



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A
LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI,
BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI
(Modalidad: Tesis de Grado)

MARÍA DEL JESUS ARRAÍZ DE GUARACHE
YURIMA DEL VALLE LÓPEZ FLORES

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CUMANÁ, 2016

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A
LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI,
BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI

APROBADO POR:

Prof. Antonietta Hernández
Asesora

Jurado

Jurado

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
LISTA DE TABLAS	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	7
GENERAL.....	7
ESPECÍFICOS.....	7
METODOLOGÍA	8
Muestra poblacional.....	8
Normas de bioética	9
Técnicas y recolección de datos.....	9
Análisis estadístico	10
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	11
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	30
HOJAS DE METADATOS	44

DEDICATORIA

A:

Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, pero más que nada por su inmenso amor.

Mi padre que, aunque no esté entre nosotros, fue y será siempre la fuente que impulsa mi vida, estoy muy agradecida con Dios y con la vida por haberme permitido tenerlo como padre.

Mis familiares por siempre haber estado presente en cada momento de mi carrera, a mis hermanos, mis sobrinas, mi tía y a ti Gabriela por todas esas palabras de aliento, fortaleza y esperanza.

Mis amigos que siempre estuvieron allí dándome sus más sinceros consejos, palabras de aliento, ayudándonos mutuamente en nuestra realización como profesionales y dándonos enseñanzas para ser mejores como personas: Yurima López, Lorena Oller, Yamilys Rodríguez, Jimmy Teran, Cesar Chiguita, Luis Ramos y Liannys Cordero.

Y por último, pero no menos importantes a todos aquellas personas que de forma indirecta estuvieron presentes, aportando un granito de arena en este largo camino muchas gracias.

María Arraíz

DEDICATORIA

A:

Dios por guiarme y darme la fortaleza en todo momento.

Mis Padres: Luis López y Yuraima Flores por existir, por permitirme estar aquí en este mundo, gracias por su amor y esfuerzo, dedicación, comprensión y enseñarme valores que forman parte de mi vida como futura profesional, son la mejor guía que un hijo puede tener, me siento orgullosa de que ustedes sean mis padres, nadie lo hubiera hecho mejor.

A mi confidente, novio y amigo Raúl Ernesto por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es, por estar a mi lado apoyándonos uno al otro, saltando obstáculos, obteniendo logros juntos y lo más importante siendo felices.

A mis hermanos, Luis, Yurimar y Maryuri, por siempre estar pendientes de mí.

Mi sobrina Bianca, mi princesa, por ser uno de los regalos más especiales que puedo tener.

Todos alegran mi espíritu y me apoyaron en todo momento para que culminara lo planteado “SER LICENCIADA EN ENFERMERÍA” Gracias a todos los amo.

Yurima López

AGRADECIMIENTOS

A:

La casa más alta de estudio, la Universidad de Oriente, que nos supo acoger, enseñándonos valores éticos y morales; así como los conocimientos básicos, específicos, prácticos y científicos de la profesión y ser personas justas, equitativas y democráticas para el servicio del país, por ofrecernos la oportunidad de prepararnos profesionalmente para enfrentar la vida de una manera digna y hacer de nosotros mejores personas para el futuro, con mayor preparación y educación, y por permitir que se cumpliera nuestra meta La Licenciada Edda Díaz y Licenciada Antonietta Hernández, por aceptarnos para la elaboración de este trabajo de grado bajo su dirección, apoyo, confianza y su capacidad para guiarnos ha sido un aporte invaluable en la realización de esta tesis

Al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, al Dr. Alfredo Lander y a todo el personal que labora en la consulta externa de dermatología, especialmente al de enfermería, que nos prestaron su máximo apoyo en la evaluación y organización de los pacientes, además de tendernos su mano amiga y ayudarnos cuando se nos presentó cualquier contratiempo.

Magister Luz Hernández, por el análisis de datos y las observaciones al manuscrito.

Gracias también a las diferentes entidades públicas y privadas de salud que abrieron sus puertas para realizar nuestras prácticas y adquirir conocimientos, de esta manera aportar con un granito de arena a la recuperación y cuidado de las personas convalecientes, que se encontraban en estas casas de salud, siendo lo más gratificante el recibir una sonrisa y las gracias por parte de las mismas.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual en relación a los datos sociodemográficos de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.	12
Tabla 2. Calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis.	21
Tabla 3. Comparación de la calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis.	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual en relación a la dimensión aspectos generales de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.....	14
Figura 2. Distribución porcentual en relación a la dimensión psicológica de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.....	15
Figura 3. Distribución porcentual en relación a la dimensión social de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.....	17
Figura 4. Distribución porcentual en relación a la dimensión física de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.....	19
Figura 5. Distribución porcentual en relación a la dimensión tratamiento de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.....	20

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por placas eritomato-descamativas, únicas o múltiples, que en ocasiones puede generar rechazo y segregación social, con el objetivo de conocer la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis, se realizó este estudio descriptivo de corte transversal, en el servicio de dermatología del hospital Dr. Luis Razetti, en la ciudad de Barcelona, estado Anzoátegui. La muestra fue de 77 pacientes (13 jóvenes y 64 adultos). La recolección de datos se realizó mediante el cuestionario modificado del estudio Federation of Psoriasis Associations, el cual fue evaluado y validado por expertos y posteriormente se aplicó una prueba piloto, obteniendo una confiabilidad de 0,945. El instrumento constó de dos partes: la primera sección de 6 preguntas, que permitieron conocer los datos generales del paciente (edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, situación conyugal y número de hijos), y la segunda parte de 14 preguntas con datos específicos. Se evaluó el impacto que produce la enfermedad de quienes la padecen y se comparó en cuál de las dos poblaciones estudiadas existe mayor afectación de su calidad de vida. En los resultados se observó que los jóvenes presentan una calidad de vida afectada en relación a lo social y aspectos generales seguidos de lo psicológico y tratamiento, sin embargo en la dimensión física la calidad de vida no se vio afectada, mientras que los adultos presentan altos porcentajes sólo con respecto a la dimensión física, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas, en el tiempo de la enfermedad (t: -6,070, p: <0.5), ayuda con otros especialistas, (t: 1,202, p: <0.5), en la vestimenta (t: -2,446, p: <0.5), al ir a playa o piscina (t: -0,720, p: <0.5), al relacionarse socialmente (t: 0,675, p: <0.5), como los ven las demás personas (t: -2,588, p: <0.5) restricción al entrar a un lugar o sitio público (t: 2,049, p: <0.5), actividades físicas (t: 8,720, p: <0.5) tratamientos complementarios o no médicos (t: -4,042, p: <0.5) y sentimiento a su tratamiento habitual (t: 0,100, p: <0.5). Se concluyó que la calidad de vida en los adultos sólo se afecta significativamente en relación a la realización de actividades físicas mientras que en los jóvenes se ve afectada significativamente en la dimensión social y psicológica, por lo que son ellos los que mayormente les impacta el padecimiento de la psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La piel es uno de los órganos a través de los cuales se pueden expresar, de múltiples formas, nuestras vivencias psíquicas, ya sean transitorias o estables. Está compuesta por numerosas células altamente especializadas, que tienen la función de proteger y recepcionar los mensajes táctiles. Por su marcado contraste, flexibilidad, delicadeza y elasticidad, es nuestro principal mediador con el medio ambiente. Entre las enfermedades inflamatorias que se reflejan en este órgano, se encuentra la psoriasis, la cual puede ser la consecuencia de los efectos de parámetros psicológicos a nivel patológico o disfuncionales (Delgado *et al.*, 2003; Rodríguez *et al.*, 2007).

La primera descripción de la psoriasis en su obra “De Re Médica” al parecer fue Galeno (133-200 D.C.) el primero en utilizar la palabra psoriasis para describir lo que en realidad fuera un cuadro de eczema seborreico con la cual se confundía. La enfermedad se ha descrito bajo los términos de impétigo, lopoí, alphos, usagro y también de lepra. No fue sino hasta el año 1700 cuando se describió de una manera correcta el cuadro clínico de la psoriasis por el dermatólogo inglés Robert William, quien no la separó totalmente de la lepra, denominando dicha enfermedad “psora leprosa”, este hecho se atribuye a Ferdinand Von Hebra quién en el año 1841 le otorgó el nombre de psoriasis, como se conoce actualmente, del griego “psora” que significa picor e “iasis” estado (García *et al.*, 2013).

Esta patología ha existido durante siglos, prueba de ello, se han encontrado síntomas típicos en cuerpos momificados que datan de los comienzos de la época cristiana. Durante cientos de años ha sido confundida con la lepra, y en consecuencia, muchas personas que la sufrían fueron excluidas de la sociedad durante la edad media. En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la psoriasis afecta a 125 millones de personas de distinta clase social en todo el mundo, con un rango del 1 al 3% de la población en general, en Venezuela, no existen datos estadísticos recientes acerca de su incidencia y prevalencia (Solano, 2012).

La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa descamación e inflamación, dolor, hinchazón, calentamiento y coloración. Regularmente las células de la piel crecen desde las capas más profundas y suben lentamente a la superficie, reemplazando constantemente a las células muertas de la capa más superficial. Este proceso se llama renovación celular, y tarda aproximadamente un mes. Con este padecimiento, la renovación celular ocurre en sólo unos pocos días, lo que provoca que las células nuevas suban demasiado rápido y se acumulen en la superficie. Esta afectación comienza en el sistema inmunitario, principalmente con un tipo de células blancas presentes en la sangre llamadas linfocitos T. Éstos ayudan a proteger el cuerpo contra infecciones y enfermedades. En esta patología, los linfocitos T se activan indebidamente, desencadenando otras respuestas inmunitarias, lo que produce inflamación y el rápido reemplazo celular de la piel (Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas de la piel, 2009).

Esta enfermedad debuta a cualquier edad, pero al existir antecedentes familiares aparece de forma temprana. Factores ambientales, también favorecen a la aparición de la patología, como traumatismos, diálisis e infecciones (faringitis estreptocócica o virus de inmunodeficiencia humana). Algunos fármacos se atribuyen en la aparición de la psoriasis, como el litio, betabloqueantes, antipalúdicos, interferón, interleucina 2, antidiabéticos orales, la retirada de coricoides sistémicos y antiinflamatorios. En último lugar, se mencionan las situaciones de estrés, como desencadenantes de dicha afectación (Lázaro y Suárez, 2001).

Según la literatura consultada, los picos de incidencia de la patología son de 16-22 años y de 57-60 años, sin diferencia entre un sexo y otro, aunque en las mujeres la enfermedad se desarrolla mucho antes que en los hombres. Se han descrito distintas formas clínicas: La psoriasis vulgar es la forma más frecuente, donde las lesiones son crónicas y se localizan en las superficies extensoras como cuero cabelludo, la piel del abdomen y sacro. La psoriasis en gotas, donde las lesiones son lenticulares o puntiformes en tronco, generalmente en niños y adultos jóvenes, cursando en brotes. La

psoriasis invertida que suele afectar grandes pliegues con predominio del eritema sobre la descamación. La psoriasis palmoplantar cuyo cuadro clínico va desde lesiones puntiformes en la lámina ungueal a onicodistrofia intensa incluso con pérdida ungueal. Y finalmente, la psoriasis pustulosa en donde aparecen lesiones eritomasas confluyentes que pueden evolucionar a eritrodermia, sobre las que surgen brotes sucesivos de pustulosas blanquecina, anulares, agrupadas o dispersas (García *et al.*, 2013).

La psoriasis es una dermatosis de curso crónico que presenta en su evolución algunos factores que inciden en el desarrollo psicosocial de los que la padecen. Algunos factores psicológicos como, la edad de aparición antes de los 40 años, el compromiso en zonas expuestas y la necesidad de cuidados muchas veces permanentes, pueden poner al paciente en la condición de discapacitado social, impactando en su relación de vida, emocional, laboral y económica. Se detecta en más del 5% de los pacientes con psoriasis moderada a severa, una afectación psicológica y una alteración de la calidad de vida importante (Castro *et al.*, 2009).

Los pacientes afectados por esta enfermedad presentan un cambio significativo de su calidad de vida, lo que origina o promueve un porcentaje elevado de los mismos a trastorno de ansiedad y/o depresión. El apoyo familiar y social, los esfuerzos de normalización en la sociedad y los progresos de los tratamientos disponibles, hacen que muchos de los pacientes puedan alcanzar una calidad de vida más aceptable. Cuando la sexualidad se ve afectada, por las lesiones propias en las zonas genitales o por la influencia negativa en la autoestima, la salud psíquica se ve impactada de forma significativa. Los problemas en las relaciones sexuales de personas con psoriasis suele ser importante y requiere un enfoque multidisciplinar, que vaya más allá de los tratamientos, de los síntomas físicos, objetivos y la barrera de tales síntomas (Dobao *et al.*, 2010).

Estudios realizados por Valdivia (2008) y Romagosa y Pérez (2009), señalan que el

estrés emocional exacerba la enfermedad. Plantean la hipótesis de que como consecuencia de traumatismos físicos o emocionales, se libera extraneuralmente, en la piel, un neuropéptido sensitivo (sustancia P), el cual actúa sobre los mastocitos, neutrófilos, linfocitos y macrófagos. Al fijarse a los mastocitos induce a su degranulación, con la liberación de mediadores inflamatorios. De esta forma podría iniciarse el complejo fenómeno inflamatorio-proliferativo que se denomina psoriasis.

En este mismo orden de ideas, Sánchez *et al.* (2003), refieren que los problemas de parejas, financieros, ansiedad o una depresión son de gran importancia en la exacerbación de la psoriasis en un 40% a un 80% de los casos. Los pacientes señalan que sus síntomas están en relación con un estado de tensión que se revela en su actitud ante los demás, hacia sí mismo y hacia el mundo que lo rodea. Todo esto genera patrones de irritación social, rechazo, complejos, mecanismos ineficientes de autorregulación personal que se entrelazan a través de la historia vital de quienes la padecen.

Un estudio realizado en Ecuador, por Solano (2012), analiza los factores de riesgo que influyen en la incidencia de la psoriasis, determinando que el estrés es el principal en el suceso de esta patología, según los intervalos propuestos en la investigación, un 72% de los pacientes manifestaron sufrir de estrés, y un 28% de los usuarios restantes indicaron no sufrir por el mismo. Otro factor importante, que incide en la calidad de vida de estas personas, es precisamente la parte emocional y afectiva, arrojando un 72% de pacientes que indican, que reciben afecto de vez en cuando por sus familiares, un 24%, siempre reciben muestra de afecto y un 2%, nunca han recibido muestra de afecto por parte de familiares y amigos.

De igual manera en México, un estudio realizado por Cortés *et al.* (2010), analiza la relación del índice de severidad de la psoriasis por grado: leve, moderada y grave, con la calificación del índice de calidad de vida dermatológica, establecidos en tres grupos, por medio de encuestas, los hallazgos en el grupo uno fueron: el 8% no refirió afectación en

su calidad de vida; 17% con una calidad de vida poco afectada; un 50% con su vida moderadamente afectada; 17% muy afectada y finalmente, el 8% siente que su calidad de vida esta extremadamente afectada. En el grupo dos, 3% consideró que su calidad de vida no estaba afectada; el 19% la calificaron su calidad de vida como poco afectada; 39% moderadamente afectada; el 36% su vida muy afectada y 3% como extremadamente afectada. En el grupo tres, el 9% describió su calidad de vida como poco afectada; 27% moderadamente afectada; 37% muy afectada y finalmente el 27% con una calidad de vida extremadamente afectada.

En España, Ribera *et al.* (2004), realizaron una investigación donde se identificó, el impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español, manifestó que esta enfermedad dificulta la actividades diarias del sujeto y limita su participación en las actividades sociales, dentro de la familia y la comunidad. Determinaron que el 65% de los pacientes se sentían inseguros y el 43% de la gente los consideraba distintos debido a su enfermedad. El 76% de los encuestados afirmó sufrir ansiedad o estrés provocados por la psoriasis, y en el 36% de los casos, los pacientes requirieron tratamiento psicológico para su malestar emocional. De hecho, el 19% de los pacientes buscó la ayuda de psicólogos o psiquiatras. El 58% de los encuestados afirmó que la psoriasis era también la causa por la cual evitaba hacer actividades físicas.

En el Servicio de Dermatología, ciudad hospitalaria Enrique Tejera, Valencia estado Carabobo, Vivas *et al.* (2014), realizaron un estudio, sobre la calidad de vida en pacientes con psoriasis, donde se pudo observar, que el grupo de edad más frecuente fue de 28 a 39 años con 35,58%, de 16 a 27 un 31,73%, y de 40 a 51 años 24,04%. El sexo que predominó fue el masculino 50,96%, el femenino 49,04%. Las limitaciones para realizar actividades cotidianas: 38,46% poco ha interferido en sus actividades cotidianas, un 28,9% nada ha limitado sus actividades. Uso de prendas de vestir: 27,9% nada ha influenciado su dermatosis, el 25,96% poco ha influenciado su enfermedad a la hora de usar prendas de vestir. Las actividades de ocio: 35,58% se ven poco limitados al realizar sus actividades de ocio y el 25% nada los ha limitado a realizar su ocio. Las

actividades recreativas: 46,15% tienen poca limitación a la hora de recrearse, el 20,19% nada lo limita para realizar sus actividades. Un 50,96% poco grado en cuanto a los problemas con su pareja, familiares o amigos y finalmente, 22,12% nada le ha ocasionado este tipo de problemas.

La psoriasis afecta a las personas de manera diferente, para algunos es una simple molestia, pero para otros tiene efectos negativos en todos los aspectos de su vida diaria, los afectados pueden experimentar incomodidad física e incluso limitar seriamente su movilidad. El dolor y el picor pueden interferir en sus funciones básicas, como el cuidado personal, andar, hacer deporte, dormir, entre otros. Al ser una enfermedad de la piel las reacciones del resto de la gente hacen que a veces los pacientes con esta patología se sientan estigmatizados. Ellos pueden sentir vergüenza, lo que repercute en la confianza que tienen en sí mismos y en su autoestima, esto son algunos de las inspiraciones que dieron inicio a este trabajo de grado.

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varía de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, esta consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. Es por ello que se realizó un estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos, diagnosticados con psoriasis, que asisten a la consulta dermatológica del hospital Dr. Luis Razetti, Barcelona, estado Anzoátegui, con la finalidad de comparar en cuáles de estas etapas, la juventud y adultez, los pacientes sufren mayor grado de afectación a la hora de realizar sus actividades cotidianas, frenando las interacciones familiares, laborales y sociales e incidiendo de forma negativa en su calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL

Estudiar la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos, diagnosticados con psoriasis, que asisten a la consulta de dermatología del hospital Dr. Luis Razetti. Barcelona, estado Anzoátegui.

ESPECÍFICOS

Conocer la calidad de vida en pacientes jóvenes, diagnosticados con psoriasis, que asisten a la consulta de dermatología.

Identificar la calidad de vida de los pacientes adultos estudiados.

Comparar la calidad de vida de las poblaciones estudiadas.

METODOLOGÍA

Muestra poblacional

Se estudió un total de setenta y siete (77) pacientes diagnosticados con psoriasis, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: asistencia a la consulta dermatológica del hospital Dr. Luis Razetti, Barcelona, estado Anzoátegui, ambos sexos, edades comprendidas entre 16 y 60 años, psoriasis controlada y, que desearon participar voluntariamente.

Para la estimación del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N-1) + z p q^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra a estimar (número de pacientes que asisten a la consulta)

Z = Nivel de confianza de la muestra de pacientes

P = Proporción de pacientes con psoriasis que asisten a la consulta.

Q = Proporción de pacientes sin psoriasis que asisten a la consulta.

N = Total de pacientes que asisten a la consulta.

e = error de estimación

Como no hay indicación de la población que posee o no el atributo (Psoriasis) se asume que p= q= 50%

Se define además como nivel de confianza 95% o valor de Z = 1.96 para el cálculo del tamaño de muestra.

El error de estimación será de e = 0.10 o 10%

Luego:
$$n = \frac{(1,96)^2 (250)(0,50)(0,50)}{(0,10)^2 (250-1) + (1,96)(0,50)(0,50)^2}$$

Así, la muestra obtenida es: $n=77$

Normas de bioética

El estudio se llevó a cabo considerando las normas de ética establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los trabajos de investigación en seres humanos y la declaración de Helsinki (Anexo 1), ratificada por la 52^a Asamblea general, Edimburgo, Escocia, en el año 2000 (De Abajo, 2001). Documentos que han ayudado a delinear los principios de ética pertenecientes a la investigación biomédica en seres humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Respetando todos los aspectos éticos con la relación a la pesquisa con seres humanos.

Técnicas y recolección de datos

La finalidad del cuestionario fue determinar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida en dichos pacientes en etapas controladas, tanto en la esfera emocional como en la laboral y social.

La técnica y recolección de datos se realizó mediante un cuestionario modificado del estudio Federation of Psoriasis Associations (EUROPSO, 2004) (Anexo 2).

Se realizó una prueba piloto, en el hospital Dr. Luis Razetti ubicado en Barcelona estado Anzoátegui, se aplicó el cuestionario a un grupo de cinco (5) pacientes que asistieron a la consulta, luego de haberlo acondicionado, fue valorado por expertos quien a su juicio aprobaron el instrumento, asegurando la validación del cuestionario (Anexo 3). Para la confiabilidad del mismo se utilizó el Software SPSS Statistics V22 en período de prueba con un índice de confiabilidad de 0,945 (Anexo 4).

El instrumento adoptó la modalidad de un cuestionario voluntario y anónimo, compuesto por dos (2) partes: La primera sección constituyó 6 preguntas que permitieron conocer los datos generales del paciente: edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, situación

conyugal y número de hijos.

La segunda sección, constó de 14 preguntas con datos específicos, cuyo fin determinó, en qué grado la psoriasis afecta a la vida del paciente, en relación a los aspectos generales de la enfermedad, las esferas psicológica, social, física y tratamiento. En este apartado se evaluó el tiempo que padece la enfermedad, el estrés o ansiedad provocado por la psoriasis, su posible impacto al ir a la playa o piscina y en el vestido del sujeto. Se estudió la satisfacción del paciente con su tratamiento habitual y su predisposición a aceptar y probar nuevos tratamientos. El manejo de la psoriasis por parte del enfermo y de su relación con su médico y con su entorno social.

Cada pregunta correspondió una variable que aportó un peso específico en la valoración total de la calidad de vida del paciente, varias de las preguntas tenían respuestas dicotómicas, y otras más complejas como leve, moderada, grave, no sabe, muy limitada, poco limitada, nada limitada y finalmente respuestas como, contento, muy contento, descontento y muy descontento. Se midió cualitativamente la calidad de vida de los pacientes jóvenes y adultos diagnosticado con psoriasis (afectada, poco afectada, no afectada) después de la aplicación de las encuestas, a partir de los porcentajes obtenidos 25%-45% calidad de vida no afectada, 46%-64% calidad de vida poco afectada y de 65%-100% calidad de vida afectada).

Análisis estadístico

Una vez recolectada la información, se aplicó el Software SPSS Statistics V22 para calcular las frecuencias absolutas y porcentuales, luego se calculó cualitativamente la afectación de la calidad de vida y finalmente se utilizó el test estadístico T-student, para comparar ambas poblaciones. Los resultados se tabularon y fueron presentados en tablas y figuras con la finalidad de observar el comportamiento de la variable, dimensión, indicador e ítems.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los últimos tiempos la dermatología ha hecho un énfasis creciente en evaluar y analizar la calidad de vida, como una medida objetiva importante del resultado terapéutico. Esta tendencia provoca un acercamiento cada vez más comprensivo hacia un diagnóstico integral, considerando la importancia del impacto psicosocial y ocupacional de los desórdenes de la piel, ya que en muchos de los casos, los pacientes tienden a acentuar más estos acontecimientos que los parámetros puramente físicos. Sin embargo, esto dependerá de la capacidad general de cada paciente de hacer frente a circunstancias adversas, siendo estas características subyacentes de la personalidad de cada individuo.

En las patologías de la piel no es preciso que se presenten con severidad para que produzcan secuelas psicosociales importantes, ya que la salud es un componente fundamental de la calidad de vida, y ésta se conceptualiza de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectiva que varía de persona a persona y consiste en una sensación de sentirse bien, por lo que cuando la enfermedad se presenta con sintomatología severa se deteriora el bienestar en sus distintos ámbitos. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación.

La tabla 1, muestra la distribución absoluta y porcentual en relación a los datos sociodemográficos de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis. Con respecto a los jóvenes, el género más resaltante fue el femenino con 76,9%, el grado de instrucción fue la educación secundaria con 61,5%, la ocupación fue estudiantes con 76,9%, la situación conyugal fue los solteros con el 100% y sin hijos un 92,3%. En relación a la población adultos, el género más destacado fue el masculino con 56,2%, el grado de instrucción fue bachilleres con 60,9%, la ocupación fue empleados con 35,9%, la situación conyugal fue los solteros con 46,9% y en el número de hijos predominó de 1-2 hijos con 40,6%.

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual en relación a los datos sociodemográficos de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

Datos generales		Jóvenes		Adultos	
		F	%	F	%
Sexo	Masculino	3	23,1	36	56,2
	Femenino	10	76,9	28	43,8
Grado de instrucción	Primaria completa	4	30,8	4	6,3
	Bachiller	8	61,5	39	60,9
	Superior universitario	1	7,7	21	32,8
Ocupación	Estudiante	10	76,9	14	21,9
	Ama de casa			10	15,6
	Empleado	3	23,1	23	35,9
	Desempleado			1	1,6
	Independiente			16	25
Situación conyugal	Soltero	13	100	30	46,9
	Casado			28	43,8
	Divorciado			2	3,1
	Viudo			1	1,6
N° de hijos	Concubinatio			3	4,6
	1-2	1	7,7	26	40,6
	3-4			20	31,3
	5-6			1	1,6
	7-8			2	3,1
	Ninguno	12	92,3	15	23,4

F= frecuencia - %= porcentaje.

En relación al sexo, las mujeres jóvenes contaron con mayor disposición para hablar sobre su enfermedad de forma clara y abierta, a diferencia de los hombres de la misma edad, quienes no les gustan enfrentar conversaciones de este tipo por carecer de la madurez necesaria para ello. Resultados similares obtuvieron Acosta *et al.* (2009), Hernández *et al.* (2008) y Briones y Loo (2011), quienes en sus diferentes estudios utilizando población joven, demostraron que el sexo que predominó fue el femenino con 52%, 65,4% y 54% respectivamente. Con respecto a la población adulta, se observó el efecto contrario, es decir los hombres presentaron mayor disposición para participar en

el estudio y las mujeres alegaban que no tenían tiempo. Hallazgos similares encontraron Ortega (2009), Vivas *et al.* (2011) y Hernández *et al.* (2015), en cuyas investigaciones, el sexo predominante fue el masculino con 51%, 51% y 64% respectivamente.

De acuerdo al grado de instrucción, en ambas poblaciones, los bachilleres resultaron con la disposición a responder el instrumento por lo que se contó con encuestados alfabetizados y con estudios. Se evidencia resultados semejantes a los obtenidos en los estudios de Delgado *et al.* (2003) y de Hernández *et al.* (2015), en donde la educación secundaria representó el 43% y 51,7% respectivamente.

En cuanto a la ocupación, en ambas poblaciones, se contó con encuestados que de forma cotidiana deben socializar en su entorno, ya sea para ir a estudiar o trabajar. Resultados parecidos obtuvo Hernández *et al.* (2008), quien en su investigación manifestó que los estudiantes son mayoría con el 50,5% de la muestra, seguido de los pacientes que desempeñaban alguna actividad laboral con 37,6%. En la población adulta, resultados similares obtuvieron Cabarillas (2014) y Pasquel (2014), quienes señalan que los empleados representan el mayor porcentaje con 76% y 60% respectivamente.

Referente a la situación conyugal, en ambas poblaciones, se contó con encuestados sin pareja. Resultados semejantes reveló en su investigación Valencia (2012), en donde prevaleció los pacientes solteros con un 47,8%.

Finalmente, en relación al número de hijos, la población joven no tiene a diferencia de la adulta, lo que nos indicó que ambas poblaciones asumen sus etapas y roles de la vida. Resultados parecidos en población adulta encontró Ribera *et al.* (2004) en su trabajo de investigación, donde los pacientes que tenían hijos representó el 70,9%. Es importante señalar que si uno de los padres presenta psoriasis, existe la probabilidad de que un 8% a 14% de los hijos lo padezca, sin embargo si los dos padres están afectados por la patología, la media sube hasta un 40%, Solano (2012).

La figura 1, muestra la distribución porcentual en relación a la dimensión aspectos

generales de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis, observando que en ambas poblaciones el mayor porcentaje tienen de 1 a 4 años padeciendo la patología, los jóvenes con 69,2% y los adultos con 32,8%; calificaron la gravedad de su psoriasis moderada, los jóvenes con 53,8% y los adultos con 50%; y la afectación según su médico la calificaron como grave, en el caso de los jóvenes con 61,5% y como moderada en el caso de los adultos con 48,4%.

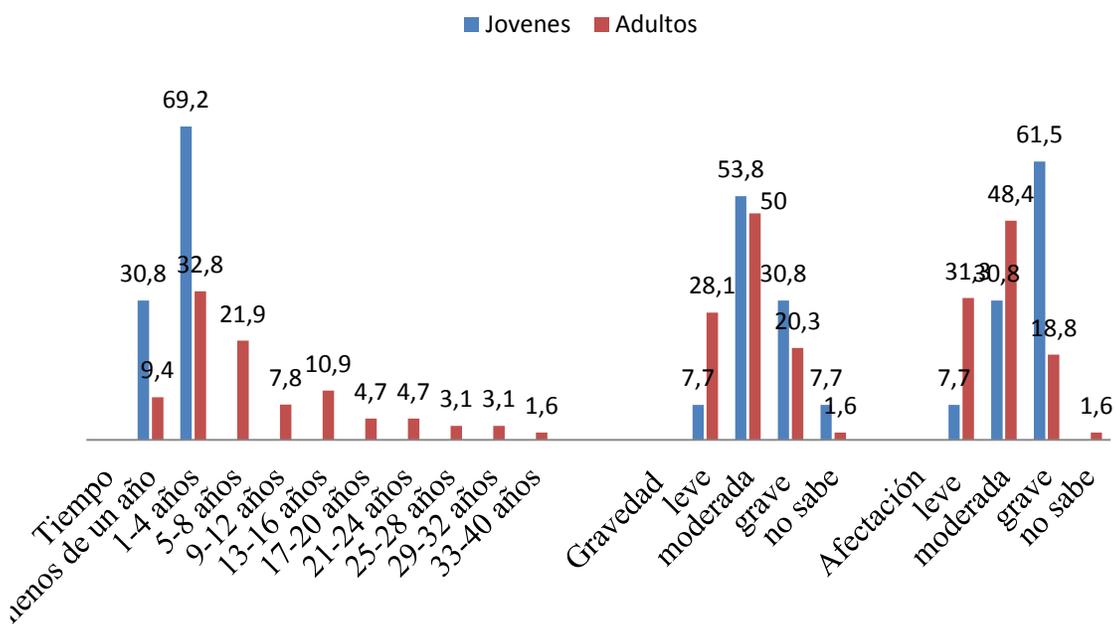


Figura 1. Distribución porcentual en relación a la dimensión aspectos generales de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

Con respecto al tiempo de la enfermedad, el mayor porcentaje en ambas poblaciones se obtuvo de 1 a 4 años con psoriasis. Resultados similares obtuvo Gutiérrez (2001) en su estudio, donde el mayor porcentaje de su población, 77,7%, tiene de 0 - 10 años padeciendo de psoriasis. Al igual que la investigación de Cortés *et al.* (2010), donde los pacientes tenían de 0 a 9 años diagnosticados con la enfermedad, con un 43%.

En relación a la gravedad de la psoriasis, ambas poblaciones la calificaron como moderada, resultado similar al obtenido por Ribera *et al.* (2004) en su estudio, donde su

población consideró moderada su psoriasis con 59,9%.

Con respecto a cómo considera su médico la afectación psoriasica, sólo la población adulta resultó coincidir con su especialista, lo que pudiera indicar que son ellos los que verdaderamente comprenden la magnitud de su enfermedad. Sin embargo, en la población joven no hubo concordancia en las respuestas con su especialista, esto puede deberse ya que muchas veces ellos no tienen la suficiente madurez para asumir la gravedad de la enfermedad, sienten inseguridad, vergüenza y desconfianza, ya que la psoriasis es visible y puede afectar la propia percepción del afectado. Es importante señalar que el médico valora la intensidad en función de su extensión, sus características clínicas y sus posibles afectaciones articulares, mientras que el enfermo, la gravedad va asociada fundamentalmente al aspecto estético y a la repercusión que ejerce en su calidad de vida, estas opiniones fueron propias de los pacientes y su especialista.

La figura 2, refleja la distribución porcentual en relación a la dimensión psicológica de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis, observando que existe similitud entre sus respuestas. Se han sentido inseguros, los jóvenes con 69,2% y los adultos con 67,2%, la patología les ha hecho sentir ansiedad o estrés, a los jóvenes con 84,6% y a los adultos con 81,3%, y la mayoría no buscaron ayuda mediante otros especialistas, los jóvenes con 84,6% y los adultos con 70,3%.

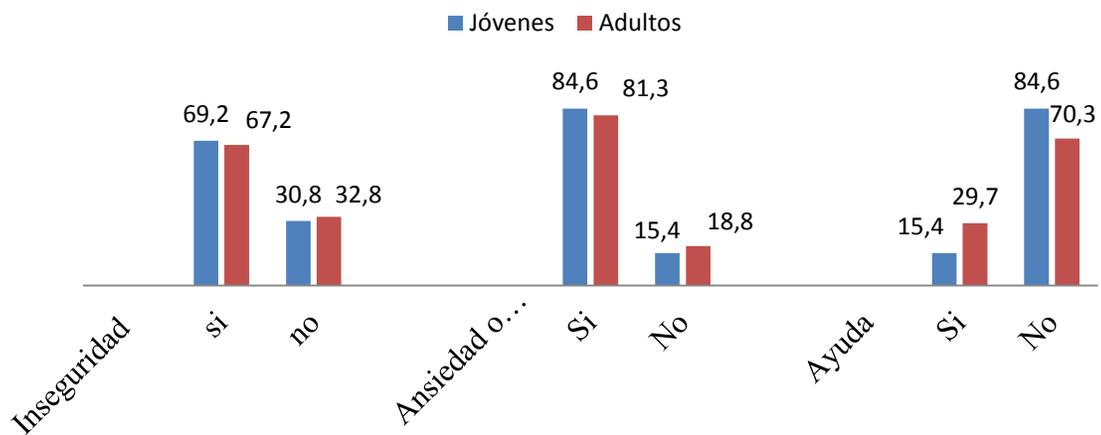


Figura 2. Distribución porcentual en relación a la dimensión psicológica de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

En relación a la inseguridad, ambas poblaciones manifestaron sentirla por su patología, esto quizás se deba a que la psoriasis es probablemente la enfermedad cutánea que genera más incomodidad, por el hecho de ser visible. Resultados parecidos obtuvo Ribera *et al.* (2004) en su investigación en donde los pacientes opinaron que la psoriasis les hacía sentir inseguros con 65%. De igual forma, Pibernart *et al.* (2004), señala que los pacientes consideraron que la enfermedad les hacía sentir inseguridad con 65%.

Con respecto a la ansiedad o estrés, ambas poblaciones la padecieron esto quizás se deba a que, toda situación que afecten el sistema nervioso y el sistema inmunitario se pueden catalogar como factores desencadenantes de la psoriasis. Cuando el estrés está fuera de control se expresa a través de piel, los especialistas incluyen la administración de ansiolíticos. Muchas veces el apoyo emocional (psicoterapia) también reclama su espacio.

Las lesiones cutáneas se manifiestan solamente cuando el individuo está en estado de estrés permanente o en un cuadro depresivo, y el apoyo terapéutico puede significar una gran mejoría en cuanto a calidad de vida. Resultados similares a los obtenidos son los de Pibernart *et al.* (2004), Solano (2012) y Hernández *et al.* (2015) quienes refieren en sus distintas investigaciones, que sus pacientes presentaron ansiedad y estrés 75%, 72% y 55%, respectivamente. Finalmente, Valencia (2012) manifiesta en su investigación que la ansiedad y el estrés son causas agravantes o desencadenantes para la psoriasis.

En este mismo orden de ideas, ambas poblaciones no buscaron ayuda con otros especialistas, confiaban en su dermatólogo y manifestaron sentir que estos eran capaces de actuar ante su situación, brindándoles atención y cuidados correctos para la mejora de su patología. Resultados parecidos se evidencian en el estudio de Sánchez *et al.* (2003), donde señalan que el 70,5% de los pacientes consideraron que visitar a un psiquiatra o psicólogo no les ayudaría a mejorar su enfermedad cutánea. Por su parte, Ribera *et al.* (2004), en su investigación indica que su población declaró, en un 81%, que no le había hecho falta buscar otro expertos. Finalmente, Pibernart *et al.* (2004) y la

Asociación Psoriasis (2014) manifiestan que el mayor porcentaje de los pacientes solo acuden a su dermatólogo.

En la figura 3, se muestra la distribución porcentual en relación a la dimensión social de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis, se observa que las respuestas en ambas poblaciones son parecidas. Su forma de vestir se encontró muy limitada, los jóvenes con el 61,5% y los adultos con el 39,1%, sintieron incomodidad al ir a la playa o piscinas, los jóvenes con 76,9% y los adultos con 67,2%, sus relaciones sociales no se vieron afectadas por su condición médica, los jóvenes con 69,2% y los adultos con 59,4%, sintieron que las demás personas lo ven distintos por su enfermedad, los jóvenes con 84,6% y los adultos con 53,1%, sin embargo no le han pedido abandonar un lugar o sitio publico debido a su psoriasis, a los jóvenes con el 100% y los adultos con el 93,8%.

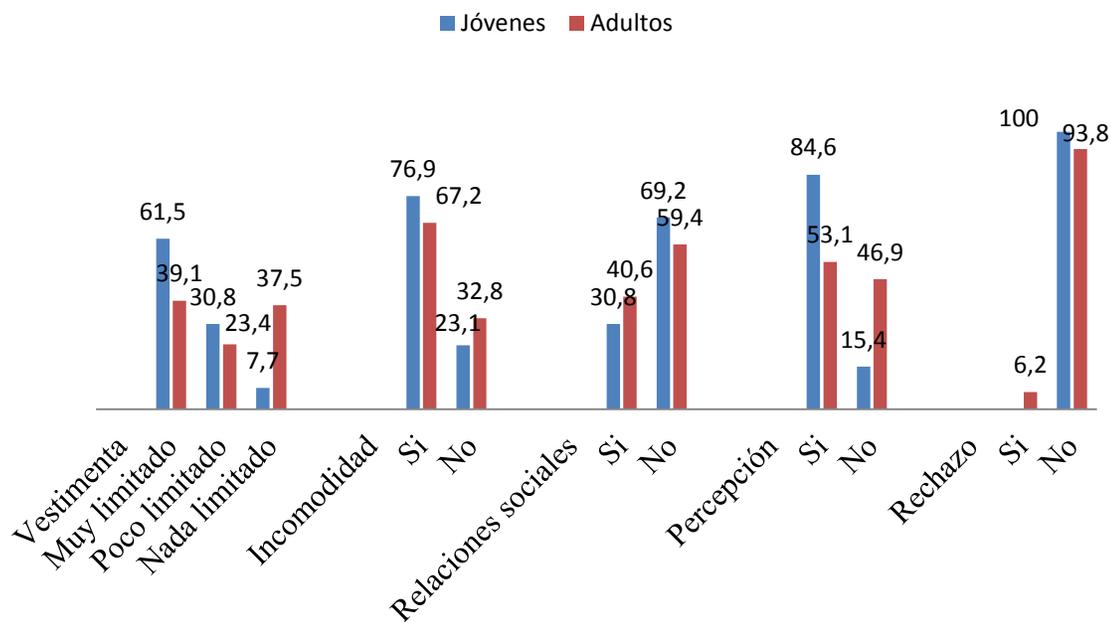


Figura 3. Distribución porcentual en relación a la dimensión social de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

Con respecto a la vestimenta, más limitados resultan los jóvenes que los adultos, ya que los primeros por cuestión de moda les resulta difícil lucir ciertas ropas. Resultados

similares fueron obtenidos por Vivas *et al.* (2011), en su investigación se ven limitados por su dermatosis un 27,9% de los pacientes. Asimismo, la federación europea de asociación de pacientes con psoriasis (EUROPSO) señala en su encuesta, que el mayor impacto en este tipo de enfermos se evidencia en las actividades de la vida diaria, especialmente a la hora de elegir la ropa.

En relación a la hora de ir a la playa o piscina, ambas poblaciones reflejaron sentir incomodidad para disfrutar de dichos ambientes. Resultados parecidos se evidencian en el estudio realizado por Ribera *et al.* (2004), reportando que los pacientes estuvieron de acuerdo, que era incomodo ir a la playa o piscina ya que son lugares donde su enfermedad tiene mayor visibilidad, con un 40%. De igual forma, la sociedad Argentina de dermatología en el (2010) en su encuesta, refleja que el 50% de los enfermos habían evitado ir a dichos lugares recreativos.

En este mismo orden de ideas, en ambas poblaciones no se vieron afectadas las relaciones sociales con las personas más cercanas que le rodean en este entorno por su condición médica, sin embargo se les dificultó hacer nuevas amistades. A medida que se desarrolla o evoluciona la enfermedad ocurre un proceso de adecuación con la misma. Sin embargo, las condiciones de la piel son elementos relevantes en la autoimagen, la autoestima y las relaciones sociales, llegando incluso a ser activadora de los procesos de categorización social. Resultados similares obtuvo Delgado *et al.* (2003) mostrando un 60% de los pacientes con buenas condiciones en la esfera social.

Al respecto de la percepción, es decir, si los pacientes consideraban que las demás personas lo ven distinto por su patología, ambas poblaciones tuvieron esa apreciación, sin embargo son los jóvenes los que reflejan mayores porcentajes, esto puede deberse quizá a reacciones propias del grupo etario y se sienten un poco marginados, ya que muchos piensan que se trata de una enfermedad contagiosa. Además del desconocimiento de la población muchos se aíslan porque se avergüenzan de la apariencia de su piel. Resultados similares obtuvo Ribera *et al.* (2004) en su

investigación, donde el 43% de los pacientes consideraron que las demás personas los veían distintos por su patología.

Referente al rechazo, es decir, si se le había pedido abandonar o entrar a un lugar público, ambas poblaciones indicaron que no les había sucedido. Esto quizás se deba a que los espacios públicos son el escenario de la interacción social cotidiana, cumplen funciones materiales y tangibles, además son el soporte físico de las actividades, cuyo fin es satisfacer las necesidades urbanas y colectivas que trascienden los límites de los intereses individuales. Resultados semejantes obtuvo Ribera *et al* (2004) y Costanzi (2009) en sus trabajos de investigación, donde los pacientes manifestaron no verse afectados en este aspecto con el 93% y 65%, respectivamente.

La figura 4, muestra la distribución porcentual en relación a la dimensión física de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis, y se puede observar que la población joven manifestó que su enfermedad no los limitaba a realizar algún deporte con el 100%, a diferencia de la población adulta que indicó que la psoriasis si les daba motivo para no realizar actividades físicas con el 54,7%.

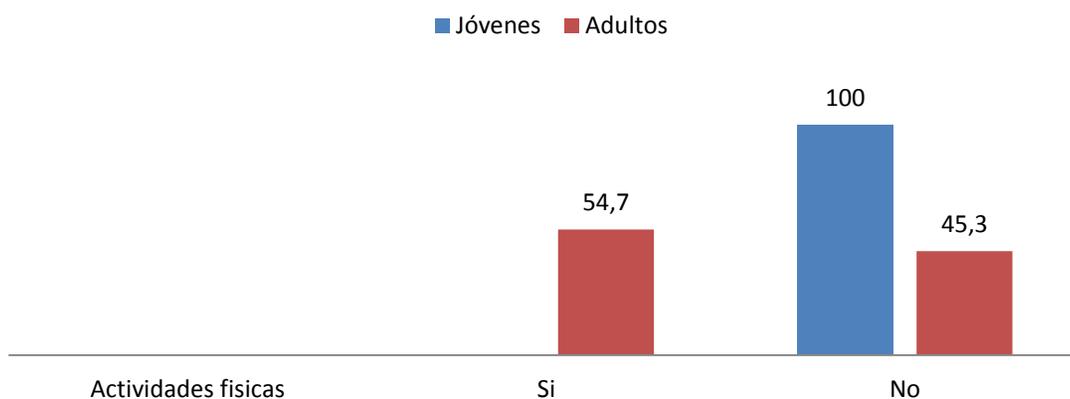


Figura 4. Distribución porcentual en relación a la dimensión física de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

La población joven, a pesar de todas las dificultades, les gusta ejercitarse, por lo que

siguiendo las pautas de los especialistas, con un entrenamiento adecuado y personalizado, consiguen realizar deportes y sentirse activos. Sin embargo, la población adulta se ve afectada, indicaron que sentían temor que debido a la sudoración podía afectar sus escamas agravando la enfermedad o simplemente por temor a cualquier cambio físico, por lo que preferían no ejercitarse, por lo que poseen un nivel de sedentarismo medio. Resultados parecidos obtuvo Costanzi (2009) en su investigación, donde los pacientes jóvenes manifestaron que la psoriasis no dificultaba la realización de deportes con un 100%. De igual forma, la acción psoriasis (2014) en su estudio reflejó que 62% de la muestra no evitó realizar actividad deportiva. Finalmente, la sociedad Argentina de dermatología (2010) en su encuesta señaló, que el 88% de la población no dejó de realizar dichas actividades.

La figura 5, muestra la distribución porcentual en relación a la dimensión tratamiento de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis, y se puede observar que los jóvenes probaron tratamientos complementarios o no médicos con 84,6%, a diferencia de los adultos que no lo experimentaron. Ambas poblaciones consideraron que estaban contentos con su tratamiento habitual, los jóvenes con 69,2% y los adultos con 56,3%.

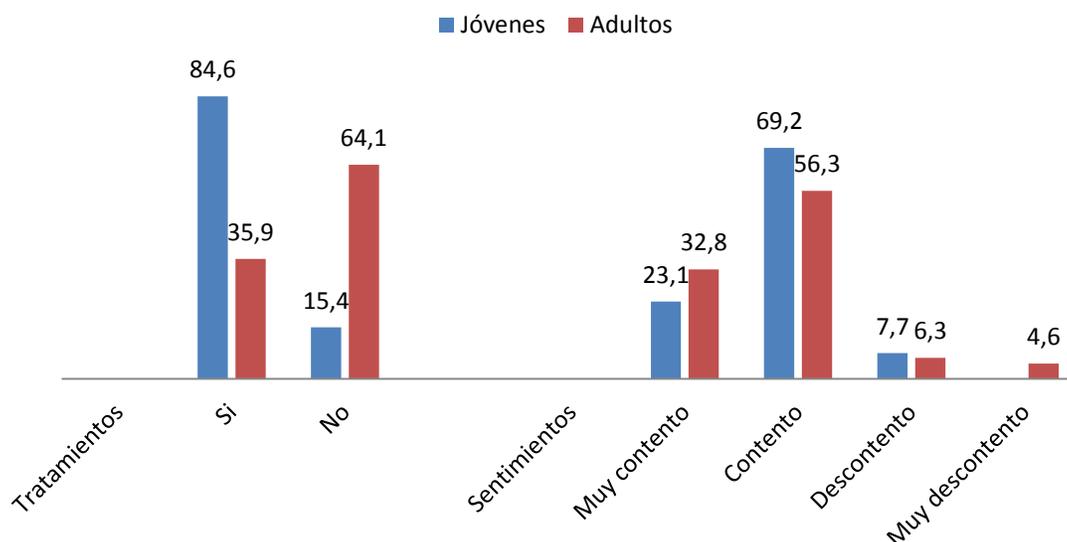


Figura 5. Distribución porcentual en relación a la dimensión tratamiento de los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis.

Es importante destacar que existe una discrepancia en las respuestas de la población joven, en relación a tratamientos complementarios y ayuda con otros especialistas, ya que manifestaron, inicialmente, que no han buscado ayuda con otros especialistas, sin embargo, ahora refieren haber probado tratamientos complementarios o no médicos. Esto puede deberse quizá a que los jóvenes se sienten cohibidos para dar respuesta a la encuesta. Referente al tratamiento habitual ambas población estuvieron de acuerdo, al igual Daudén *et al.* (2013) y Presedo *et al.* (2013), en sus investigaciones, las poblaciones expresaron estar satisfechos con su tratamiento habitual con el 47% y 86% respectivamente.

En la tabla 2, se muestran los resultados obtenidos de la calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis, y se observa que existen diferencias en este aspecto. La población joven presentó una calidad de vida afectada en los aspectos generales y en lo social, con un 65% y 70% respectivamente, calidad de vida poco afectada en relación a lo psicológico y tratamiento, con un 54% y 55% respectivamente, y finalmente calidad de vida no afectada en lo físico con un 20%. En relación a la población adulta, se observó una calidad de vida afectada en la dimensión física con un 80%, calidad de vida poco afectada en relación a lo psicológico con un 46%, y finalmente calidad de vida no afectada en lo restante, es decir, 35% aspectos generales, 30% social y 45% tratamiento.

Tabla 2. Calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis.

DIMENSIONES	CALIDAD DE VIDA AFECTADA (%)	CALIDAD DE VIDA POCO AFECTADA (%)	CALIDAD DE VIDA NO AFECTADA (%)
	Aspectos generales	Jóvenes (65%)	
Psicológica		Jóvenes (54%) Adultos (46%)	
Social	Jóvenes (70%)		Adultos (30%)
Física	Adultos (80%)		Jóvenes (20%)
Tratamiento		Jóvenes (55%)	Adultos (45%)

La población joven se observó más afectada en las diferentes dimensiones, esto quizás se deba a que esta enfermedad representa un duro golpe a su autoestima. La psoriasis puede resultar especialmente difícil al principio de la adolescencia, que es un período de cambios físicos y psicológicos, en que la inseguridad emocional alcanza cuotas máximas. Atrapados entre el deseo de independizarse y el temor al abandono, los jóvenes experimentan la menor imperfección física como un menoscabo de su autoestima afectando gravemente su calidad de vida sobre todo en lo social y psicológico. Resultados parecidos se encontraron en la investigación de Cortés *et al.* (2010), Daudén *et al.* (2013) y Puchades (2015) en donde la calidad de vida más afectada fue en esta misma población con un 68%, 100% y 100% respectivamente.

Se denota que en la población adulta es menor la afectación en la mayoría de las dimensiones, sólo se limitan a ejercicios físicos. Esto puede deberse quizá a que las personas adultas tienen un grado de madurez mayor, por lo que aprenden a convivir con la enfermedad, afectado su calidad de vida con menor intensidad, sin embargo, el hecho de que el padecimiento sea visto como algo habitual no significa que su vida no sufra menoscabos.

A todo esto, se le añade los falsos mitos que hay en la sociedad, por ejemplo, se cree, por error, que la psoriasis es contagiosa, esto hace que muchas veces la persona afectada sea testigo de comentarios desconsiderados al respecto lo que los afectó en gran medida. Resultados parecidos encontró Acosta *et al.* (2009), Ortega (2009), Vivas *et al.* (2014) y Hernández (2015) en donde la calidad de vida tuvo poca afectación en adultos con 49%, 42%, 76% y 51% respectivamente.

En la tabla 3, se evidencian los resultados de la comparación de la calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis, e indican que se rechaza la hipótesis nula con el 95% de confianza, ya que la probabilidad estadística es <0.5 , donde se puede asumir que las varianzas entre la población joven y la adulta presentan diferencias estadísticamente significativas.

En la dimensión aspectos generales solo se presentó diferencias relevantes en el tiempo padeciendo la enfermedad ($t= -6,070$, $p<0,5$), esto quizás se deba a la diferencias de edades de ambas poblaciones.

En lo psicológico, sólo en el ítem ayuda con otros especialistas indicó que hubo una discrepancia marcada ($t= 1,202$, $p<0,5$), esto puede deberse a que los jóvenes son un poco inmaduro e inseguros y se dejan llevar por comentarios de terceros, así como también la mayoría son menores de edad y se deben llevar por las decisiones que tomen sus padres, a diferencias de los adultos que siguen su instinto y confían plenamente en su especialista.

En relación a lo social, en todos los ítems se observó diferencias significativas. En la vestimenta ($t= -2,446$, $p<0,5$), quizás se deba a que los jóvenes por cuestión de moda les resulta difícil lucir ciertas ropas, sin embargo los adultos, tienden a adaptarse y usan vestimentas acordes con el periodo de su patología. A la hora de ir a la playa o piscina ($t= -0,720$, $p<0,5$) hay mayor afectación en la población joven, esto puede deberse a que son los lugares donde la enfermedad tienen mayor visibilidad y se sienten expuestos y señalados. Al relacionarse socialmente ($t= 0,675$, $p<0,5$), aunque ambas poblaciones se desenvuelvan hay diferencias entre una población y otra, esto puede deberse a que las condiciones de la piel son elementos relevantes en la imagen, autoestima, llegando incluso a ser activadores de procesos de categorización social. Al respecto de cómo sentían que las demás personas los veían ($t= -2,588$, $p<0,5$), también destacaron diferencias estadísticamente significativas, esto puede deberse a que la sociedad muchas veces discrimina a los demás por tener diferencias en su aspecto, lo que influyen en ellos, sintiéndose marginando, existiendo mayor afectación en la población joven. Referente a si se les había pedido abandonar o entrar a un lugar público ($t= 2,049$, $p<0,5$), fueron los adultos más aquejados, esto quizás se deba a que la propia sociedad con su comportamiento hacen de sitios públicos o privados un lugar más limitado al acceso por capricho más no porque jurídicamente este previsto.

En el aspecto físico, se evidencia diferencias significativas ($t= 8,720$, $p<0,5$), viéndose afectados los adultos, esto quizá puede deberse a que sienten temor que debido a la sudoración puedan afectar sus escamas agravando la enfermedad o simplemente por temor a cualquier cambio físico, por lo que prefieren no ejercitarse.

En la dimensión tratamiento, en ambos ítems hubo diferencias estadísticamente significativas. Los jóvenes han probado tratamientos complementarios a diferencia de los adultos ($t= -4,042$, $p<0,5$), esto quizás se deba a que los mismos se ven influenciado por terceros y por las decisiones de sus padres. En relación a los sentimientos hacia su tratamiento habitual ($t= 0,100$, $p<0,5$), los adultos se sienten además de muy contento, contento y descontento, muy descontentos en contraste con los jóvenes, esto quizá se deba a que esta patología no tiene cura definitiva y se debe tener siempre en cuenta la toxicidad de los fármacos ya que previsiblemente lo necesitará a lo largo de toda su vida.

Tabla 3. Comparación de la calidad de vida de pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis.

DIMENSIONES	POBLACIONES		T DE STUDENT		
	JÓVENES (N°13)	ADULTOS (N°64)	T	P	
	MEDIA				
Aspectos generales	Tiempo con psoriasis	1,69	3,58	-6,070	<0.5
	Gravedad	2,38	1,95	1,897	>0.5
	Afectación psoriasica	2,54	1,91	2,822	>0.5
	Inseguridad	1,31	1,33	-0,142	>0.5
	Ansiedad o estrés	1,15	1,19	-0,283	>0.5
Psicológica	Ayuda con otros especialistas	1,85	1,70	1,202	<0.5
	Vestimenta limitada	1,46	1,98	-2,446	<0.5
	Playa o piscina	1,23	1,33	-0,720	<0.5
	Relaciones sociales	1,69	1,59	0,675	<0.5
Social	Percepción	1,15	1,47	-2,588	<0.5
	Restricción	2,00	1,94	2,049	<0.5
Física	Actividad física	2,00	1,45	8,720	<0.5
Tratamiento	Complementos	1,15	1,64	-4,042	<0.5
	Sentimientos	1,85	1,83	0,100	<0.5

P= Significancia en términos de probabilidad, T= Se utiliza para determinar si hay diferencias significativas entre dos grupos de medias.

CONCLUSIONES

En base a los resultados encontrados se concluye que la calidad de vida de los pacientes jóvenes se observó mayormente afectada en el ámbito social seguido del aspecto psicológico, debido a que se encuentran en una de las etapas de la vida en donde su físico influye directamente en su autoestima y desenvolvimiento social.

La calidad de vida de los pacientes adultos se observó afectada sólo en relación a las actividades físicas, ya que por el tiempo de padecimiento de la enfermedad conocen las limitaciones y esto le permite sobre llevar la patología de mejor manera.

Se comprobó que en los pacientes jóvenes el impacto de la psoriasis es mayor por lo que presentan una calidad de vida más afectada en comparación con los adultos.

RECOMENDACIONES

Para el manejo integral de los pacientes con psoriasis, especialmente la población joven y su familia, además del dermatólogo, deben intervenir enfermeros, profesionales en las áreas de trabajo social, psicólogos y terapistas con la finalidad de formar un grupo de trabajo multidisciplinario que los asista y los oriente a tratar las conductas de aislamiento, tristeza, ira o ansiedad.

Con la finalidad de integrar a los jóvenes y promover cambios favorables a mejorar su calidad de vida, se debe crear un grupo de apoyo conformado por profesionales especialistas y por adultos con el mismo padecimiento, esto para que sean ellos el mejor testimonio que se puede aprender a vivir con psoriasis.

Los profesionales de enfermería deben seguir investigando sobre esta patología, para aportar evidencias y conocimientos que ayuden a desarrollar nuevos modelos de intervención, y así satisfacer las necesidades de los pacientes que padecen psoriasis.

BIBLIOGRAFÍA

Acción psoriasis. 2014. Análisis del impacto físico, emocional y sociosanitario de la psoriasis. Buenos Aires, Argentina.

Acosta, D.; Trujillo, I. y Toledo, M. 2009. Calidad de vida actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico Habana- Cuba enero- junio 2008. *Revista dermatología peruana*, 19 (01): 44-47.

Briones, J. y Loor, R. 2011. Determinar las causas que ocasionan la psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del área de salud N.2 aplicando un tratamiento oportuno que mejore las complicaciones agudas y crónicas y la calidad de vida aplicando medidas de prevención durante el periodo comprendido de mayo del 2010, de abril del 2011. Trabajo de grado. Universidad Laica “Eloy Alfaro” De Manatí, Ecuador.

Cabarillas, J. 2014. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes psoríasis que acuden al hospital central de aeronáutica: Lima, junio – noviembre 2011. Trabajo de grado. Universidad nacional mayor de san marcos. Lima, Perú.

Castro, C.; Cueto, J.; Danielo, C.; Gómez, M.; Hidalgo, I.; Luna, C.; Magariños, G.; Raimundo, N. y Woscoff, A. 2009. Consenso Nacional de Psoriasis. *Revista guías de Tratamiento*, 09: 04-06.

Cortés, C.; Castro, J.; Fierro, E. y Ojeda, C. 2010. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. *Revista dermatología revista mexicana*, 54 (3):125-132.

Costanzi, F. 2009. Las tesis de Belgrano. Facultad de ciencias exactas y naturales. Trabajo de pregrado. Universidad de Belgrado. Buenos Aires, Argentina.

Daudén, E.; Herrera, L.; Sánchez, J.; Toribio, J. y Perulero, N. 2013. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. Estudio PSO-LIFE. *Revista actas dermosifiliogra*, 104 (8): 685 – 693.

De Abajo. F. 2001. La declaración de Helsinki VI. *Revista española de salud pública*, 75:407 – 420.

Delgado, M.; Quincha, M. y Méndez, M. 2003. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test sf-36v2 en pacientes de la fundación de psoriasis. *Revista Dermatología peruana*, 13 (3): 173 -174.

Dobao, P.; Moreno, A. y Guerra, A. 2010. Sexualidad y Psoriasis. ¿Amistades

- peligrosas?. *Revista más dermatología*, 1 (12):4-13.
- Federation of european psoriasis associations (EUROPSO). 2004. Cuestionario sobre la calidad de vida del paciente con psoriasis. Europa.
- García, A.; Martínez, L.; Menéndez, F.; Barrero, D.; Mejía, M. y Barreira, D. 2013. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Revista sescam*, 14 (1): 02 - 04.
- Gutiérrez, Z. 2001. Evaluación del índice de severidad y área de psoriasis (PASI), en 157 pacientes del club de psoriasis del servicio de dermatología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. *Revista dermatología peruana*. 13 (3): 185 – 8.
- Hernández, E.; Hernández, B.; Ruiz, A. y Betancor, V. 2008. Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de estabilidad de la calidad de vida. *Revista psicothema*, 20 (2): 273-278.
- Hernández, M. 2015. Impacto de la calidad de vida de los pacientes psoríasis de consultas externas del hospital militar Gómez Ulla de Madrid. Trabajo de grado. Universidad Cardenal Herrera- CEU. Valencia, España.
- Instituto nacional de artritis y enfermedades musculoesqueléticas y de la piel. 2009. Qué es la psoriasis. Madrid, España.
- Lázaro, P. y Suárez, R. 2001. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Revista Información terapéutico del sistema nacional de la salud*, 25 (4): 105-106.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. Bioética, pautas éticas de investigación en sujetos humanos. Publicación Científica. OPS-OMS, 01:15-50.
- Ortega, A. 2009. Características familiares y calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de dermatología del hospital general regional 220, Toluca – México, 2013. Trabajo de grado. Universidad autónoma del estado de México. Toluca, México.
- Pasquel, A. 2014. Características epidemiológicas de la psoriasis. Servicio de consulta externa de dermatología hospital Dr. Luis Vernazd 2000 – 2010. Trabajo de pregrado. Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
- Presedo, J; Zazatti, F; Punzalan, J; Schenkel. y Aldunate, L. 2013. Carga de enfermedad y terapéutica elegida en pacientes con psoriasis en placas moderada a severa en tres centros urbanos de salud. *Revista archivo argentino de dermatología*, 63 (5): 173 – 179.
- Pibernat, M.; Caballe, G.; Fernández, N.; Fuente, M. y Ferrándiz, C. 2004. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español servicio de dermatología Hospital universitari Gernamans Trias i Pujol. *Revista piel*, 19 (5): 2 – 15.

Puchades, A. 2015. Calidad de vida en pacientes con psoriasis. Trabajo de grado. Universidad de Valencia. Valencia, España.

Ribera, M.; Caballe, G.; Fernández, C.; Fuente, M. y Ferrándiz, C. 2004. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida de paciente español. *Revista piel*, 19 (5):02-03.

Rodríguez, M.; Chamizo, M.; Lister, S.; Méndez, L. y Treto, M. 2007. Estudio de los estados psíquicos patológicos de los pacientes con psoriasis. Trabajo de pregrado. Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruíz De Zárate Ruíz. Habana, Cuba.

Romagosa, M. y Pérez, M. 2009. Elementos más importantes en la patología de la psoriasis. *Revista Medisan*, 13 (3): 05-06.

Sánchez, M.; Ojeda, R.; Umbert, I.; Umbert, P.; Lupo, W. y Fernández, S. 2003. El impacto Psicosocial de la Psoriasis. *Revista actas dermosifiliogra*, 94 (1):11-06.

Sociedad Argentina de Dermatología. 2010. Consejo nacional de psoriasis guías de tratamiento. Buenos aires, Argentina.

Solano, D. 2012. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de psoriasis en los habitantes del Cantón Santa Elena. 2011- 2012. Escuela de Ciencias de la Salud. Trabajo de pregrado. Universidad estatal península de Santa Elena. Ecuador.

Valdivia, L. 2008. Patología de la psoriasis. *Revista dermatología peruana*, 18 (4): 340-345.

Valencia, M. 2012. Trastorno de ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes adultos con dermatitis atópica del centro de la piel (CEPI) en la ciudad de Quito – Ecuador noviembre 2011. Trabajo de grado. Pontificia Universidad católica del Ecuador.

Vivas, S.; Lizama, D.; Nizar, R.; Rivas, D. y Figueredo, F. 2011. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. *Revista comunidad y salud*, 12 (1): 29- 34.

Vivas, S.; Lizama, D.; Nizar, R.; Rivas, D. y Figueredo, F. 2014. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. *Revista comunidad y salud*, 12 (1): 21-26.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

Bajo la coordinación de la Licenciada Antonietta Hernández (Asesora), y las T.S.U. Yurima López y María Arraíz, se está realizando el proyecto de tesis de grado intitulado “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, EDO - ANZOATEGUI”.

Yo _____ C.I.: _____

Edad: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Domiciliado en: _____

Siendo mayor de 18 años, o en su defecto menor, pero, bajo la autorización de mis padres y en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio indicado, declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado(a) de manera clara y sencilla por parte del grupo de investigadores de este proyecto, de todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación intitulado “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, EDO - ANZOATEGUI”.
2. Tener conocimiento claro que el objeto del trabajo es: Comparar la calidad de

vida en pacientes jóvenes y adultos, diagnosticados con psoriasis, que asisten a la consulta de dermatología del Hospital Dr. Luis Razetti. Barcelona, E Anzoátegui.

3. Conocer bien el protocolo experimental dado a conocer por el investigador, en el cual se establece que mi participación en el trabajo consiste en: aceptar voluntariamente que se me aplique una encuesta de forma anónima la cual está destinada dar a conocer cuáles son mis actitudes frente a la PSORIASIS.
4. Estar informado sobre la utilidad de la encuesta una vez realizada la cual será utilizada única y exclusivamente para la realización de esta investigación.
5. Que bajo ningún concepto debo oponerme a la utilidad académica de los resultados obtenidos en la referida investigación.
6. Que mi persona no será objeto de daño alguno, ya sea físico y/o mental.
7. Que cualquier pregunta que tenga en relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte del equipo antes mencionado.
8. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendido recibir ningún beneficio de tipo económico que pudiesen obtenerse de los resultados de dicha investigación.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Luego de haber leído, comprendido y aclarado mis interrogantes con respecto a este formato de consentimiento declaro que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria.

1. Acepto las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo al equipo de investigadores a realizar el referido estudio en la encuesta que acepto responder para los fines señalados.
2. Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario: _____

Nombre y Apellidos: _____

C.I.: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

CARTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

La Sra.:_____ C.I:_____

facilito el consentimiento para que mi hijo(a) participe en la encuesta aplicada por las TSU. Yurima López y María Arraíz, la cual formará parte de un estudio sobre “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, EDO - ANZOATEGUI”. Al firmar este documento, entiendo que mi hijo(a) quiso de manera voluntaria participar en dicho estudio y en cualquier momento aun después de iniciada la encuesta, se puede rehusar a contestar alguna pregunta. Las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie, será un cuestionario anónimo para proteger su privacidad.

Atentamente

Firma del representante

Fecha

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario y de ser menor a los 18 años a su representante la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante el presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

Por el proyecto de “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, EDO - ANZOATEGUI”.

Nombre: _____

Lugar y Fecha: _____



Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias
Departamento de Enfermería

Introducción.

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo conocer la calidad de vida de pacientes con psoriasis. Los resultados que se obtengan servirán para comparar la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos, diagnosticados con dicha enfermedad y como base científica para futuras investigaciones, que puedan mejorar el abordaje de los pacientes que acuden a la consulta de Dermatología del Hospital Dr. Luis Razetti. Barcelona estado Anzoátegui. Es importante señalar que esta encuesta es anónima.

Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

I. Datos generales del informante.

1. Edad.

16 – 20 ()

21 – 30 ()

31 – 40 ()

41 – 50 ()

51 – 60 ()

2. Sexo.

M ()

F ()

3. Grado de instrucción.

Primaria Completa ()

Bachiller ()
Superior Universitario ()

4. Ocupación.

Estudiante ()
Ama de casa ()
Empleado ()
Desempleado ()
Independiente ()

5. Situación conyugal.

Soltero ()
Casado ()
Divorciado ()
Viudo ()
Concubinato ()

6. N° de hijos.

1 – 2 ()
3 – 4 ()
5 – 6 ()
7 – 8 ()
9 – 10 ()
Ninguno ()

II. Datos Específicos.

Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una X en los paréntesis las respuestas correctas.

1. ¿Desde cuándo tiene psoriasis?

- Menos de un año ()
- 1 año – 4 años ()
- 5 años – 8 años ()
- 9 años – 12 años ()
- 13 años – 16 años ()
- 17 años – 20 años ()
- 21 años – 24 años ()
- 25 años – 28 años ()
- 29 años – 32 años ()
- 32 años – 36 años ()
- 37 años – 40 años ()

2. ¿Cómo califica la gravedad de su psoriasis?

- Leve ()
- Moderada ()
- Grave ()
- No sabe ()

3. ¿Cómo considera su médico su afectación psoriasica?

- Leve ()
- Moderada ()
- Grave ()
- No sabe ()

4. ¿Le ha hecho sentir inseguro padecer psoriasis?

- Si ()
- No ()

5. ¿Le ha producido ansiedad o estrés?

- Si ()

No ()

6. ¿Ha buscado ayuda mediante otros especialistas?

Si ()

No ()

7. ¿Cómo considera usted que se limita su forma de vestir debido a su enfermedad?

Muy limitada ()

Poco limitada ()

Nada limitada ()

8. ¿Se siente usted incomodo al ir a la playa o la piscina?

Si ()

No ()

9. ¿Se ve afectada sus relaciones sociales por su condición médica?

Si ()

No ()

10. ¿Cree que las demás personas lo ven distinto por su enfermedad?

Si ()

No ()

11. ¿Se le ha pedido abandonar o entrar en algún sitio público debido a su enfermedad?

Si ()

No ()

En caso de ser afirmativo responda en dónde? -----

12. ¿Ha evitado actividades físicas?

Si ()

No ()

13. ¿Ha probado tratamientos complementarios o no médicos?

Si ()

No ()

Cuáles? -----

14. ¿Cómo considera sus sentimientos hacia su tratamiento habitual?

Muy contento ()

Contento ()

Descontento ()

Muy descontento ()

ANEXO 3
CARTA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO.

Estimado Experto:_____

Nos dirigimos cordialmente a usted, a fin de presentarle el siguiente instrumento, que será utilizado en la recolección de información en el trabajo de grado, intitulado: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, ESTADO – ANZOATEGUI.

En tal sentido, solicitamos su valiosa ayuda para la validación del instrumento, cuyo propósito será buscar la consistencia interna de los ítems, así como su correspondencia con los objetivos de la investigación.

Los criterios que usted debe analizar son los siguientes:

- Presentación
- Redacción y ortografía
- Correspondencia objetivo – ítems
- Ambigüedad
- Lenguaje apropiado
- Estructura de la base de los ítems

La información suministrada por usted, servirá para analizar y mejorar el instrumento a los fines de su correcta aplicación a la muestra seleccionada y/o piloto.

Agradeciendo de antemano, su valiosa colaboración.

ANEXO 4

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Escala: 445454

Resumen del procedimiento de los casos.

		N	%
Casos	validos	5	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	5	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables de procedimientos.

Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,945	,980	16

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,943
		N de elementos	9 ^a
	Parte 2	Valor	,911
		N de elementos	7 ^b
	N total de elementos		16
Correlación entre formas			,965
Coefficiente de	Longitud igual		,982
Spearman-Brown	Longitud desigual		,983
Dos mitades de Guttman			,800

a Los elementos son: VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009.

b Los elementos son: VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Definición conceptual: La calidad de vida se asocia globalmente con las condiciones materiales en que se desenvuelve la existencia de los individuos, y más en concreto, con la experiencia personal que resulta de dichas condiciones (Castañeda 2000).

Definición operacional: condición que poseen los pacientes jóvenes y adultos con psoriasis del Hospital Dr. Luis Razetti en cuanto a su salud, educación, empleo, condiciones de trabajo, vestido, recreo, esparcimiento, seguridad social y libertades humanas y comparar en cual de ambas poblaciones hay mayor grado de afectación de la misma. (López y Arraíz 2015).

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS.	Aspectos generales	○ Tiempo con la enfermedad	1
		○ Gravedad	2
		○ Afectación psoriasica	3
	Psicológica	○ Autoestima	4, 5
		○ Ayuda	6
	Social	○ Restricciones	7, 8
○ Relaciones sociales		9, 10,	
○ Rechazo		11	
Física	○ Actividades físicas	12	
Tratamiento	○ Complementos	13	
	○ Sentimientos	14	

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis, que asisten a la consulta de dermatología del hospital dr. Luis razetti, barcelona, estado anzoátegui
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Arraiz de Guarache, María del Jesús	CVLAC	20765457
	e-mail	Mariaarraizg6@gmail.com
	e-mail	
López Flores, Yurima del Valle	CVLAC	19978375
	e-mail	yurimalf@hotmail.com
	e-mail	Yurima_lf@hotmail.com
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

psoriasis, calidad de vida, dermatología

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub-área
Ciencias	Enfermería

Resumen (abstract):

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por placas eritomato-descamativas, únicas o múltiples, que en ocasiones puede generar rechazo y segregación social, con el objetivo de conocer la calidad de vida en pacientes jóvenes y adultos diagnosticados con psoriasis, se realizó este estudio descriptivo de corte transversal, en el servicio de dermatología del hospital Dr. Luis Razetti, en la ciudad de Barcelona, estado Anzoátegui. La muestra fue de 77 pacientes (13 jóvenes y 64 adultos). La recolección de datos se realizó mediante el cuestionario modificado del estudio Federation of Psoriasis Associations, el cual fue evaluado y validado por expertos y posteriormente se aplicó una prueba piloto, obteniendo una confiabilidad de 0,945. El instrumento constó de dos partes: la primera sección de 6 preguntas, que permitieron conocer los datos generales del paciente (edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, situación conyugal y número de hijos), y la segunda parte de 14 preguntas con datos específicos. Se evaluó el impacto que produce la enfermedad de quienes la padecen y se comparó en cuál de las dos poblaciones estudiadas existe mayor afectación de su calidad de vida. En los resultados se observó que los jóvenes presentan una calidad de vida afectada en relación a lo social y aspectos generales seguidos de lo psicológico y tratamiento, sin embargo en la dimensión física la calidad de vida no se vio afectada, mientras que los adultos presentan altos porcentajes sólo con respecto a la dimensión física, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas, en el tiempo de la enfermedad (t: -6,070, p: <0.5), ayuda con otros especialistas, (t: 1,202, p: <0.5), en la vestimenta (t: -2,446, p: <0.5), al ir a playa o piscina (t: -0,720, p: <0.5), al relacionarse socialmente (t: 0,675, p: <0.5), como los ven las demás personas (t: -2,588, p: <0.5) restricción al entrar a un lugar o sitio público (t: 2,049, p: <0.5), actividades físicas (t: 8,720, p: <0.5) tratamientos complementarios o no médicos (t: -4,042, p: <0.5) y sentimiento a su tratamiento habitual (t: 0,100, p: <0.5). Se concluyó que la calidad de vida en los adultos sólo se afecta significativamente en relación a la realización de actividades físicas mientras que en los jóvenes se ve afectada significativamente en la dimensión social y psicológica, por lo que son ellos los que mayormente les impacta el padecimiento de la psoriasis.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Prof. Antonietta Hernández	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	14886115
	e-mail	Achm.garcia@hotmail.com
	e-mail	
Prof. Gladys Cabeza	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Prof. Pedro Tovar	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2016	12	09
------	----	----

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-arraiz-lopez.doc	Application/word
-	

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ **(Opcional)**

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciado en Enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciadas

Área de Estudio: Enfermería

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

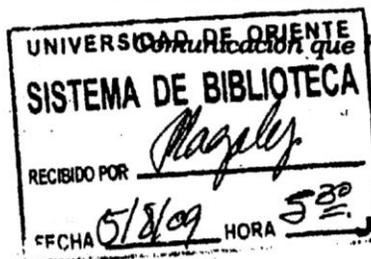
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNPEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

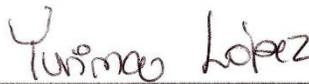
JABC/YGC/manuja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



**T.S.U. María Del Jesus Arraíz
De Guarache
Autor**



**T.S.U. Yurima Del Valle López
Flores
Autor**



**Prof. Antonietta Hernández
Asesora**



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

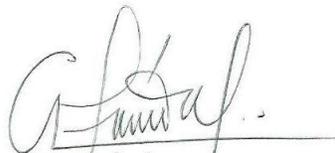
ACTA N° 29

Hoy 9 de diciembre de 2016, la suscrita Coordinadora de la Comisión de Trabajos de Grado del DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA de la Escuela de Ciencias, ha dado su aprobación para que se realice la discusión del Trabajo de Grado titulado: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUÍS RAZETTI, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI". (Modalidad: Tesis de Grado). Presentado por las bachilleres: MARÍA DEL JESÚS ARRAIZ DE GUARACHE, con Cédula de Identidad N° 20 765 457 y YURIMA DEL VALLE LÓPEZ FLORES, con Cédula de Identidad N° 19 978 375. Cumplidos con los requisitos que rigen la materia autorizo a los miembros del Jurado Examinador para que procedan a la discusión del mismo, interroguen a las postulantes y finalmente emitan su veredicto.

Por la Comisión de Trabajos de Grado del Departamento de Enfermería de la Escuela de Ciencias.


Prof. Olga Rodríguez
La Coordinadora

Por el Jurado Examinador:


Asesor (es):

LCDA. Antonietta Hernández





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

VEREDICTO

Nosotros: *Gladys Cabera, Pedro Tovar y Antonietta Hernández* en nuestro carácter de Jurado Examinador, ratificados por el Consejo de la Escuela de Ciencias, a recomendación de la Comisión de Trabajos de Grado del Departamento de Enfermería para emitir juicio sobre el Trabajo de Grado titulado: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUÍS RAZETTI, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI". Presentado por las bachilleres: MARÍA DEL JESÚS ARRAÍZ DE GUARACHE, con Cédula de Identidad N° 20 765 457 y YURIMA DEL VALLE LÓPEZ FLORES con Cédula de Identidad N° 19 978 375 en la modalidad Tesis de Grado, según lo establecido en el Acta N° 29 y como requisito parcial para optar al título de licenciada en Enfermería, decidimos que dicho trabajo ha sido: *Aprobado*

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta en Cumaná, a los nueve días del mes de diciembre de dos mil dieciséis.

Antonietta Hernández
Asesor(es):

Profra. Antonietta Hernández



Gladys Cabera
Jurado Principal:

Profra. Gladys Cabera

Pedro Tovar
Jurado Principal:

Prof. Pedro Tovar