamente 41% de los hijos la heredan (Fitzpatrick, Johnson y Wolff, 1998).

El momento de aparición de las primeras lesiones, el tipo, la disposición y la extensión son factores que inciden en el pronóstico, siendo la enfermedad más severa y generando más resistencia al tratamiento en los casos en los que las lesiones se desarrollan más temprano, son tipo pápulas y placas, diseminadas y se encuentran generalizadas en toda la superficie del cuerpo del individuo (Fitzpatrick, Johnson y Wolff, 1998).

La psoriasis puede presentarse de distintas maneras generándose las siguientes modalidades (Pagano, 2000).

**Psoriasis en placas o vulgar*: consiste en lesiones que se desarrollan de forma lenta, iniciándose como pápulas asintomáticas con marcada formación de escamas y tendencia a agruparse para formar placas muy delimitadas; es el tipo de psoriasis más usual.

**Psoriasis en los pies y manos*: es una forma localizada frecuente aparece en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

**Psoriasis de cuero cabelludo:* aparecen placas en el cuero cabelludo.

**Psoriasis pustulosa:* se identifica por las placas inflamatorias sin escamas, en axilas, pubis, ingles, bajo los pechos y este tipo de psoriasis está asociada a irritación en estas zonas.

**Psoriasis eritrodérmica:* es una forma generalizada de psoriasis que se presenta como una complicación de las placas ya establecidas, enrojecimiento y descamación, pérdida de calor y humedad.

**Artritis asoriásica*: es el tipo de psoriasis que puede afectar de forma asimétrica articulaciones; generalmente manos y columna.

Así como existen factores genéticos desencadenantes de la psoriasis, ya que aproximadamente el 36% de los pacientes tienen el antecedente de un enfermo de psoriasis en su familia; a este factor genético se suman los factores de provocación de tipo químico, endocrino, psicógenos, clima, luz, metabólicos y situacionales.

Entre los medicamentos que influyen en la aparición o exacerbación de la psoriasis, se encuentran el litio suministrado vía oral, los antipalúdicos, antimaláricos y los betabloqueantes destinados al tratamiento de anginas y arritmias cardíacas (Fitzpatrick, Johnson y Wolff, 1998).

La psoriasis por su carácter crónico, persiste durante toda la vida y si se presenta en sus formas más severas como la pustulosa generalizada, el tratamiento médico, implica que el enfermo se someta a terapias durante un tiempo prolongado y de manera frecuente, obteniendo la remisión parcial de los síntomas.

Según Rondón (2001), existen 3 sistemas médico-terapéuticos para el tratamiento de la psoriasis:

1) La terapia Tópica que incluye:

* La aplicación de corticoesteroides, que son sustancias sustancia que tienen una acción anti-inflamatoria, antimitótica, inmunomoduladora y vasoconstrictora; pero los corticoesteroides tienen la desventaja, que la suspensión de su uso induce al rebote de las lesiones, aunado a que el uso indiscriminado de la sustancia puede crear tolerancia y dependencia.

*Los emolientes utilizados como coadyuvantes en los tratamientos reductores de las placas.

*Los queratolíticos que se combinan con corticoides tópicos y se emplean especialmente en la fase inicial.

*Los derivados de la vitamina D_3 como el calcipotriol y el tacalcitol, que son útiles en el tratamiento de la psoriasis localizada.

2) La terapéutica Física:

Se refiere al tratamiento con radiación solar, utilizado en casos de psoriasis localizada o generalizada y radiaciones ultravioleta como la UVA y la UBV.

El tratamiento consiste en la ingestión oral de un agente fotosensibilizador potente en una dosis constante y dosis variable de UVA, según la sensibilidad del paciente.

Aún cuando, existen diferentes tipos de terapia para el tratamiento físico de la psoriasis estas solo son efectivas en impedir la activación de la enfermedad y disminuir la presencia de los síntomas físicos; y por ende el enfermo puede experimentar una fantasía de curación al exponerse a un tratamiento que elimine temporalmente los síntomas y cada vez que reaparecen se reactiva el malestar psicológico permanente en el individuo.

Así como hay terapias médicas indicadas en el tratamiento de la enfermedad de psoriasis, también existen técnicas psicológicas como el biofeedback y la imaginería que han mostrado su efectividad para reducir o eliminar los síntomas de la psoriasis, de allí la importancia de considerar el impacto de factores como el stress psicológico en la psique del individuo, el cual ha sido reconocido clínicamente por los dermatólogos como un elemento que influye en la exacerbación y severidad de los síntomas psoriáticos (Gaston, Crombez, Lassonde, Buzzanga y Hodgins, 1991).

En relación a la aplicación de diferentes tratamientos psicológicos en el tratamiento de la psoriasis y el beneficio para los pacientes se han llevado a cabo diferentes investigaciones.

En un estudio realizado por Zachariae, Oster, Bjerring y Kragballe en 1996 con el objetivo de conocer los efectos de diferentes intervenciones psicológicas en la psoriasis, tales como el manejo cognitivo conductual del estrés; el entrenamiento en relajación y el control de síntomas por entrenamiento en imaginería; se utilizó una muestra de 51 pacientes psoriáticos, 19 hombres y 32 mujeres pertenecientes al grupo de tratamiento quienes recibieron al azar una de las terapias psicológicas antes mencionadas; así mismo 26 individuos conformaron un grupo control y no recibieron ningún tratamiento. Los resultados de este estudio reportaron que la mayoría de los sujetos que recibieron cualquiera de los 3 tratamientos, mostraron un efecto beneficioso en la remisión de los síntomas psoriáticos, en comparación con el grupo control, que no recibió ningún tratamiento.

En relación a lo anteriormente planteado, puede considerarse que existe relación entre la aparición de la psoriasis y factores psicológicos y situacionales que pueden contribuir a que se desencadene esta enfermedad.

Se ha encontrado que en la aparición de la psoriasis, influyen factores psicológicos como el estrés, ya que este produce modificaciones en el sistema endocrino e inmunológico, debilitándolo y alterando la capacidad homeostática del organismo, lo que conlleva a que se reduzca el número de glóbulos blancos que tienen la función de protegerlo y por ende disminuya el umbral de aparición de la enfermedad en individuos altamente vulnerables al mismo (García y Ruiz, 2001).

En la misma línea de estudio de la contribución de factores psicológicos en la aparición de la psoriasis y otras afecciones dermatológicas, Al´abadie, Kent y Gawkrodger (1994), realizaron un estudio sobre la relación entre el estrés, la aparición y exacerbación de enfermedades dermatológicas como psoriasis, acné, alopecia y escema no atópico; y encontraron que los pacientes psoriáticos en comparación con los que presentaban otras enfermedades dermatológicas de menor grado de severidad, comunicaron acontecimientos vitales estresantes de índole familiar, laborales y académicos como desencadenantes de sus brotes.

Existen dos aspectos básicos de la psoriasis que tienen impacto sobre el bienestar psicológico del paciente. El primero es la cronicidad, es decir, el que sea una enfermedad que se desarrolla y persiste por un tiempo prolongado y el segundo aspecto hace referencia a que sea visible por los demás (Brannon y Feist, 2001).

A este respecto, García, Ruíz y Caballero (2000); realizaron un estudio con el objetivo de determinar la comorbilidad de enfermedades psiquiátricas con enfermedades dermatológicas crónicas; y encontraron que existía presencia conjunta de enfermedades psiquiátricas como el trastorno adaptativo, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor, la fobia y la paranoia, y afecciones dermatológicas de carácter crónico como la psoriasis, la dermatitis atópica, la alopecia areata y la urticaria.

De la misma forma que la presencia de la psoriasis puede estar generada por factores como el estrés, su aparición misma puede ser considerada como un evento estresante o una situación de tensión en la vida, ante la cual el individuo se defiende haciendo uso de sus herramientas cognitivas o emocionales para enfrentarla y conseguir el reestablecimiento de su homeóstasis corporal, las cuales pueden denominarse estrategias de afrontamiento.

El término afrontamiento ha sido definido desde dos posiciones, una que lo estudia como variable de personalidad, en cuyo caso se hace referencia a estilos disposicionales relativamente permanentes del individuo para manejar las demandas estresantes; y la otra posición entiende el afrontamiento como una estrategia que puede cambiar de momento a momento según las características situacionales, sin descartar por esto la influencia de variables personales (Carver y Sheier, 1994; cp Fierro, 1983).

Lazarus y Folkman (1986), en concordancia con esta segunda posición definen el afrontamiento como el esfuerzo cognitivo y conductual constantemente cambiante, que realiza un individuo para manejar las demandas externas e internas que evalúa como desbordantes de sus propios recursos personales.

Existen dos procesos relacionados con el estrés, la evaluación cognitiva y el afrontamiento, este último es entendido como un factor mediacional de la relación entre el estrés y los trastornos físicos y mentales, y se traduce en un conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos emplean para enfrentar las situaciones estresantes.

Las estrategias de afrontamiento constituyen recursos cognitivos y comportamentales para enfrentar situaciones de tensión. Se han desarrollado múltiples modelos para abordar este fenómeno, en especial el que se encuentra relacionado con el tipo y número de estrategias de afrontamiento que pueden generar las personas ante las diferentes situaciones de estrés.

Entre estos modelos se encuentra el de Lazarus y Folkman (1986), que propone que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o excedente de sus recursos y pone en peligro su bienestar personal; este punto de vista transaccional incluye dos procesos evaluación cognitiva y afrontamiento.

La evaluación del estresor es un proceso complejo y dinámico en el cual se involucran las características de la situación y las experiencias del individuo; este proceso determina la forma como la relación entre individuo y situación resulta estresante e incluye una evaluación primaria y una evaluación secundaria:

*La evaluación primaria ocurre cuando el individuo interpreta el evento en función de las consecuencias posibles que puede desencadenar, generando una respuesta que depende de si el evento se considera o no beneficioso.

Dichas respuestas pueden ser irrelevante si el encuentro con el entorno no repercute en el individuo; benigna si las consecuencias se consideran positivas, pudiendo mantener o ayudar a alcanzar el bienestar y generar emociones positivas como alegría, simpatía entre otras; e irrelevante que es la clase de respuesta que corresponde a la evaluación de una amenaza, daño o desafío.

*La evaluación secundaria es un proceso complejo de evaluación de las opciones afrontativas, el cual proporciona seguridad al individuo de que una determinada opción cumplirá con lo que el individuo espera.

Así mismo se ha acordado que las estrategias que emplean los sujetos ante situaciones de estrés, son estilos disposicionales orientados a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante y constituyen además clases comportamentales y que las personas pueden ser distinguidas en función del empleo habitual de una u otra clase de estrategias ante situaciones de amenaza.

Lo mencionado anteriormente, sugiere que el proceso de afrontamiento depende del contexto en el cual se encuentre el individuo, por lo que no ocurre de modo invariable; la orientación del afrontamiento se enfoca en los procesos y no en un estilo personal rígido y además la estrategia a emplear se definirá como efectiva e inefectiva según su reevaluación previa o sus resultados si ha sido usada previamente por el individuo (Sapene y Tomassino, 2001).

Los tipos de afrontamiento se clasifican según el objeto evaluado, derivándose las siguientes categorías (Lazarus y Folkman, 1986):

1.- Al problema (Comportamental): Es una estrategia analítica cuyos esfuerzos se enfocan en la eliminación del evento estresante o la disminución de su impacto, tales como esfuerzos racionales deliberados para resolver el problema.

2.- A la emoción (Evitativo): Estrategias cuyos esfuerzos se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza, entre los que se pueden mencionar el distanciamiento y la evitación de la situación.

El primer tipo de afrontamiento se emplea más frecuente en situaciones que son percibidas por el sujeto como más controlables y el segundo tipo se emplea más frecuentemente en situaciones percibidas como menos controlables (Sapene y Tomasino, 2001).

Existen diversas categorizaciones utilizadas para clasificar los estilos de afrontamiento, siendo una de ellas la propuesta por Llorens (1995) en su investigación y revisión psicométrica de la Ways of Coping Scale (Lazarus y Folkman, 1986) cuyo objetivo era evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello, y adoptadas por (Sapene y Tomasino, 2001) para estudiar la relación entre los estilos de afrontamiento y el síndrome burnout.

Las categorías planteadas son las siguientes:

1. Solución Fantástica: Empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema y poder alejarse de la situación.

2. Búsqueda de apoyo e información: Se refiere a la búsqueda de apoyo en otra persona con el fin de obtener soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema.

3. Evasión y Conformismo: El sujeto intenta escapar de la situación y/o conformarse y aceptar pasivamente lo que está sucediendo, lo que busca minimizar el significado lesivo que puede tener la situación.

4. Afrontamiento Activo: Consiste en adoptar una postura activa para encontrar soluciones a los problemas planteados y supone cierto grado de hostilidad y riesgo.

5. Hacerse responsable: Es el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y la búsqueda activa de tener más información sobre la situación.

6. Reevaluación cognitiva: se refiere a la tendencia a enfocar el problema de una manera que no se perciba tan amenazante y a la preparación cognitiva para afrontarlo.

Es importante mencionar que el tipo de afrontamiento comportamental se emplea más frecuentemente en situaciones que se relacionen con metas y estrés de trabajo, y el tipo de afrontamiento evitativo se usa en situaciones en las que se encuentra implicado el bienestar personal.

En la presente investigación se adoptan las categorías conceptuales encontradas en el estudio realizado por Sapene y Tomassino en el año 2001, las cuales se pueden clasificar en 2 tipos de categorías:

*Categorías de afrontamiento conductual que evidencian el despliegue de conductas para eliminar una situación estresante e incluyen la búsqueda de apoyo e información, el afrontamiento activo y hacerse responsable (Lazarus y Folkman, 1986)

*Categorías de afrontamiento emocional que hacen referencia a los esfuerzos que se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza (Lazarus y Folkman, 1986).

Es importante destacar que la efectividad de los estilos de afrontamiento que emplea un individuo está vinculada con el contexto y la situación; de allí que el uso de uno u otro estilo de afrontamiento será más adaptativo dependiendo de la situación que tenga que enfrentar el individuo (Sapene y Tomassino, 2001).

Según Lazarus y Folkman (1986); la efectividad de los distintos estilos de afrontamiento y su variabilidad según la situación en la cual se empleen, radica en considerar las dos dimensiones que los caracterizan:

1.- Grado de complejidad: hace referencia a si el individuo utiliza una sola o diversas estrategias para afrontar la situación, dependiendo del número de estrategias que use será el estilo de afrontamiento mas o menos complejo.

2.- Flexibilidad: alude al grado en que el individuo cambia las distintas estrategias en diferentes situaciones.

En relación a las estrategias de afrontamiento, Mc Donald y Davey en 1996, realizaron un estudio utilizando una muestra de 100 pacientes que habían sido sometidos a cirugía por accidente; con el fin de estudiar el tipo de estrategias de afrontamiento que emplean dichos pacientes, en comparación con otros que habían sido sometidos a cirugía, y encontraron que ambos grupos usaban predominantemente estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, y que estas se relacionan con altos niveles de ansiedad para ambos grupos. Así mismo observaron que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo emocional está asociado a una pobre salud mental y a un ajuste emocional deficiente.

En concordancia con lo anterior Lowe; Norman, y Bennet en el año 2000, estudiaron la asociación existente entre las estrategias de afrontamiento y la salud percibida de 93 hombres y 53 mujeres que habían sufrido infartos de miocardio; y encontraron que estos pacientes emplean frecuentemente estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, además de percibir su salud deteriorada después de sufrir el infarto.

A partir de los hallazgos reportados anteriormente por las investigaciones, es posible afirmar que los individuos que presentan una condición alterada de salud, bien sea por presentar una enfermedad o por una situación de accidente hacen uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional; para enfrentarse a la situación.

Aunado a lo anterior cabe destacar que la psoriasis representa una condición de salud alterada y en esta línea; Wahl, Hanestad, Wiklund y Mum en 1999, estudiaron la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida de los enfermos de psoriasis, para lo cual utilizaron 334 pacientes que recibían tratamiento para la enfermedad en Noruega, y encontraron que los que hacían uso frecuente de estrategias de afrontamiento evitativo enfocadas a la emoción, reportaron mayor dificultad para realizar sus actividades cotidianas de manera eficiente, una pobre salud mental y una menor calidad de vida. Además, los que usaron frecuentemente estrategias de afrontamiento más optimistas y comportamentales reportaron mayor nivel de salud mental.

En este sentido puede decirse que el uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional conlleva a una disminución del bienestar de un individuo y por consiguiente a una menor adaptación al medio ambiente en el que se desenvuelve, de forma contraria a lo que sucede cuando se emplean estilos de afrontamiento de tipo conductual, lo cual contribuye a su salud física y mental y por tanto a un estado de bienestar personal en el individuo.

En una investigación realizada por Scharloo (2000), con el objetivo de evaluar la percepción de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento de 315 pacientes diagnosticados de psoriasis, se encontró que los individuos que desde el inicio de su enfermedad, implementaron estrategias de afrontamiento activo, buscando más distracción y por tanto llevando un menor afrontamiento pasivo, presentaban niveles bajos de ansiedad, se sentían menos deprimidos y tenían una mejor salud física y mental; en comparación con los pacientes que utilizaban frecuentemente estrategias de afrontamiento pasivas.

En esta misma línea de investigación Rapp, Cottrell y Leary, (2001) realizaron un estudio con una muestra de 318 psoriáticos, cuyo objetivo era determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes y su calidad de vida; encontrando que la psoriasis está asociada con un decremento en todos los dominios de la calidad de vida, y que las estrategias de afrontamiento comúnmente usadas por ellos; tales como contarles a otros acerca de la enfermedad, cubrir las lesiones, y evitar a las personas estuvo asociado con mayor decremento en la calidad de vida; sin embargo, la estrategia de contarles a otros que la psoriasis no es una enfermedad contagiosa estuvo asociado con un menor decremento en la calidad de vida.

En base a lo reportado en las investigaciones anteriores, puede afirmarse que existe una relación entre los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, una baja autoestima, una pobre calidad de vida y elevados niveles de ansiedad que presentan los enfermos de psoriasis.

A partir de lo anterior, puede afirmarse que debido a que los enfermos de psoriasis usualmente son rechazados y humillados por otras personas y por ello tienden a sentirse estigmatizados, como bien se ha afirmado en la literatura que los psoriáticos son tan vigorosos como repugnantes de amar; en este sentido cobra importancia la evaluación que el paciente hace de sí mismo, y como su autoestima puede verse afectada por la evaluación que otros hacen de él.

El concepto de autoestima se encuentra contenido como una dimensión del constructo autoconcepto, en virtud de esto es importante destacar que existen diferentes enfoques teóricos que lo explican.

Entre los primeros autores que estudiaron el autoconcepto se encuentra Francis Bacon quién lo define como el conocimiento de sí mismo y de los demás; y es el requisito principal para obtener éxito en la vida. Las definiciones que se comenzaron a desarrollar, partieron de la base común del pensamiento existencialista-aristotélico, obedeciendo a la premisa del conocerse a sí mismo. En esta tendencia William James consideró que el autoconcepto era todo aquello que un individuo puede llamar propio(Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro, Villegas, 1990).

Posteriormente, con el desarrollo de los enfoques de las múltiples escuelas de la psicología surgieron diferentes autores que esgrimieron diversos postulados en relación al autoconcepto.

A este respecto, puede decirse que los teóricos del aprendizaje concibieron el autoconcepto como un conjunto de patrones conductuales adquiridos por el aprendizaje observacional, la imitación, el moldeamiento y reforzamiento social (Gonda y González, 1986).

De igual manera los teóricos de la psicología social abordaron el autoconcepto explicando su origen y desarrollo, atribuyendo gran importancia al proceso de socialización, los valores, normas, roles, actitudes e influencia social; así el autoconcepto se forma mediante la internalización de las actitudes del grupo social con respecto a el individuo (Morales, Moya, Rebolloso, Fernández, Huici, Márquez, Páez, Pérez y Turner, 1995).

El modelo humanista existencial representado por Carl Rogers quien desarrolla una teoría del yo, consideraba el si mismo como una entidad en continuo proceso, que va guiando a la persona al desarrollo de sus potencialidades y finalmente a la autorrealización, además elaboró los conceptos del si mismo real y si mismo ideal, destacando que la autoestima es un producto de la discrepancia entre estos dos conceptos (Pervin, 1986).

De acuerdo a lo que proponen los modelos mencionados anteriormente, se infiere que cuando existe una diferencia menor entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, más favorable será la autovaloración que realiza un individuo; y al existir una mayor diferencia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal más desfavorable será la autovaloración que realiza un individuo.

Por otro lado, el autoconcepto puede definirse en base a las percepciones que las personas hacen acerca de sí mismas; estas percepciones se forman por medio de experiencias con el medio ambiente y sus interpretaciones; y son influenciadas por reforzamientos, evaluaciones y atribuciones que hacen los otros significativos acerca de la conducta de un individuo (Méndez y Maraví, 1997).

Del análisis de los distintos enfoques sobre el autoconcepto, se deriva la premisa de que la autoestima entendida como una dimensión del mismo; se conforma a través de un proceso dinámico y complejo; donde mediante la valoración que otros realizan sobre la persona y de la propia autopercepción se establece un juicio de valor sobre sí mismo.

Así mismo Coopersmith (1967), sintetiza aportes teóricos, de la personalidad, clínicos y sociales; entendiendo la autoestima como la valoración de sí mismo que realiza un individuo; definiéndola como la abstracción que desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que posee.

Autoestima es el objeto al que el individuo se refiere cuando considera su reacción hacia sí mismo, de los otros hacia él y su habilidad para enfrentarse a las situaciones que se le presentan en la vida. Esta abstracción sobre sí mismo que construye el individuo incluye 3 componentes básicos: el cognoscitivo que representa el contenido del yo, el comportamental que se refiere a las actitudes hacia sí mismo y el afectivo que es indicador de los sentimientos generales de valoración personal y la evaluación de aspectos cognitivos específicos del yo (Coopersmith,1967).

Según Coopersmith (1967), existen tres factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima. El primero es el grado de respeto, aceptación y el trato adecuado que la persona recibe de los otros significativos. El segundo factor es la historia de éxitos y la posición o estatus que ocupa un individuo en el mundo, este es la base de la autoestima y se mide con la manifestación material del éxito por la indicación de aprobación social. El último factor es la manera de responder que posee el individuo ante situaciones en las que pueda sentirse devaluado.

De Igual forma y en relación con lo anterior; destaca que las personas que hacen una evaluación negativa de sí mismas, se inclinan a ser intropunitivas y pasivas en adaptarse a las demandas y presiones del ambiente; y que las personas que tienen un mayor valor de sí mismos, adoptan una posición más activa y asertiva.

Coopersmith (1967), señala en base a los resultados de sus estudios relacionados con la autoestima, que existen diferencias marcadas entre las personas con alta, media y baja autoestima con respecto a su manera de relacionarse consigo mismos, con los otros, con los acontecimientos que le ocurren en su vida, con sus expectativas del futuro y con sus respuestas afectivas; y que la habilidad de las personas de defender su autoestima contribuye a mantener su equilibrio personal.

En este sentido la autoestima influye en la adaptación de los individuos al medio; el tener una alta autoestima implica bienestar y satisfacción consigo mismo y con los demás; el tener baja autoestima implica sentimientos de desprecio hacia sí mismo, impotencia, desesperación, pérdida de la gratificación de actividades y relaciones que antes eran satisfactorias. De allí que el tener una baja autoestima y por ende sentirse insatisfecho y no gratificado, puede encontrarse aunado a otros factores biológicos y psicológicos, como mecanismos de afrontamiento inadecuados y mal manejo del estrés; lo que en conjunto puede incidir en la aparición de enfermedades crónicas principalmente de tipo dermatológicas.

En relación a las enfermedades dermatológicas crónicas como el acné, la alopecia areata, el vitiligo, y la psoriasis; se ha encontrado que su aparición es usualmente precedida por un período de desorden psicológico durante el cual existe una confluencia de sentimientos que el individuo es incapaz de canalizar (Koblenzer, 1983).

Aún cuando una baja autoestima en conjunto con otras condiciones biológicas y psicológicas puede influir en la aparición de estas enfermedades dermatológicas, como se comentó anteriormente, diversos estudios han reportado que el presentar enfermedades dermatológicas como acné, alopecia areata, vitiligo y psoriasis deterioran la valoración de sí mismo que hace el individuo, es decir su autoestima (Psoriahue, 2001).

A este respecto cobra importancia el estudio de la autoestima y su relación con la presencia de psoriasis, interés de la presente investigación; ya que esta enfermedad es una afección dermatológica que implica la aparición de lesiones en la piel que desfiguran la imagen corporal, afectando la valoración de sí mismo que tiene el enfermo y la valoración que los otros tienen de él.

En cuanto a las investigaciones relacionadas con la psoriasis y la autoestima, Ginsburg y Bruce en el año de 1993; realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las consecuencias psicosociales del rechazo y la estigmatización que sufren los enfermos de psoriasis, para lo cual utilizaron 100 pacientes adultos con edades comprendidas entre 20 y 70 años, diagnosticados con psoriasis moderada y severa; y encontraron que las experiencias de rechazo por parte de los otros hacia estos enfermos, les genera sentimientos de estigmatización afectando negativamente su autoestima ya que asumen que el tener psoriasis los hace merecedores de rechazo.

De igual manera, se ha encontrado que los enfermos de psoriasis, experimentan rechazo hacia sí mismos, se autoevalúan negativamente por sentirse defectuosos, tienen ausencia de actitudes y expectativas positivas y sienten inclinación a ocultarse; así mismo la psoriasis parece suscitar sentimientos de culpa relacionados con la interpretación de la enfermedad como un castigo (Psoriahue, 2001).

Los enfermos de psoriasis tienden al autorechazo, ya que pueden sentir insatisfacción hacia su propio cuerpo, producto de las lesiones que presentan en la piel; su autoestima se encuentra afectada ya que en virtud de los planteamientos mencionados anteriormente; puede afirmarse que los psoriáticos se les dificulta ser aceptados por los otros y tienen pocos éxitos producto de la tendencia a inhibirse en situaciones sociales cotidianas por su apariencia.

La psoriasis como enfermedad de la piel puede producir insatisfacción con la imagen corporal y por ende afectar la autovaloración del enfermo, en relación a esto Madhulika, Gupta y Aditya en 1996 hicieron una revisión teórica relacionada con la psicodermatología y reportaron que la imagen corporal de los psoriáticos es inestable y fragmentada, ya que presentan una desfiguración ocasionada por las lesiones, que genera un impacto psicosocial manifestado en prejuicios de los otros hacia el enfermo, lo cual produce una condición de intenso estrés al paciente exacerbando la enfermedad.

Ramsay y O´regan en 1988, realizaron un estudio para determinar las consecuencias sociales y psicológicas de la presencia de psoriasis en 104 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del hospital de Doubling, Inglaterra; y encontraron en relación al aspecto social, que independientemente de la gravedad de su enfermedad la mayoría de los enfermos, experienciaban estrés social sustancial, expresado en la evitación de actividades sociales comunes como tomar sol, los eventos grupales, la peluquería y los baños o duchas compartidas. En relación al aspecto psicológico, se evidenció que los psoriáticos reflejaban sentimientos negativos acerca de su condición y de la forma en que son vistos por los otros; autoevaluándose desfavorablemente y además que la psoriasis tiene una influencia inhibitoria en las relaciones sexuales.

Dentro del marco de la presente investigación, el abordaje de la autoestima y de otras variables como la ansiedad son importantes ya que constituyen indicadores del bienestar psicológico de un individuo (Marín y Varela, 2002); y en el caso particular de hombres y mujeres enfermos de psoriasis, ya que su bienestar psicológico influye en el curso y la actividad de la enfermedad.

Según Belloch, Sandín y Ramos (1999) fue a partir de finales del siglo xix mediante la influencia de Freud cuando comenzó a desarrollarse el concepto de neurosis y en particular la psicopatología de la ansiedad; este autor conceptualizó la ansiedad en términos de señal de peligro, destacando que esta consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa considerada una amenaza.

Porot (1977) propone que existen 3 condiciones fundamentales para definir la ansiedad:

1.- Sensación de un peligro próximo, el cual no está determinado y resulta desconcertante para el individuo, tal sensación implica la elaboración de fantasías trágicas.

2.- Actitud expectante ante el peligro, que hace referencia a un estado de alerta que posesiona al sujeto y lo lleva irremediablemente hacia otra catástrofe inmediata.

3.- Confusión, que procede de un sentimiento de impotencia ante el peligro.

Este autor igualmente resalta, que la ansiedad es un estado afectivo que incluye reacciones neurovegetativas y se concibe como una reacción psicofisiológica. En concordancia con lo anterior, Lightall (1970) afirma que la ansiedad implica una excitación de todo el organismo que produce cambios en la respiración, el flujo sanguíneo, la composición de la sangre y otras funciones corporales.

Según Alvarez (2001); un estado de ansiedad puede confundirse con el miedo, que es definido como una perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real, imaginario, presente o futuro; de allí la importancia de diferenciar ansiedad del miedo.

Actualmente, la ansiedad se considera como un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo que se orienta al futuro y tiene la función de proteger al organismo ante una sensación de peligro que no es identificable por el sujeto y además se caracteriza por ser un estado emocional difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible (Belloch y cols.,1999).

Así mismo según Barlow (2001); existen diferentes causas que contribuyen a que se presente la ansiedad, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

*Causas biológicas: hacen referencia a la tendencia de los seres humanos a estar tensos o nerviosos, el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes nos hace vulnerables a la ansiedad.

La ansiedad también se asocia con la reducción de los niveles de benzodiacepina y con circuitos cerebrales concretos como el sistema noradrenérgico y serotoninérgico.

Así mismo se ha asociado el sistema límbico con la ansiedad, debido a que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral, el tallo cerebral supervisa y registra los cambios de las funciones corporales y transmite estas señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados del sistema límbico.

*Causas psicológicas: hacen referencia a que la ansiedad es producto del condicionamiento, experiencias tempranas y el aprendizaje del individuo; fundamentalmente se le concede importancia a la relación entre los factores ambientales y la sensación de control que un individuo pueda tener.

*Causas sociales: se relacionan con aquellos sucesos estresantes de la vida de un individuo que desencadenan la vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad.

En relación a la sintomatología de la ansiedad, la Clasificación Internacional de enfermedades (1992), señala que la ansiedad se expresa de acuerdo a los siguientes síntomas: aprehensión, preocupación excesiva por calamidades venideras, sentirse al límite o constantemente nervioso, dificultad para concentrarse, tensión muscular, agitación e inquietud motriz, cefalea de tensión, temblores, incapacidad de relajarse. Además se presenta hiperactividad vegetativa caracterizada por mareos, sudoración, taquicardia, molestias epigástricas, vértigo y sequedad de la boca.

Desde otra perspectiva, la ansiedad puede considerarse como respuesta anticipatoria y posee tres componentes: el subjetivo-cognitivo, el fisiológico-somático, y el componente motor-conductual (Belloch y cols., 1999).

Según estos autores el componente subjetivo cognitivo se relaciona con la experiencia interna e incluye las experiencias de miedo, ira, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos; la persona con ansiedad experimenta un estado emocional desagradable.

El componente fisiológico se relaciona con los cambios fisiológicos que acompañan la experiencia de ansiedad; los cambios más característicos consisten en la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse en cambios externos como sudoración, dilatación, temblor, incremento de la tensión muscular y palidez facial; y en cambios internos como aceleración cardiaca, descenso de la salivación y aceleración respiratoria. La experiencia percibida de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

El componente motor conductual corresponde a los componentes observables de conducta que implican variables como la expresión facial y respuestas instrumentales de huída y evitación.

Otros autores establecen una relación entre los conceptos de tensión y ansiedad, entre estos cabe citar a Spielberger y Díaz (1975), quienes proponen un modelo en el cual la tensión llevada al punto extremo puede producir deformaciones, tanto en el ámbito afectivo como en el biológico, y una deformación en cualquier ámbito la denomina ansiedad.

Este modelo postula la existencia de dos elementos que influyen en que se origine la ansiedad; uno es el agente o individuo y el otro es la percepción de una situación como amenazante; tal situación percibida por el individuo genera un estado de tensión que en su punto extremo resulta en un estado de ansiedad.

Cabe destacar que existen variaciones intrapersonales e interpersonales en los individuos en cuanto a la ansiedad. En virtud de clasificar estas diferencias es fundamental hacer una distinción entre la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberger y Díaz, 1975).

Debido a que la psoriasis es una condición dermatológica en cuya aparición contribuyen factores predisponentes hereditarios y situacionales; la tendencia estable y permanente de un individuo a responder de forma ansiosa frente a circunstancias amenazantes, caracterizada como ansiedad rasgo puede considerarse uno de ellos y por ende incidir en su inicio.

En relación a los características estables y permanentes de un individuo, relacionadas con la ansiedad rasgo, cobra importancia resaltar los hallazgos de Maximovich en 1989, quien realizó un estudio exploratorio de personalidad con psicodiagnóstico de Rorschach en 12 pacientes psoriáticos y encontró que estos individuos cuentan con pocos canales de expresión de sus necesidades internas, se les dificulta postergar la satisfacción de sus impulsos, muestran elevada constricción afectiva que implica liberar las emociones de forma introvertida y presentan tensiones internas fuertes que amenazan la organización de su personalidad.

Según esta autora, lo anteriormente mencionado hace que el cuerpo de estos enfermos sea depositario y expresión de una conflictiva interna y además se relaciona con su baja tolerancia al estrés a la frustración y a niveles elevados de ansiedad interna.

En cuanto a la ansiedad estado, es de importancia señalar que enmarca síntomas psicofisiológicos como el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, y se considera un estado emocional transitorio del organismo, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva conscientemente percibidos; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Spielberger y Díaz, 1975).

En relación a lo anteriormente planteado los pacientes psoriáticos presentan un estado alterado de ansiedad, ya que experimentan sentimientos de tensión generados por la activación de la enfermedad que implica la presencia de placas visibles con apariencia roja y descamativa que se extienden en diferentes zonas del cuerpo dependiendo de la severidad; lo cual conlleva a una tendencia de estos individuos a evitar situaciones interpersonales en sitios públicos ya que pueden ser rechazados; lo cual puede generarles tensión y aumentar sus niveles de ansiedad.

Como plantea Maximovich (1989), en el caso del paciente de psoriasis, la articulación del psiquismo en el anclaje del cuerpo se manifiesta en el desencadenamiento de la enfermedad asociada a alguna situación estresante, dolorosa o algún cambio vital importante ocurrido durante los seis meses anteriores a su aparición, y así mismo su evolución y el resurgimiento de los brotes se encuentra asociada a un estado de preocupación o alteración emocional, angustia, rabia y tristeza modelado por el psiquismo.

Es importante destacar que en el caso de la enfermedad de psoriasis la ansiedad estado presenta exacerbaciones, ya que la ansiedad varía en relación a la situación personal del sujeto y a la extensión de su enfermedad. Así mismo se ha observado que los individuos que padecen enfermedades de la piel, desarrollan una sintomatología ansiosa, vinculada básicamente a un evento situacional que influye en distintos aspectos de su vida, alterando el ámbito social, produciéndoles un sentimiento de verguenza, evitación social y un estado de animo depresivo (Doménech, 2001).

En una investigación realizada por Fortune, Richards, Main y Griffiths (2000) sobre la tristeza patológica, la percepción y la severidad de la enfermedad en pacientes psoriáticos, utilizando 140 enfermos de psoriasis en Manchester, se encontró que el 68% de los sujetos, reportaron niveles altos de tristeza y que el 25% de ellos, presentaba desórdenes de ansiedad generalizada; también reportaron que la preocupación por la enfermedad fue uno de los eventos más frecuentes en los psoriáticos, siendo este uno de los factores que se han

consolidado como significativos en el mantenimiento de la ansiedad según el manual del DSM IV.

Por otro lado Fortune, Main, Sullivan y Griffiths (1997); realizaron una investigación con el objetivo de explorar las relaciones existentes entre la preocupación por la enfermedad, la percepción de la enfermedad y la severidad clínica de la psoriasis, utilizando una muestra 150 individuos, 77 mujeres y 73 hombres diagnosticados con psoriasis con edades comprendidas entre 18 y 79 años, que recibían tratamiento dermatológico en Salford; y encontraron que la preocupación por la enfermedad tiene consecuencias negativas en la misma, activando los síntomas y que el 38% de los sujetos presentaba características de ansiedad generalizada, además observaron que el desarrollo y curso de la enfermedad depende de una excesiva preocupación por la misma y la evaluación social y de sí mismo que hace el paciente.

Como se reseñó anteriormente, la enfermedad de psoriasis afecta a hombres y mujeres y en este sentido es importante hacer referencia a la prevalencia de la enfermedad de psoriasis en Venezuela; a este respecto Peñaranda en el año 2003 reportó que esta enfermedad afecta al 2% de la población venezolana aproximadamente y se distribuye por igual en hombres y en mujeres; iniciándose antes de los 20 años en la mayoría de los pacientes.

A este respecto, Gupta y Gupta realizaron una investigación en 1995, para evaluar la relación de las diferencias de edad y género en el impacto de la psoriasis en la calidad de vida, para lo cual utilizaron una muestra conformada por 110 hombres y 105 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 87 años y encontraron que no existen diferencias de género en cuanto a la aparición y al grado de severidad de la psoriasis y además que las personas de ambos sexos y con edades comprendidas entre 18 y 45 años, reportaron problemas relacionados con las actividades sociales, la apariencia, la ocupación y el trabajo, en contraste con los pacientes de edades comprendidas entre los 45 y 60 años.

Actualmente, el término bienestar psicológico y calidad de vida se utilizan de forma equivalente y hacen referencia a diferentes aspectos de la vida de un individuo (Kahn y Juster, 2002).

Entre los antecedentes históricos de la calidad de vida, se encuentran las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; en las que aflora el debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar en que surge el término calidad de vida. Los estudios de calidad de vida, se remontan a los años de 1930 específicamente con los trabajos de Thorndike y los resultados de su proyecto que se constituyeron en un directorio de los lugares adecuados e inadecuados para vivir en Estados Unidos. El término calidad de vida fue popularizado por Galbrait después de la segunda guerra mundial al referirse a una serie de problemas socioeconómicos en los Estados Unidos de Norteamérica (Rojas, 1998).

Como se refirió anteriormente, el estudio de la calidad de vida floreció en el área político social y no en la médica, por lo cual se encuentra fuertemente asociada a indicadores sociales y se desplaza hacia otras disciplinas manteniendo la necesidad de realizar evaluaciones subjetivas. Cuando ingresa al campo de la medicina, el concepto de calidad de vida orienta la práctica clínica hacia una visión más humana, empática y pragmática para enaltecer la autonomía del paciente en relación a lo que desee hacer con su cuerpo y con su vida (Baptista, 2001).

En las últimas dos décadas se ha observado un cambio paradigmático en los criterios usados para evaluar los resultados de los tratamientos médicos, los objetivos clásicos tales como la reducción de la sintomatología y el aumento de la sobrevida se han complementado por los criterios de evaluación orientados a registrar la perspectiva del paciente. En este sentido el término calidad de vida relacionada con la salud, ha sido utilizado para integrar esta nueva óptica sobre los resultados terapéuticos (Bullinger, 2003).

Así mismo Bullinger (2003) afirma que el término calidad de vida, en términos psicológicos, implica una construcción multidimensional que cubre los componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y conductuales del bienestar, tal como son percibidos por el paciente y los observadores.

Cella (1992; cp. Baptista 2001), define la calidad de vida relacionada con la salud, como la percepción de la satisfacción o insatisfacción, referida a la habitual o esperada funcionalidad en los siguientes aspectos de la vida:

1.- Área física y salud en general: se relaciona con la forma en la cual los síntomas físicos producidos por la enfermedad, inciden en el bienestar y limitan actividades cotidianas.

2.- Área social y familiar: relacionada con la forma como la enfermedad interfiere en las relaciones sociales y familiares.

3.- Área sexual: alude a la valoración de la influencia de la enfermedad en las relaciones sexuales.

4.- Área emocional: se refiere al grado en que la enfermedad afecta los aspectos emocionales.

5.- Área de bienestar general: se relaciona con la valoración que la persona le otorga a su salud en general, incluye su funcionamiento en actividades cotidianas.

Todos estos aspectos de la vida de una persona, se encuentran afectados cuando se padece una enfermedad y aún más si esta es de tipo crónico.

A este respecto Baptista en el año 2001, realizó una investigación para evaluar la calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, para lo cual llevó a cabo la construcción de un instrumento para medir calidad de vida en dichas pacientes, partiendo de la escala (FACT-G), y las escalas específicas (FACIT) para enfermos de cáncer, y encontró que las pacientes presentaban un detrimento de la funcionalidad en las áreas emocional, familiar, física y sexual.

Como se mencionó anteriormente, las enfermedades crónicas y especialmente las dermatológicas como la psoriasis pueden ser producidas por la confluencia de factores biológicos y psicológicos; tales como la predisposición genética, estilos de afrontamiento de tipo evitativo, una baja autoestima y niveles elevados de ansiedad, los cuales afectan la calidad de vida de un individuo.

En este sentido, una calidad de vida deteriorada puede relacionarse con la aparición de enfermedades dermatológicas y así mismo el presentar una patología dermatológica tiene un impacto significativo en la calidad de vida (Contreras, Martinez, Serrano y López, 2000).

Naess, E (1995; cp Wahl, Loge, Wiklund y Hanestad, 2000) llevó a cabo un estudio con sujetos noruegos que presentaban diferentes enfermedades crónicas, con la finalidad de evaluar su impacto en la calidad de vida, y encontró que los enfermos de psoriasis reportaron que presentar dicha enfermedad deteriora distintos aspectos de la calidad de vida tales como la vida social, los deportes, encargarse de la casa, las relaciones personales y sexuales y la habilidad para trabajar.

En esta misma línea de investigación, Lunberg, Johannesson, Silverdahl, Hermansson y Lindberg en 1999 realizaron una investigación con el objetivo de conocer la relación entre la calidad de vida, el estado de salud y la disposición a pagar un tratamiento de 132 pacientes con ezcema atópico y 234 pacientes con psoriasis; y encontraron que los pacientes psoriáticos presentaban una calidad de vida más deteriorada, además de presentar gran disposición a pagar un tratamiento, en comparación con los pacientes que presentaban ezcema atópico.

Así mismo Rapp, Feldman, Exum, Fleischer y Reboussin (1999), llevaron a cabo un estudio para estudiar la calidad de vida en 200 enfermos de psoriasis; y encontraron que dichos pacientes reportaron una reducción física y mental equiparable a la reducción reportada por pacientes de cáncer, artritis, hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes o depresión. La percepción que tenían los pacientes, en relación a los diferentes síntomas estaba relacionada con los componentes tanto físicos como mentales en la calidad de vida relacionada con la salud.

Así mismo, Koo (1999) en una investigación que realizó para evaluar el impacto en la calidad de vida de hombres y mujeres, reporta que la psoriasis tiene un mayor impacto en las dimensiones de la calidad de vida las mujeres en comparación con los hombre.

Krueger, Felmand, Camisa, Duvíc, Elder, Gottlieb y Koo (2000) refieren que aspectos específicos de la psoriasis como la apariencia de la piel, la caída de las escamas, el picor, la sensación de quemarse, el dolor, la piel roja, el tiempo que toma el cuidado de la enfermedad, el costo monetario del tratamiento, el tiempo perdido del trabajo, la pérdida del cabello, los efectos colaterales de los medicamentos, las actitudes de los médicos, el rechazo y la evitación de los otros hacia el enfermo, la preocupación por la enfermedad y la incapacidad de controlarla, deterioran la calidad de vida de quien padece psoriasis.

En contraste con lo anterior Lunberg, Johannesson, Silverdahl, Hermansson y Lindberg en el año 2000, realizaron una investigación utilizando 132 pacientes con dermatitis atópica y 234 pacientes con psoriasis, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de dichos pacientes, y encontraron que padecer una enfermedad de la piel tiene un impacto adverso en la calidad de vida, pero que no existen diferencias entre los enfermos de psoriasis y los pacientes con dermatitis atópica con respecto a la calidad de vida y así mismo que no existen diferencias entre hombres y mujeres con dermatitis atópica y psoriasis.

En base a lo mencionado anteriormente, puede afirmarse que la psoriasis se origina por la presencia conjunta de factores genéticos, biológicos y psicológicos y que los factores psicológicos juegan un papel determinante en la exacerbación de los síntomas y el curso de la enfermedad; es por ello que el presente estudio plantea conocer los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida; en función de la presencia o ausencia de la enfermedad de psoriasis.

III MÉTODO

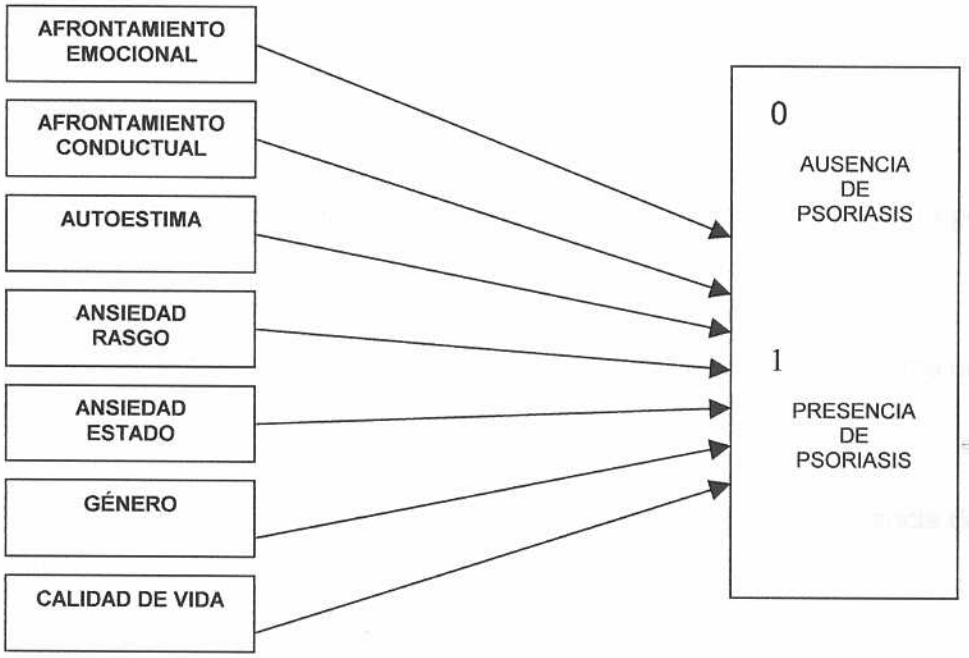
PROBLEMA:

¿En qué medida los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida permiten discriminar entre los sujetos que pertenecen al grupo de presencia de psoriasis o al grupo de ausencia de psoriasis?.

HIPÓTESIS GENERAL:

Si existen diferencias entre los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida en función de la presencia o ausencia de la enfermedad de psoriasis; éstas permitirán clasificar a los sujetos en uno u otro grupo (Ver Figura 1).

Figura 1. Diagrama de hipótesis propuesto.



HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

*Los sujetos que utilicen predominantemente estilos de afrontamiento de tipo conductual, pertenecerán al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que empleen estilos de afrontamiento de tipo emocional, pertenecerán al grupo de presencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles altos de autoestima, pertenecerán al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles bajos de autoestima, pertenecerán al grupo de presencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles bajos de ansiedad rasgo, pertenecerán al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles altos de ansiedad rasgo, pertenecerán al grupo de presencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles bajos de ansiedad estado, pertenecerán al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles altos de ansiedad estado, pertenecerán al grupo de presencia de psoriasis.

*Los sujetos de géneros femenino y masculino, pertenecerán al grupo de presencia de psioriasis en igual proporción.

*La mayor proporción de sujetos de género femenino, pertenecerá al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles altos de calidad de vida, pertenecerán al grupo de ausencia de psoriasis.

*Los sujetos que presenten niveles bajos de calidad de vida, pertenecerán al grupo de presencia de psoriasis.

VARIABLES:

Variables Independientes:

Estilos de Afrontamiento:

Definición Conceptual: Conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos emplean para enfrentar situaciones estresantes (Omar, 1995).

Definición Operacional: es el puntaje obtenido en la versión de Wais of Coping Scale (WOC) adaptada por Sapene y Tomassino en 2001, conformada por 6 subescalas que se refieren a 3 estrategias de afrontamiento de tipo emocional y 3 de tipo conductual y se denominan solución fantástica, evasión y conformismo, reevaluación cognitiva; afrontamiento activo, hacerse responsable y búsqueda de apoyo e información; respectivamente, asignándose mayor puntaje al mayor uso de la estrategia de afrontamiento correspondiente.

Autoestima:

Definición Conceptual: resultado de una evaluación personal que se expresa en las actitudes que el sujeto mantiene de sí mismo y que transmite a otros a través de reportes verbales y otras expresiones de conducta y se corresponde con la extensión en que la persona cree ser capaz, significante, exitosa y digna (Coopersmith 1967).

Definición Operacional: es el puntaje obtenido por el sujeto en el inventario de autoestima de Coopersmith adaptado por Betancourt en 1986. Un alto puntaje indica elevada autoestima.

Ansiedad Rasgo-Estado:

Definición Conceptual: esta variable se define de acuerdo a las dimensiones de ansiedad propuestas por Spielberger y col., (1975): Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.

Ansiedad Rasgo: se refiere a las diferencias entre las personas en la tendencia estable a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberger y col., 1975).

Ansiedad Estado: es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Spielberger y col., 1975).

Definición Operacional: Es el puntaje obtenido por el sujeto en el inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) elaborado por Spielberger y col., (1975), el cual está conformado por dos subescalas separadas de auto evaluación para medir las dos dimensiones de ansiedad, la subescala de ansiedad rasgo y la subescala de ansiedad estado. Un alto puntaje en ambas subescalas, indican una elevada ansiedad rasgo y una elevada ansiedad estado respectivamente.

Género:

Definición Conceptual: se define como las diferencias físicas y constitutivas entre hombres y mujeres (Pelayo, 1987).

Definición Operacional: respuesta marcada por los sujetos en la alternativa M_ ó F_, en la sección de datos de identificación.

Calidad de Vida:

Definición Conceptual: Es definida como la percepción de la satisfacción o insatisfacción, referida a la funcionalidad habitual o esperada en las dimensiones física, sexual, social y emocional de la vida de un individuo Cella (1992; cp. Baptista 2001).

Definición Operacional: Es el puntaje obtenido en el cuestionario (FACT-G) en su cuarta versión desarrollado por Cella en 1998, conformado por 4 dimensiones; que se denominan estado físico y de salud en general, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es la calidad de vida; teniendo en cuenta que una puntuación alta en una dimensión indica una mejor función.

Variable Dependiente:

Ausencia de Psoriasis:

Definición Operacional: reporte de los sujetos de no presentar un diagnóstico médico positivo de psoriasis y que se encuentren recibiendo tratamiento por presentar acné, hongo de piel o dermatitis.

Presencia de Psoriasis:

Definición Conceptual: se define como la aparición en la piel de placas de color rojizo, simétricas circunscritas de bordes gruesos y delimitados (Koo, 1999).

Definición Operacional: reporte de los sujetos de presentar un diagnóstico médico positivo de psoriasis y que se encuentren recibiendo tratamiento para la enfermedad.

Variables Controladas:

1.-Tratamiento: se incluirán en ambos grupos (presencia y ausencia de psoriasis) solo sujetos que se encuentren recibiendo tratamiento.

2.-Zona geográfica: para fines del presente estudio se seleccionarán centros de atención dermatológica pertenecientes al Área Metropolitana de Caracas.

3.-Mayoría de edad: se incluirán en el estudio individuos con una edad igual o superior a los 18 años.

4.-Otras Enfermedades: se seleccionarán sujetos que solo presenten afecciones dermatológicas, específicamente para la condición de presencia de psoriasis (Psoriasis) y para la condición ausencia de psoriasis (Dermatitis, Acné y Hongo de Piel). Así mismo se descartarán aquellos individuos que padezcan conjuntamente otra enfermedad de cualquier tipo.

5.-Estandarización en la administración de los instrumentos utilizados: se les proporcionará a los sujetos, instrucciones generales escritas en la primera hoja del formato y la administración será de forma individual.

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es no experimental, de campo y de naturaleza descriptivo-comparativa.

Puede considerarse no experimental ya que es una indagación empírica y sistemática en la cual no se tiene un control directo sobre las variables independientes, no se realiza una intervención directa ya sea porque los sujetos llegan con sus diferentes características intactas, sus manifestaciones han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables (Kerlinger 1988).

Es un estudio de campo, ya que busca de manera sistemática la prueba de hipótesis sin la aleatorización ni la manipulación experimental de las variables contempladas (Kerlinger, 2001). Así mismo, procede a la recolección de datos a través de aplicaciones de los instrumentos de medidas referentes a estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género, calidad de vida y presencia o ausencia de la enfermedad de psoriasis.

Es un estudio descriptivo-comparativo, dado que pretende determinar las características particulares del grupo de sujetos que presentan psoriasis en comparación con el grupo de sujetos que no presentan dicha enfermedad.

Por otra parte, es importante resaltar que las variables se miden en un sólo momento para cada sujeto mediante los instrumentos correspondientes, cualidad que hace de esta investigación un estudio de corte transversal.

El estudio cumple con las condiciones para hacer uso del análisis discriminante; ya que es una técnica multivariada que permite determinar las variables que discriminan mejor entre personas que pertenecen a dos o más grupos y además clasificar con mayor o menor probabilidad a personas en grupos ya definidos. En este análisis se parte de grupos ya configurados y se tratan problemas con el cálculo de una o más combinaciones lineales o funciones con las variables que son características de

las personas de los grupos que se van a comparar y que se consideran importantes; además incluye ecuaciones de clasificación la cuales permiten apreciar la necesidad de discriminación de las funciones que se hayan calculado, para esto se procede a ubicar en los grupos comparados las ecuaciones de clasificación (Briones, 1998).

En este sentido, el mayor o menor porcentaje de ubicaciones en el grupo que le corresponde a las personas según las características utilizadas en el cálculo de la respectiva función discriminante, indicará la mencionada capacidad de discriminación.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estuvo conformada por hombres y mujeres que presenten y no presenten la enfermedad de psoriasis que asistan a recibir tratamiento a un centro de salud ubicado en el área metropolitana de Caracas.

El muestreo realizado fue del tipo no probabilístico intencional, "el cual se caracteriza por el uso de juicios y por el esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos típicos de la muestra" (Kerlinger, 1988, p.135).

En la presente investigación la muestra estuvo conformada aproximadamente por 300 individuos, hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 y 70 años, de los cuales 100 fueron enfermos de psoriasis y 200 fuerin individuos que no padecían dicha enfermedad pero que presentaron afecciones dermatológicas de menor grado de severidad como dermatitis, acné y hongo de piel; y que asistían a la unidad de fototerapia del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, al Centro de tratamiento para enfermedades de la piel (CENFOCA), al servicio de dermatología del Hospital Clínico Universitario de Caracas y al Centro de Salud Santa Inés de la UCAB, con el fin de recibir tratamiento para la enfermedad que presentaban.

INSTRUMENTOS:

Escala de los Estilos de Afrontamiento (Wais of Coping Scale): (Anexo A)

La escala a utilizarse para efectos de la presente investigación, fue creada originalmente por Lazarus y Folkman en 1984, dicho instrumento original fue traducido al español por María Zaplana y revisada por Manuel Valdés, siendo publicada en el libro "Estrés y Procesos Cognitivos" de la Editorial Martinez Roca (Lazarus y Folkman, 1986).

Berruete y Ochoa, (1989, cp Llorens, 1995) evaluaron la confiabilidad y validez del instrumento en el contexto venezolano, sobre la base de estos hallazgos obtenidos se realizó una adaptación de la escala original conformada por 67 ítems a 43 ítems; los ítems eliminados fueron aquellos que no presentaron una correlación significativa con el puntaje total y que no se relacionaban con el modelo revelado por el análisis factorial que se efectuó. La confiabilidad de esta escala fue de 0,88 empleando el coeficiente alpha de Cronbach.

En la presente investigación se usó la versión de la escala usada por Sapene y Tomassino (2001), que arrojó un coeficiente alpha de Cronbach de 0,75 y cuenta con un total de 28 ítems; la cual es una versión reducida de la adaptación realizada por Llorens (1995). Estos 28 ítems pretenden medir los estilos de afrontamiento, y la escala se caracteriza por presentar opciones de respuesta dicotómicas del tipo (1) " En alguna Medida" y (0) "En absoluto", lo cual disminuye la probabilidad de distorsiones de interpretación de las mismas.

En esta versión se presentan 6 subescalas. La primera es la de Solución Fantástica, que está compuesta por los ítems 4, 19, 21, 22, y 23. La segunda es la de Búsqueda de Apoyo e Información, compuesta por los ítems 2, 5, 9, 10 y 14. La tercera es la de Evasión y Conformismo, compuesta por los ítems 1, 4, 7, 8, 11 y 28. La cuarta es la de Afrontamiento Activo, conformada por los ítems 12, 13, 15 y 16. La quinta se denomina Hacerse Responsable y consta de los ítems 3, 20 y 24 y la sexta se refiere a la Reevaluación Cognitiva conformada por los ítems 24, 26, 27 y 28. Se eliminaron los ítems 6, 25, 17 y 18 por aportar poco a la confiabilidad de la escala..

Inventario de Autoestima de Coopersmith: (Anexo B)

El inventario procede en tres formas A, B y C que miden las actitudes del sujeto acerca de sí mismo en las áreas de experiencia social, académica o laboral, familiar y personal.

La elaboración de los ítems, partió de la concepción de que la autoestima está asociada significativamente con la satisfacción personal y un funcionamiento efectivo en las distintas áreas de la vida (Coopersmith, 1967).

La forma C ha sido estructurada para ser aplicada a adultos y es la que se utilizará para fines de la presente investigación, ya que la muestra está conformada por sujetos de 18 años en adelante.

En principio, los ítems hacían referencia a afirmaciones generales a las cuales se respondía como igual a mí o diferente a mí; posteriormente, Betancourt en 1986 realizó una adaptación de dicha escala en la que se reemplazaron estos enunciados por si y no con la finalidad de simplificar la respuesta.

Asimismo se estimó su confiabilidad a través del método Spearman Brown obteniéndose un coeficiente de 0,80, lo cual indica que este instrumento posee una alta consistencia interna.

Es una prueba autoadministrable que consta de enunciado cortos que poseen dos posibilidades de respuesta y solo una de ellas es la esperada; la corrección se lleva a cabo puntuando los ítems negativos como correctos si fueron respondidos **NO,** y puntuando los ítems positivos como correctos si fueron respondidos **SI.** El puntaje máximo obtenido por el sujeto es de 25 y se obtiene sumando el número de ítems respondidos correctamente.

Un puntaje alto en esta escala refleja mayor nivel de autoestima y un puntaje más bajo indica menor nivel de autoestima respectivamente.

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE: (Anexo C)

La escala de Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, consiste en 40 afirmaciones, específicamente 20 que corresponden a la medición de la ansiedad como Rasgo en las que se le pide al sujeto describir como se siente generalmente, y 20 afirmaciones que corresponden a la medición de la ansiedad como Estado, en las que se le pide al sujeto que indique como se siente en un momento determinado Spielberger y col., (1975).

El inventario es auto administrable, para aplicación individual y en grupo, sin límite de tiempo; el tiempo promedio de aplicación es de aproximadamente 15 minutos para ambas escalas. De su aplicación se obtiene un puntaje bruto por separado para ambas escalas.

En una investigación realizada por Cárdenas y Mendoza (1996) se estimó la confiabilidad de la escala rasgo y de la escala estado, encontrándose que ambas tienen un alto grado de consistencia interna y coeficientes de confiabilidad alpha de cronbach varían de 0,86 y 0,95 para ambas escalas.

Los coeficientes para la ansiedad rasgo varían entre 0,65 a 0,86; mientras que para la escala ansiedad estado fluctúan entre 0,16 a 0,62.

Esta escala responde a la validez de constructo, en concordancia con lo propuesto Spielberger y col., (1975).

Cuestionario de Calidad de Vida (FACT-G) (Anexo D):

La escala que se utilizó en la presente investigación, el (FACT-G) cuarta versión; fue desarrollado en 1987 por Cella para medir conceptos genéricos de salud en enfermedades crónicas, proporciona un método exahustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas

estandarizadas a preguntas estandarizadas y construido para representar cuatro dominios de calidad de vida en general que son (Lent, Hahn, Eremenco, Webster y Cella, 1999).

*Bienestar Físico y de Salud en general: Se relaciona con la forma como los síntomas producidos por la enfermedad limitan actividades cotidianas.
*Bienestar Social y Familiar: Hace referencia a la forma como la enfermedad interfiere en las relaciones sociales y familiares.
*Bienestar Emocional: Grado en que la enfermedad afecta los aspectos emocionales.
*Bienestar General: Valoración que el enfermo otorga a su salud en general y su funcionamiento cotidiano.

El FACT-G es un cuestionario diseñado para ser autoadministrado y consta de 27 ítems en total; distribuidos en 4 subescalas que pretenden medir la calidad de vida en sujetos adultos, mediante una escala tipo likert conformada por 5 categorías (Nada=0, Un poco=1, Algo=2, Mucho=3 y Muchísimo=4) en donde el puntaje se obtiene a través de la suma ponderada de los ítems contestados por el sujeto para cada dimensión y arrojando una puntuación total entre 0 y 108, correspondiendo una mayor puntuación a una mayor calidad de vida (Cella, 1998).

Fue destinado originalmente para su uso en los Estados Unidos, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto (FACT) Multilingual Translation Project (Proyecto para la traducción del FACT en múltiples lenguajes) (Lent y cols., 1999).

La traducción al español se llevó a cabo realizando dos traducciones independientes desde el idioma ingles al idioma español; luego a partir de un individuo de lengua materna española y con conocimientos en distintos dialectos, hizo una conciliación entre las dos traducciones y construyó una versión que incluía elementos de ambas traducciones. Posteriormente se realizó una traducción al idioma inglés de la versión nueva para compararla con el documento original; a continuación se hizo una revisión independiente por 4 expertos bilingües que construyeron 4 versiones independientes; luego los miembros del grupo de coordinación de la traducción hicieron un a revisión y construyeron una nueva

versión basada en la resolución de discrepancias entre las distintas revisiones mencionadas anteriormente, se revisaron aspectos gramaticales y de ortografía.

Finalmente este proceso de traducción concluyó con una validación lingüística de la escala traducida de 30 pacientes que viven en cada uno de los países de lengua hispana participantes del proyecto; estos pacientes llenaron la subescalas traducidas y también una entrevista post cuestionario enfocado en la relevancia de los ítems, parafraseo y dificultad de los mismos. Luego el equipo de traducción de FACIT hizo un análisis de consistencia interna y validez, encontrándose coeficientes de consistencia interna superiores a 0.80; así mismo es importante señalar que la versión en español resultante de todo este proceso es compatible y de uso adecuado en Argentina, Colombia, Chile, Costa rica, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, España y Venezuela (Cella, Lloyd y Benjamín, 1996).

Basándose en estos análisis, a continuación se hicieron adaptaciones a la traducción, obteniéndose como resultado la versión traducida utilizada en la presente investigación.

A este respecto Baptista en el año 2001 realizó un estudio para evaluar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer mamario utilizando el FACT-G como parte del grupo de instrumentos de medición y encontró que esta escala arrojó un coeficiente alpha de cronbach de 0.89 y un coeficiente obtenido a partir del método test retest de 0.92.

PROCEDIMIENTO:

El presente estudio se inició con una búsqueda del material bibliográfico y de investigaciones recientes, además de la selección de los instrumentos para la medición de las variables pertinentes, luego se contactó a los jefes del servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina del Hospital Vargas, Hospital Clínico Universitario de Caracas y Centro de Salud Santa Inés; además de Médicos Dermatólogos expertos del Hospital de Clínicas Caracas y del Centro Cenfoca; con la finalidad de explicarles los

objetivos y relevancia de la presente investigación y solicitar la colaboración y autorización para acceder a la muestra y recolectar los datos.

Una vez que se obtuvieron los permisos correspondientes, se procedió a aplicar las escalas a los pacientes que asistían a la consulta, durante el tiempo que permanecían en la sala de espera; así mismo es importante destacar que se seleccionaron los sujetos que conformaron el grupo de ausencia de psoriasis considerando que presentaran las siguientes afecciones dermatológicas Dermatitis, Hongo de Piel o Acné.

Es importante resaltar que durante la administración de las escalas se les proporcionaron las instrucciones estandarizadas a los sujetos y se les informó acerca de la confidencialidad y anonimato de los datos, destacando la posibilidad de rehusarse a participar en la investigación.

Posteriormente a la recolección de los datos se procedió a la puntuación de las escalas y al vaciado de datos y procesamiento de los mismos a través de un análisis discriminante en el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS).

Finalmente se realizó el análisis de los resultados para determinar el comportamiento de las variables y la discusión de los mismos a la luz de los supuestos teóricos y los hallazgos de las investigaciones relacionadas.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis Descriptivo:

En primer lugar, para conocer las características de la distribución y el comportamiento en cada una de las variables del grupo de sujetos con presencia de psoriasis y del grupo de sujetos con ausencia de psoriasis, se realizó una estimación de estadísticos descriptivos.

Específicamente para el grupo de sujetos que presentaron la enfermedad de psoriasis se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos
Presencia de Psoriasis

	Media	Desviación Estandar	CV	Kurtosis	Asimetría	Mínimo	Máximo
Afrontamiento Emocional	9.48	2.93	30.92%	-0.07	-0.58	1	14
Afrontamiento Conductual	8.77	2.85	32.50%	0.89	-0.48	0	15
Autoestima	15.40	4.18	27.14%	-0.52	0.21	6	25
Ansiedad Rasgo	45.51	9.54	20.96%	-0.60	-0.36	24	66
Ansiedad Estado	45.52	9.27	20.36%	0.00	-0.23	23	70
Cailidad de Vida	69.94	18.64	26.65%	0.81	-0.51	3	107

El grupo de los sujetos que presentó la enfermedad de psoriasis obtuvo una media de 9.48 y un coeficiente de variación de 30.92%, con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 14 en la variable *afrontamiento emocional;* presentándose una distribución con heterogeneidad moderada baja, con forma mesocúrtica (K=-0.07) y con una asimetría moderadamente negativa (As=-0.58); resultado que indica que la mayoría de estos pacientes, hacen un uso moderado alto de este tipo de estilos de afrontamiento (ver tabla 1 y gráfico 1).

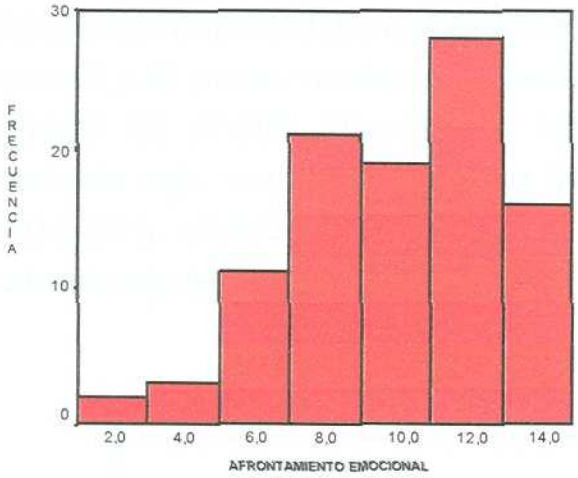


Gráfico 1. Histograma de la variable Afrontamiento Emocional
Presencia de Psoriasis

En relación a la variable *afrontamiento conductual*, cuyo rango de puntuación osciló entre 0 y 15 puntos, se obtuvo una media aritmética de 8.77 y un coeficiente de variación de 32.50%, observándose una distribución con una heterogeneidad moderadamente baja, con forma leptocúrtica (K=0.89) y una asimetría moderadamente negativa (As=-0.48); lo cual sugiere que los sujetos pertenecientes al grupo de presencia de psoriasis, utilizan moderadamente estilos de afrontamiento de este tipo (ver tabla 1 y gráfico 2).

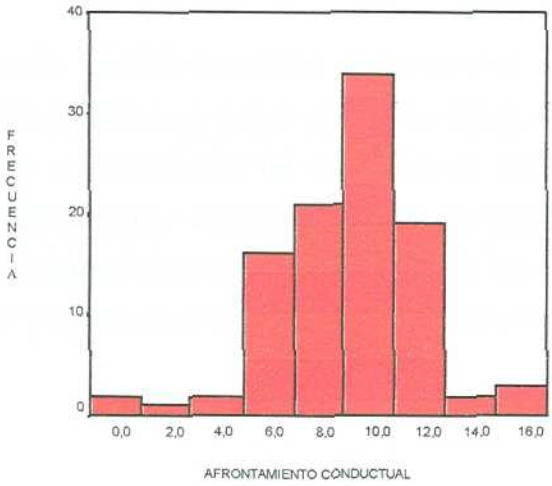


Gráfico 2. Histograma de la variable Afrontamiento Conductual
Presencia de Psoriasis

En cuanto a la variable *autoestima* de los enfermos de psoriasis, cuyo rango de puntuación osciló entre 6 y 25 puntos, se obtuvo una media aritmética de 15.40, un coeficiente de variación de 27.14%, observándose una distribución con una heterogeneidad moderada baja, con forma platicúrtica (K=-0.52) y con asimetría levemente positiva (As=0.21), resultados que indican que estos pacientes mostraron una autoestima moderada baja (ver tabla 1 y gráfica 3).

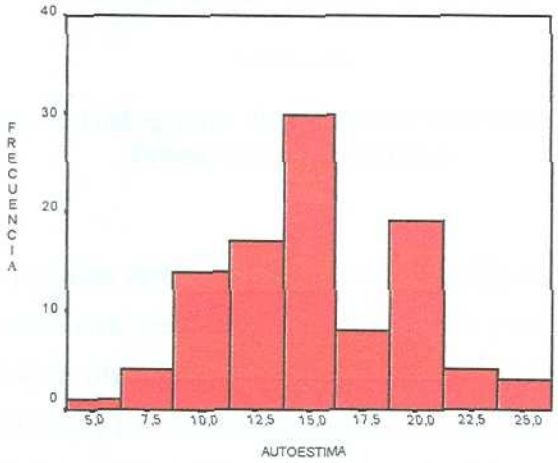


Gráfico 3. Histograma de la variable Autoestima
Presencia de Psoriasis

En relación a la variable *ansiedad rasgo* de los sujetos que presentaron psoriasis, cuyo rango de puntuación osciló entre 24 y 66 puntos, se obtuvo una media aritmética de 45.51 y un coeficiente de variación de 20.96%, observándose una distribución con heterogeneidad moderada baja, con forma platicúrtica (K=-0.60) y con asimetría negativa moderada baja (As=-0.36); lo cual indica que los enfermos de psoriasis presentaron niveles de ansiedad rasgo moderadamente altos (ver tabla 1 y gráfico 4).

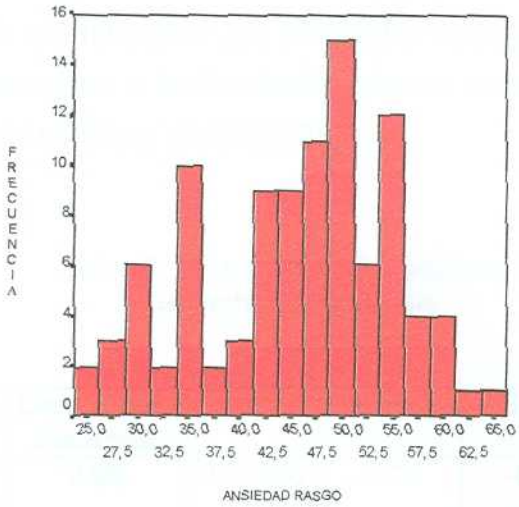


Gráfico 4. Histograma de la variable Ansiedad Rasgo
Presencia de Psoriasis

En cuanto a la variable *ansiedad estado*, cuyo rango de puntuación osciló entre 23 y 70 puntos, se obtuvo una media aritmética de 45.52 y un coeficiente de variación de 20.36%, observándose una distribución con heterogeneidad moderada baja, con forma mesocúrtica (K=0.00) y con asimetría negativa moderada baja (As=-0.23); lo cual refleja que los psoriáticos presentaron niveles de *ansiedad estado* moderadamente altos de forma similar a los niveles de *ansiedad rasgo* (ver tabla 1 y gráfico 5).

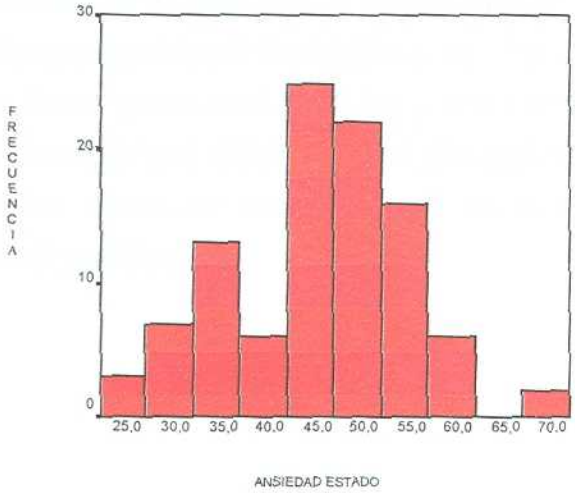


Gráfico 5. Histograma de la variable Ansiedad Estado
Presencia de Psoriasis

A continuación se muestran los resultados obtenidos de los estadísticos descriptivos correspondientes a la distribución de las variables en el grupo de los sujetos con ausencia de psoriasis (ver tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos
Ausencia de Psoriasis

	Media	Desviación Estandar	CV	Kurtosis	Asimetría	Mínimo	Máximo
Afrontamiento Emocional	8.38	2.96	35.30%	-0.21	-0.51	0	14
Afrontamiento Conductual	8.80	2.96	33.60%	0.15	-0.61	0	16
Autoestima	19.13	3.21	16.77%	0.64	-0.65	7	25
Ansiedad Rasgo	35.91	9.19	25.59%	-0.30	0.43	19	61
Ansiedad Estado	34.47	7.25	21.03%	0.28	0.74	18	60
Calidad de Vida	85.48	12.98	15.18%	-0.09	-0.51	44	107

En el grupo de sujetos con ausencia de psoriasis se obtuvo una media de 8.38 y un coeficiente de variación de 35.30% con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 14 en la variable *afrontamiento emocional*, observándose una distribución medianamente heterogénea, con una forma platicúrtica (K=-0.21) y con asimetría moderadamente negativa (As=-0.51); resultados que reflejan que las personas que no presentaron la enfermedad de psoriasis hacen un uso moderado de este tipo de estilos de afrontamiento (ver tabla 2 y gráfico 7).

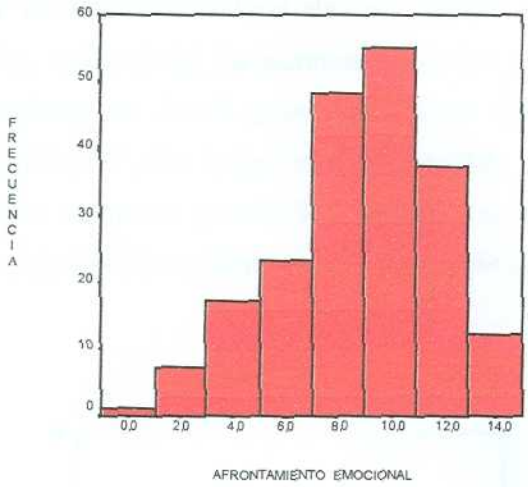


Gráfico 7. Histograma de la variable Afrontamiento Emocional
Ausencia de Psoriasis

En relación a la variable *afrontamiento conductual*, cuyo rango de puntuación osciló entre 0 y 16 puntos, se obtuvo una media aritmética de 8.80 y un coeficiente de variación de 33.60%; observándose una distribución con heterogeneidad moderada, con forma leptocúrtica (K=0.15) y con asimetría negativa (As=-0.61); lo cual sugiere que los sujetos que no presentaron la enfermedad de psoriasis utilizan moderadamente este tipo de estilos de afrontamiento (ver tabla 2 y gráfico 8).

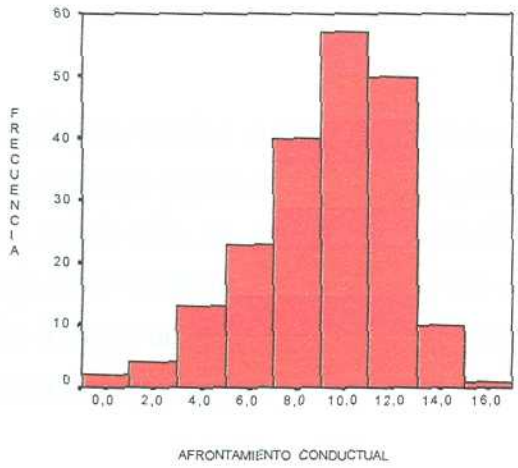


Gráfico 8. Histograma de la Variable Afrontamiento Conductual
Ausencia de Psoriasis

En cuanto a la variable *autoestima* de los sujetos que no presentaron la enfermedad de psoriasis, cuyo rango de puntuación osciló entre 7 y 25 puntos, se obtuvo una media aritmética de 19.13 y un coeficiente de variación de 16.77%, observándose una distribución con baja heterogeneidad, con forma leptocúrtica (K=0.64) y con asimetría negativa (As=-0.65); resultados que indican que estas personas mostraron una autoestima moderada alta (ver tabla 2 y gráfico 9).

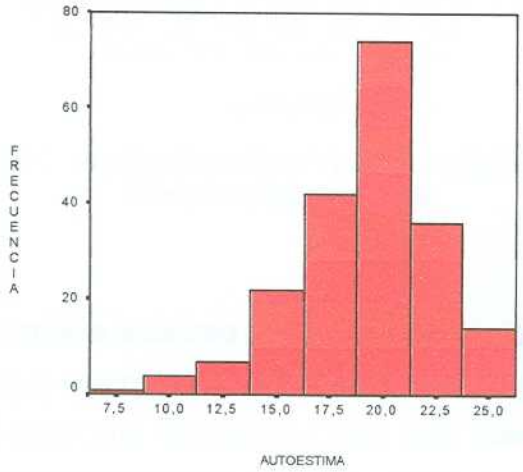


Gráfico 9. Histograma de la Variable Autoestima
Ausencia de Psoriasis

En relación a la variable *ansiedad rasgo* de las personas que no presentaron psoriasis, cuyo rango de puntuación osciló entre 19 y 61 puntos, se obtuvo una media aritmética de 35.91 y un coeficiente de variación de 25.59%, observándose una distribución moderada baja, con forma platicúrtica (K=-0.30) y con asimetría positiva (As= 0.43); resultados que indican que estos sujetos presentaron niveles moderados bajos de ansiedad rasgo (ver tabla 2 y gráfico 10).

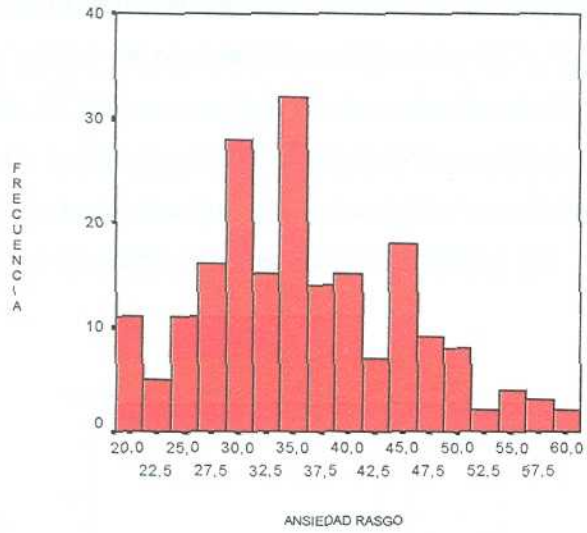


Gráfico 10. Histograma de la Variable Ansiedad Rasgo
Ausencia de Psoriasis

En cuanto a la variable *ansiedad estado*, cuyo rango de puntuación osciló entre 18 y 60 puntos, se obtuvo una media aritmética de 34.47 y un coeficiente de variación de 21.03%, observándose una distribución con baja heterogeneidad, con forma leptocúrtica (K=0.28) y con asimetría positiva; resultados que reflejan estos sujetos presentaron niveles de ansiedad estado moderados bajos (ver tabla 2 y gráfico 11).

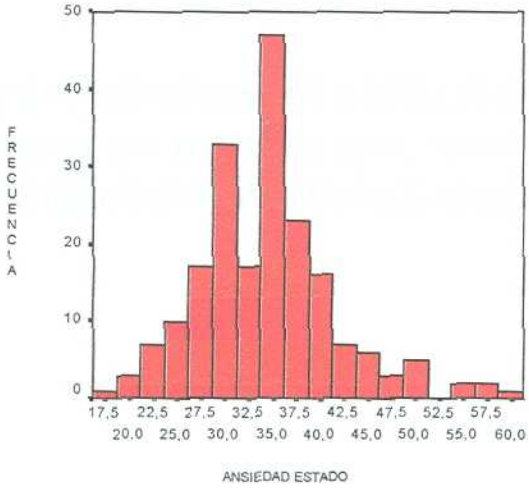


Gráfico 11. Histograma de la Variable Ansiedad Estado
Ausencia de Psoriasis

En relación a la variable *calidad de vida* de los sujetos que no presentaron la enfermedad, cuyo rango de puntuación osciló entre 44 y 107 puntos, se obtuvo una media aritmética de 85.48 y un coeficiente de variación de 15.18%, observándose una distribución con baja heterogeneidad, con forma mesocúrtica (K=-0.09) y con asimetría negativa (As=-0.51); resultados que indican que la mayoría de estos sujetos mostraron una calidad de vida moderada alta (ver tabla 2 y gráfico 12).

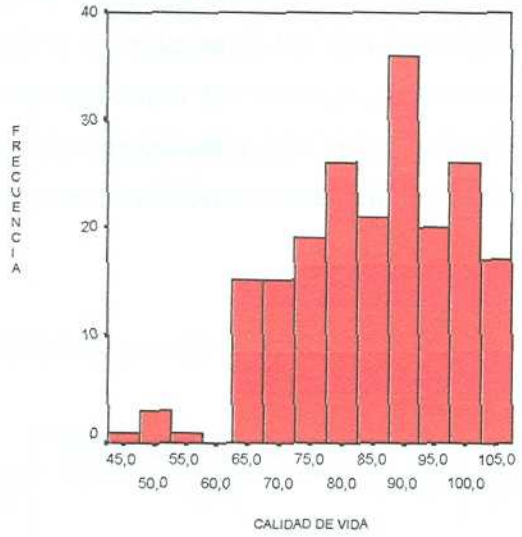


Gráfico 12. Histograma de la Variable Calidad de Vida
Ausencia de Psoriasis

En cuanto a la variable género para el grupo de sujetos que no presentaron la enfermedad, se observó que la mayoría (69%) fueron de género femenino (138 personas); y el porcentaje restante (31%) fueron de género masculino (62 personas).

Análisis Discriminante:

Antes de realizar la función discriminante se llevó a cabo la prueba de la normalidad de las variables estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo, ansiedad estado, género y calidad de vida, observándose que las variables propuestas se distribuyen en torno a la normal (ver anexo E).

Así mismo se realizó la prueba de homogeneidad de las variables a partir del anova de un factor y se calcularon las correlaciones entre ellas para determinar si existía multicolinearidad entre las mismas (ver tabla 3 y 4); observándose que se comportan de forma homogénea y que no presentaron multicolinearidad; y por ende que se cumplieron las condiciones necesarias y suficientes para llevar a cabo dicho análisis.

Tabla 3. Anova de un factor para todas las variables del modelo.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significancia
Afrontamiento Emocional	0.52	1	298	0.47
Afrontamiento Conductual	0.17	1	298	0.68
Autoestima	3.49	1	298	0.06
Ansiedad Rasgo	2.74	1	298	0.10
Ansiedad Estado	5.97	1	298	0.15
Calidad de Vida	0.03	1	298	0.85

Tabla 4. Matriz de correlaciones para todas las variables del modelo.

	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Conductual	Autoestima	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Estado	Género
Afrontamiento Emocional						
Afrontamiento Conductual	0.41					
Autoestima	0.13	0.01				
Ansiedad Rasgo	0.16	0.11	0.45			
Ansiedad Estado	0.12	0.05	0.52	0.59		
Género	0.06	0.08	0.09	0.10	0.15	
Calidad de Vida	0.11	0.15	0.54	0.60	0.62	0.05

Con el objetivo de identificar los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida en función de la presencia o la ausencia de la enfermedad de psoriasis; se realizó el análisis discriminante.

Para evaluar la información que aporta cada función discriminante en particular se calculó la correlación canónica, obteniéndose un resultado de 0,61; lo que indica una correlación moderada alta entre toda la combinación lineal de las variables predictoras (*estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida*) con la variable de agrupación (presencia o ausencia de psoriasis); significativa al 0.05 (Wilks=0.63; p<0.00) y en consecuencia se observa que la función discrimina efectivamente entre los dos grupos. Así mismo puede decirse que aproximadamente el 58% de la variabilidad total (autovalor= 0.58) es explicada por las variables que discriminan significativamente entre ambos grupos (ver tabla 5 y 6).

Tabla 5. Resultados del coeficiente Lambda de Wilks

Lambda de Wilks	Chi-Cuadrado	gl	Significancia
0.63	134.70	7	0.00

Tabla 6. Resultados de la Correlación Canónica y Autovalor asociado.

Autovalor	% de Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
0.58	100.0	100.0	0.61

Con el fin de determinar la predicción de la membresía a los grupos de estudio se calcularon los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas para cada una de las variables de estudio, y se obtuvo un resultado para las variables *afrontamiento conductual* (-0.08), *autoestima* (-0.31) y *ansiedad estado* (0.58), lo que indica que las variables mencionadas anteriormente discriminaron efectivamente entre el grupo de sujetos que presentó la enfermedad y el grupo que no presentó dicha enfermedad (ver tabla 7).

Específicamente se observó que los sujetos que con presencia de psoriasis usan predominantemente estilos de afrontamiento de tipo emocional, presentaron una autoestima moderada baja, un nivel de ansiedad estado moderado alto y una calidad de vida moderada baja en comparación con los sujetos que no presentaron dicha enfermedad (ver tabla 7) .

Tabla 7. Coeficientes Estandarizados de las Funciones Discriminantes Canónicas

Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Conductual	Autoestima	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Estado	Género	Calidad de Vida
0.23	-0.08	-0.31	0.18	0.58	0.23	-0.12

Con el fin de corroborar si los coeficientes estandarizados eran significativos, se realizó un análisis de regresión lineal para conocer de forma precisa el aporte de cada una de las variables, obteniéndose una correlación múltiple moderada alta (R= 0.61) entre la *presencia o ausencia* de la enfermedad de psoriasis y la combinación lineal de las variables *estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida*; así mismo se encontró un coeficiente de determinación de 0.38, resultado que indica que aproximadamente el 38% de la varianza total de la *presencia o la ausencia* de la enfermedad de psoriasis es explicada significativamente por el efecto conjunto de estas variables (F= 22.19 p<0.00) (ver tabla 8).

Tabla 8. Resultados del cálculo de la Regresión Lineal

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrados	Significancia
Regresión	24.47	7	3.50	0.00
Residual	47.20	292	0.15	
Total	66.67	299		

Específicamente para evaluar el aporte de cada una de las variables al modelo se calcularon los coeficientes Beta (ver tabla 9) y se obtuvieron los siguientes resultados, se encontró que la variable que aportó positivamente y de forma más significativa a la pertenencia al grupo de *presencia o ausencia de psoriasis* fue la *ansiedad estado* (B=0.33; p<0.00), resultado que indica que a mayor ansiedad estado, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis.

La variable *autoestima* aportó de forma negativa y significativa a la pertenencia al grupo de *presencia de psoriasis* (B=-0.17; p<0.00), lo que sugiere que a menor autoestima, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis.

También se observó que la variable *género* aportó de forma positiva y significativa al modelo (B=0.11; p<0.02), resultado que indica que las personas de género masculino tuvieron mayor probabilidad de pertencer al grupo que presentó la enfermedad (ver tabla 10).

Finalmente la variable *afrontamiento emocional* aportó de forma positiva y significativa a la pertenencia al grupo de *presencia o ausencia* de psoriasis (B=0.11; p<0.03), resultado que refleja que a mayor uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis.

Tabla 9. Resultados de los Coeficientes Estandarizados b y no Estandarizados Beta.

	Coeficientes no Estandarizados b	Coeficientes Estandarizados Beta	T	Significancia
Ansiedad Estado	1.65E-02	0.33	5.04	0.00
Autoestima	-1.98E-02	-0.17	-2.85	0.00
Género	0.11	0.11	2.35	0.02
Afrontamiento Emocional	1.78E-02	0.11	2.17	0.03
Ansiedad Rasgo	4.41E-03	0.10	1.51	0.13
Calidad de Vida	-1.83E-03	-0.07	-0.98	0.33
Afrontamiento Conductual	-6.09E-03	-0.04	-0.72	0.47

Tabla 10. Resultados de las Frecuencias y Porcentajes de la variable Género

	PRESENCIA DE PSORIASIS		AUSENCIA DE PSORIASIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	50	50%	138	69%
MASCULINO	50	50%	62	31%

Así mismo para determinar la efectividad de la función discriminante se evaluó el porcentaje de casos correctamente clasificados; considerando la muestra de 300 sujetos el porcentaje de casos clasificado correctamente fue de 81%; específicamente para el grupo con *presencia de psoriasis* el porcentaje de sujetos clasificados correctamente fue de 74% y en cuanto al grupo de los sujetos con *ausencia de psoriasis*, el porcentaje de individuos clasificados correctamente fue de 85%.

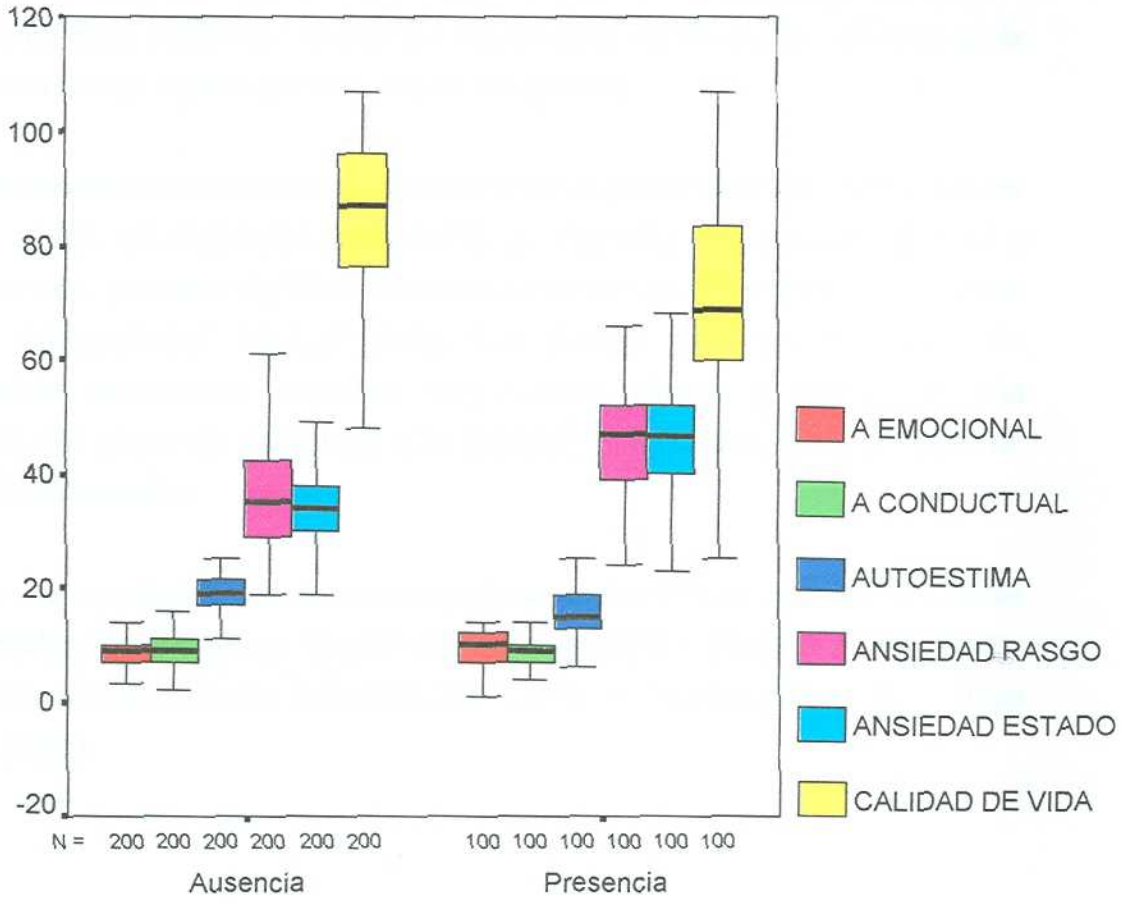
En términos generales de un total de 100 individuos del grupo que presentó la enfermedad de psoriasis 74 casos fueron clasificados correctamente y de un total de 200 sujetos que no presentó la enfermedad 169 casos fueron ubicados correctamente. En este sentido, puede afirmarse que la función discriminante fue robusta, ya que la mayor parte de los sujetos tanto del grupo de *presencia de psoriasis* como del grupo de *ausencia de psoriasis*, fueron ubicados en la predicción que hace el conjunto de variables respectivamente (ver tabla 11).

Tabla 11. Resultados de los casos clasificados correctamente.

	Grupo de Pertenencia Pronosticado		
	Presencia de Psoriasis	Ausencia de Psoriasis	Total
Presencia de Psoriasis	74	26	100
	74%	26%	100%
Ausencia de Psoriasis	31	169	200
	15%	85%	100%
Clasificados correctamente el 81% de los casos agrupados originales			

Finalmente puede acotarse que la diferencia de medias para ambos grupos resultó significativa para las variables que se mencionan a continuación, resultados que reflejan que los sujetos que pertenecían al grupo de *presencia de psoriasis* hacen un mayor uso de estilos de *afrontamiento emocional*, presentaron niveles moderados altos de *ansiedad rasgo* y de *ansiedad estado*; *autoestima* moderada baja y *calidad de vida* moderada baja (ver anexo I, Tablas de descriptivos y gráfico 13).

Gráfico 13. Cajas y Bigotes de todas las variables *estilos de afrontamieno, autoestima, ansiedad rasgo-estado y calidad de vida.*



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La psoriasis ha generado amplio interés científico, tanto en el ámbito médico como en el psicológico, debido a que es una afección dermatológica crónica, no contagiosa; que suele presentarse por la confluencia de aspectos biológicos y psicológicos en individuos altamente vulnerables; y al mismo tiempo produce cambios a nivel fisiológico, emocional, conductual, social, sexual y laboral en quienes la padecen.

De tal manera, la presente investigación estudió algunos factores relacionados con dicha enfermedad; cuyo objetivo fue identificar los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad rasgo-estado, el género y la calidad de vida en función de la presencia o la ausencia de la enfermedad de psoriasis a través de un análisis discriminante, para determinar la contribución de cada una de estas variables en la diferenciación de los sujetos de cada uno de los grupos.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten afirmar que las variables estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida, predicen significativamente la membresía a los grupos (presencia-ausencia de psoriasis); lo que indica que existen determinados estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida específicos del grupo de psoriáticos que permiten diferenciarlo del grupo que no presentó la enfermedad.

Lo cual se corresponde con investigaciones anteriores, en las que algunas de estas variables se asocian con la enfermedad de psoriasis y con otras enfermedades de tipo crónico (García, Ruiz y Caballero, 2000; Amorim, Roustan y Cano, 2001; Rapp y Cottrell, 2001).

Se encontró que el grupo de sujetos psoriáticos, difieren significativamente del grupo que no presentó la enfermedad en cuanto a la tendencia a emplear estilos de afrontamiento de tipo emocional, evidenciándose que los psoriáticos predominantemente hacen uso de este tipo de estilos de afrontamiento para enfrentarse a situaciones estresantes; además este tipo de estilos de afrontamiento generalmente es menos adaptativo que el tipo comportamental.

En relación a la variable estilos de afrontamiento, es importante mencionar que esta hace referencia a los recursos cognitivos y comportamentales que el individuo utiliza para enfrentar situaciones de tensión (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido, el afrontamiento es entendido como un proceso íntimamente vinculado al individuo y al contexto en el que este se encuentre, por lo que no ocurre de modo invariable y además el estilo de afrontamiento empleado se define como efectivo e inefectivo según el objeto evaluado, su reevaluación previa y sus resultados (Sapene y Tomassino, 2001).

Según Lazarus y Folkman (1986), los estilos de afrontamiento se clasifican según el objeto evaluado de la siguiente manera:

-Estilos de afrontamiento enfocados en el problema (comportamentales) que se refieren a estrategias analíticas deliberadas cuyos esfuerzos se enfocan en la eliminación del evento estresante o en la disminución de su impacto.

-Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción que aluden a estrategias cuyos esfuerzos se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza.

Puede afirmarse entonces que los enfermos presentan una tendencia marcada a emplear el pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver un problema o alejarse de la situación (Solución Fantástica); a escapar de la misma y conformarse o aceptar pasivamente lo que sucede (Evasión y conformismo) y a enfocar el problema de forma de no percibirlo como amenazante (Reevaluación Cognitiva); las cuales se consideran estrategias de afrontamiento (Sapene y Tomassino, 2001).

Los resultados obtenidos en la presente investigación relacionados con los estilos de afrontamiento; se corresponden con los de (Wahl, Hanestad, Wiklund y Mum, 1999), quienes encontraron que existe una tendencia de los pacientes psoriáticos a utilizar frecuentemente estrategias de afrontamiento evitativas enfocadas en la emoción.

Dichas estrategias son empleadas por los enfermos de psoriasis para enfrentarse a un evento estresante en situación de tensión, por ende es importante considerar dos aspectos:

El primero hace referencia a que la aparición, la activación y exacerbación de la enfermedad pudieran ser el principal evento estresante o amenazante ante el que estos pacientes tienen que enfrentarse y que perjudica su bienestar personal.

El segundo aspecto alude a que la aparición de la psoriasis se encuentra asociada a factores como el manejo inadecuado de situaciones estresantes; a partir de lo cual es posible afirmar que los individuos que emplean predominantemente estilos de afrontamiento de tipo emocional considerados pasivos y menos adaptativos ante acontecimientos amenazantes; tienen mayor probabilidad de presentar brotes de psoriasis.

Lo anteriormente mencionado se corresponde con los hallazgos de Al´Abadie, Kent y Gawkrodger en 1994, quienes encontraron que los pacientes psoriáticos reportaron acontecimientos vitales estresantes de índole familiar, laboral, académico como desencadenantes de su enfermedad; en comparación con los que presentaban otras enfermedades dermatológicas de menor grado de severidad como acné, alopecia y escema no atópico.

Así mismo (García y Ruíz, 2001) afirman que en la aparición de la psoriasis influyen aspectos psicológicos como el manejo inadecuado del estrés, que a su vez produce modificaciones en el sistema endocrino e inmunológico, debilitándolo y alterando la capacidad homeostática del organismo, lo que conlleva a que se reduzca el número de glóbulos blancos y disminuya el umbral de aparición de la enfermedad en individuos altamente vulnerables.

Es importante destacar que las estrategias de afrontamiento de tipo emocional se han encontrado vinculadas con otras enfermedades de tipo crónico; en concordancia con lo anterior, Mc Donald y Dovey en 1996, encontraron que pacientes con alguna condición de salud alterada que habían sido sometidos a cirugía, usaban predominantemente estrategias de afrontamiento de tipo emocional. De igual manera Lowe, Norman y Bennet en el año 2000 hallaron que pacientes que habían sufrido afecciones cardíacas, empleaban frecuentemente este tipo de estilos de afrontamiento. Hallazgos que permiten afirmar que es común observar que los individuos que presentan una condición de salud alterada tienden a usar estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, para enfrentarse a situaciones estresantes.

En relación a los estilos de afrontamiento del grupo de sujetos que no presentó la enfermedad (ausencia de psoriasis), se encontró que aunque presentan un leve predominio en el uso de estilos de afrontamiento de tipo conductual, en ocasiones hacen uso de estrategias de afrontamiento emocional; lo cual se encuentra relacionado con las características de dicho grupo, ya que aún cuando no padecen la enfermedad de psoriasis, presentan otras afecciones dermatológicas de menor gravedad y cronicidad, pero que tienen impacto en su salud.

A diferencia del grupo de sujetos psoriáticos, los individuos que no presentaron dicha enfermedad utilizan predominantemente estrategias de afrontamiento enfocadas en el comportamiento que enmarcan la búsqueda de apoyo en otras personas con el fin de obtener soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema (Búsqueda de Apoyo e Información), la adopción de una postura activa para encontrar soluciones a los problemas planteados (Afrontamiento Activo), el reconocimiento de su papel ante el problema y la búsqueda más activa de una solución a la situación (Hacerse Responsable) (Sapene y Tomasino, 2001).

Según Vásquez (2002), las estrategias comportamentales de afrontamiento, le facilitan al individuo su adaptación al entorno, debido a que le permiten razonar y actuar en consecuencia deliberadamente ante una situación estresante o amenazante; en consecuencia, es posible inferir que los individuos que no presentan la enfermedad de psoriasis posiblemente funcionen de forma más adaptativa que aquellos que padecen la enfermedad.

Por otra parte, se evidenció que los psoriáticos presentaron una autoestima moderada-baja en comparación con los sujetos con ausencia de la enfermedad, quienes presentaron niveles moderados altos de esta variable; lo cual sugiere que a menor autoestima mayor probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis. Estos resultados se corresponden con los supuestos del modelo de Coopersmith (1967) y con hallazgos de investigaciones recientes que se enuncian a continuación.

Según Coopersmith (1967), la autoestima es la valoración de sí mismo que realiza el individuo; es el objeto al que se refiere cuando considera su reacción hacia sí mismo, de los otros hacia él y su habilidad para enfrentarse a las situaciones que se le presentan en la vida. Así mismo resalta que existen factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima en un individuo.

El primero es el grado de respeto, aceptación y trato adecuado que la persona recibe de los otros significativos, y el segundo hace referencia a la manera que tiene el individuo de responder ante situaciones en las que pueda sentirse devaluado; en el caso de la enfermedad de psoriasis los individuos que la padecen tienden a evitar situaciones sociales debido a la evaluación negativa que los otros pueden hacer de él.

Con respecto a lo anterior, es importante destacar que la enfermedad de psoriasis conlleva a la aparición de lesiones en la piel que desfiguran la imagen corporal de un individuo, afectando la valoración que tiene de sí mismo y la que las demás personas tienen de él y así mismo a la tendencia del enfermo a evitar situaciones sociales debido a la evaluación negativa que recibe de los otros.

Estos hallazgos se corresponden con los de Madhulika, Gupta y Aditya en 1996 reportaron que la imagen corporal del psoriático es inestable y fragmentada debido a que presenta una desfiguración por las lesiones, lo que produce un impacto psicosocial significativo, manifestado en prejuicios de los otros hacia el enfermo, en apoyo a lo anterior Ginsburg y Bruce en 1993 encontraron que los enfermos de psoriasis experimentan rechazo y estigmatización por parte de los otros, lo que afecta negativamente su autoestima, ya que asumen que el padecer esta enfermedad los hace merecedores de rechazo; aspecto que debe evaluarse en futuras investigaciones en las que se evalúe la relación existente entre el impacto psicosocial de la enfermedad de psoriasis y los sentimientos de estigmatización y rechazo de los otros hacia el enfermo.

De igual manera se ha encontrado que los psoriáticos manifiestan rechazo hacia sí mismos, se evalúan negativamente debido a que se sienten defectuosos, no tienen actitudes y expectativas positivas, sienten inclinación a ocultarse; y además la psoriasis parece elicitar sentimientos de culpa relacionados con la interpretación que hace el individuo de la enfermedad como un castigo (Psoriahue, 2001).

En relación con lo anterior Ramsay y O´Regan en 1998, encontraron que independientemente de la gravedad de la enfermedad, los psoriáticos evitan actividades sociales comunes como tomar sol, eventos y actividades grupales, peluquería y los baños o duchas compartidas y además reflejan sentimientos negativos acerca de su condición y de la forma en que son vistos por los otros.

De esta manera, es posible inferir que los psoriáticos presentan una autoestima poco desarrollada debido a que su condición afecta la valoración que tienen de sí aunada a la respuesta de psicosocial de rechazo que reciben por parte de los otros.

En el grupo de sujetos sin la enfermedad, se encontró que mostraron una autoestima moderada alta, resultado que podría explicarse debido a que estos individuos presentaban una condición dermatológica alterada por la presencia de acné, dermatitis u hongo de piel, lo cual podría afectar su autovaloración de forma más leve que lo que afecta a los individuos que padecen psoriasis por la cronicidad y cualidad desfigurante de dicha enfermedad.

En cuanto a la ansiedad, es importante destacar que debido a que la psoriasis es una condición dermatológica en cuya aparición contribuyen factores predisponentes hereditarios y situacionales; en este sentido, la tendencia estable y permanente de un individuo a responder de forma ansiosa frente a circunstancias amenazantes caracterizada como ansiedad rasgo puede considerarse como uno de ellos y por ende incidir en su aparición. Lo cual se corresponde con los hallazgos reportados por Maximovich en 1989, quien encontró que estos pacientes presentan rasgos de ansiedad y que como características estables de su personalidad inciden en el origen y la evolución de la enfermedad.

A este respecto se evidenció que el grupo de los enfermos de psoriasis presentó niveles de ansiedad rasgo moderados altos, en comparación con el grupo de sujetos con ausencia de la enfermedad quienes presentaron niveles moderados bajos; lo cual se debe a la tendencia disposicional de los enfermos de psoriasis a responder a situaciones percibidas como amenazantes de forma ansiosa (Spielberger y col.,, 1975).

Además se encontró que la variable ansiedad estado es la que aporta de forma más relevante a la pertenencia al grupo de presencia o ausencia de psoriasis, en este sentido es posible afirmar que los psoriáticos presentaron niveles moderados altos de ansiedad estado, en comparación con los sujetos que no presentaron la enfermedad.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, se encuentran en concordancia con los hallazgos reportados por (Fortune y cols., 2000), quienes encontraron que los psoriáticos presentaron altos niveles de tristeza y que la preocupación por la activación y exacerbación de la enfermedad mantenía los síntomas de ansiedad. Así mismo la ansiedad varía en relación a la situación personal del sujeto y a la extensión de su enfermedad, además se ha observado en general que los individuos que padecen enfermedades crónicas de la piel, desarrollan una sintomatología ansiosa (Dómenech, 2001).

Así mismo, existen postulados teóricos que sustentan los resultados obtenidos; los cuales señalan que los sucesos estresantes de la vida de un individuo y la sensación de control que pueda tener, se consideran causas sociales y psicológicas que influyen en la aparición de estados de ansiedad (Barlow, 2000); en relación a la psoriasis puede inferirse que quienes la padecen experimentan la sensación de pérdida de control, que puede estar relacionada con la exacerbación de la enfermedad y las implicaciones psicosociales que genera en el individuo afectando su bienestar personal.

A este respecto cabe destacar la relación que existe entre el estrés y la ansiedad, debido a que conllevan a sentimientos de tensión y aprensión subjetiva conscientemente percibidos por un individuo (Spielberger y col., 1975); y en este sentido es posible inferir que el estrés sea causa de la ansiedad y al mismo tiempo ambos pueden presentarse de forma simultánea y afectar el bienestar de un individuo. Por ello el estudio de las relaciones entre ansiedad, estrés y enfermedades crónicas en futuras investigaciones, resultaría de gran aporte para ampliar el conocimiento existente.

Por otro lado, en cuanto a la variable género se encontró que los hombres presentaron mayor probabilidad de presentar la enfermedad de psoriasis que las mujeres; contrariamente a la los hallazgos reportados por Peñaranda en el año 2003, quien afirmó que no existen diferencias de género en cuanto a la aparición de la psoriasis.

En el presente estudio se utilizaron sujetos de ambos géneros residenciados en el área metropolitana de caracas, lo que los hace presentar características particulares y lo que se encuentra relacionado con los estereotipos de género que predominan en la cultura latinoamericana; caracterizada por la permisividad otorgada a las mujeres para que expresen de manera abierta y en cualquier contexto sus emociones; a diferencia de los hombres para los que no es aceptado que manifiesten abiertamente sus sentimientos y emociones (Baron y Byrne, 1998).

A este respecto es posible inferir entonces que los hombres a diferencia de las mujeres, presentaron mayor probabilidad de pertenecer al grupo de enfermos de psoriasis debido a que posiblemente tienden a no expresar abiertamente sus emociones y sentimientos, lo que podría ocasionarles mayor vulnerabilidad a presentar enfermedades psicosomáticas de tipo crónico entre las que se encuentra la psoriasis. En este sentido en futuras investigaciones deberían estudiarse las relaciones existentes entre los estereotipos de género y las enfermedades psicosomáticas.

En relación a la variable calidad de vida, se observó que los sujetos con presencia psoriasis presentaron una calidad de vida moderada baja en comparación con los sujetos que no presentaron la enfermedad.

Con respecto a lo anterior, es importante señalar que la calidad de vida es un constructo que alude a varios aspectos o dimensiones de la vida de un individuo, entre los cuales se puede citar el área física, social, familiar, emocional, sexual y de bienestar general; cada uno de ellas se encuentra afectada si se presenta una enfermedad y aún más si esta es de tipo crónico; en este sentido es posible inferir que

la enfermedad de psoriasis genera un impacto negativo en todas las áreas de la vida de un individuo

Investigaciones como las realizadas por Naess, (1995; cp Wahl y cols., 2000) indican que los psoriáticos reportaron que presentar dicha enfermedad deteriora distintos aspectos de la calidad de vida tales como la vida social, los deportes, encargarse de la casa, las relaciones personales y sexuales y la habilidad para trabajar.

Así mismo Rapp y cols., en 1999, encontraron que los pacientes psoriáticos reportaron una reducción física y mental y en consecuencia una calidad de vida deteriorada; de igual forma Krueger y cols., en el año 2000, observaron que aspectos específicos de la enfermedad de psoriasis tales como la apariencia de la piel, la caída de las escamas, el picor, el dolor, la piel roja, el tiempo que toma el cuidado de la enfermedad, el costo monetario del tratamiento, el tiempo perdido del trabajo, la pérdida del cabello, los efectos colaterales de los medicamentos, las actitudes de los médicos, el rechazo y la evitación de los otros hacia el enfermo, la preocupación por la enfermedad y la incapacidad de controlarla, deterioran la calidad de vida de quienes la padecen.

En relación al grupo de sujetos con ausencia de la enfermedad, se observó que presentaron una calidad de vida moderada alta, resultados que indican que las diferentes dimensiones de la vida de estos individuos son funcionales y en consecuencia presentan bienestar personal.

Es importante destacar que el grupo correspondiente a la condición ausencia de psoriasis, estuvo constituido por sujetos que presentaban afecciones dermatológicas de menor severidad que la psoriasis tales como acné, dermatitis y hongo de piel, en virtud de esto y contrariamente a los resultados obtenidos en la presente investigación (Lunberg y cols., 2000), encontraron que la calidad de vida de pacientes con afecciones se encuentra deteriorada y que no existen diferencias entre personas que presentan acné, dermatitis y psoriasis en cuanto a su calidad de vida.

Todos los hallazgos mencionados anteriormente concuerdan y apoyan los resultados obtenidos en la presente investigación; en este sentido se puede inferir que los enfermos de psoriasis presentan una disfuncionalidad en las diferentes áreas de la vida y por consiguiente se deteriore su calidad de vida.

Así los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que las variables propuestas, estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida permiten diferenciar a los sujetos que presentan la enfermedad de psoriasis y aquellos que no lo presentan; lo cual corrobora la hipótesis propuesta y amplía el marco conceptual existente acerca de las características que presentan los psoriáticos y que permiten diferenciarlos de quienes no la presentan; constituyendo además una vía de conocimiento que promueve una mejor y explicación de este fenómeno en la población venezolana.

VI. CONCLUSIONES

Es posible afirmar que los enfermos de psoriasis pertenecientes a la muestra de estudio difieren de los sujetos con ausencia de la enfermedad en cuanto a sus estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida; y así mismo que dichas variables permiten predecir la pertenencia de un individuo a un grupo u otro según sea su condición.

Específicamente al considerar los estilos de afrontamiento, se encontró que los psoriáticos presentaron una tendencia marcada a hacer uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional en contraste con los sujetos que no presentaron dicha enfermedad quienes mostraron mayor probabilidad de emplear estilos de afrontamiento de tipo comportamental.

Es importante destacar que la variable autoestima predijo la adecuada pertenencia de los sujetos a uno u otro grupo; en este sentido se evidenció que los psoriáticos presentaron una autoestima moderada baja, en comparación con los sujetos con ausencia de psoriasis quienes mostraron una autoestima moderada alta.

En cuanto a la ansiedad rasgo el grupo de sujetos con presencia de psoriasis se observó que presentaron niveles moderados altos en comparación con los sujetos que no presentaron la enfermedad quienes mostraron niveles moderados bajos de esta variable.

De forma similar, se observó que los psoriáticos mostraron niveles de ansiedad estado moderados altos en comparación con los sujetos que no presentaron dicha enfermedad, quienes presentaron niveles moderados bajos.

Se evidenció que los sujetos de género masculino tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo de presencia de la enfermedad de psoriasis y los de género femenino de pertenecer al grupo que no presentó la enfermedad.

Finalmente se encontró que los psoriáticos presentaron una calidad de vida moderada baja en comparación con los sujetos que no presentaron dicha enfermedad quienes mostraron una calidad de vida moderada alta.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante considerar que la enfermedad de psoriasis es una dermatología crónica que afecta el aspecto físico de quienes la padecen, en sus grados más severos el enfermo resulta más deteriorado; lo cual fue tomado en cuenta al momento de abordar a los pacientes, con la finalidad de que la respuesta y el contacto de los sujetos con los cuestionarios fuese lo menos negativa y desagradable posible para los pacientes.

En este sentido, los sujetos tuvieron la posibilidad de rehusarse a participar en la investigación y esta condición se respetó durante todo el proceso de recolección de datos.

Según Salazar y cols., (1978), el problema que hace referencia a los daños físicos o morales del sujeto, supone que es posible que una encuesta pueda crear actitudes, creencias que el sujeto no tenía al hacerle pensar en algo que usualmente no pensaría, o darle información que no tenía, algunos de estos cambios podrían ser dañinos.

A este respecto, es importante mencionar que las investigadoras explicaron de forma clara la naturaleza de las escalas, permitiéndoles a los sujetos no contestarlas si consideraban que podía afectarlos y así mismo se les orientó en relación a la atención psicológica que podrían recibir.

Así mismo se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada por los participantes, y se mantuvo la estandarización de las instrucciones proporcionadas a los participantes.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones se encuentran que los resultados del presente estudio no son susceptibles de generalización a la población de pacientes psoriáticos; dada las características de no representatividad de la muestra, por su tamaño y carácter de no probabilística y autogenerada.

La posibilidad de que algunos individuos respondieran por deseabilidad social.

El análisis de los datos a partir de una función discriminante, lo cual permitió solo establecer diferencias entre los sujetos que presentaron la enfermedad y los que no la presentaron; de allí que resultaría adecuado establecer relaciones causales entre las variables y determinar su direccionalidad

Los resultados obtenidos en la presente investigación apoyan la importancia del estudio de la enfermedad de psoriasis; por lo que se recomienda ampliamente continuar con investigaciones que constituyan un aporte para su precisa comprensión.

Específicamente se sugiere llevar a cabo investigaciones enmarcadas en el área de la psicología social, en las que se considere el impacto psicosocial de la enfermedad de psoriasis y su relación con los sentimientos de rechazo de los otros hacia el enfermo; estereotipos de género, expresión de emociones y la aparición de otras enfermedades crónicas.

Así mismo se propone realizar estudios que profundicen en las relaciones entre las respuestas características de los enfermos de psoriasis en situaciones sociales y los sentimientos negativos de estos individuos.

Se recomienda así mismo, realizar investigaciones en las que se evalúe el beneficio de la terapia psicológica en la reducción de los brotes de la enfermedad

Es de suma importancia resaltar la urgencia que cobra el diseñar un proyecto en el que exista la participación conjunta de profesionales de diferentes disciplinas, médicos, psicólogos, psiquíatras y terapistas ocupacionales y que tenga como objetivo principal proporcionar una atención global al enfermo de psoriasis.

No obstante se enfatiza en la atención psicológica conjunta con el tratamiento médico necesaria que deben recibir estos enfermos para mejorar su calidad de vida y su funcionamiento personal.

Para futuras investigaciones se sugiere plantear relaciones causales entre las variables y diseñar instrumentos adecuados para medir calidad de vida en enfermedades crónicas en la población venezolana.

Así mismo realizar estudios de corte longitudinal que permitan conocer la aparición y desarrollo de la enfermedad y su impacto en el psiquismo del individuo, así como también incluir el grado de severidad de la enfermedad para determinar su relación con lo anterior.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al´ Abadie, M., Kent, G y Gawkrodger, D. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology 130*, 199-203.

Alegre, V. (2002). Resumen de tema de dermatología de 5to curso de medicina: Psoriasis. [www.document]URL http://www.uv.es/~vicalegr/CLindex/Clpsoriasis.html. Revisado el 20/11/02.

Amorim, C., Roustan, G., y Cano, A. (2001). Dermatosis y Ansiedad. [www.document]URL http://www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_a_d.htm. Revisado el 7/9/02.

Alvarez, J., (2001). Trastornos de anisedad. [www.document]URL http://www.aedem.org/aedem/Psicología_int. htm. Revisado el 23/4/03.

Baptista, D. (2001). Calidad de vida en pacientes con cáncer. Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal.* México: International Editores.

Baron, R., y Byrne, D. (1998). *Psicología Social.* España: Mc Graw Hill.

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología.* España: Mc Graw Hill.

Betancourt, F. (1986). Estudio comparativo de las variables autoestima, percepción del rol femenino y deseo antes del nacimiento de un niño en una muestra de mujeres embarazadas y no embarazadas. Trabajo especial de postgrado. Hospital Central de la Fuerza Armada. Caracas, Venezuela.

Biancamano, M., y De Gregorio, M. (2000). *Evaluación Psicológica de pacientes con enfermedades dermatológicas.* Trabajo de Grado no publicado. Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Brannon, L., y Feist, L. (2001). *Psicología de la salud.* Madrid: Thomson Learning.

Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales.* México: Trillas.

Bullinger, M. (2003). Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes. Conferencias de calidad de vida. [www.document]URL http://www.Fundonar.com.ar/conferencias.htm. Revisado abril del 2003.

Cárdenas, E., y Mendoza, Z. (1996). Ansiedad y depresión en los padres del niño con leucemia. Trabajo de Grado no publicado. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Cella, D., Hernández, R., Bonomi, E., Corona, M., Vaquero, M., Shiomoto, G., y Baez, L. (1996). *Medical Care, 36,* 1407-1418.

Cella, D., Hernández., L y Pharm, D. (1998). Spanish language translation and initial validation of the functional assessment of cancer therapy quality of life instrument, *Medical Care, 36,* 1407-1418.

Cella, D., Lloyd, R., y Benjamin, D. (1996). Cross-cultural instrument equating:current research and future directions. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 707-715). Philadelphia: Lippincott–Raven Publishers.

CIE-10 (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades.* Madrid: Meditor.

Chiozza, L., Grinspon, S., Lanfri, E. (2001). Una aproximación a las fantasías inconscientes específicas de la psoriasis vulgar. [www.document]URL http://www.funchiozza.com/libros/ocultos.htm. Revisado el 28/11/02.

Contreras, F., Martinez, A., Serrano, P., y López, N. (2000). Calidad de vida en pacientes alérgicos. *Alergology Inmunological Clinical, 2,* 184-203.

Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents Of Self-steem.* San Francisco: Freeman.

Doménech, R. (2001). El Trastorno de la ansiedad social.[www.document]URL http://www.pangea.org/org/psoriasis/b/b25-Se.htm. Revisado el 05/02/2002

Feldman, R. (1995). *Psicología con aplicaciones para iberoamérica.* México: Mc Graw Hill.

Fierro, A. (1983). *Personalidad: Sistemas de conductas.* México: Trillas

Fitzpatrich, T., Johnson, R., y Wolff, K. (1998). *Atlas de dermatología clínica.* México: Mc Graw Hill.

Fortune, D., Main, C., O´Sullivan, T., Griffiths, C. (1997). Clinical variables and psoriasis specific stress. *British Journal of Dermatology 137,* 755-760.

Fortune, G., Richards, H., Main, J., y Griffiths, M. (2000). Pathological worring illness perception and desease severity in patiens with psoriasis. *British Journal Of Health Psychology Society, 5,* 71-82.

García, M., Ruiz, S., y Caballero, R. (2000). Psicodermatología: de la emoción a la lesión (III): Enfermedades dermatológicas con alta comorbilidad psiquiátrica. *Revista de Psiquiatría, 16,* 393-400.

García, M., y Ruiz, S. (2001). Estrés, calidad de vida y psoriasis: Estado actual. *Psiquiatría Biológica, 8*, 141-145.

Gaston, L., Crombez, J., Lassonde, M., Buzzanga, B., y Hoggins, SH. (1991). Psychological Stress and psoriasis: experimental and prospective correlational studies. *Acta Dermatological-Venereological, 156,*37-43.

Ginsburg, J., y Bruce, L. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology, 32,* 587-590.

Gonda, S., y González, E. (1986). Relación masculinidad- feminidad y rendimiento académico en la escuela de psicología de la UCAB. Trabajo de Grado no publicado. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Groeger, C., y Noguera, C. (1991). Recomendaciones para pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento quimioterapeútico. Caracas, Venezuela.

Gupta, M., y Gupta, A. (1995). Age and gender differences in the impAct of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology. 34,* 700 –703.

Gupta, M., y Gupta, A. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of American Academic of Dermatology, 34,*1030-1046.

Kahn, R., y Juster, T., (2002). Well-Being: concepts and measures. *Journal of Social Issues, 58,* 627-644.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw- Hill.

Kerlinger, F.. y Howard, B. (2001). *Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.

Lunberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., Hermansson, C., y Lindberg, M. (2000). Health- related quality of life in patients with psoriasis and Atopic Dermatitis Measured with SF-36, DLQI and a subjective Measure of Disease Activity. *Acta Dermatological-Venereological 80, 430-434*

Llorens, M. (1995). Relación entre la búsqueda de estimulación, el sexo, los factores de personalidad de Cattell y las estrategias de afrontamiento a situaciones académicas estresantes y de reto utilizadas. Trabajo de grado no publicado. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Venezuela.

Madhulika, A., Gupta, M., y Aditya K. (1996). Psychodermatology : An update. *Journal of the American Academy of Dermatology, 34,* 1030-1037.

Marín, R., y Valera, P. (2002). Autopercepción de la feminidad, autoestima y afectividad en mujeres infértiles. Tesis de postgrado no publicada. Hospital general de las Fuerzas Armadas, Dr. Carlos Arvelo. Departamento de psiquiatría y Psicología clínica. Caracas, Venezuela.

Maximovich, M. (1989). Estudio exploratorio de personalidad del paciente con psoriasis a través del psicodiagnóstico de Rorschach. Tesis de postgrado no publicada. Hospital central de las Fuerzas Armadas. Caracas, Venezuela.

Mc Donald, A., Davey, G. (1996). Psiquiatric Disorders and psoriasis. *Clinical Psychology Review, 16,* 105-125.

Méndez, F., y Maraví, A. (1997). Estudio comparativo de las variables autoestima, percepción del rol femenino y deseo, ante el nacimiento de un hijo, en una muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas.-trabajo de ascenso de postgrado. Hospital central de las Fuerzas Armadas. Caracas, Venezuela.

Morales, J., Moya, M., Rebolloso, E., Fernández, J., Juici, C., Marquez, J., Paez, D., Perez, J., y Turner, J. (1998). *Psicología Social.* Madrid: Mc.Graw Hill.

Omar, R. (1995). *Estrés y Afrontamiento.* Madrid: Atienza.

Pagano, J. (2000). *Curando la psoriasis*. Madrid: López.

Pelayo, R. (1987). *Pequeño Larousse Ilustrado.* Buenos Aires: Larousse.

Peñaranda, E. (2003). La psoriasis.¿Qué es y que tengo que saber acerca de ella? www.document]URL http://www.dermaweb.com.ve/cgi-lood.htm. Revisado el 20/5/03.

Persia, M., y Pino, A. (2002). Relaciones objetales y rasgos de personalidad en pacientes con psoriasis. Trabajo de grado no publicado. Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Pervin, L. (1986). *Personalidad.* Bilbao: Desclée Brouwer.

Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Labor.

Psoriahue (2001). Psoriasis y autoestima.[www.document]URL http://www.Psoriasis.org.ar/Temasdepsoriasis.htm.Revisado el 02/02/2002.

Ramsay, B., y O´Regan, M. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of dermatology*, *118*, 195-20.

Rapp, S., y Cottrell, C., y Leary, R. (2001). Social coping strategies in psoriasis. *British Journal of dermatology*, *45*, 660-679.

Rísquez, F. (1994). Psicología y dermatología. *Dermatología Venezolana, 22,* 137-143.

Rojas, J. (1998). Calidad de vida percibida del personal de dos museos en el área metropolitana de Caracas. Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Universidad simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

Rondón, A., (2001). Temas dermatológicos: Pautas diagnosticas y terapeuticas. Caracas: Cromotip.

Salazar, J., Montero, M., Muños, C., Sánchez, E., Santoro, E., Villegas, J. (1986). *Psicología Social.* México: Trillas.

Sapene, A. y Tomassino, A. (2001). Influencia del afrontamiento, el apoyo social y el género en el desarrollo del burnout en personas que trabajan con niños de la calle e institucionalizados. Trabajo de grado no publicado. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Venezuela.

Scannone, F. (1990). *Historia de la dermatología en Venezuela.* Caracas: Cromotip.

Scharloo, M. (2000). Patiens illness perceptions and coping as predictors of funcional status in psoriasis: a 1 year folow up. *British Journal Of Dermatology, 5,* 899- 907.

Spielberger, C.D., y Díaz, R. (1975). Inventario de ansiedad rasgo- estado; manual e instructivo. México, D.F: El manual Moderno, S.A.

Trujillo, M., Díaz, R., Sagaró, J., Trujillo, R. (2001). Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. *Revista Cubana Médica, 40,*122-134.

Ulnik, J. (2001). Psicosomática y piel: La piel y la mirada. (Programa de Seminarios en línea), Clase 7 [www.document]URL http://www.edupsi.com/cuerpo. Revisado el 28/11/01.

Vásquez, M. (2001). Estrés, afrontamiento y costos organizacionales: un análisis de ruta. Trabajo de grado no publicado. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Venezuela.

Walh, A., Hanestad, BR., Wiklund, I., Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patiens with psoriasis. *Lancet, 8,* 427-433.

Zacharie, R., Oster, H., Bjerring, P., y Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic Intervention of psoriasis; A preliminary report. *Journal of American Academic of Dermatology, 34, 1008-1015.*

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

INSTRUCCIONES: Lea cada uno de los enunciados que se presentan a continuación y señale, marcando con una **"X"** **SI USTED ACTUÓ EN ALGUNA MEDIDA DE ESA FORMA O NO ACTUÓ EN NINGUNA MEDIDA DE ESA FORMA** al enfrentarse a una situación estresante.

0= No actué así en absoluto.

1= Actué así en alguna medida.

	En Absoluto	En alguna medida
1.-Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1
2.-Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1
3.-Me critiqué o me sermoneé a mi mismo.	0	1
4.-Confié en que ocurriera un milagro.	0	1
5.-Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1
6.-Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1
7.-Intenté olvidarme de todo.	0	1
8.-Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1
9.-De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1
10.-Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1
11.-Me alejé del problema por un tiempo, intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1
12.-Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1
13.-Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1
14.-Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1
15.-Sabía lo que quería hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1
16.-Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1
17.-Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1
18.-Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con las otras cosas.	0	1
19.-Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.	0	1
20.-Cambie algo de mí.	0	1
21.-Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1
22.-Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1
23.-Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1
24.-Me preparé para lo peor.	0	1
25.-Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1
26.-Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y lo tomé como modelo.	0	1
27.-Me recordé a mi mismo cuanto peor podrían ser las cosas.	0	1
28.-Esperé ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1

ANEXO B

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

EDAD:____ SEXO: **F**____ **M**____

¿Posee usted un diagnóstico médico positivo de ***PSORIASIS***?
(Marque con una X):
SI____ **NO**____

Indique la enfermedad dermatológica por la que acude a recibir tratamiento a este centro: _____

¿Presenta usted alguna enfermedad de otro tipo?

NO____ **SI**_____ **Indique cual:** _____

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de frases que pueden indicar algunas situaciones de su vida diaria. Responda a cada frase de la siguiente manera:

Si la frase representa CÓMO SE SIENTE USTED LA MAYOR PARTE DE LAS VECES coloque una "X" en la columna marcada con la palabra "SI". De lo contrario coloque una "X" en la columna marcada con la palabra "NO".

	SI	NO
1.- La mayoría de las veces me gustaría ser otra persona.		
2.- Me resulta difícil hablar frente a las demás personas.		
3.- Hay muchos aspectos de mi persona que yo cambiaría si pudiera.		
4.- Yo puedo escoger lo que deseo sin mucho problema.		
5.- Yo soy una persona divertida para los demás.		
6.- Me siento intranquilo (a) cuando estoy en mi casa.		
7.- Me toma mucho tiempo adaptarme (Acostumbrarme) a algo nuevo.		
8.- Soy popular con personas de mi edad.		
9.- Mi pareja generalmente respeta mis sentimientos.		
10.- Me doy por vencido (a) con facilidad.		
11.- Mi familia espera mucho de mí.		
12.- Me ha resultado difícil ser como a mi me gusta ser.		
13.- Me siento confundido (a) en mi vida.		
14.- Mis amigos frecuentemente siguen mis ideas.		
15.- Tengo una baja opinión (apreciación) de mi mismo (a).		
16.- En muchas ocasiones me gustaría irme de mi casa.		
17.- Usualmente me siento molesto (a) en mi trabajo.		
18.-Yo soy tan atractivo (a) como la mayoría de las personas		
19.- Si tengo algo que decir, generalmente lo digo		
20.- Las personas me comprenden		
21.- La mayoría de las personas son más simpáticas que yo		
22.- Yo Generalmente siento como si mi pareja estuviera presionándome.		
23.- Frecuentemente me desanimo con lo que estoy haciendo.		
24.- Usualmente me molesta lo que ocurre a mi alrededor		
25.- Puedo valerme por mi mismo (a)		

ANEXO C

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y **marque con una equis "X"** la casilla correspondiente al número que indique **CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE.** No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la mejor respuesta que describa cómo se siente generalmente.

	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1.-Me siento bien.	1	2	3	4
2.-Me canso rápidamente.	1	2	3	4
3.-Siento ganas de llorar.	1	2	3	4
4.-Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	1	2	3	4
5.-Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .	1	2	3	4
6.-Me siento descansado.	1	2	3	4
7.-Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".	1	2	3	4
8.-Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.	1	2	3	4
9.-Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
10.-Soy feliz.	1	2	3	4
11.-Tomo las cosas muy a pecho.	1	2	3	4
12.-Me falta confianza en mí mismo.	1	2	3	4
13.-Me siento seguro.	1	2	3	4
14.-Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.	1	2	3	4
15.-Me siento melancólico.	1	2	3	4
16.-Me siento satisfecho.	1	2	3	4
17.-Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.	1	2	3	4
18.-Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	1	2	3	4
19.-Soy una persona estable.	1	2	3	4
20.-Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.	1	2	3	4

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y **marque con una equis "X"** la casilla correspondiente al número que indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, O SEA EN ESTE MOMENTO.** No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la mejor respuesta que describa sus sentimientos ahora.

	No en lo absoluto	**Un Poco**	**Bastante**	**Mucho**
1.-Me siento calmado.	1	2	3	4
2.-Me siento seguro.	1	2	3	4
3.-Estoy tenso.	1	2	3	4
4.-Estoy contrariado.	1	2	3	4
5.-Estoy a gusto.	1	2	3	4
6.-Estoy alterado.	1	2	3	4
7.-Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.	1	2	3	4
8.-Me siento descansado.	1	2	3	4
9.-Me siento ansioso.	1	2	3	4
10.-Me siento cómodo.	1	2	3	4
11.-Me siento con confianza en mi mismo.	1	2	3	4
12.-Me siento nervioso.	1	2	3	4
13.-Me siento agitado.	1	2	3	4
14.-Me siento "a punto de explotar" .	1	2	3	4
15.-Me siento reposado.	1	2	3	4
16.-Me siento satisfecho.	1	2	3	4
17.-Estoy preocupado.	1	2	3	4
18.-Me siento muy excitado o aturdido.	1	2	3	4
19.-Me siento alegre.	1	2	3	4
20.-Me siento bien.	1	2	3	4

ANEXO D

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
(FACIT-G)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes. Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación **durante los últimos siete días, marque con una "X" sólo la casilla que corresponda a como se siente usted.**

ESTADO FÍSICO DE SALUD GENERAL	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
1.-Me falta energía	0	1	2	3	4
2.-Tengo náuseas	0	1	2	3	4
3.-Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
4.-Tengo dolor	0	1	2	3	4
5.-Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
6.-Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
7.-Necesito estar acostado(a)	0	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
1.-Me siento triste	0	1	2	3	4
2.-Estoy satisfecho(a) de cómo estoy enfrentando mi enfermedad	0	1	2	3	4
3.-Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
4.-Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
5.-Me preocupa morir	0	1	2	3	4
6.-Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1.-Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
2.-Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
3.-Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
4.-Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
5.-Me siento satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
6.-Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que me da apoyo)	0	1	2	3	4
7.-Sin importar su nivel actual de actividad sexual, por favor conteste a la siguiente pregunta. Si usted prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla y continúe con la siguiente sección					
8.-Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.	0	1	2	3	4

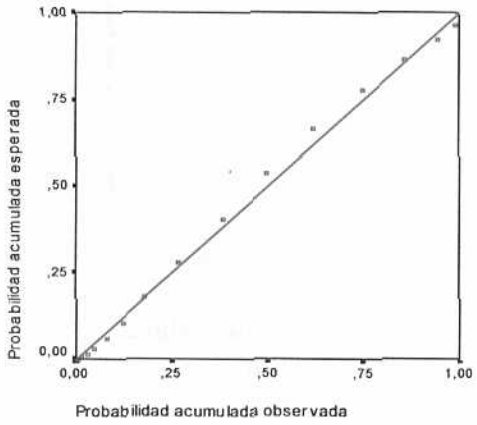
CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1.-Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
2.-Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
3.-Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
4.-He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
5.-Duermo bien	0	1	2	3	4
6.-Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
7.-Estoy satisfecho(a) con mi vida (calidad de vida) actual.	0	1	2	3	4

ANEXO E

PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, AUTOESTIMA, ANSIEDAD RASGO-ESTADO Y CALIDAD DE VIDA

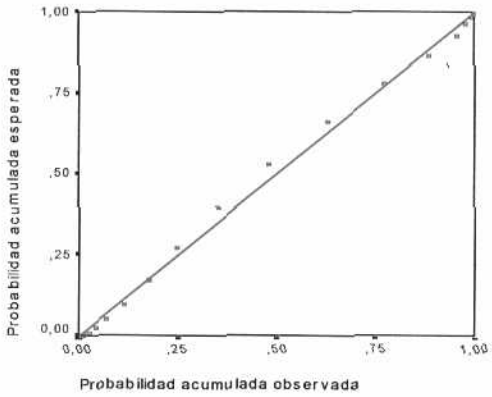
Prueba de Normalidad para las variables Estilos de Afrontamiento, Autoestima, Ansiedad Rasgo-Estado, Género y Calidad de Vida.

Para la variable afrontamiento emocional se observó que la mayor parte de las puntuaciones se distribuyó en torno a la normal.



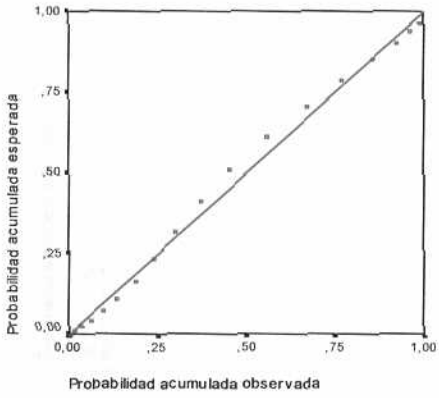
Distribución Normal P-P
Afrontamiento Emocional

Para la variable afrontamiento conductual se observó que la mayor parte de las puntuaciones se distribuyó en torno a la normal.



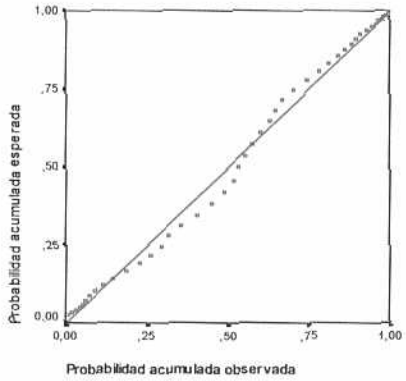
Distribución Normal P-P
Afrontamiento Conductual

Para la variable autoestima se observó que la mayoría de las observaciones de distribuyó en torno a la normal.



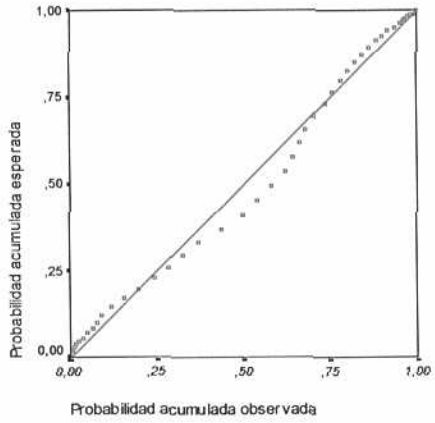
Distribución Normal P-P
Autoestima

Para la variable ansiedad rasgo se observó que algunas observaciones se ajustan a la normal.



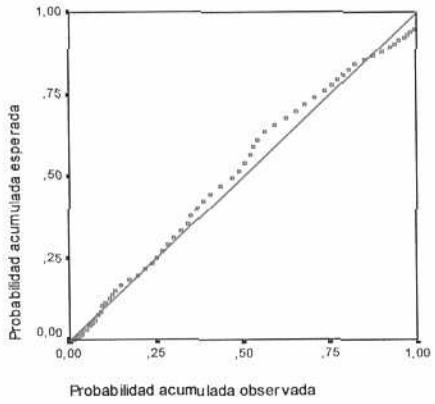
Distribución Normal P-P
Ansiedad Rasgo

Para la variable ansiedad estado se observó que algunas observaciones se distribuyeron en torno a la normal.



Distribución Normal P-P
Ansiedad Estado

Para la variable calidad de vida se observó que la mayoría de las *observaciones se distribuyeron en torno a la normal.*



Distribución Normal P-P
Calidad de Vida

ANEXO F

CÁLCULO DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Discriminante

Análisis 1

Resumen de las funciones canónicas discriminantes

Autovalores

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	,580[a]	100,0	100,0	,606

a. Se han empleado las 1 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Lambda de Wilks

Contraste de las	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	,633	134,704	7	,000

Matriz de estructura

	Función 1
ANSEDO	,861
AUTOEST	-,650
CAVIDA	-,639
ANSRASGO	,638
GÉNERO	,247
EMOCION	,232
CONDUC	-,006

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
EMOCION	,230
CONDUC	-,078
AUTOEST	-,308
ANSRASGO	,180
ANSEDO	,577
GÉNERO	,227
CAVIDA	-,121

Funciones en los centroides de los grupos

CONDERMA	Función 1
Ausencia de Psoriasis	-,537
Presencia Psoriasis	1,073

Análisis 2

Estadísticos de clasificación

Resultados de la clasificación a

		CONDERMA	Grupo de pertenencia pronosticado: Ausencia de Psoriasis	Grupo de pertenencia pronosticado: Presencia Psoriasis	Total
Original	Recuento	Ausencia de Psoriasis	169	31	200
		Presencia Psoriasis	26	74	100
	%	Ausencia de Psoriasis	85,0	15,0	100,0
		Presencia Psoriasis	26,0	74,0	100,0

a. Clasificados correctamente el 80,7% de los casos agrupados originales.

ANEXO G

CÁLCULO DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LAS VARIABLES PROPUESTAS

Resultados de la prueba t para la igualdad de las medias

			Prueba t para la igualdad de medias			
			DIFERENCIA DE MEDIAS	gl	t	SIGNIFICANCIA
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	PRESENCIA DE PSORIASIS	9.48	-1.10	199	-3.06	0.00
	AUSENCIA DE PSORIASIS	8.38				
AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL	PRESENCIA DE PSORIASIS	8.77	0.03	204	0.08	0.93
	AUSENCIA DE PSORIASIS	8.80				
AUTOESTIMA	PRESENCIA DE PSORIASIS	15.40	3.72	159	7.84	0.00
	AUSENCIA DE PSORIASIS	19.13				
ANSIEDAD RASGO	PRESENCIA DE PSORIASIS	45.49	-9.58	191	-8.27	0.00
	AUSENCIA DE PSORIASIS	35.92				
ANSIEDAD ESTADO	PRESENCIA DE PSORIASIS	45.52	-11.03	161	-10.44	0.00
	AUSENCIA DE PSORIASIS	34.47				
CALIDAD DE VIDA	PRESENCIA DE PSORIASIS	69.94	15.55	148	7.48	0.00
	AUSENCIA DE PSORIASIS	85.49				