

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"NIVELES DE ANSIEDAD EN ADULTOS GUATEMALTECOS CON DIAGNÓSTICO DE
PSORIASIS Y DERMATITIS POR CONTACTO ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS EN EL AÑO 2021."**

TESIS DE GRADO

PAULA SUZETH GIRÓN RAMÍREZ
CARNET 10601-17

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MARZO DE 2022
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"NIVELES DE ANSIEDAD EN ADULTOS GUATEMALTECOS CON DIAGNÓSTICO DE
PSORIASIS Y DERMATITIS POR CONTACTO ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS EN EL AÑO 2021."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
PAULA SUZETH GIRÓN RAMÍREZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MARZO DE 2022
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MIQUEL CORTÉS BOFILL, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTHA ROMELIA PÉREZ CONTRERAS DE CHEN
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSE ANTONIO RUBIO AGUILAR, S. J.
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA: MGTR. SILVANA GUISELA ZIMERI VELÁSQUEZ DE CELADA
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
VICEDECANA: DRA. KAREN ANAVICTORIA PONCIANO CASTELLANOS DE BURGOS
SECRETARIA: MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ
DIRECTORA DE CARRERA: DRA. ANA ROCIO ESCOBAR CHEW DE GORDILLO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ROSA MARIA RUIZ MORALES DE COBO

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. MARÍA ANDRÉE MAEGLI QUEZADA

Departamento, 06 de enero de 2022

Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Departamento de Psicología

Estimadas autoridades:

Es un gusto saludarlos y desear éxitos en sus actividades diarias. El motivo de la presente es informar que he acompañado y supervisado el trabajo de tesis: **NIVELES DE ANSIEDAD EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS Y DERMATITIS POR CONTACTO**. Elaborado por la estudiante **Paula Suzeth Girón Ramírez** carné 1060117. Desde mi punto de vista el trabajo reúne todas las exigencias éticas y metodológicas solicitadas por la Facultad de Humanidades y el Departamento de Psicología, por lo que atentamente solicito su ingreso para revisión final.

Agradeciendo su apoyo y a la espera de sus comentarios me suscribo

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. Ruiz Morales', written over a faint grid.

Lcda. Rosa María Ruiz Morales
Código 18136



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante PAULA SUZETH GIRÓN RAMÍREZ, Carnet 10601-17 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 053389-2022 de fecha 28 de enero de 2022, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"NIVELES DE ANSIEDAD EN ADULTOS GUATEMALTECOS CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS Y DERMATITIS POR CONTACTO ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS EN EL AÑO 2021."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 8 días del mes de marzo del año 2022.



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

**MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y A LA VIRGEN, por ser mi luz, mis guías, y la fuerza que me sostiene cuando siento que ya no puedo.

A MI MAMÁ, ¡cómo explicar todo lo que te agradezco! Pero en este momento, te agradezco por todo tu apoyo, por todo tu amor..., por siempre formarme desde la honestidad, desde el trabajo duro y desde el esfuerzo. Por llevarme siempre de la mano y darme los empujoncitos que constantemente necesito. Te amo hoy y siempre.

A MI PAPÁ, por enseñarme con tu ejemplo a hacer las cosas con amor y pasión. Por siempre estar para mí. Agradezco tus abrazos y tus palabras de aliento como solo tú sabes decirlas. También es un poco difícil poner aquí todo lo que te agradezco, pero sobre todo te agradezco por tu apoyo y amor incondicional. Te amo para lo que me alcance la vida.

A MI HERMANA, mi verdadera compañera de vida. Gracias por ser y por permitirme ser contigo. Sin tus ánimos, sin tus chistes, sin tu risa y sin tu amor, nada de esto estuviera pasando. Te amo con todo mi corazón.

A MI ABUELITO (Q.E.P.D), mi mejor amigo..., gran parte de lo que soy hoy es gracias a tus consejos y compañía. Hoy no estás conmigo físicamente, pero sé que has estado y vas a estar a mi lado hasta el último día. Te quiero mucho y te voy a extrañar y agradecer hasta que yo cierre mis ojos.

A ALE, mi mejor amiga, por ser ese lugar en el que siempre encuentro amor y luz, en el que siempre encuentro maneras de creer en mí. Sos lo más especial que me regaló este camino.

A MI FAMILIA, por animarme y creer en mí siempre. Desde el día uno he sentido que puedo hacer todo gracias a su amor.

A MIS COLEGAS, por permitirme convertirme en mi mejor versión al lado de sus mejores versiones. Por enseñarme desde sus seguridades y vulnerabilidades. Por

acompañarme y dejarme acompañarlos. Gracias a todos, pero en especial a Kira, Adris, Perla, Jenny, Ignacio, Rodri, Nalu, y Michi. ¡Por muchos más logros juntos!

A MI COMUNIDAD MAGIS, por ser mi lugar seguro desde el día uno, lugar en el que me siento cómo un girasol: lista para dar y recibir paz y luz. Gracias por su amor, apoyo y oraciones incondicionales.

A ZAHIDA, mi amiga del alma, gracias por quererme en todos mis estados. Por la paciencia, el amor y el apoyo incondicional. Por llenar mis días de alegría, ¡gracias!

A MIS AMIGAS Y AMIGOS, ustedes saben quiénes son. Gracias por siempre estar ahí para secar mis lágrimas, provocar mis risas y celebrar mis logros. Gracias por siempre creer en mí y en mis capacidades.

A MIS MADRINAS, Mavi y Yani, por ser mis ángeles del cielo en la tierra. Sus oraciones me tienen aquí. Las amo.

A MIS FORMADORAS ACADÉMICAS, por ayudarme a creer en mí y en mis habilidades. Gracias especiales a Helen, Adriana, Melissa, Rocío, Sally, Rose, Diego, Keneth y Ricardo. Gracias por enseñarme.

A LAS DOCTORAS Y PARTICIPANTES DE MI TESIS, por darme la oportunidad de trabajar en este tema tan importante desde su sentir y experiencia.

Índice

I. Introducción.....	6
1.1 Ansiedad	10
1.1.2 Ansiedad a Nivel Biológico	11
1.1.3 Ansiedad a Nivel Conductual	11
1.1.4 Ansiedad Psíquica	12
1.1.4.1 Clasificación	12
1.1.4.1.1 Humor ansioso	12
1.1.4.1.2 Tensión	12
1.1.4.1.3 Miedo	12
1.1.4.1.4 Insomnio	12
1.1.4.1.5 Funciones intelectuales	12
1.1.4.1.6 Humor depresivo	13
1.1.5 Ansiedad Somática	13
1.1.5.1 Clasificación	13
1.1.5.1.1 Síntomas somáticos generales musculares	13
1.1.5.1.2 Síntomas somáticos generales somáticos	13
1.1.5.1.4 Síntomas respiratorios	13
1.1.5.1.5 Síntomas gastrointestinales	13
1.1.5.1.6 Síntomas genitourinarios	14
1.1.5.1.7 Síntomas del sistema nervioso autónomo	14
1.2 Enfermedades Dermatológicas	14
1.2.1 Psoriasis	15
1.2.3 Dermatitis por contacto	16
1.3 Relación entre enfermedades de la piel y emociones.....	16
II. Planteamiento del Problema.....	18
2.1 Objetivos	19
2.1.1 Objetivo Principal	19
2.1.2 Objetivos Específicos	19
2.2 Variables o elementos de estudio	19
2.3 Definición de variables	20
2.3.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio	20

2.3.2 Definición operacional de las variables o elementos de estudio	20
2.4 Alcances y límites	21
2.5 Aporte	21
III. Método	22
3.1 Población y muestra	22
3.2 Instrumento	23
3.3 Procedimiento para recolección de datos	24
3.4 Tipo de investigación y metodología estadística	25
3.5 Consideraciones éticas	26
IV. Presentación y análisis de resultados	27
4.1. Resultados Totales de la muestra	27
V. Discusión	33
VII. Conclusiones	37
VI. Recomendaciones	39
VI. Referencias.....	42
VII. Apéndice	47
Apéndice A: Enlace Aporte Trabajo Final	47
Apéndice B: Ficha técnica	47
Apéndice C: Consentimiento informado e Instrumento	49
Apéndice D: Imagen creada para conseguir muestra de sujetos con dermatitis	47
Apéndice E: Imagen creada para conseguir muestra de sujetos con psoriasis	48
Apéndice F: Prueba F para varianzas de dos muestras	49

RESUMEN

Aunque usualmente en el ser humano el sistema gastrointestinal, los músculos, el sistema nervioso y la piel son grandes indicadores de la condición de su estado emocional y mental, es muy poco común que las personas adjudiquen sus malestares físicos a estos estados. El proyecto que se presenta a continuación se centra en la piel y en las emociones, vinculando con ello la posibilidad de que los pacientes con ciertas afecciones dermatológicas tiendan a padecer altos niveles de ansiedad. Con esta investigación se buscó comparar y definir los niveles de ansiedad en personas con diagnóstico de psoriasis y dermatitis, teniendo como cimiento el “Inventario de ansiedad de Hamilton”. Se contó con la participación de 51 sujetos: 25 con diagnóstico de dermatitis y 26 con diagnóstico de psoriasis. A través de este estudio se denotó que las características de ciertas afecciones dermatológicas pueden ser fuente de las características ansiosas que presentan y viceversa.

I. Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, se encarga de cubrir y proteger varios órganos y músculos que, sin la misma, no podrían cumplir sus funciones de manera adecuada (Biblioteca Nacional de Medicina, 2021). Debido a su función de recubrir es el primer medio por el cual se tiene contacto tanto con el mundo exterior como con el interior del cuerpo humano. Es una vía de conexión directa entre los estímulos y reacciones de adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro.

Al ser la piel el principal conector y las emociones la principal referencia de cómo se está reaccionando a lo externo estas se ven directamente relacionadas. La piel es un espejo de lo que el ser humano siente y procesa. Por lo que se ve afectada al momento de no tener un conocimiento y por lo tanto cierto control al momento de reconocer y trabajar con las emociones.

La Psicoterapia Gestalt define la importancia de las emociones como fuente de información para estar al tanto de lo que se siente con respecto a lo externo, ya sean situaciones o personas, así mismo, éstas facilitan la conexión interna del ser humano con sí mismo (Grimalt, 2021).

Por ello, uno de los principales motivos de esta investigación es relacionar cómo el manejo adecuado o inadecuado de las emociones puede llegar a repercutir en el padecimiento de enfermedades dermatológicas, centrándonos en la Psoriasis y la Dermatitis por contacto en personas adultas, analizando los niveles de ansiedad que las personas con estas enfermedades puedan o no tener.

A lo largo del tiempo, a nivel internacional y nacional, se ha estudiado la relación entre enfermedades dermatológicas, aspectos psicosociales y otras comorbilidades, encontrando que, en los pacientes con psoriasis, el principal trastorno que se presenta es el de ansiedad, seguido de la depresión, debido a que las mismas características de la enfermedad provocan que los pacientes se sientan inconformes con su imagen corporal y la manera en la que esta los hace presentarse a las demás personas (Bolaños-Aguilar, 2018; Leiva, 2011; Vinaccia et al., 2008).

Para su estudio sobre construcción de la imagen corporal, cambios emocionales y el malestar psíquico asociado con la psoriasis, Leiva (2011) consideró a 10 pacientes adultos con psoriasis que asisten a la Fundación Ponte en mi Piel a quienes aplicó la Escala de Hamilton para la Ansiedad y la Depresión. Concluyó que la imagen corporal que los pacientes tienen de sí mismos se ve gravemente afectada causándoles un malestar significativo.

Existe, además, una relación directa entre la ansiedad y las preocupaciones sociales con las enfermedades cutáneas, el funcionamiento social y la calidad de vida de los adultos; siendo el estrés un predictor significativo del deterioro vinculado con las enfermedades dermatológicas. Esto, referido por Bolaños-Aguilar (2018) quien incluyó a 237 pacientes con diagnósticos dermatológicos activos en su estudio.

Vinaccia et al. (2008) no encontró una relación directa sobre la calidad de vida, sin embargo, sí lo hizo con respecto a la ansiedad y depresión, a través de una muestra de 55 pacientes de ambos géneros entre los 14 y 61 años, con diagnóstico de psoriasis vulgar leve; asistentes al Centro Dermatológico Laureles, Clínica Soma y Clínica Las Américas de la ciudad de Medellín, Colombia.

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) en la versión española de Tiedra, cuyos resultados no fueron significativos, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), que evidenció altos niveles de ansiedad y depresión. En la escala social se demostró que los pacientes poseen una buena red de apoyo.

Valencia (2012) también realizó una investigación con el objetivo de establecer la relación entre la presencia de ansiedad y el nivel de calidad de vida en pacientes adultos que padecen de Dermatitis Atópica en la ciudad de Quito, Ecuador. Incluyó 88 pacientes divididos en dos grupos de 44 personas, de entre 18 a 65 años, con el diagnóstico de dermatitis atópica, sin patologías sobreañadidas, pertenecientes al CEPI. Utilizó 3 cuestionarios auto aplicados: el primero sobre información demográfica y clínica básica del paciente; luego, la Escala de Ansiedad de Hamilton y finalmente el Cuestionario Índice de la Calidad de Vida para Dermatitis Atópica (QoLIAD). Concluyó que la ansiedad en la dermatitis atópica constituye un factor que afecta a la calidad de

vida relacionada con la salud, las mujeres que padecen esta enfermedad, tienden a tener niveles más altos de ansiedad que los hombres y la edad no influye en los niveles de ansiedad.

Existe pues, no solo una clara relación entre la ansiedad y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades dermatológicas (Bolaños-Aguilar, 2018; Valencia, 2012), sino la evidencia de una tendencia al manejo maladaptativo de las emociones. Esto fue lo que encontraron Kossakowska et al. (2010) al estudiar la intensidad con la que pacientes diagnosticados con psoriasis y vitíligo en Polonia experimentan las emociones negativas (enojo, ánimo depresivo y ansiedad). Se incluyeron 120 pacientes, 30 con diagnóstico de psoriasis y 30 con diagnóstico de vitíligo y 60 pacientes sin alguna condición dermatológica.

A través del instrumento “Watson and Greer’s Courtauld Emotional Control Scale” (adaptado del idioma polaco por Juczynski) y el cuestionario Percepción de la enfermedad, demostró que los pacientes que padecen psoriasis tienen un manejo más intenso de las emociones negativas que las personas sanas, y la edad y el género son las principales características que contribuyen a este fenómeno. Mientras que las personas con vitíligo no muestran un manejo diferente al de las personas sanas.

A nivel nacional, Alvarado (2018) también investigó la correlación entre la calidad de vida y el padecimiento de psoriasis en 23 pacientes psoriásicos que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala, aunque no encontró relación directa entre estos.

Para ello utilizó la escala de severidad PASI (Índice de Severidad y Área afectada en Psoriasis) y el cuestionario DLQI (Índice de Calidad de vida en Dermatología) en el que el 70% de los pacientes mostró un efecto moderado y grave. Aunque no haya relación entre las escalas llevadas a cabo por los pacientes, sus vidas sí se ven afectadas por el padecimiento.

Existe, entonces, una clara relación entre factores psíquicos y enfermedades dermatológicas, sobre todo en cuanto a lo que ansiedad y estrés se refiere (López, 2007; Valdez, 2019). López (2007) realizó un estudio con 52 pacientes del área de Consulta Externa de Dermatología del Hospital General Regional de Occidente San

Juan de Dios en Quetzaltenango Guatemala, a través de la pruebas psicológicas STAI-82 (State Trait Anxiety Inventory), en cuyo caso, los resultados fueron significativos indicando ansiedad y estrés como elementos desencadenantes de enfermedades dermatológicas.

Valdez (2019) por su parte, llevó a cabo un estudio a través de 255 pacientes, 163 mujeres y 92 hombres de la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel (INDERMA), zona 6 de la ciudad de Guatemala, confirmando el estudio anterior: los pacientes que padecen vitíligo, acné y psoriasis son los pacientes con los niveles más altos de estrés (según la Escala de Estrés Percibido [EEP-14]). Una de las enfermedades que mostraron niveles altos de estrés fue psoriasis, así como vitíligo, acné, rosácea, psoriasis, cáncer de piel, melasma, verrugas.

Entre las recomendaciones de los distintos autores se encuentran, hacer estudios en los que se pueda identificar las diferencias en los niveles de ansiedad en diferentes enfermedades de tipo dermatológico (López, 2007). Las personas que presenten cualquier tipo de alergias sin una razón tangible aparente deben ser tratados por un profesional de la salud mental antes de administrar fármacos ya que estos pueden contribuir al padecimiento y se sugiere llevar un proceso psicológico sobre todo para pacientes que padecen psoriasis de tipo grave (Kossakowska et al., 2010).

De igual manera es importante llevar un trabajo integral y multidisciplinario entre profesionales de la salud para poder ofrecer a los pacientes el mejor tratamiento posible que se adapte a sus necesidades.

En Guatemala, la información sustentada que se tiene del padecimiento de psoriasis y su relación con las emociones es muy limitado y con esta investigación se quiere lograr tener información que pueda ser útil tanto para pacientes como para dermatólogos y psicólogos que puedan necesitarlo.

Para apoyar y sustentar la presente investigación, a continuación, se detallan algunos de los conceptos más importantes relacionados con el tema.

1.1 Ansiedad

La ansiedad es una reacción normal al estrés y en ciertas situaciones esta puede brindar beneficios al ser humano. Esta tiene la función de alertar sobre peligros y preparar para que el individuo enfrente las situaciones de manera adecuada (Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., 2020).

La ansiedad normal según Barlow y Durand, como citado en Díaz y De la Iglesia (2019), es una condición humana desarrollada evolutivamente. Una reacción emotiva, compleja, que se activa para evaluar y analizar información relevante de las situaciones que pueden rodear a un individuo y así poder actuar acorde a las necesidades que el individuo necesite para sobrevivir. Es una reacción adaptativa, que asegura el continuo desarrollo del individuo. Comprende diversos procesos relacionados continuamente, siendo estos los cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos.

La ansiedad patológica es una “respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con el valor objetivo de amenaza que posee la situación estimular” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48). El reconocer de manera disfuncional la situación, valorar de manera errónea el peligro, es lo que hace que se activen esquemas desadaptativos. El padecer una ansiedad patológica causa deterioro en el ámbito laboral, social y en la función general del individuo afectado.

La ansiedad como trastorno tiene características de miedo y ansiedad excesivas. Se diferencia del miedo y la ansiedad adaptativa por medio del periodo de tiempo que los síntomas han existido, usualmente por más de 6 meses. Los criterios que se toman en cuenta para poder diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada son: un malestar general excesivo, preocupación o anticipación excesiva, dificultad para manejar la preocupación, inquietud, cansancio, falta de concentración, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para conciliar el sueño (American Psychiatric Association, 2018).

Existen muchas definiciones y atribuciones del concepto de ansiedad, personas que con lo largo de los años han ido añadiendo o quitando características. Pero en general la persona reacciona ante las situaciones acorde a su percepción de las

mismas y aprendizajes anteriores. Aprendizajes que les han permitido sobrevivir, pero no siempre de la mejor manera.

1.1.2 Ansiedad a Nivel Biológico

Existe la relación biológica de la ansiedad en las personas que se encuentran constantemente evitando el daño, estas muestran una mayor tendencia y casi innata a padecer ansiedad. A pesar de que el miedo biológicamente es una reacción biológica al encontrarse con una situación amenazante, la ansiedad se orienta al futuro, a lo que no se conoce aún. Desde el punto de vista psicoanalítico se vincula la ansiedad con predisposiciones biológicas, creadas por acontecimientos vividos en edades tempranas, causantes externos y a mecanismos de defensa adoptados (Serrano-Barquín et al., 2015).

Según Herlyn (s.f.) la ansiedad se expresa en el cuerpo mediante respuestas motoras, autonómicas y endocrinas. La respuesta motora en la ansiedad puede ser de lucha o de tipo evitativo, de huida. La respuesta autonómica depende de los núcleos del tronco encefálico. Las aferencias dolorosas, neuronas encargadas de la recepción de sensaciones para transmitir las al cerebro, llegan directamente a ellos. De igual manera reciben aferencias de la coordinadora de las respuestas ansiosas, la amígdala.

La respuesta endocrina se da cuando la amígdala transmite estímulos al hipotálamo, se activa el eje necesario del sistema endocrino.

1.1.3 Ansiedad a Nivel Conductual

Las expresiones conductuales involucran el evitar situaciones incitantes de ansiedad, la misma es definida como un impulso que provoca ciertas conductas en el organismo. Conocidos como impulso de pelea y huida. Este impulso motivacional es indicador de la capacidad que el individuo posea para responder ante un estímulo determinado. La ansiedad está relacionada a un conjunto de estímulos condicionados e incondicionados, de igual manera, esta se piensa como un estímulo discriminativo. Es importante tomar en cuenta que la ansiedad conductual está ligada a un refuerzo obtenido en situaciones pasadas (Sierra et al., 2003).

1.1.4 Ansiedad Psíquica

Esta abarca las sintomatologías subjetivas, poco medibles para las personas que no están padeciendo estos los mismos. Entre estos síntomas se pueden encontrar preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros (Solís, 2014).

1.1.4.1 Clasificación

1.1.4.1.1 Humor ansioso

El humor ansioso se puede definir como la acción de mantenerse o sentirse inquieto. Las personas que lo padecen tienden a estar en constante espera de lo peor. Suelen sentir aprensión, anticiparse de manera temerosa y mantener un estado de ánimo Irritable (Hamilton,1959).

1.1.4.1.2 Tensión

Se refiere a la sensación de estar tenso. Padecer fatiga constante, ser incapaz de relajarse. Quebrarse en llanto con facilidad y una sensación de temblores constantes. Se tiene la impresión de no poder quedarse en un solo lugar (Hamilton,1959).

1.1.4.1.3 Miedo

El miedo, al ser parte de las emociones básicas del ser humano, se encarga de avisar y alertar en cuanto a un peligro externo o interno. Su función básica es proteger y preservar la vida (Valent, 2020).

1.1.4.1.4 Insomnio

Dificultad para iniciar y/o mantener el sueño, o la sensación de no haber dormido un sueño reparador. Así pues, se trata de un problema de disminución de la cantidad y/o calidad del sueño (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

1.1.4.1.5 Funciones intelectuales

Las funciones intelectuales pueden incluir, demencia, mala memoria, deterioro de las funciones cognoscitivas, entre otras (Bravo et al., 2009).

1.1.4.1.6 Humor depresivo

El humor depresivo es representado con estado de ánimo pesimista, tendencia a la desesperanza y con notas de tristeza (Alonso-Fernandez, 2003).

1.1.5 Ansiedad Somática

La ansiedad somática es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros (Solís, 2014).

1.1.5.1 Clasificación

1.1.5.1.1 Síntomas somáticos generales musculares

Los síntomas somáticos generales de tipo muscular incluyen dolor y cansancio general de los músculos del cuerpo. Estos pueden incluir rigor muscular, sobresaltos, sacudidas constantes, rechinar de los dientes y voz poco firme o insegura (Hamilton, 1959).

1.1.5.1.2 Síntomas somáticos generales somáticos

Entre los síntomas somatizados se encuentran, zumbos en los oídos, visión borrosa ahogos o escalofríos, sensación de debilidad y sensación de hormigueo (Hamilton, 1959).

1.1.5.1.3 Síntomas cardiovasculares

Los síntomas cardiovasculares pueden incluir taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho y latidos vasculares o extrasístoles (Hamilton, 1959).

1.1.5.1.4 Síntomas respiratorios

Los síntomas respiratorios se caracterizan por presión en el pecho o sensación de presión torácica, sensación de ahogo, suspiros frecuentes y falta de aire (Hamilton, 1959).

1.1.5.1.5 Síntomas gastrointestinales

En cuanto a síntomas gastrointestinales se puede mencionar, dificultad para deglutir, hinchazón del área estomacal, sensación de acidez, dolor antes o después de comer, sensación de ardor en la boca del estómago, distensión abdominal, indigestión

o náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales y Diarrea o constipación (Hamilton,1959).

1.1.5.1.6 Síntomas genitourinarios

Cuando se habla de síntomas genitourinarios se incluye tales como, obstrucción de los canales urinarios. aparición de la frigidez de las vías urinarias, micciones frecuentes, urgencia de la micción, eyaculación precoz, ausencia de erección o Impotencia sexual (Hamilton,1959).

1.1.5.1.7 Síntomas del sistema nervioso autónomo

Al presentar síntomas del sistema de nervioso autónomo estos pueden incluir, sequedad de boca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigos cefalea de tensión y horripilación (Hamilton,1959).

1.2 Enfermedades Dermatológicas

La piel es el órgano más grande del ser humano, cubre y protege el cuerpo. Mantiene los fluidos corporales dentro del mismo. Es un órgano clave en la prevención de la deshidratación, ayuda a proteger en contra de bacterias y virus que pueden causar infecciones. Por último, ayuda a percibir el mundo externo, percibe el calor, el frío, la humedad, así mismo regula la temperatura del cuerpo para estar en sintonía con los alrededores (Biblioteca Nacional de Medicina, 2020).

Según Antuña et al. (2000), las manifestaciones clínicas de las enfermedades de la piel son condiciones muy variadas, desde simples escamaciones hasta graves lesiones, como lo es el cáncer de piel, que en ocasiones pueden llegar a ocasionar la muerte si no son tratadas con tiempo y especialistas en el tema. Las enfermedades dermatológicas se encuentran entre los principales motivos de consulta en atención primaria, lo que refleja su alta prevalencia en la comunidad (Ortíz et al., 1992).

Al menos un 30% de los pacientes con enfermedades dermatológicas presentan disfunciones psicológicas o psiquiátricas. Los pacientes dermatológicos que requieren medicamentos esporádicamente tienen un 20% más de alteraciones psíquicas que la población general, y los pacientes dermatológicos ingresados tienen un entre un 20% o

30% de probabilidad más que la población en general de padecer algún trastorno o síntomas de tipo psicológico (Guerra-Tapia et al., 2015).

1.2.1 Psoriasis

Según Acción Psoriasis (2021), la enfermedad psoriásica es una dolencia crónica no contagiosa del sistema inmunológico que puede afectar la piel, afección llamada psoriasis también puede llegar a afectar las articulaciones, afección llamada artritis psoriásica. El origen de la misma no se ha logrado localizar puntualmente, pero se cree que existe una predisposición genética, así como antecedentes familiares, factores ambientales e incluso el estrés pueden activar esta enfermedad.

Cuando la enfermedad se desencadena a nivel de la piel, el ciclo de vida de las células cutáneas se acelera, creando un excedente de estas y haciendo que este se acumule en las superficies, sobre todo en las áreas que tienen mayor contacto con el oxígeno. Esto crea diferentes lesiones con grados variados de gravedad y aspecto.

Los síntomas más usuales son, picazón excesiva, descamación de las áreas afectadas y dolor en las superficies en donde se ubican las lesiones. En casos muy graves los síntomas pueden incluir dificultad para realizar movimientos, hinchazón y dolor en las articulaciones afectadas (Acción Psoriasis, 2021).

Los síntomas de la enfermedad son diferentes en cada persona, por eso es importante encontrar un tratamiento individualizado que disminuya el picor, la descamación y el dolor en el caso de padecer psoriasis, y la inflamación y el dolor articular en la artritis psoriásica.

La psoriasis se puede manifestar de diferentes maneras y en diferentes partes del cuerpo, el tratamiento de las mismas tiene que ser individualizado y llevado a cabo de manera integral. Según Rodríguez-Zuñiga (2015), la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel reconocida como la enfermedad inmunológica más frecuente, con una prevalencia entre 0.9% a 8.5% en países occidentales.

1.2.3 Dermatitis por contacto

La dermatitis de contacto es una erupción cutánea rojiza que produce picazón y aparece por contacto directo con una sustancia o por una reacción alérgica a esta. Este padecimiento no es contagioso y tampoco puede llegar a causar la muerte, pero si puede llegar a causar una molestia significativa. Las erupciones o manifestaciones suelen producirse en zonas del cuerpo que han estado expuestas a la sustancia causante de la reacción alérgica (Mayoclinic, 2020).

La dermatitis de contacto es ocasionada por sustancias irritantes que desencadenan reacciones alérgicas. La dermatitis por contacto puede ser de tipo irritativa, el tipo más frecuente. Esta reacción cutánea no alérgica ocurre cuando una sustancia daña la capa protectora externa de la piel.

También puede ser dermatitis alérgica de contacto, esta ocurre cuando una sustancia a la se es sensible desencadena una reacción en el sistema inmune y se refleja en la piel. Por lo general, esta solo afecta el área que entró en contacto con el alérgeno que tiene la sustancia que causa la alergia (Mayoclinic, 2020).

La dermatitis por contacto tiene su origen en factores externos. Los síntomas y padecimiento pueden causar malestar significativo si esta no se trata adecuadamente.

1.3 Relación entre enfermedades de la piel y emociones

La piel sirve de contacto entre el mundo interior y el exterior, frecuentemente, es un indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales. Si por alguna razón, el efecto emocional que padece una persona no se resuelve de manera satisfactoria puede dar lugar a síntomas físicos, este proceso puede ser la vía directa a las llamadas somatizaciones (Rumbo Prieto & Castellano Roja, 2017).

Según Vega et al. (2005) la somatización se refiere a la tendencia de experimentar el estrés por medio de síntomas físicos, preocupaciones que se extienden a lo corporal o notarse a sí mismo con síntomas físicos predominantes.

Los síntomas somáticos son la máxima expresión de dificultades emocionales que resultan de interacciones complejas de tipo psicológico, vital, familiar y social.

Este cuadro clínico ha sido denominado de varias formas a lo largo de los años: somatizaciones, cuadros funcionales, síntomas físicos sin explicación médica, trastorno de somatización, somatización, entre otros (Guzmán Guzmán, 2011).

Las somatizaciones cutáneas, que son las reacciones de la piel ante estímulos psicológicos, abarcan a algunas patologías dermatológicas que se producen usualmente debido a algún factor psicológico o psiquiátrico de igual manera se ven influenciados por ambiente que rodea a las personas afectadas (Guzmán Guzmán, 2011).

II. Planteamiento del Problema

La psoriasis es conocida como una enfermedad inflamatoria, que en gran parte es ocasionada por fallas en el sistema inmunológico. Esta se caracteriza por la aparición de lesiones en la piel, uñas y articulaciones, en las áreas que tienden a estar más oxigenadas. Esta condición afecta alrededor de 2 al 3% de la población mundial, aunque la prevalencia puede variar entre diferentes grupos étnicos (Lutz & Banegas, 2013). Es reconocida como la enfermedad inmunológica más frecuente, con una prevalencia entre 0.9% a 8.5% en países occidentales (Rodríguez-Zuñiga, 2015).

Así mismo el padecer psoriasis no solo representa afecciones al momento de padecerla si no que conlleva una serie de padecimientos futuros como artritis reumatoide y enfermedades inflamatorias en los intestinos con mayor frecuencia en la población general. Además, los pacientes con psoriasis tienden a padecer de obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular e ictus (Lutz & Banegas, 2013).

Aunque hay varios estudios acerca del origen de la enfermedad y los sistemas que se ven atacados por parte de la misma, dichos estudios se centran solamente en los efectos biológico-químicos y por lo tanto las soluciones que brindan son de la misma naturaleza. Medicinas cargadas de químicos que dañan otras partes del cuerpo sin brindar una mejora significativa.

Este padecimiento es producido por múltiples causas como genéticas, fisiológicas y emocionales. El padecer psoriasis tiene muchos efectos negativos en la vida de la persona a nivel emocional, social y psicológico. Los diferentes tipos de discapacidad que crea en los pacientes les lleva a generar altos niveles de frustración tanto como síntomas de ansiedad y depresión, los cuales son acumulativos en el tiempo (Kimball et al. 2010).

Muchas veces las enfermedades dermatológicas han sido relacionadas a factores psicológicos. Ya que la piel sirve de contacto entre el mundo interior y el exterior, y es la primera barrera inmunológica del cuerpo humano, frecuentemente, esta es un indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales (Rumbo Prieto & Castellano Roja, 2017).

Tomando en cuenta estas premisas, en la presente investigación se quiere determinar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad presentados por personas adultas y su diagnóstico de psoriasis en comparación con dermatitis por contacto.

En ese sentido, la pregunta de investigación es ¿Existen diferencias entre los niveles de ansiedad de adultos de 18 a 65 años con diagnóstico de psoriasis y dermatitis por contacto?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo Principal

Comparar los niveles de ansiedad en personas adultas con diagnóstico de psoriasis y dermatitis por contacto.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Delimitar los niveles de ansiedad de los participantes con diagnóstico de psoriasis.
- Delimitar los niveles de ansiedad de los participantes con diagnóstico de dermatitis por contacto.
- Definir el nivel de ansiedad psíquica y somática de los participantes con diagnóstico de psoriasis.
- Definir el nivel de ansiedad psíquica y somática de los participantes con diagnóstico de dermatitis por contacto.
- Elaborar cartas con técnicas específicas de manejo de la ansiedad para acompañamiento.

2.2 Variables o elementos de estudio

Niveles de ansiedad psíquica

Niveles de ansiedad somática

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio

Ansiedad: respuesta anticipatoria a una amenaza futura (American Psychiatric Association, 2018).

De igual manera, Hamilton (1959), hace una distinción entre la ansiedad como una reacción usual ante el peligro en el que un ser humano se puede llegar a encontrar, la ansiedad como un trastorno patológico, en el cual los que la padecen puede dejar de ser funcionales en distintas áreas no relacionadas al estrés.

Psoriasis: La psoriasis es una enfermedad superficial de la piel, que se caracteriza por la presencia de placas eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por escamas nacaradas, localizadas preferentemente en planos de extensión, como codos y rodillas, y en cuero cabelludo (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

Dermatitis por contacto: Proceso inflamatorio dermoepidérmico agudo, subagudo o crónico, con características clínicas e histopatológicas que por lo general se asemejan a las de un eccema (Real Academia Nacional de Medicina, s.f.).

Por lo que la siguiente investigación se considera: Niveles de Ansiedad en Personas Adultas con Diagnóstico de Psoriasis y Dermatitis por Contacto.

2.3.2 Definición operacional de las variables o elementos de estudio

Para efectos de esta investigación, se tomará en cuenta:

- Los catorce ítems presentados en la escala de Ansiedad de Hamilton, siendo estos miedos, tensión, estado de ánimo, dificultad para dormir, funcionamiento del área cognitiva, síntomas somáticos y demás efectos que personas que padecen de ansiedad pueden estar presentando.
- El diagnóstico de psoriasis realizado por un médico especialista.
- El diagnóstico de dermatitis por contacto realizado por un médico especialista.

2.4 Alcances y límites

La presente investigación buscó determinar los niveles de ansiedad en personas adultas con diagnóstico de psoriasis y dermatitis por contacto con el objetivo de descubrir si existe una relación entre niveles significativos de ansiedad y el padecimiento de psoriasis.

Entre los límites previstos se encuentra la falta de información nacional respecto al diagnóstico de psoriasis y dermatitis por contacto y su relación con la ansiedad.

2.5 Aporte

Recolección de información fundamentada respecto a los motivos del padecimiento de psoriasis y dermatitis por contacto fuera de las razones biológicas. Y la elaboración de tarjetas con ejercicios para ayudar a disminuir la ansiedad (Apéndice A).

III. Método

3.1 Población y muestra

La presente investigación se llevó a cabo con la participación de un grupo de 51 adultos con el diagnóstico de Psoriasis y Dermatitis. Se tomó en cuenta que los sujetos cumplieran con las siguientes características: mujeres y hombres cuyas edades oscilen entre los 18 y 65 años y que hayan sido diagnosticados con las enfermedades dermatológicas mencionadas anteriormente. Para efectos de la investigación, no se tomó en cuenta la cantidad del tiempo que los participantes hayan padecido la enfermedad, solamente que estén conscientes del padecimiento de esta.

A continuación, se presenta edad, sexo y patología de los sujetos de estudio.

Tabla 1

Población con afecciones dermatológicas por rango de edad

Rango de edad	Afección dermatológica		
	Psoriasis	Dermatitis	Total
18 - 26 años	6	12	18
27 - 45 años	13	9	22
46 - 65 años	7	4	11
TOTALES	26	25	51

De acuerdo con la tabla 1, se contó con la participación de 51 sujetos, de los cuales 43 pertenecen al sexo femenino y ocho al sexo masculino. Los participantes según su rango de edad fueron 18 personas entre 18-26 años , 22 participantes entre 27-45 años y 11 sujetos entre 46-65 años y. Divididos según su afección dermatológica se contó con la participación de 25 personas con dermatitis por contacto y 26 sujetos con psoriasis.

Los sujetos de la presente investigación fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico, por conveniencia y en cadena o bola de nieve. Según Battaglia (como se cita en Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) la muestra por conveniencia está conformada por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso. Se escogió esta técnica para así utilizar a los sujetos que se puedan ir contactando que cumplan con las características de la muestra, ya sea de la base de datos que la

investigadora fue recuperando a lo largo del proceso, así como bases de datos de profesionales del campo de la dermatología.

Así mismo, se utilizó el muestreo en cadena o bola de nieve, según Morgan (como se cita en Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) para así poder ampliar la información con ayuda de los sujetos ya identificados, a estos se les pregunta si conocen a más personas con las mismas características y estos se agregan a la muestra, así sucesivamente.

3.2 Instrumento

Para medir los niveles de ansiedad en la presente investigación se, utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959), adaptada a español por Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badía, Baró y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, 2021). Este cuenta con 14 ítems que miden la ansiedad psíquica como somática y conductual de los sujetos, así mismo uno de estos 14 ítems evalúa depresión. Para poder tener un mejor alcance se adaptó la escala a una encuesta virtual por medio de Google Forms.

Cada ítem evaluado cuenta con una serie de signos y síntomas que pueden servir de ayuda para valorar su intensidad y frecuencia. Se puntúan de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia con que el sujeto identifique sus síntomas. La puntuación total de la prueba es la suma de cada uno de los ítems. El rango de la misma va de 0 a 56 puntos. De igual manera se pueden obtener dos puntuaciones extra, estas corresponden a la ansiedad psíquica sumando los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y a la ansiedad somática sumando los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

Los puntajes para la interpretación de la escala se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2*Puntajes para la interpretación del Test de Hamilton*

Escala de ansiedad (en puntos)	Clasificación	Nivel
Menor a 17 puntos	Sin ansiedad	1
Igual a 17	Ansiedad leve	2
Entre 18 y 24	Ansiedad moderada	3
Entre 25 y 30	Ansiedad severa	4
Entre 31 y 56	Ansiedad muy severa	5

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton (1959)

La validez efectuada por Lobo (2002) acerca de las propiedades psicométricas presentadas por Hamilton (1959), concluye en la aceptación de dichas propiedades (ver ficha técnica del Apéndice B).

Por su parte, para validar si existe diferencia entre los niveles de ansiedad de cada una de las afecciones dermatológicas, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, que permitió comparar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad que resultan del test de Hamilton para los grupos de psoriasis y dermatitis por contacto.

3.3 Procedimiento para recolección de datos

Se delimitó el tema de estudio para así poder elaborar el perfil de investigación y posteriormente se presentó al CCI para su autorización. Con posterioridad el tema de investigación y la metodología fue aprobado. Luego se llevó a cabo el planteamiento del problema, junto con la elaboración de los antecedentes por medio de la recopilación de artículos, tesis, investigaciones y estudios tanto nacionales como internacionales para el sustento de los mismos. Seguido se estableció el tipo de muestreo, el instrumento, los procesos y el tipo de investigación para la elaboración del método.

Se realizó la investigación de los conceptos, criterios y opiniones de distintos autores profesionales en el tema, acerca de la ansiedad en personas adultas que padecen de psoriasis y dermatitis por para la creación del marco teórico.

A la vez se buscó reunir una muestra, a través de imágenes publicitarias (Apéndices D y E), que cumpla con las características de los sujetos adecuados a la

investigación. Después de esto se estableció contacto con la asesora de tesis. Se realizó la adaptación de la Escala de Ansiedad de Hamilton en la plataforma Google Forms. Se llevó a cabo la revisión de consentimiento informado, y adaptación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, por parte de la asesora (Apéndice C).

Luego, se llevó a cabo el muestreo por bola de nieve, por lo que se contactó a los sujetos a través de diversas vías (WhatsApp, Instagram, Facebook, Correo, Vía telefónica) por medio de un arte elaborado en canva y así conseguir la ayuda de sujetos con las características necesitadas, para invitarlos a participar de la investigación.

Por consiguiente, se tabularon respuestas de las escalas aplicadas, se analizan, interpretan y presentan los resultados obtenidos. De igual manera se realizaron conclusiones y recomendaciones.

Para terminar, se realizó el informe final junto con una propuesta de material informativo acerca de los resultados para que esta pueda ser de ayuda tanto para los profesionales del ámbito dermatológico como para sus pacientes. Así mismo también se desarrolló un set de cartas con técnicas que pueden ayudar a disminuir la ansiedad.

3.4 Tipo de investigación y metodología estadística

La presente investigación es de tipo cuantitativo, que según Hernández-Sampieri et al. (2014) “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4).

De igual manera es una investigación de tipo descriptiva, según Grajales (2000):

Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómeno bajo análisis (p.2).

Los resultados obtenidos se analizaron por medio de estadística descriptiva utilizando las medidas de tendencia central, media, mediana y moda. Según Hernández-Sampieri et al. (2014) la moda es la categoría que ocurre con más frecuencia. La media es el promedio aritmético de una distribución. La mediana es el valor que divide la distribución por la mitad.

3.5 Consideraciones éticas

Se presentó un consentimiento informado a los participantes para su participación voluntaria y la posibilidad de dejar el estudio en cualquier momento. Participar en la investigación no implicó ningún tipo de riesgo para ninguna mujer. Se tuvo un manejo ético de la información brindada. Los participantes conservan el anonimato en toda la investigación. Y se tuvo un manejo sensible de la estabilidad emocional de las mismas.

IV. Presentación y análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación sobre la comparación entre los niveles de ansiedad de personas adultas con el diagnóstico de psoriasis y dermatitis por contacto.

Se muestran los resultados totales de la muestra, posteriormente se realiza la comparación de ambas enfermedades para establecer el objetivo general de esta investigación, por último, se describen los resultados de los sujetos que padecen psoriasis y luego los resultados de los pacientes que fueron diagnosticados con dermatitis por contacto.

4.1. Resultados Totales de la muestra

Tabla 3

Promedio de escala de ansiedad por afección y rango de edad

Rango de edad	Promedio escala de ansiedad			Tipo de ansiedad general según test de Hamilton
	Somática	Psíquica	General	
18 - 26 años	12.2	17.1	29.3	Severa
27 - 45 años	13.0	12.7	25.7	Severa
46 - 65 años	9.3	10.2	19.5	Moderada

Según la escala de ansiedad de Hamilton, en la Tabla 3 se puede observar los resultados de las ansiedades somática, psíquica y general, divididos por la edad de los sujetos. Según su rango de edad los sujetos entre 46-65 padecen de ansiedad moderada, en tanto que los sujetos de 18 a 45 años padecen ansiedad severa.

Tabla 4*Población por tipo de afección y escala de ansiedad*

Escala de ansiedad	Tipo de afección			
	Número de casos de Psoriasis	% del total de casos	Número de casos de Dermatitis por contacto	% del total de casos
Sin ansiedad	4	15.4%	7	28.0%
Leve	2	7.7%	0	0.0%
Moderada	6	23.1%	7	28.0%
Severa	4	15.4%	3	12.0%
Muy severa	10	38.5%	8	32.0%
TOTALES	26	100%	25	100%

En la Tabla 4 se pueden observar los niveles de ansiedad correspondiente a cada padecimiento. Tanto para casos con psoriasis como para dermatitis, la mayor cantidad de sujetos (38.5% y 32.0%, respectivamente) presentan un nivel de ansiedad muy severa. Le sigue ansiedad moderada (23.1% y 28.0%, para ambas afecciones, respectivamente), aunque el porcentaje de sujetos sin ansiedad y con dermatitis es considerable (28.0%). Los casos con ansiedad severa son de 15.4% y 12.0%, en ambas afecciones, respectivamente. Por último, los porcentajes más bajos fueron los de ansiedad leve, 7.7% y 0%, en ambos casos de manera respectiva. Se observa que la suma de los casos de ansiedad severa a muy severa en personas con psoriasis es de 54%, porcentaje mayor que los casos de dermatitis (44%), aunque en ambos la escala es considerable. En general, los porcentajes de escala de ansiedad por afección son bastante parecidos, infiriendo la predominancia de ansiedad severa a muy severa.

Tabla 5*Estadísticos descriptivos de la escala de ansiedad**

Medida	Nivel
Media	25.6
Mediana	24.0
Desviación estandar	12.0

* Muestra = 51

En la Tabla 5 se pueden observar los estadísticos descriptivos respecto a los niveles de ansiedad presentados según la muestra. De acuerdo con la escala de ansiedad de Hamilton, se infiere que el promedio presenta ansiedad severa. Asimismo, al interpretar la mediana se deduce que un 50% de los casos de la muestra se encuentran en el rango de sin ansiedad hasta ansiedad moderada, en tanto que el otro 50% se encuentra entre los casos de ansiedad severa a muy severa. Sin embargo, los niveles se encuentran bastante dispersos del promedio de ansiedad, con lo cual se infiere que los sujetos presentan niveles de ansiedad de manera bastante heterogénea.

Tabla 6*Estadísticos descriptivos ansiedad somática vs. Ansiedad psíquica*

	Grupo	N	Media	Mediana	SD	SE
<u><i>Ansiedad Somática</i></u>	Psoriasis	26	12.6	12.5	6.27	1.23
	Dermatitis	25	11.2	9.00	6.80	1.36
<u><i>Ansiedad Psíquica</i></u>	Psoriasis	26	13.5	15.0	6.25	1.23
	Dermatitis	25	14.0	13.00	7.37	1.47

N = número de casos, SD = Desviación estándar y SE = error estándar

En la Tabla 6 se pueden observar los estadísticos descriptivos respecto a los tipos de ansiedades presentadas en la muestra, siendo estas somática y psíquica. La media de ansiedad somática para psoriasis es de 12.6 y para dermatitis es de 11.2. La media de ansiedad psíquica para ansiedad psíquica es de 13.5 mientras que la de dermatitis es de 14. Encontrando así que la ansiedad somática en el grupo de psoriasis es más alta que en el grupo de dermatitis y la ansiedad psíquica es 0.5 más alta en el grupo de dermatitis que en el de psoriasis.

En la siguiente tabla se presentan los casos por nivel de ansiedad para cada una de las afecciones, en la misma se observa que los casos por niveles de afección son bastante parecidos.

Tabla 7

Número de casos por nivel general de ansiedad y por afección

Nivel de ansiedad	Número de casos por afección	
	Psoriasis	Dermatitis
1	6	7
2	0	0
3	6	7
4	4	3
5	10	8
TOTAL	26	26

Para determinar estadísticamente si existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad general para cada una de las afecciones, se utilizó la prueba conocida con “*U de Mann-Whitney*”, útil para dos muestras independientes, como el caso de las muestras de los dos tipos de afecciones. Asimismo, esta prueba es útil cuando la distribución de las muestras no presenta una distribución normal y por lo tanto no se puede utilizar la prueba “*t de student*”. Para el efecto de la implementación de la prueba, otro de los requisitos es que ambas muestras deben tener varianzas homogéneas, para lo cual se realizó el test F (Apéndice F), cuyo resultado fue el esperado.

El resultado del estadístico de la prueba “U” Plantea dos hipótesis:

Hipótesis nula (H0): no existen diferencias entre los niveles de ansiedad de los dos tipos de afección. Hipótesis alternativa (H1): existen diferencias entre los niveles de ansiedad de los dos tipos de afección

Tabla 8*Parámetros y valores del estadístico U*

Parámetros	Valores
Estadístico U mínimo	306.5
Z calculado	-0.35
Z crítico	1.96
Nivel de significancia (α)	0.05
p-value	0.36

Para interpretar los parámetros y valores de la tabla 8, la prueba de Mann-Whitney plantea que el estadístico U de prueba se debe seleccionar el de mínimo valor y que a su vez es el que determinará el valor Z calculado y se compara con el valor de Z crítico de la tabla de Mann-Whitney. Si el valor absoluto de Z calculado es mayor que el valor Z crítico o el valor probabilístico (*p-value*) es menor que el nivel de significancia (α), no se acepta la H0. Dados los valores encontrados para Z calculado y nivel de significancia, se acepta la H0, concluyendo que, de acuerdo con las dos muestras recolectadas, estadísticamente no existen diferencias entre los niveles de ansiedad de los dos tipos de afección.

V. Discusión

Los resultados se discutirán de acuerdo con el orden de los objetivos de la investigación. En la presente investigación se identificó mayor nivel de ansiedad psíquica que somática en los pacientes, independientemente de su diagnóstico. El 42% de los pacientes diagnosticados con psoriasis se encuentran dentro del rango de ansiedad muy severa, lo que implica mayores niveles de ansiedad para los pacientes que padecen psoriasis. Esto se puede deber al hallazgo encontrado por Bolaños-Aguilar (2018) quién descubrió que las preocupaciones sociales y la ansiedad tienen relación directa con las enfermedades cutáneas y con el funcionamiento social de los adultos. En la presente investigación se descubrió que tanto los pacientes con psoriasis como dermatitis por contacto padecen de un nivel severo de ansiedad. Por esto los resultados concuerdan con este antecedente.

Por otro lado, Valencia (2012) concluyó con que la ansiedad en la dermatitis atópica constituye un factor que afecta a la calidad de vida relacionada con la salud, las mujeres que padecen esta enfermedad tienden a tener niveles más altos de ansiedad que los hombres y la edad no influye en los niveles de ansiedad. Esta conclusión concuerda con los resultados de los sujetos con dermatitis por contacto, que presentaron niveles altos de ansiedad y la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres. Pero no se está de acuerdo con la premisa de la edad ya que en este caso la edad si fue un factor a tomar en cuenta, ya que entre más jóvenes se presentaron más altos sus niveles de ansiedad.

Leiva (2011), concluyó con que, en los pacientes con psoriasis, el principal trastorno que se presenta es el de ansiedad debido a que las mismas características de la enfermedad provocan que los pacientes se sientan inconformes con su imagen corporal y la manera en la que esta los hace presentarse a las demás personas. Estos resultados coinciden con los de la presente investigación ya que los sujetos con psoriasis presentan niveles más altos de ansiedad, resaltando de nuevo, que esta enfermedad tiende a crear un pobre autoconcepto de las personas que lo padecen. Esto se puede asociar a un manejo pobre y complicado de las emociones negativas. Kossakowska et al. (2010) obtuvieron resultados en donde se puede apreciar que los

pacientes que padecen psoriasis tienen un manejo más intenso de las emociones negativas que las personas sanas. La edad y el género son las principales características que contribuyen a la manera en la que estos manejan las emociones. Se concluyó con que los pacientes que padecen una enfermedad dermatológica específica tienden a tener un manejo mal adaptado de las emociones y se recomienda para estos un proceso psicológico sobre todo para pacientes que padecen psoriasis de tipo grave. En este caso, las personas con mayores niveles de ansiedad se encuentran en los rangos de edad más joven. Es decir, a más edad menor ansiedad. Por lo que se está de acuerdo con esta investigación.

De igual manera es importante tomar en cuenta la edad de los participantes de la presente investigación ya que el grupo con un nivel de ansiedad severa contiene a las personas más jóvenes siendo estas de 18 a 26 años.

Vinaccia et al. (2008) descubrieron que el índice de calidad de vida no es significativo en pacientes con psoriasis. Sin embargo, obtuvieron resultados significativos de pacientes con ansiedad y depresión. En este sentido se pueden comparar los resultados de Vinaccia con los de la presente investigación, ya que se obtuvieron niveles altos de ansiedad en los pacientes encuestados, tanto de dermatitis como de psoriasis.

En cuanto a los antecedentes nacionales se está de acuerdo con los resultados de Valdez (2019), quien concluyó con que el 71% de los 255 pacientes de la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel (INDERMA) de los que describió los niveles de estrés manifestaron niveles altos del mismo. Y las enfermedades que mostraron niveles altos de estrés fueron psoriasis, así como vitiligo, acné, rosácea, cáncer de piel, melasma y verrugas. En este caso se concuerda con los resultados de los pacientes con psoriasis, pero no se menciona a pacientes con dermatitis por contacto dentro del estudio de Valdez.

Por otro lado, Alvarado (2018) investigó la correlación entre la calidad de vida y el padecimiento de psoriasis en veintitrés pacientes psoriásicos que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala. Aunque no encontró una relación directa entre el padecimiento de

psoriasis y la calidad de vida en el cuestionario DLQI, en la mayoría de los pacientes se encontró un efecto negativo en la vida de los participantes de tipo moderado y grave, aunque no existe una relación entre las escalas llevadas a cabo por los pacientes y su calidad de vida, esta si se ven afectadas por el padecimiento. En la presente investigación, se descubrió que los pacientes con psoriasis sufren de ansiedad severa, lo que se puede relacionar a una mala calidad de vida.

Se concuerda con los resultados de la investigación de López (2007) cuyo objetivo era establecer si existía una relación entre factores psíquicos y enfermedades dermatológicas en pacientes del área de dermatología del Hospital General Regional de Occidente San Juan de Dios en Quetzaltenango, Guatemala. Los resultados de las pruebas fueron significativos tanto en el área de ansiedad como en el área de estrés. Comprobando la hipótesis del presente estudio siendo esta que la ansiedad y el estrés desencadenan enfermedades dermatológicas. Se concuerda ya que ambas afecciones estudiadas en esta investigación presentaron niveles significativos de ansiedad.

La ansiedad psíquica en los pacientes con psoriasis es la que obtuvo un valor, en promedio, más alto, estos pacientes tienden a tener síntomas poco medibles como miedo, humor ansioso, tensión, insomnio, entre otros. Aunque la ansiedad somática no fue la más prominente esta si obtuvo una media significativa por lo que los sujetos igual padecen síntomas medibles de ansiedad. Como lo son, diferentes dolores, problemas estomacales, síntomas cardio vasculares entre otros.

Al igual que los pacientes con psoriasis, los sujetos con dermatitis presentaron niveles más altos de ansiedad psíquica que ansiedad somática, con la única diferencia de que los niveles de ansiedad de estos son un poco más bajos.

Con ayuda de estadística inferencial se encontró que para la dermatitis la ansiedad psíquica esta un 0.5 más elevada que en psoriasis. Es importante resaltar que la diferencia entre ansiedad psíquica y ansiedad somática en la muestra es diferente para ambas muestras pero no estadísticamente significativa.

Por último, Cumpliendo con los objetivos, se delimita los niveles de ansiedad de los participantes con diagnóstico de psoriasis (Tabla 7), según el inventario de Hamilton, se encuentran en un nivel de ansiedad severa a muy severa para la mayoría

de los sujetos. Los niveles de ansiedad de los participantes con diagnóstico de dermatitis por contacto por otro lado son menores que los niveles de los pacientes con psoriasis, sin embargo, se encuentran en un nivel severo. No obstante, con la prueba U de Mann-Whitney, se concluye estadísticamente que no existen diferencias entre los niveles de ansiedad de los dos tipos de afección.

Asimismo, es importante comentar las limitaciones que se tuvieron a lo largo del presente estudio. El tamaño de la muestra obtenida es una limitante ya que al ser tan pequeña esta no se puede generalizar a una población.

De igual manera se cuenta como limitante el no contar con información teórica actualizada respecto a la relación de la ansiedad con las dos afecciones tomadas en cuenta en la presente investigación.

Vale la pena mencionar como limitación, la participación por género de la muestra. En este caso se tuvo una mayoría de encuestadas mujeres haciendo la comparación entre género difícil.

VII. Conclusiones

En la presente investigación se dividió a los sujetos según padecimiento dermatológico, por lo que se cuentan con dos grupos; por un lado, el grupo de personas diagnosticadas con Dermatitis y el grupo de las personas diagnosticadas con Psoriasis. Ambos grupos estudiados presentan niveles significativos de ansiedad. La Escala de Hamilton utilizada en el presente estudio arroja resultados para ansiedad psíquica y para ansiedad somática para ambos padecimientos.

El grupo de personas con diagnóstico de Dermatitis presentó ansiedad psíquica elevada a comparación de la somática. Mientras pacientes con diagnóstico de Psoriasis poseen niveles severos de ansiedad y levemente más elevados que los pacientes que padecen Dermatitis.

De acuerdo con la prueba *U de Mann-Whitney*, se concluye que estadísticamente no existen diferencias entre los niveles de ansiedad de los dos tipos de afección dermatológica.

Se puede concluir con que las personas con mayor nivel de ansiedad en la presente investigación se encuentran dentro de los rangos de edad más joven, presentando niveles de ansiedad severa y perteneciendo al rango 18-26 años y 27-45. Aunque el rango de 46-65 también presentó un nivel significativo pero moderado.

En cuanto a niveles de ansiedad por padecimiento dermatológico, los hallazgos para psoriasis fueron los siguientes: del grupo de psoriasis conformado por 26 personas de la muestra, 15.4% del total de la muestra no presentaron niveles significativos de ansiedad. 7.7% presentaron un nivel de ansiedad leve, 23.1% presentaron ansiedad moderada, 15.4% presentaron ansiedad severa y 38.5% presentaron ansiedad muy severa. Concluyendo así que el 84.7 % de la muestra con padecimiento de psoriasis padece de un nivel significativo de ansiedad.

El grupo de dermatitis, conformado por 25 personas del total de la muestra obtuvo los siguientes hallazgos: el 28% no presentó niveles de ansiedad, 28% presentó ansiedad moderada, 12% presentó ansiedad severa, 32% presento ansiedad muy

severa. Concluyendo así que el 72% de la muestra presentó niveles significativos de ansiedad.

Otra importante conclusión de acuerdo con la escala de ansiedad de Hamilton se concluye que el promedio de la muestra presenta ansiedad severa. Asimismo, al interpretar la mediana de la ansiedad general un 50% de los casos de la muestra se encuentran en el rango de sin ansiedad hasta ansiedad moderada, en tanto que el otro 50% se encuentra entre los casos de ansiedad severa a muy severa. Sin embargo, los niveles se encuentran bastante dispersos del promedio de ansiedad, con lo cual se infiere que los sujetos presentan niveles de ansiedad de manera bastante heterogénea.

VI. Recomendaciones

Es importante generar información acerca de la relación entre los padecimientos cutáneos y diferentes síntomas o incluso propios trastornos psicológicos.

A la Universidad

Es necesario tener un apartado cualitativo de esta investigación para poder comparar las áreas en las que difieren puntualmente los sujetos.

Incentivar el trabajo multidisciplinario dentro de los estudiantes practicantes de la universidad sobre todo los estudiantes de psicología y medicina.

Incluir en el pensum académico información respecto a la relación entre los diferentes tipos de enfermedades físicas que pueden tener una fuente psicológica.

Promover más investigación, de tipo cuantitativo y cualitativo respecto al tema dermatológico y su relación con el área de psicología.

Promover el trabajo interdisciplinario profesional a todos sus estudiantes graduados.

Es necesario tener un apartado cualitativo de esta investigación para poder comparar las áreas en las que difieren puntualmente los sujetos.

A otros investigadores

Investigar y evaluar la percepción de sujetos con padecimientos dermatológicos. Investigar de manera cualitativa, las ideas, maneras de vivir y posibles causas de ansiedad de los mismos sujetos.

Tomar en cuenta la diferencia entre poblaciones, etnias y niveles socioeconómicos para definir si existe relación entre estas y sus niveles de ansiedad.

Generar información para este tema ya que es un problema real, que no muchos toman en cuenta, pero afecta de manera significativa a la población.

A dermatólogas/os

Tomar en cuenta la importancia de tener formación en el área psicológica para así poder psicoeducar a sus pacientes respecto a la ansiedad y otros síntomas que se puedan presentar al padecer una afección cutánea.

Profundizar, como profesional de la dermatología, en la afección Psoriasis, ya que es complejo su diagnóstico y en muchos casos es fácil confundirla con otras afecciones.

Apoyarse de colegas psicólogos para trabajar en un tratamiento integral (físico y mental) efectivo para los pacientes que lo necesiten.

Ser un facilitador para vincular personas a grupos de ayuda ya que estas pueden apoyarse entre sí, al encontrar más personas con el mismo diagnóstico y posiblemente similares emociones y preocupaciones.

Comprender que hay una situación emocional que puede afectar el control de la enfermedad físicamente hablando. Puede existir una probabilidad, que el paciente no sólo necesite tratamiento para la afección física, sino también emocional y mentalmente.

A psicólogas/os

Involucrarse y formarse en la relación y efectos que se tienen de tipo psicológico en personas que padecen de afecciones en la piel. Ya que estas presentan síntomas propios del área de psicología.

Propiciar la prevención y la educación en este tipo de temas, la relación, los efectos y las necesidades que pacientes con este tipo de diagnóstico puedan presentar.

A pacientes

Los invito a buscar profesionales de la salud mental calificados para ayudarlos a llevar la situación de la manera más adecuada.

A estar al tanto de los síntomas que pueden presentar que no son propios de la enfermedad física pero que aun así afectan su día a día.

A buscar espacios y personas fuera del ámbito profesional (familiares, amigos, grupos de apoyo) que puedan ser una ayuda y acompañar en los momentos en los que es más difícil llevar la enfermedad.

A los familiares de los pacientes

Buscar información acerca de la afección, tomar en cuenta que va más allá de lo que se puede ver de manera tangible en el cuerpo de sus familiares. Tiene efectos emocionales, actitudinales, motivacionales entre otros. Es importante buscar ser empáticos con sus seres queridos y ayudarlos a sentirse apoyados, queridos y sobre todo comprendidos en su diagnóstico y sentir.

VI. Referencias

- Acción Psoriasis. (2021). *¿Qué es la enfermedad psoriásica?*
<https://www.accionpsoriasis.org/psoriasissinlimites/que-es-la-enfermedad-psoriasica/>
- Alonso-Fernández, F. (15 octubre, 2003). 1.4.1.1.1. *El humor depresivo*. Biopsicologia.net
<http://biopsicologia.net/es/nivel-4-patolog%C3%ADas/1.4.1.1.1.-el-humor-depresivo>
- Alvarado, M. (2018). *Correlación entre Severidad de la Psoriasis y Calidad de vida según PASI y DLQI* [Tesis de Maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Catálogo USAC.
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. (2020, 14 septiembre). *Trastorno de ansiedad*.
<https://psiquiatrasapm.org.mx/trastorno-de-ansiedad/>
- Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental. (2021). *Ficha técnica del instrumento*. cibersam.
<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?ld=21>
- Biblioteca Nacional de Medicina. (2020). *Capas de la piel*. MedlinePlus.
https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm
- Biblioteca Nacional de Medicina. (2021). *Enfermedades de la piel*. Medline Plus.
<https://medlineplus.gov/spanish/skinconditions.html>
- Bolaños-Aguilar, M. (2018). El estrés y las enfermedades cutáneas en relación con la calidad de vida: el papel de las preocupaciones sociales y la ansiedad. *Dermatología Revista Mexicana*, 62(2), 170–171.

- Bravo, M. F., Saiz, J., & Bobes, J. (2009). *Manual del residente en psiquiatría* (Vol. 1). Gráficas Marte, S.L.
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Insomnio: Síntomas, diagnóstico y tratamiento*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/insomnio>
- Díaz, I. & De la iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1). <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/393>
- Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*. <https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1RM1F0L42-VZ46F4-319H/871.pdf>
- Grimalt, M. (3 mayo, 2021). *Emociones: Qué son y para qué sirven*. Gestalt Salut. <https://www.gestaltсалut.com/emociones-psicologia/>
- Guerra-Tapia, A., Asensio, Á. & García, J. (2015). El impacto emocional de la enfermedad dermatológica. *Actas Dermo-Sifilográficas*, 106(9), 699-702. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.002>
- Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3). <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States By Rating. *British Psychological Society*, 32(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Herlyn, S. (s.f.). Bases biológicas de la ansiedad. Parte I. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/bases_biologicas_ansiedad1.pdf
- Hernández-Sampieri, R. & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología De La Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1a ed.). McGraw-Hill.

- Hernández-Sampieri R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education.
- Kimball, A. B., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R. B. & Augustin, M. (2010). Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative?, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(9), 989–1004. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03705.x>
- Kossakowska, M. M., Cieścińska, C., Jaszewska, J. & Placek, W. J. (2010). Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *The Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(4), 429–433. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03432.x>
- Leiva, S. (2011). *Percepción De La Imagen Corporal En Pacientes Con Psoriasis, Basado En Estudio De Casos De 10 Adultos Con Edades Entre 25 Y 30 Años Que Asisten A La Fundación Ponte En Mi Piel* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito]. Catálogo en Línea Pontificia Universidad Politécnica Salesiana.
- López, M. (2007). *Ansiedad y Estrés Desencadenantes de Enfermedades Dermatológicas* [Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. Catálogo en línea Universidad Rafael Landívar.
- Lutz, E. L. & Banegas, Á. C. (2013). Psoriasis, una enfermedad sistémica con un tratamiento limitado. *Revista Médica Hondureña*, 81(2-4), 63-138. <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/37>
- Mayoclinic. (19 junio, 2020). *Dermatitis de contacto - Síntomas y causas* <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/contact-dermatitis/symptoms-causes/syc-20352742>
- Ortiz, A., Herrera, T., Pérez, C., Piñeiro, F., Perales, M. & Muñoz, P. (1992). Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 66(1), 71-82. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/1835>

- Real Academia Nacional de Medicina. (s.f.). Dermatitis por contacto. En *Real academia nacional de medicina*.
https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=Dermatitis%20por%20contacto
- Rodríguez-Zuniga, M. (2015). Psoriasis y enfermedad metabólica en el Perú. *Revista argentina de dermatología*, 96(4), 99-104.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2015000400009&lng=es&tlng=es.
- Rumbo Prieto, J. M. & Castellano Roja, E. (2017). *Dermatología Psicosomática, La Relación mente y piel. Editorial Científica*, 1(31), 7-10.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6324064>
- Serrano-Barquín, C., Rojas-García, A., Ruggero, C. & López-Arriaga, M. (2015). Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de México*, 4(8), 100–101. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/40385>
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Solís, L. (2014). Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador.
- Stanford medicine. (2021). *Contact dermatitis*.
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=dermatitisporcontacto-85-P03389>

- Valdez, V. (2019). *Nivel de estrés en pacientes de la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel (INDERMA), zona 6* [Tesis de Maestría, Universidad Francisco Marroquín]. Biblioteca Ludwig Von Mises, Universidad Francisco Marroquín.
- Valencia, M. (2012). *Trastorno De Ansiedad Y Su Relación Con La Calidad De vida En Pacientes Adultos Con Dermatitis Atópica Delcentro De La Piel (Cepi), En La Ciudad De Quito - Ecuador, Noviembre Del 2011* [Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador]. Repositorio Virtual Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.
- Valent, S. (3 julio, 2020). *El miedo en Terapia Gestalt*. Sandra Valent. <http://www.terapiagestaltbarcelona.eu/el-miedo-en-terapia-gestalt/>
- Vega, B. R., Liria, A. F. & Pérez, C. B. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Annuary of clinical and health psychology*, 1, 27-38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2527367>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, Á. M. & Arbeláez, C. P. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud*, 18(1), 17-25, <https://www.researchgate.net/publication/26575346> [Calidad de vida relacionada con la salud emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar](https://www.researchgate.net/publication/26575346)

VII. Apéndice

Apéndice A: Enlace Aporte Trabajo Final

En el siguiente enlace se podrá encontrar el aporte realizado en la presente investigación. Está compuesto de tarjetas creativas con ejercicios útiles para ayudar a disminuir la ansiedad. Están dirigidas para pacientes de dermatólogos, para así ser de ayuda para los que tienen poco conocimiento de en el ámbito psicológico.

https://drive.google.com/drive/folders/1IYh_KKuiSsXXilph27jasCKGShJIQ3Mj?usp=sharing

Apéndice B: Ficha técnica

Ficha Técnica	
Autor (es)	Max Hamilton Adaptada al español por: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas.
Nombre	Escala de Ansiedad de Hamilton
Forma de aplicación	La aplicación se llevará a cabo de manera individual por medio de un formulario de auto llenado en la herramienta Google Forms.
Duración	10-15 minutos.

Aspectos que Evaluar	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad ● Temor ● Tensión ● Insomnio ● Intelecto ● Afecto depresivo ● Somatización muscular y sensorial ● Síntomas cardiovasculares ● Síntomas respiratorios ● Síntomas gastrointestinales ● Síntomas genitourinarios ● Síntomas autónomos ● Comportamiento durante la auto aplicación
Nivel de Confiabilidad o Validación	<p>α de Cronbach: HARS=0,89</p> <p>Validez discriminante: HARS-Impresión Clínica</p> <p>Global de Gravedad:0,001.</p>

Apéndice C: Consentimiento informado e Instrumento

A continuación, se presenta el consentimiento informado y la adaptación del Inventario de Hamilton a un Google forms.

Encuesta sobre los síntomas de diagnóstico de Psoriasis y Dermatitis

Consentimiento Informado "Niveles de Ansiedad en personas con diagnóstico de Psoriasis, dermatitis por contacto."

Usted está siendo invitado a participar en esta investigación, la cual tiene como objetivo definir los niveles de ansiedad de personas que padezcan de Psoriasis y dermatitis por contacto. Antes de aceptar su participación en el estudio, es importante que usted conozca sobre la investigación, para que pueda tomar una decisión informada. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la investigadora, Paula Girón al correo suzethurl@gmail.com. Este estudio ha sido aprobado por la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar. El instrumento ha sido validado por expertos previamente para asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos y profesionales.

PROCEDIMIENTO: Esta investigación se llevará a cabo por medio de los datos recaudados en esta encuesta, que será distribuida por la investigadora a personas que cumplan con los criterios de la investigación. **RIESGOS:** Las preguntas en la siguiente encuesta tienen relación con síntomas y efectos que se pueden sentir en el día a día y ser abrumantes. Si estas le llegan a causar algún sentimiento o emoción fuerte considere buscar ayuda de un profesional de la salud mental. **BENEFICIOS:** La información que usted comparte en la siguiente encuesta posee el potencial de

ayudar a que los profesionales que trabajan en Guatemala, así como también a aquellos que trabajan dentro de otras culturas en otros países a comprender mejor los efectos cognitivos, emocionales y físicos que pueden llegar a causar el padecer alguna afección dermatológica como lo son la psoriasis o la dermatitis por contacto. Además, la oportunidad de compartir sus experiencias en este tema puede que tenga un valor para su propia reflexión. No hay ninguna compensación por su participación en esta investigación. **CONFIDENCIALIDAD:** Todos los materiales de la investigación se mantendrán confidenciales en la medida que lo permite la ley. Los datos obtenidos de su entrevista se guardarán en un archivo de datos electrónicos en la computadora personal de la investigadora, y serán protegidos con una contraseña para mantener su confidencialidad. Los materiales estarán disponibles solo para la asesora, en caso fuera necesario. Su identificación personal no es necesaria por lo tanto no será utilizada. **NORMAS Y DERECHOS DEL PARTICIPANTE:** Su participación en esta investigación es **VOLUNTARIA. USTED PUEDE DETENER SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO.** En este momento usted puede tomar la decisión de no participar y no habrá ningún tipo de consecuencia para usted. "Entiendo que puedo contactar a la investigadora o bien a la asesora del trabajo de investigación. en cualquier momento a través de correo electrónico si tengo preguntas, preocupaciones, u otros comentarios en referencia mi participación en esta investigación." "He leído y entiendo los contenidos de este consentimiento informado y consiento mi participación" Muchas por su tiempo y participación en mi estudio de tesis. Espero los datos brinden un aporte a este ámbito. Paula Suzeth Girón Ramírez Estudiante Universidad Rafael Landívar suzethurl@gmail.com Rosa María Ruiz Morales Asesora de Tesis Universidad Rafael Landívar docenciapsicoguate@gmail.com

Datos Generales

Su participación es anónima.

Género *

Femenino

Masculino

Other...

Rango de edad *

18-26 años

27-45 años

46-65 años

66+ años

Afección dermatológica *

Psoriasis

Dermatitis por contacto

No presento ninguna afección

Other...

After section 3 Continue to next section

Section 4 of 8

Escala de Ansiedad de Hamilton

Hola, gracias por participar en mi trabajo de campo. Esta es una adaptación virtual de la escala de Ansiedad de Hamilton. Por favor Califica según la intensidad de tus síntomas, de acuerdo con el siguiente rango de puntuación. (0) Ausente (1) Leve (2) Moderada (3) Severa (4) Grave .

1. Se ha sentido inquieto, tiende a esperar lo peor de las situaciones, muy aprensivo y temeroso, irritable. (Humor ansioso) *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

2. Se ha sentido tenso, fatigado, se sobresalta fácilmente, temblores, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse. (tensión) *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

3. Siente miedo a la obscuridad, a las personas desconocidas, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

4. Presenta dificultad para conciliar el sueño. *
Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos

0 1 2 3 4

Ausente Grave

5. Dificultad en la concentración, mala memoria *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

6. Siente falta de interés, no disfruta sus pasatiempos, presenta tristeza, insomnio de madrugada, variaciones del humor durante el día *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

7. Presenta dolores y cansancio muscular, sacudidas repentinas de los músculos, rigidez, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

8. Ha presentado zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

9. Ha presentado taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

10. Ha presentado peso o presión en la caja torácica, sensación de ahogo, suspiros, respiración forzosa *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

11. Ha presentado dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, náusea, vómitos, ruido intestinal, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento *

0 1 2 3 4

Ausente Grave

12. Ha presentado Micciones frecuentes ^{*}
(muchas ganas de ir al baño) , urgencia de micción, ausencia o aumento del flujo menstrual, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, disfunción eréctil

0 1 2 3 4

Ausente Grave

13. Ha presentado, boca seca, excesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, dolores de cabeza por tensión. ^{*}

0 1 2 3 4

Ausente Grave

14. A lo largo de la encuesta se sintió Agitado, ^{*}
inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, tenso,

0 1 2 3 4

Ausente Grave

After section 4 Continue to next section

Section 5 of 8

¡Muchas gracias!

Description (optional)

Apéndice D: Imagen creada para conseguir muestra de sujetos con dermatitis

TRABAJO DE CAMPO TESIS

Niveles de ansiedad en adultos con DERMATITIS


Mi trabajo de graduación se basa en definir los niveles de ansiedad de personas con Diagnóstico de **DERMATITIS**. Si padece esta afección , quiero invitarle a ser parte de este estudio.

El link para participar se encuentra en la parte de arriba.



Apéndice E: Imagen creada para conseguir muestra de sujetos con psoriasis


TRABAJO DE CAMPO TESIS



Niveles de ansiedad en adultos con Psoriasis

Mi trabajo de graduación se basa en definir los niveles de ansiedad de personas con Diagnóstico de Psoriasis y me gustaría invitarlos a ser parte de este estudio.

El link se encuentra en la parte de arriba.



Apéndice F: Prueba F para varianzas de dos muestras

	<i>Psoriasis</i>	<i>Dermatitis</i>
Media	26.0384615	25.24
Varianza	119.718462	176.273333
Observaciones	26	25
Grados de libertad	25	24
F	0.67916377	
P(F<=f) una cola	0.17138936	
Valor crítico para F (t	0.50908575	

Prueba F para varianzas de dos muestras

	<i>Psoriasis</i>	<i>Dermatitis</i>
Media	3.46153846	3.2
Varianza	2.49846154	2.58333333
Observaciones	26	25
Grados de libertad	25	24
F	0.9671464	
P(F<=f) una cola	0.46629348	
Valor crítico para F (t	0.50908575	