

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

La psoriasis y calidad de vida en pacientes del Hospital Regional

de Loreto, Iquitos, Perú, 2016

Por:

Hugo Percy Zamora Perea

Asesor:

Guido Angelo Huapaya Flores

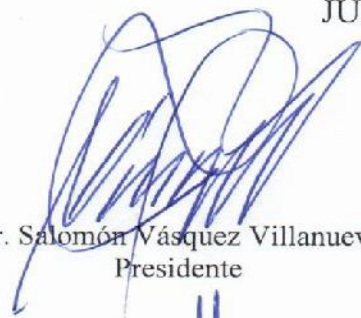
Lima, diciembre de 2017

La psoriasis y calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto, Iquitos, Perú, 2016

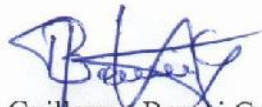
TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud


JURADO CALIFICADOR



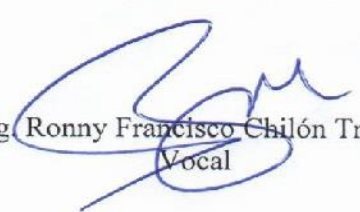
Dr. Salomón Vásquez Villanueva
Presidente




Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Secretario



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Asesor



Mg. Ronny Francisco Chilón Troncos
Vocal



Dra. María Ángela Paredes Aguirre
Vocal

Villa Unión, Ñaña, 15 de diciembre de 2017

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS


Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: ***“LA PSORIASIS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS, PERÚ, 2016***, constituye la memoria que presenta el Bachiller **HUGO PERCY ZAMORA PEREA** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los quince días del mes de diciembre de 2017.



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores

Asesor

Dedicatoria

A mi Madre, hermanos, familiares, iglesia, maestros y colegas; quienes en el diario vivir, con sus ejemplos, palabras, cultivaron en mí, el deseo de superación constante y de ellos aprendo que todo se consigue con esfuerzo.

Agradecimiento

A Dios

Por sus bendiciones de cada día, que nos permite ser utilizado en su causa.

A mis padres

A mi madre, por su amor y dedicación en cada día de mi vida, y a mi padre, que descansa hasta que el Señor vuelva, por sus altos valores que sembró en mi persona, el amor a Dios, a mi profesión y el servicio a la humanidad.

A la UPeU

Porque en sus aulas aprendí a desempeñarme como un buen salubrista, al servicio de la humanidad y sobre todo a desarrollar nuestros proyectos guiados por nuestro Dios.

A la UPG Salud Pública

Al Dr. Bernui por su apoyo y amistad; a mi docente y asesor Angelo Huapaya, por su entrega y dedicación que contribuyó para este logro, es admirable su ejemplo en constancia y optimismo.

Gracias Jazmín por tu apoyo clave en estos momentos.

Resumen

La presente tesis titulada “Psoriasis y calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016”, realizado con el objetivo de determinar la relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes, siguiendo una metodología cuantitativa, no experimental de diseño exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal; en una muestra no probabilístico de 80 pacientes, utilizando como instrumentos para la recolección de datos el test de la National Psoriasis Foundation y el cuestionario Koo-Menter (CKM) para la variable calidad de vida; corroborando su validez mediante la prueba de Bartlett significativamente valido (0,000); y con un KMO en 0,84. Los resultados describen que la severidad de la Psoriasis está relacionado significativamente (0,01) con la calidad de vida en un grado (0,28) de correlación moderada. Lo descriptivo evidencia en que el 67,5% de los pacientes se presenta un nivel grave de severidad a diferencia de la magnitud que sólo se presenta en u nivel moderado el 86,3% un aspecto que es corroborado en forma inferencial. La magnitud de la Psoriasis se verifica que no está relacionado significativamente (0,43) con la calidad de vida en un grado (0,08) de correlación casi nula. Concluyendo que la psoriasis minimiza y deteriora la calidad de vida de la persona, aunque esta pueda generar mecanismo de afronte para vivir en sociedad. Los resultados de esta investigación conllevan a reafirmar que los pacientes Psoriasicos necesitan un abordaje completo, minucioso, estratégico e integral.

Invitando al sector salud a tomar un papel más preponderante en la prevención e intervención del paciente psoriásico de forma integral: física, psicológica y social.

Palabras claves: Psoriasis, calidad de vida, severidad psoriásica, magnitud psoriásica, dermatología.

Abstract

The present thesis entitled Psoriasis and quality of life in patients of the regional hospital of Loreto: Iquitos, Peru, 2016, carried out with the objective of determining the significant relationship of the severity of Psoriasis with the quality of life in patients, following a quantitative methodology, not experimental, exploratory, descriptive, correlational and transversal design; in a non-probabilistic sample of 80 patients, using as instruments for data collection the National Psoriasis Foundation test and the Koo-Menter questionnaire (CKM) for the variable quality of life; corroborating its validity through Bartlett's significantly valid test (0,000); and with a KMO at 0.84. The results describe that the severity of Psoriasis is significantly (0.01) related to the quality of life in a degree (0.28) of moderate correlation. The descriptive evidence shows that 67.5% of patients present a severe level of severity unlike the magnitude that only occurs in a moderate level 86.3% an aspect that is corroborated inferential form. The magnitude of the Psoriasis is verified that it is not significantly related (0.43) to the quality of life in a degree (0.08) of almost zero correlation. Concluding that psoriasis minimizes and deteriorates the quality of life of the person, although this can generate coping mechanism to live in society. The results of this investigation lead to reaffirm that Psoriatic patients need a complete, thorough, strategic and comprehensive approach. Inviting the health sector to take a more preponderant role in the prevention and intervention of the psoriatic patient in an integral way: physical, psychological and social.

Key words: Psoriasis, Quality of Life, Psoriatic Severity, Psoriatic Magnitude, Dermatology.

Tabla de contenidos

Resumen	6
Abstract.....	8
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la situación problemática.....	13
1.3. Formulación del Problema	18
1.3.1. Problema General.....	18
1.3.2. Problemas Específicos:.....	19
1.4. Objetivos del estudio.....	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.5. Hipótesis de la Investigación.....	21
1.5.1. Hipótesis General.....	21
1.5.2. Hipótesis Específicas.....	21
1.6. Justificación	21
1.7. Viabilidad	23
1.8. Delimitaciones	24
1.9. Limitaciones	24
1.10. Presuposiciones.....	25
CAPÍTULO II	26
FUNDAMENTO TEÓRICO	26
2.1. Marco bíblico.....	26
CAPÍTULO III.....	46
METODOLOGÍA	46
3.1 Tipo y diseño de estudio	46
3.1.1 Tipo de estudio.....	46
3.1.2 Diseño de estudio	47
3.2 Población y Muestra de Estudio	49
3.2.1 Población	49
3.2.2 Muestra.....	49
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	50
3.3.1 Criterios de inclusión	50
3.3.2. Criterios de exclusión	50
3.4 Consideraciones éticas	50
3.5 Diseño y operacionalización de variables	52
3.6 Técnicas de recolección de datos.....	53
3.6.1 Elaboración del instrumento.....	53
3.6.2 Procedimiento para la recolección de datos	56
3.7 Plan de tabulación y análisis de los datos	56
CAPÍTULO IV	58

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	58
CAPÍTULO V.....	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
Conclusiones	82
Recomendaciones	83
Referencias.....	86
ANEXOS	88
Anexo 1.....	89
Matriz instrumental	89
Anexo 2.....	91
Matriz de consistencia	91
Anexo 3.....	94
Cuestionarios y Escalas	94
Anexo 4.....	99
Magnitud y prevalencia de la Psoriasis:	99

Índice de tablas

Tabla 1. Diseño de investigación.	48
Tabla 2. Matriz de Operacionalización de las variables	52
Tabla 3. Validez y Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida en Psoriasis	54
Tabla 4. Escala si se elimina el elemento del cuestionario de Calidad en Psoriasis.	55
Tabla 5. Edad de los pacientes.	58
Tabla 6. Género de los pacientes.....	59
Tabla 7. Lugar de procedencia de los pacientes.....	59
Tabla 8. Ocupación de los pacientes.	60
Tabla 9. Magnitud de la psoriasis en los pacientes.	61
Tabla 10. Severidad de la psoriasis a nivel de superficie Corporal.....	61
Tabla 11. Percepción de Psoriasis.	62
Tabla 12. Impotencia ante su enfermedad.	62
Tabla 13. Sentimiento de incomodidad y vergüenza ante la Psoriasis.	63
Tabla 14. Enojo o frustración frente a su Psoriasis.	63
Tabla 15. Medida en que afecta la Psoriasis su aspecto físico.....	64
Tabla 16. Cuan desfigurante es su psoriasis.	64
Tabla 17. Impacto de la psoriasis sobre su bienestar.	65
Tabla 18. La Psoriasis y la capacidad para disfrutar la vida.	65
Tabla 19. Prurito o comezón en la psoriasis.	66
Tabla 20. Irritación o enrojecimiento de la piel en la Psoriasis.	66
Tabla 21. Nivel de dolor en la Psoriasis.	67
Tabla 22. Elección de la ropa para ocultar la Psoriasis.	67
Tabla 23. Calidad de vida.	68
Tabla 24. Dimensión física.	68
Tabla 25. Dimensión psicológica.	69
Tabla 26. Dimensión Social.	70
Tabla 27. Severidad de la Psoriasis con la calidad de vida.	71
Tabla 28. Magnitud de la Psoriasis con la calidad de vida.	72
Tabla 29. Severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida.	74
Tabla 30. Severidad de la psoriasis y la dimensión psicológica de la calidad de vida.....	76
Tabla 31. Severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida.	77

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El hombre es un ser social, creado para vivir en comunidad con sus semejantes, donde cada uno ocupa un lugar en esta sociedad, desempeñándose según su capacidad o habilidad para el bien recíproco de todos los habitantes (Arenas, 2009). La sociedad determina factores externos que conjugados con nuestros factores intrínsecos establece un equilibrio que nos condiciona una salud adecuada para desenvolvernó en determinada sociedad. Es así, como las personas se desenvuelven la mayor parte del día y de sus vidas, regulados por normas, vínculos, paradigmas, creencias, educación, formas de pensar y actuar, que nos lleva a una convivencia adecuada y sana en comunión con nuestros semejantes.

La Organización Mundial de la Salud (1958) definió a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad o dolencia”. Sin embargo, en el diario vivir, se detecta que la sociedad no responde adecuadamente, cuando en su seno alberga personas enfermas, como es el caso de individuos con psoriasis, diversas reacciones afloran por parte de las personas, que apuntan a disminuir la autoestima del paciente, disminuyendo su calidad de vida.

Existen publicaciones de autores que muestran como las relaciones interpersonales se ven afectadas dentro de una sociedad, cuando dentro de ella aparecen enfermos que a pesar de no ser una enfermedad contagiosa como la psoriasis determina cambios en sus conductas o reacciones, ocasionando una baja en la calidad de vida del paciente. Ribera (2008) mencionó que las enfermedades de la piel, entre ellas la psoriasis, provocan un deterioro significativo en la autoestima del paciente, ocasionando ansiedad, depresión, aislamiento social, mala adaptación en el colegio o en el trabajo y limitando las posibilidades de realizar actividades al aire libre donde existe mucha concurrencia. Padecer de psoriasis induce a diferentes estados de ánimo, según estadísticas el 57% de las personas afectadas por la psoriasis reconoce que la enfermedad ha tenido un “impacto palpable” en su calidad de vida y el 53% dice que, desde que la sufre “ha perdido confianza en sí mismo”.

Cortes, Castro, Fierro y Ojeda (2010) mencionaron que sí las lesiones son extensas y de evolución brusca, de larga data, acompañada de comezón y dolor la calidad de vida del paciente se ve afectada. La Organización Mundial de la Salud (2008) informó, que la psoriasis afecta a 125 millones de personas de distinta clase social en todo el mundo; en los Estados Unidos existe una prevalencia del 1% de su población general, Sudamérica 0,97% de una población hospitalaria, España 1,17% al 1,43% de su población general, siendo más llamativa la prevalencia en África del 9,6% de una población hospitalaria (Cañarte, 2010).

En Argentina, la Asociación de Enfermos con Psoriasis (AEPSO, 2010) a través de una encuesta realizada a nivel nacional determinó 800,000 pacientes con psoriasis en

su población general. Por otro lado, en el Perú, el diario la República, en su edición del día 7 de Junio del 2014, aparece un artículo donde menciona que este mal afecta a un promedio de 400,000 peruanos, en tanto que Tincopa (1996) y Díaz (1999), muestran una frecuencia de presentación del 1,7% y 1,1% en el servicio de dermatología del Hospital Regional docente de Trujillo, Perú. Se considera además que la psoriasis puede devenir en una artritis psoriásica en un 10 al 30% en aquellos pacientes que padecen este mal. Siendo la psoriasis una enfermedad que modifica ciertos comportamientos en los pacientes dentro de su ambiente tanto familiar y social se presupone que influye en su calidad de vida.

En observaciones personales y en entrevista realizadas durante la consulta por el investigador, encontró que las personas con psoriasis expresan deterioro en su calidad de vida, vinculados al entorno donde se desenvuelven, así como al hospital, su hogar, lugar de trabajo, ámbito social ocasiones por múltiples factores; dichos pacientes expresan: “no me quieren saludar dando la mano”, “me da vergüenza mostrarme en público”, “les da asco cuando me acerco”, “mi esposa me mando a dormir en otra cama”, “no me dejan bañarme en una piscina”, “mi enamorada me dejo cuando comencé a presentar la enfermedad”, “no me quieren dar trabajo”, “conseguir rápido turno al especialista es difícil”, “el personal que atiende en admisión dentro del hospital, no lo hace amablemente”, “percibo que la gente nos mira despectivamente de pies a cabeza”. Dichas expresiones revelan que esta situación de salud estaría ocasionando en estas personas un aumento en el estrés, lo que estaría exacerbando su enfermedad y por consiguiente estaría provocando una aparente ineficacia del tratamiento.

En el Perú, se estima que este mal afecta a un promedio de 400,000 peruanos (Diario La República 07/2014). En la región Loreto no existe información sobre la relación de la psoriasis y la calidad de vida, desconociéndose una estimativa de esta enfermedad para esta zona. Este estudio se constituye el primer estudio de investigación realizado en esta región y en el hospital regional de Loreto estudio que sirve como referencia para futuros estudios de variables similares de Psoriasis y calidad de vida.

En este contexto, la psoriasis se constituye en una de las variables predictores para evaluar la variable criterio calidad de vida, un aspecto que nos conlleva a revisar ¿En qué medida se relaciona la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

1.2. Antecedentes de la investigación

Según Pedraz y Daudén (2010) la psoriasis tiene una prevalencia media del 2% de la población mundial. Existiendo diferencias muy notables dependiendo de la etnia. En Estados Unidos es del 4,6% y en Canadá del 4,7%, mientras que en africanos y asiáticos oscila entre 0,4-0,7% y es excepcional en indios sudamericanos. En España, la prevalencia es discretamente inferior a la media mundial, del 1,4 al 2%.

Asimismo, Delgado, Quincha y Méndez (2011) concluyeron que el impacto de la psoriasis tiene dimensiones, la afectación física específica de la enfermedad, la psíquica y la social, quienes deterioran la calidad de vida del paciente que causando inhabilidad, quizá en mayor proporción que la ocasionada por enfermedades que ponen en riesgo la vida.

Igualmente, Lustia, et al. (2008) realizaron un estudio titulado “Severidad, calidad de vida y evolución del psoriasis, su relación en nuestra población”, en el servicio de dermatología del hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina. El objetivo fue evaluar, si existe relación directa entre la severidad clínica de la psoriasis, su tiempo de evolución y la alteración en la calidad de vida. La metodología utilizada fue un estudio prospectivo, observacional de 102 pacientes, la evaluación fue mediante el Score Psoriasis and Severity Index (PASI) y el cuestionario de calidad de vida Psoriasis Disability Index (PDI) durante la misma visita. Llegaron a la conclusión que en la mayoría de los pacientes (a excepción de aquellos con una evolución mayor a 5 años), un mayor PASI no necesariamente significó una peor calidad de vida, por lo que en la población estudiada, la relación entre el PASI y el PDI depende del tiempo de la enfermedad.

Por otro lado, Fernández (2011) en su tesis doctoral “Características epidemiológicas, comorbilidades calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placas en el área sanitaria de La Coruña”, España, realizó un estudio prospectivo observacional con el objetivo de evaluar pacientes con psoriasis en placas pertenecientes al área sanitaria de La Coruña. Se incluyeron 395 pacientes (59.7% varones y 40.3% mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 86 años. Llegando a la conclusión que los factores asociados a una mayor afectación de la calidad de vida fueron el sexo femenino, el índice de masa corporal, los años de evolución de la psoriasis y el tipo de tratamiento; este último impacta mejor a la calidad de vida en los pacientes con tratamientos biológicos y sistémicos.

De la misma manera, Solano (2012) en su tesis realizado para la obtención de título de licenciado en enfermería, titulado “Factores de riesgo que influyen en la incidencia de psoriasis en los habitantes del cantón santa Elena, 2011-2012, La Libertad, Ecuador”, hizo un estudio epidemiológico descriptivo con el objetivo de analizar los factores de riesgos que influyen en incidencias de psoriasis. Para ello, dispuso un conjunto en 70 pacientes psoriásicos que ingresaron a la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito, Ecuador. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años de edad con diagnóstico de psoriasis desde hace un año más o menos, sin patología asociada. Se llegó a la conclusión que la extensión de la lesión, el nivel de instrucción, sexo, tiempo de aparición y evolución de la enfermedad condicionan la percepción de la calidad de vida en los sujetos enfermos con psoriasis.

Finalmente, Leiva (2012) en su tesis previa a la obtención del título de psicólogo, titulado “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”, Quito, Ecuador, 2012”. Cuyo objetivo fue, describir la realidad en que viven 10 personas que asisten a la fundación con problemas de psoriasis. Se realizó una investigación cualitativa, llegando a la conclusión que la mayoría de pacientes presenta, ansiedad o depresión con respecto a su enfermedad, que la mayoría de pacientes tienden a aislarse de las cosas que antes realizaban, se sienten abatidos y con necesidad de protección.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

1.3.2. Problemas Específicos:

¿Cuál es el cuadro clínico de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es el nivel de severidad y magnitud de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es el nivel de la dimensión física, psicológica y social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es la relación de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?

¿Cuál socialización parental por aceptación/implicación, según el género, en los estudiantes de secundaria en la I.E.P La Inmaculada, 2017?

¿Cuál es la socialización parental por coerción/imposición, según el género en los estudiantes de secundaria de la I.E.P. La Inmaculada, 2017?

1.4. Objetivos del estudio

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

Describir el cuadro clínico de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Identificar el nivel de severidad y magnitud de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Identificar el nivel de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Identificar el nivel de la dimensión física, psicológica y social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Determinar la relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

1.5. Hipótesis de la Investigación

1.5.1. Hipótesis General

Existe relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

1.5.2. Hipótesis Específicas

Existe relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

1.6. Justificación

En el presente estudio se consideró la psoriasis como un factor que podría estar implicando en la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad en la región estudiada. Como relevancia teórica, esta investigación es importante porque corroborará los estudios ya realizados relacionados en cómo afecta la aparición y evolución de la enfermedad psoriasis en la calidad de vida. Unos análisis de los estudios existentes en Perú sobre la relación de dichas variables son escasas y nula en la región Loreto; lo cual amerita llevar a cabo este estudio; que incrementará la teoría sobre la psoriasis como factor predisponente también en la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, en cuanto a la relevancia metodológica el incremento teórico de dicha variable se constituirá en un bagaje exploratorio al estudiar la relación de estas variables dentro de la región y en el Perú. Lo cual constituirá una base para futuros estudios con otros diseños sobre la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Además, buscar correlaciones más específicas entre las dimensiones de estas variables lo cual redundará en mirar la variable de manera diferente y poder visionar nuevos mecanismos a consideración para potenciar la calidad de vida y la prevención frente al aislamiento, marginación y discriminación a los que presente dicha enfermedad.

La relevancia institucional, de este estudio se enmarca en el aporte al Ministerio de Salud y a las diferentes instituciones públicas y privadas de Salud; a fin que los administradores puedan mejorar sus políticas y estrategias preventivas psicoemocional, sociales y físicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes; lo cual se constituye en una implicancia directa en las prácticas antidiscriminatorias y de mejor trato a los pacientes concientizando que no es contagiosa.

Como relevancia social consideramos que es vital para que los sectores públicos, empresas privadas, municipios, y actores locales puedan tomar decisiones administrativas, económicas, políticas para cambiar la perspectiva del ciudadano frente a esta enfermedad para una mejor convivencia. Además, que las familias puedan mejorar el trato para con el paciente educándolos brindando información sobre el origen y etiología de la enfermedad. Así como, repotenciar el rol del familiar y del paciente en cómo enfrentar la enfermedad lo cual repercutirá en un mejoramiento de las diversas dimensiones de su calidad de vida.

Finalmente, como relevancia práctica, esta investigación podrá determinar los factores que condicionan la calidad de vida de los pacientes en la región Loreto, lo que contribuirá para la mejoría de su estado de salud físico, productivo, desempeño social, económico y personal y se podrá mejorar su reintegración a la sociedad y aceptación por su entorno.

1.7. Viabilidad

Esta investigación es viable por la existencia de recursos financieros; materiales y humanos; existentes en el hospital regional de Loreto. Financieramente se cuenta con capital económico personal para la investigación. Los materiales metodológicos fueron autofinanciados. En tanto, los recursos humanos (pacientes) concurren masivamente al hospital regional de Loreto (servicio de dermatología), siendo el único hospital referencial del Ministerio de Salud-MINSA de toda la región. Institucionalmente, se cuenta con el todo el apoyo de la dirección del hospital, siendo este el primer estudio del

caso. Asimismo, la asistencia médica que se da a los pacientes a través del servicio privado, lo cual se constituye un potencial muestra para el estudio.

1.8. Delimitaciones

En este estudio, no serán parte menores de 18 años, debido a que tienen que poseer permiso de sus padres para llenar los cuestionarios, pues tienen dificultades para responder las preguntas realizadas, donde tal vez sus padres influyen en su respuesta. Además, que en la práctica clínica se presentan escasos casos en menores. Asimismo, porque la calidad de vida de un menor de edad está supeditado a sus padres.

Por otro lado, cabe resaltar que no, será utilizado el diseño longitudinal debido a la presentación clínica de la enfermedad en distintos momentos lo cual repercute en una percepción de la calidad de vida distintos, ejemplos; etapas de reagudización y etapas de remisión de la enfermedad. Por lo cual, será utilizado el diseño transversal, que ayudará a comprender mejor las variables estudiadas en un único momento. Así mismo, los cuestionarios serán útiles para responder de manera general y eficaz nuestra pregunta, obviándose otras metodologías como visitas a hogares o seguimiento del paciente.

1.9. Limitaciones

Las limitaciones propias del trabajo fueron la ausencia de capital económico, personal y disponibilidad de tiempo del investigador para realizar una mayor toma de muestra de pacientes con psoriasis para el estudio. Una limitación del estudio es no explorar el aspecto cualitativo de la percepción de la enfermedad en relación a la calidad de vida lo que limita la capacidad de entendimiento nominal de los factores físicos, psicológicos y sociales además del entorno de los pacientes; presentando una ausencia de

información importante, que podría complementar eficientemente los datos obtenidos por cuestionario.

Otra problemática de limitación es la ausencia de mayor muestra en la región Loreto, ya que este estudio no cuenta con financiamiento para visitar otros centros de salud de los diversos centros comunitarios de salud presentes en los ríos Amazónicos, comunidades sin postas médicas y localidades fronterizas de Loreto, Perú.

1.10. Presuposiciones

Se encontró predisposición por parte de los pacientes a fin de ser evaluados. Asimismo, se encontró un grado de relación de los pacientes con psoriasis y su calidad de vida relacionada a los factores físicos, psicológicos, sociales y severidad de la enfermedad. Esto debido a que la psoriasis, es una enfermedad que deforma la autoestima del paciente, influye en la autodiscriminación personal, debido a los efectos de la enfermedad y la ausencia de información de las personas de su entorno.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Marco bíblico

En el mundo antiguo, había una confusión entre la lepra y la psoriasis. El registro bíblico describe mucho más a detalle lo relacionado a la lepra. El nombre hebreo de la enfermedad era: Tsarath o Zaarath. En el Viejo Testamento, libro sagrado de los hebreos, hay repetidas menciones, sobre todo en el Levítico, de la impura enfermedad (o enfermedades) conocida como tzaraat. Cuando los eruditos de Alejandría tradujeron el Viejo Testamento al griego, tzaraat fue traducida como “lepra”. Sin embargo, la medicina griega llegó al Occidente por medio de manuscritos arábigos y, cuando se tradujeron estos manuscritos al latín, la palabra arábica que fue traducida como “lepra” no fue otra sino “juzam”, que era el término para definir la “elefantiasis” de los griegos.

Esto propició, que se estableciera una conexión que nunca debió haber existido entre la “lepra” de los latinos, el juzam de los árabes, la “lepra” de los griegos y el tzaraat de los hebreos. Aunque, los médicos medievales conocían este error y se referían a la lepra como dos enfermedades distintas -la lepra de los árabes (o sea la lepra en sí) y la lepra de los griegos (o sea una serie de afecciones cutáneas diversas), esta diferencia poco

importó debido al estigma religioso que se asoció con la enfermedad. Esta conexión errónea ayudó a que un padecimiento aparentemente poco importante como la lepra fuera relacionado con toda una serie de enfermedades que habían sido consideradas impuras por el libro sagrado de los hebreos (y de una gran mayoría de la población europea). En parte gracias a este error de traducción se inició la discriminación y el miedo hacia los enfermos de lepra que marcaría la historia de esta enfermedad. Areteo de Capadocia, siglo II le dio a la lepra el nombre de elefantiasis, antes se le llamaba leontiasis o lepra leonina.

En el libro de Levítico y Pentateuco contienen legislación para prevenir y tratar la lepra, señalando las formas de diagnóstico y la obligación de vivir separados los enfermos de los sanos. Una de las citas más notables es la del Éxodo (Ex, 4 : 6) cuando Jehová hace caer la lepra sobre la mano de Moisés y luego le ordena meter la mano en su seno y sacarla de nuevo, quedando curado. María, la mujer de Aarón cayó enferma de lepra durante su embarazo. Dice el texto bíblico: “Estaba leprosa como la nieve”. Para curarla ordena Jehová a Moisés que envíe fuera del campamento a su cuñada por siete días.

En el libro de los Números, 13: 1: “Cuando tenga uno en su carne alguna mancha escamosa, o un conjunto de ellas, o una mancha blanca, brillante...” y se presente así en la piel de la carne la plaga de la lepra, será llevado a Aarón. El Rey Azarías (2 Re, 15: 5) a quien “Jehová hirió con la lepra y estuvo leproso hasta el día de su muerte y habitó en casa separada”. El Rey Uzías fue leproso (Cr 26: 21-23) hasta el día de su muerte y habitó leproso en una casa apartada. Uzías u Ozías parece ser el mismo que el Azarías de

2 Re, que se había rebelado contra Jehová. Hay otros cuatro hombres innominados, leprosos (2 Re 7: 3) que estaban en la Puerta de Samaría, por haber sido segregados de la ciudad por su enfermedad.

La enfermedad de Job se ha pensado que pudiera ser lepra, pero el prurito que dice sentía y que era tan intenso que tenía un tiesto para rascarse con él, no suele presentarse en la lepra. Más bien recuerda a algún padecimiento dermatológico del tipo del prurigo. Sin embargo dice Job que su piel se ha ennegrecido y se le cae y sus huesos le arden de calor. En el Nuevo Testamento hay varios leprosos. Jesús los sana como en el caso que se cita en Mateo (8: 1-4), que es el mismo que cuentan Marcos (1, 40: 45) y Lucas (5: 12-16), Mateo (11: 5) dice que los leprosos son limpiados por Jesús. Simón, el Leproso cuya casa visitan Jesús y los Apóstoles (Mateo 14: 3; 26:6) es otro de los leprosos del Nuevo Testamento.

La Biblia es, sin duda alguna, el libro en el que la lepra adquiere una mayor importancia histórica y social. Aunque, como ya se mencionó, es probable que la mayoría de los casos de lepra que se refieren en la Biblia no sean la lepra como la conocemos hoy, sino otras muchas enfermedades dermatológicas, esto no afectó la repercusión de los escritos bíblicos en lo que a la lepra respecta. El caso de Naamán, el sirio-araméo ya citado y el del criado de Elías, Giezi sobre el cual cayó la maldición de su amo por su avaricia y engañoso proceder.

Un ejemplo de esta equivocación diagnóstica la podemos encontrar en la historia de Naaman, el leproso. En este pasaje bíblico se menciona que Naaman era “blanco como

la nieve”. Esto hace muy poco probable que la enfermedad que lo afectaba fuera lepra, debido a que esta característica clínica no es propia de la enfermedad. Lo más factible es que la verdadera enfermedad de Naaman fuera vitíligo. Otros muchos errores pueden encontrarse, entre ellos la idea de que la lepra emblanquecía el cabello e incluso afectaba la ropa o las paredes (se ha pensado que esta “lepra de las paredes” es en realidad un hongo o quizás simple humedad). En la Biblia, la lepra no es considerada sólo como una enfermedad del cuerpo sino también como una enfermedad del alma. En este aspecto el término “leproso” no es dado sólo a aquellas personas cuya piel y cuyo cuerpo hubiesen sido destruidos, sino también a aquellas personas castigadas por Dios o apartadas y discriminadas por la sociedad.

El ejemplo bíblico más importante de la lepra como castigo es el del rey Ozías, mientras que el de la lepra como discriminación lo encontramos en el libro del profeta Isaías. En algunas traducciones de este libro se menciona que el enviado de Dios a la Tierra (o sea Jesucristo) sería considerado como un “leproso”, mientras que en otras sólo se habla de que sería humillado. Aunque, Jesucristo no era clínicamente un leproso, sí causó tanto miedo y rechazo como si lo fuera en la sociedad a la que llegó. En este sentido, la lepra deja de ser una enfermedad para transformarse en un estigma social (aunque para algunas personas esta “lepra” de Jesucristo fue tomada como una señal de que los enfermos de lepra eran personas santas). De hecho, según el Antiguo Testamento, los leprosos debían de ser excluidos de la sociedad y retirados de los asentamientos humanos para vivir aislados por el resto de su existencia. Aún más importante es el hecho de que los leprosos no pudieran ser curados. La palabra que se usa en los evangelios para

referirse al acto en el que Jesús alivia a los leprosos de sus males no es curar, sino limpiar. Esto indica, sin lugar a dudas, que la lepra no era considerada como una enfermedad sino como un signo de impureza y de suciedad.

No es raro, por lo tanto, que la sociedad medieval odiara y temiera a los leprosos. Tampoco es raro que los leprosos fueran segregados y apartados de los asentamientos humanos y considerados muertos en vida. Con la Biblia y sus enseñanzas como fondo histórico, se desarrollaron la vida y la muerte de los leprosos medievales. En la actualidad una buena proporción de enfermedades dermatológicas producen rechazo social y apartamiento personal tan igual que el mundo antiguo y la psoriasis no escapa a esta realidad.

En la búsqueda de trabajos de investigación relacionados con el tema de la socialización parental según el género en estudiantes de secundaria, en las bibliotecas de psicología, artículos, tesis y otras ramas relacionados se ha podido tener acceso a los siguientes trabajos de investigación.

Marco teórico

Psoriasis

El auge del estudio de las enfermedades dermatológicas, permite tener un mayor conocimiento de ellas, siendo la psoriasis una de ellas. La palabra psoriasis proviene del griego y significa picazón o prurito. Según Ribera (2008) refiere que la psoriasis tiene causa desconocida y solo se sabe de algunos mecanismos que lo originan. La AEPSO (2008) define en forma clara y concisa a la psoriasis, como una enfermedad inflamatoria, inmunológica, crónica, no contagiosa, sistémica, de predisposición genética

desencadenada por muchos factores que afectan la piel mucosa, anexos y las articulaciones.

Fisiopatología.

Arenas (2010) consideró la predisposición genética, estrés, infecciones, ciertos medicamentos, traumatismos sobre la piel, frío, (pues se ha comprobado que en invierno estos pacientes presentan más brote, y que el sol, en muchos de los casos sirve de terapia), y otras que se desconocen como factores desencadenantes de la enfermedad. La psoriasis se inicia en el sistema inmunitario, en unas células de la sangre llamada linfocitos T, que nos ayudan a proteger el cuerpo contra infecciones y enfermedades, estos linfocitos se activan indebidamente y desencadena una proliferación exagerada de las células de la epidermis, dilatación y proliferación de los vasos sanguíneos. Lorenz (2009) mencionó que normalmente la epidermis se renueva cada 28 a 30 días, en la psoriasis este proceso se realiza en 3 a 4 días, manifestándose en la piel como una acumulación de células, con aspecto de descamación exagerada y placas de escamas blancas nacaradas.

Prevalencia

Tiene una prevalencia media del 2% de la población mundial, según Fernández (2011), sin embargo, esta prevalencia varía ampliamente en los diferentes estudios publicados. Mendoza (2007) refirió que las prevalencias más altas se han descrito en las islas Faroe (2,8%) y en los países del norte de Europa, con una prevalencia media del 2%, especialmente en Alemania (3, %) y Dinamarca (3,2% en los hombres y 2,5% en mujeres). La prevalencia parece ser menos en países asiáticos (0,3%) y en las poblaciones

andinas de Sudamérica. Fredkman (2007) consideró que en Estados Unidos afecta hasta un 4.5% de su población total y que un 5 a 7 % de pacientes que presentan psoriasis pueden contraer una artropatía inflamatoria crónica llamada artritis psoriasica.

Edades de presentación

Según Fernández, Gatty y Porta (2011) señalaron que la psoriasis puede presentarse en todas las edades siendo más frecuente en la segunda década de la vida, afecta a ambos sexos por igual, cuando su aparición es más temprana, y es más extensa en su distribución conlleva casi siempre a una artritis psoriasica, la edad media de presentación es de 35 a 40 años y puede ocasionar incapacidad en el paciente.

Clasificación

Arenas (2009) clasificó a la Psoriasis según las edades de presentación, la evolución clínica y los antecedentes genéticos en tipos I y II. El tipo I (juvenil), que es el más temprano, aparece antes de los 40 años, suele ser más generalizado, resistente al tratamiento y grave. El tipo II (del adulto), es de aparición tardía, después de los 40 años, por lo general alrededor de los 60 años, en ocasiones hay antecedentes familiares, la evolución clínica es benigna. AEPSO (2008) agrupó a la psoriasis según su severidad, en leve, moderado y grave, según la presencia de lesiones en la superficie corporal, siendo leve hasta en un 5%, moderado hasta en un 30% y grave mayor a ella.

Clínica

Magaña (2003) describió a las lesiones de la psoriasis como elevaciones de la piel (pápulas) cuya superficie está cubierta de escamas, éstas confluyen formando placas que toman un aspecto rojizo, edematoso, con escama gruesa adherente como una mica,

casi siempre son ovals y circulares, presentando diversos tamaños pudiendo comprometer un segmento corporal. Se localizan con mayor frecuencia en el cuero cabelludo, salientes óseas como los codos y las rodillas, pudiendo estar la lesión característica en cualquier parte de la economía, a esta forma lo denominan psoriasis vulgar. Existe la forma guttata, o en gotas, de forma eruptiva, pápula pequeñas numerosas que aparecen en forma súbita, generalmente como consecuencia de una infección en la garganta por lo bacteria *Estreptococos pyogenes*, es más frecuente en niños. La psoriasis invertida se llama así por presentarse en pliegues, y son más eritematosas brillantes que escamosas. La psoriasis pustulosa otra forma clínica es más común en los adultos y raras en niños, su lesión elemental es la pústula estéril, existe la forma localizada en palmas y plantas por ejemplo y las formas generalizadas.

La eritrodermia psoriasica es una forma generalizada de la psoriasis, todo el cuerpo toma un color rojo, hay excesiva pérdida de proteínas por la constante descamación, desequilibrio hidroelectrolítico y alteración en la termorregulación, el paciente tiene frio, a pesar de que la temperatura ambiente sea alta, todo esto motiva su internación en una sala de hospitalización con los cuidados adecuados.

Referente a las uñas tanto de las manos y de los pies también se afectan, el cambio más común es la presencia de depresiones como pequeños hoyuelos, aproximadamente las uñas de las manos están afectadas en un 50% de pacientes y las de los pies hasta en un 35%, concomitante podemos observar en estas uñas cambios en su coloración tornándose amarillentas, con ruptura y engrosamiento.

Referente a la artritis psoriasica, es más común en los adultos que en los niños, y se presenta tres veces más en las mujeres que en los varones, casi siempre precede a las lesiones de la piel y afecta a una o pocas articulaciones, produciendo dolor de leve a intenso siendo a veces invalidante, dificultando sus actividades comunes que antes lo realizaba sin inconvenientes, añadiéndose a esto la fatiga y cambios en sus esferas psicológicas y sociales. Según Hall (2008) existen síntomas subjetivos, un 30% refiere prurito o comezón sobre todo cuando la psoriasis tiene localización en el cuero cabelludo y en el área ano genital. También presenta dolor articular sobre todo cuando el paciente presenta artritis psoriasica. La psoriasis pustulosa generalizada de origen agudo cusa con debilidad, escalofríos y fiebre.

Enfermedades asociadas

Según Busso, Lagodin , Kotiar , Forcada , Olano , Eimer y Suar (2012) afirmaron que los pacientes con psoriasis tienen un riesgo cardiovascular aumentado, que incluye enfermedad coronaria, infarto de miocardio y muerte de causa cardiovascular, sobre todo en aquellos pacientes que son jóvenes y que padecen psoriasis grave, esto se debe a una formación de ateromas en los vasos sanguíneos precoz y en ocasiones que no dan signos ni síntomas, pero que podría ser identificada de manera no invasiva mediante estudios vasculares de vasos periféricos. Existen factores de riesgo que son prevalentes en los pacientes con psoriasis como tabaquismo, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y síndrome metabólico, donde investigar periódicamente los valores de glucosa, triglicéridos y colesterol en estos pacientes debe ser de rutina.

Diagnóstico

Fredkman (2010) señaló a la clínica, como soberana para el diagnóstico de la psoriasis en todas sus formas de presentación, siendo confirmadas con la biopsia respectiva.

Tratamiento

Según Zuluaga, Uribe y Velásquez (2010) referente al tratamiento, afirmaron que la psoriasis no se cura solo se controla ,existiendo una terapia tópica con cremas, ungüentos, pomadas a base de corticoides, Tacrolimus, Calcipotriol, que actúan sobre la inflamación, los queratolíticos como pomadas o ungüentos a base de ácido salicílico en combinación con un corticoide, también contamos en nuestro arsenal terapéutico con cremas, lociones, emulsiones a base de urea al 20% ò 40% que se convierten en queratolíticos. Gatti y Cardama (2008) mencionaron al tratamiento sistémico como alternativa, cuando el tópico fracasó, o cuando las lesiones son muy extensas, usándose medicamentos como el Metotrexato, Acitetrin y los nuevos biológicos. La fototerapia también es una alternativa buena que todavía no se cuenta en muchos hospitales públicos ni clínicas privadas.

Existen factores de riesgo, que son prevalentes en los pacientes con psoriasis como tabaquismo, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y síndrome metabólico, donde investigar periódicamente los valores de glucosa, triglicéridos y colesterol en estos pacientes debe ser de rutina.

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (2002) señaló que la salud no solo es ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar psíquico y social de la persona, la calidad de vida es un factor importante, como determinante para la aparición de patologías dermatológicas como la psoriasis.

Ardila (2003) definió como “un estilo de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el medio ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida”.

Historia

Urzua, Caqueo (2012) mencionaron que, después de la segunda guerra mundial, en los Estados Unidos se comenzó a utilizar el concepto de calidad de vida, como una tentativa de conocer la percepción de las personas de que si gozaban de una buena vida y si se sentían económicamente seguras. Su uso se extendió por la década de los sesenta, cuando los investigadores se ocupan de la calidad de vida, recolectando información, y datos subjetivos como el nivel de educación, nivel socioeconómico, tipo de vivienda,

siendo ineficientes estos indicadores que solo explicaban un 15% de la varianza en la calidad de vida individual.

Debido a esto se plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas, ya que algunos indicadores psicológicos como la satisfacción, la felicidad explicaban un 50% de varianza. En la actualidad encontramos diversas investigaciones de la calidad de vida relacionada en salud con diversas patologías, donde se utilizan instrumentos que fueron elaborados teniendo en cuenta puntos subjetivos.

Modelos teóricos de calidad de vida

Padilla (2005) describió los fundamentos teóricos propuestos con el objeto de establecer predictores y resultados de calidad de vida. Un ejemplo es el modelo de Ferrell et al (1991) que identificó los atributos físicos del dolor como un predictor del bienestar físico, psicológico, social y espiritual, mientras que al mismo tiempo incluye las percepciones subjetivas de la molestia por el dolor como un resultado. Ware (1984) propuso un modelo de la relación progresiva entre la enfermedad y los campos de calidad de vida, en el que la enfermedad se encuentran en el centro y su influencia en los resultados de la calidad de vida es más fuerte en aquellos resultados más próximos a la enfermedad, tales como el funcionamiento personal. El impacto de la enfermedad se extiende a otros resultados de la calidad de vida tales como la incomodidad psicológica y el bienestar, luego a las percepciones sobre salud en general y finalmente al funcionamiento del rol social. Otro modelo de Patrick y

Erickson (1993) quienes introdujeron una vía causal entre la duración de la vida y oportunidades de salud. En esta vía causal, la enfermedad o el daño físico puede conducir a deterioros que a su vez pueden afectar a la función física, psicológica y social y éstas pueden luego afectar las percepciones y oportunidades de salud. La enfermedad y todas sus consecuencias afectan la duración de la vida. Otro interesante modelo propuesto por Sprangers y Schwartz (1999) quienes incorporaron la noción de cambio de respuesta, este modelo predeciría que un deterioro del estado de salud conduciría a una disminución de la calidad de vida. Por la característica del estudio tomaremos la teoría de Ferrell et al. (1991) que se adecua a nuestro.

Dimensiones de la calidad de vida

Delgado, Quinche y Méndez (2003) consideraron que la calidad de vida comprende tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. La dimensión física, incluye aspectos de la vida cotidiana y de la sintomatología clínica (dolor y fatiga), así como aspectos relacionados con el trabajo y la recreación. Cuando el paciente se encuentra enfermo, ésta influye en la capacidad de cada individuo para satisfacer sus necesidades. La calidad de vida tiene relación directa con la medida en que las necesidades sean satisfechas.

La dimensión psicológica se relaciona con el estrés anímico (la depresión y la ansiedad), con los fenómenos cognitivos (memoria y concentración) y con el sentimiento de bienestar. El sentimiento de estigmatización se da cuando el paciente cree que debido a las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento son visibles, ocasionando temor a que las demás personas tengan reacciones negativas de discriminación a estos pacientes.

La dimensión social, comprende la participación del paciente en sus actividades tanto social y familiar, sus relaciones con sus semejantes y en su vida profesional.

Otros autores como Cortes, Castro, Fierro, Ojeda (2010) manifestaron que, mientras más daño cutáneo provoque la psoriasis y más tiempo se prolongue, la calidad de vida se verá más afectada, dándose en muchos casos las ideas suicidas.

Iarmusch (2011) aclaró que si bien es cierto, que la psoriasis no es contagiosa, pero amordaza el cuerpo, el alma y los sentidos, que puede llevar a los pacientes a ser personas quietas que pierden sus ganas de vivir, no viven sino ven transcurrir sus días. También nos mencionó que parte importante de estos pacientes se aíslan, limitando su participación social, sufren alteración en su vida íntima,, sienten temor al rechazo, ocultándose las zonas afectadas, esto es aumentado por la falta de educación o conocimiento de la gente sobre este mal, confundiéndole con otras enfermedades que ellos consideran contagiosas, ocasionando una baja en el autoestima del paciente, que es observado con malicia, que huye de las reuniones sociales, de lugares de esparcimiento donde lo llevara a mostrar sus lesiones, como en balnearios, piscinas, etc., es decir, la integración social de quienes padecen de psoriasis se retrae, disminuye la igualdad de oportunidades ya sea en el ámbito laboral, profesional, social, educativo y de recreación. Al estar expuesta la piel es blanco de diferentes tipos de miradas, sutil, inquisidora, de lástima, intensa, furtiva, y es ahí donde el paciente sufre, de cierta manera sus síntomas y signos aumentan. Estos brotes como se lo llama a la intensificación de la clínica del paciente, se ve favorecida también por las reacciones distorsionadas ante las exigencias o pruebas del diario vivir, afecta lo económico, una vida sentimental deteriorada,

fallecimientos, enfermedades de familiares o amigos, o todo factor externo que no se sepa enfrentar en forma adecuada, un examen en el colegio tal vez para un niño, problemas familiares no resueltos que tiene que soportar cada día, etc.

Concluyó, que es necesario la información social, sensibilización o mejor la educación que se tiene que impartir en nuestra comunidad, para que conozcan la psoriasis, para así evitar los dañinos interrogatorios a los que son sometidos los afectados en busca de respuestas muchas de ellas todavía desconocidas. Los estados de ánimos son fluctuantes en los pacientes sobresaliendo la soledad, el desaliento, el retraimiento, la inseguridad, el temor al rechazo de nuestros allegados incluyendo la esposa o esposo, hijos, que lleva a discusiones familiares y dificultades de socialización.

Se suma, a todo esto el costo económico que implica un tratamiento, puesto que en nuestro sistema de salud público no se cuenta con los medicamentos tópicos, menos con los sistémicos de acuerdo a la demanda de los afectados, los fármacos cuestan mucho, esos precios exagerados no está al alcance del bolsillo, no cumpliéndose en mucho de los casos con el tratamiento, nuestro sistema integral de salud, niega la consulta permanente de estos pacientes pues por el hecho de ser una patología crónica dejan de ser atendidos gratuitamente.

Medición de la calidad de vida y su importancia

Según Tuisca (2005) la determinación del estado de salud o enfermedad siempre se ha centrado en métodos objetivos, medidas, como las pruebas bioquímicas,

fisiológicas, anatómicas o empleando indicadores epidemiológicos (tasas), sin embargo, existía un faltante respecto al instrumento para medir la calidad de vida en concordancia con la definición de salud dada por la OMS. Entre los instrumentos para medir la calidad de vida se encuentran los instrumentos genéricos e inespecíficos, empleados para detectar personas afectadas, predecir el pronóstico y evaluar posibles cambios.

Los de tipo genérico no tiene relación con ninguna enfermedad y se puede aplicar a la población en general y a grupos de pacientes. Los inespecíficos contienen dimensiones de la calidad de vida de una determinada enfermedad que se quiere evaluar. Entre los instrumentos genéricos el SF-36 aporta información descriptiva predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida. El SF-36 en estudios españoles ha demostrado ser eficiente en lo que se busca aportando suficiente evidencia sobre su validez, fiabilidad y sensibilidad, demostrando que la versión española es equivalente y puede ser utilizado en cualquier lugar del mundo.

También, se encuentra el cuestionario “Severity of psoriasis and treatment efficacy”, figurando como autor Abbvie (france): Mapi, 2010. Existen dos versiones, lo que usamos es para el paciente, cuestionario de 29 preguntas, teniendo como características sobre la satisfacción del paciente, signos, síntomas y eficacia del tratamiento. El objetivo del cuestionario es evaluar la severidad de la psoriasis y la efectividad del tratamiento.

Otros índices específicos para psoriasis más utilizados son:

Dermatology of life Quality Index (DLQI), o índice de calidad de vida en Dermatología. Fue el primer índice específico para una enfermedad dermatológica y es el más frecuente usado en la práctica clínica diaria. La versión española consta de 10 Ítems que abarcan las esferas de síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo/ estudio, relaciones interpersonales, incluyendo sexualidad y tratamiento, referidos a los siete últimos días.

Se responde según una escala tipo Likert, con cuatro posibles respuestas: muchísimo, mucho, un poco, en absoluto. Como limitaciones presenta efecto suelo. (El efecto suelo es una escala, refleja el porcentaje de pacientes cuya puntuación está en los valores extremos mínimos. Si es muy grande, aunque los pacientes mejoren su percepción de la calidad de vida, ésta no se reflejará en la puntuación) y baja sensibilidad al cambio, detecta mala afectación psico- emocional, se limita a la última semana siendo la Psoriasis una enfermedad crónica y está sesgado dependiendo del trasfondo cultural ya que la nacionalidad influye en la puntuación.

Skindex – 29, Valida para la población española, tiene 29 ítems, con atención a tres escalas de la realidad del paciente: funcional, emocional y sintomática. Considera las últimas cuatro semanas. Las opciones de respuesta también mediante una Escala tipo Likert, son: Nunca, raramente, a veces, a menudo, todo el tiempo. Es un predictor significativo de patología psiquiátrica, así como una herramienta sensible al cambio, por lo que es adecuada para ser utilizadas en ensayos clínicos. Presenta poco efecto techo (el efecto techo se relaciona con el puntaje máximo de la escala, si es muy grande, aunque

los pacientes empeoren no se manifestará en la puntuación) y suelo y una interpretabilidad y factibilidad comprobada.

Cumulative Life Course Impairment (CLCI) o Discapacidad Acumulada en el Transcurso Vital. Evalúa el impacto acumulativo a lo largo de la vida del paciente, por lo que da una visión longitudinal en lugar de transversal a diferencia del resto. Refleja las consecuencias de la interacción de factores de riesgo para la pérdida de calidad de vida (comorbilidades, consecuencias psicosociales...) y de los factores protectores (apoyo del entorno, rasgos de personalidad...).

PSO- LIF. Desarrollado como herramientas de valoración de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), específica para la psoriasis activa y estable. El cuestionario consta de 20 ítems, cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta tipo Likert (entre “siempre” y “nunca”) abarcando un marco temporal de siete días.

Psoriasis Disability Index (PDI). Escala específica para Psoriasis, validada para la población española. El cuestionario consta de 16 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. Cuyo valor oscila desde “0” interferencia nula del psoriasis y “8” (interferencia máxima del psoriasis) y valora cinco dimensiones: actividades diarias, trabajo/ estudio, relaciones personales, ocio y tratamiento. El marco temporal es de cuatro semanas. Es sensible a los cambios, aunque puede tener un sesgo cultural.

Family Dermatology Quality of life (FDLQ). Valora el impacto secundario de la Psoriasis en el entorno familiar.

El Cuestionario Koo- Menter (CKM). Es una herramienta práctica útil para el Dermatólogo porque facilita la toma de decisiones clínicas y permite documentar los datos requeridos por seguros de salud y obras sociales. El CKM es bastante breve y se completa con rapidez; las preguntas son simples y es fácil responderlas. No obstante, es completo ya que incluye un índice de calidad de vida relacionado con la salud y otras evaluaciones desde el punto de vista del paciente y el médico. El paciente completa una parte (antes de la consulta) y el profesional la otra.

Como se sabe, la psoriasis es una enfermedad crónica con una importante repercusión en la calidad de vida a nivel físico como a nivel psicosocial y en ocasiones las consecuencias pueden ser percibidas por el paciente como limitantes para llevar una vida diaria adecuada. La correlación entre las medidas de gravedad y afectación clínica (PASI, BSA...) y las medidas de CVRS (DLQI, PDI...) es escasa, por lo que es importante combinar ambas evaluaciones para mostrar el impacto global de la Psoriasis en todas sus dimensiones. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituye una herramienta complementaria para realizar una valoración clínica completa y evaluar las respuestas al tratamiento de la Psoriasis.

Marco conceptual

Autoestima: Valoración generalmente positiva de uno mismo.

Calidad de vida: Es lo que hace la vida digna de vivir para un individuo. Se refiere a la dignidad, la comodidad y a la felicidad. Incluye la libertad para moverse y para

relacionarse con otras personas. Satisface la necesidad de mantener relaciones y de preservar su sentido de identidad.

Crónica: Aplicase a las enfermedades largas o dolencias habituales.

Edematoso: Tumefacción de la piel ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

Esfera: Clase o condición de una persona. Espacio a que se extiende o alcanza la virtud e cualquier agente.

Estigma: Mala fama, afrenta, mancillar la virtud o fama.

Inmunológico: Relacionado a la capacidad del organismo para resistir y vencer la acción de un agente nocivo.

Patología: Dícese a una enfermedad determinada.

Percepción: Idea, acto de entendimiento.

Queratolíticos: Término que se emplea al medicamento que actúa

Relación: Conexión, correspondencia de una cosa con otra.

Síntoma: Fenómeno que aparece como consecuencia de una alteración funcional u orgánica en cualquier parte del organismo.

Sistémico: Relacionado al conjunto de órganos que intervienen en las principales funciones del cuerpo humano.

Sub diagnóstico: Término usado en la medicina para referirse cuando un diagnóstico no es considerado.

Tópico: Dícese a tratamientos localizados en la piel o faneras, como cremas, loción, etc.

Termorregulación: Mecanismos fisiológicos que permite regular la temperatura al organismo.

Varianza: Cantidad que mide la dispersión de los valores que recorre una variable aleatoria.

Vitalidad: Calidad de tener vida. Eficacia de las facultades vitales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

3.1.1 Tipo de estudio

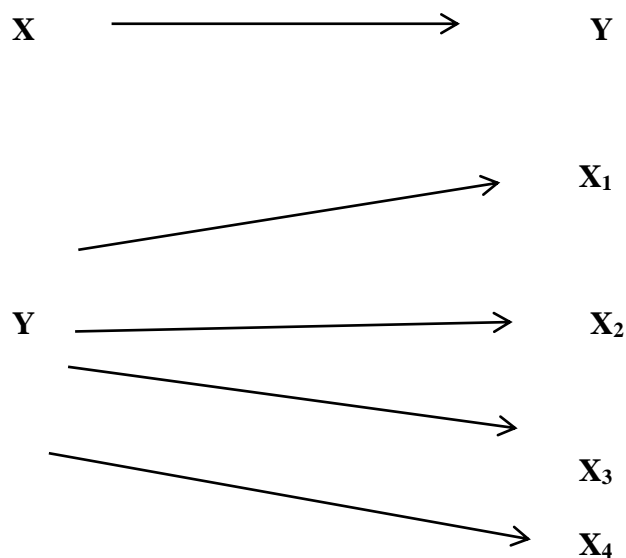
El enfoque del estudio es de corte cuantitativo debido a que pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, cuya intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Se trabaja fundamentalmente con el número, el dato cuantificable.

Asimismo, es de tipo no experimental, porque no se manipulará intencionalmente variables dependientes o independientes tan sólo se considera las variables en estudio como predictores y criterios.

3.1.2 Diseño de estudio

El presente estudio es de diseño exploratorio, descriptivo, correlacional y por primera vez se va explorar el comportamiento e interrelación que tienen dichas variables en esta región de Loreto mostrando de forma natural como se presentan estas variables. Es correlacional, porque se verificará el grado de relación de las variables referidas. De corte transversal, porque se recabarán datos en un solo momento y por única vez.

Diseño de la Investigación:



Donde:

X= Variable predictoria: La Psoriasis

Y= Variable de criterio: Calidad de vida

Y₁= esfera física

Y₂= esfera psicológica

Y₃= esfera social

Tabla 1. *Diseño de investigación.*

Relación	X La Psoriasis
Y Calidad de vida	X,Y
Y ₁ esfera física	X,Y ₁
Y ₂ Esfera psicológica	X,Y ₂
Y ₃ Esfera social	X,Y ₃

Ubicación geográfica: La población de la siguiente investigación se ubica en la ciudad de Iquitos, provincia de Maynas, región Loreto.



Ubicación institucional: La institución que se encuentra alrededor de la población de estudio es el Hospital Regional de Loreto.

Ubicación social: La población de estudio está ubicada en un nivel urbano.

Ubicación organizacional: Pertenece al Ministerio de Salud (MINSA)

3.2 Población y Muestra de Estudio

3.2.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por la cantidad de enfermos de psoriasis que se asume que existen en Iquitos, que es el 1% de la población. 500 000 total de la población y 5000 total de la población con psoriasis.

3.2.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, por las circunstancias propias del estudio; la población con psoriasis tienen una situación delicada de salud no sólo física sino también emocional y muchas veces

prejuiciosa hacer revelada su situación por lo cual se espera para este estudio sólo los que acudan y decidan voluntariamente participar de este estudio.

Por otro lado, la decisión voluntaria conlleva a la aplicación del cuestionario a los pacientes que acuden a la consulta. Considerando lo referido por Waune (1988) en cuanto al tamaño de la muestra “considerando un muestreo no probabilístico por las circunstancias misma de la toma de muestra en consultorios ambulatorios” ; se alcanzó la suma de 80 pacientes para el estudio.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

Pacientes de cualquier religión, estado civil, procedencia, etc. Pacientes sin restricción de sexo, condición social y/o condición Económica. Pacientes de cualquier zona de la región de Loreto y otras regiones del Perú. Población pacientes mayores de 18 años hasta la edad de 70 años. Pacientes con psoriasis que acuden al consultorio de dermatología del hospital regional de Loreto.

3.3.2. Criterios de exclusión

Pacientes de otros países que se encuentran como turistas. Pacientes menores de edad. Pacientes no diagnosticados con psoriasis. Pacientes mayores a 70 años. Población que no está dispuesta a participar voluntariamente.

3.4 Consideraciones éticas

La presente investigación tiene referente y consideraciones a los lineamientos éticos internacionales: Código de Nüremberg 1947, Declaración de Derechos Humanos,

Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO 2005. Declaración de Córdoba. Red de Bioética de la UNESCO 2008.

Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health – Related Research with Human Participants OMS 2011. Como lineamientos éticos nacionales se han tomado en cuenta lo plasmado en las leyes peruanas como lo bien estipula la Constitución Política del Perú de 1993, El Decreto Legislativo N° 295 Código Civil, Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales, Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, Códigos Deontológicos de los Colegios Profesionales de las Ciencias de la Salud del Perú vigentes.

Tomando en cuenta dichos considerandos se acondicionó los ítems del instrumento respetando las normas internacionales y nacionales vigentes, además se articuló un párrafo de declaración de consentimiento informado por el encuestado quien tenía plena libertad para responder o no la encuesta. Asimismo, la encuesta contiene compromisos del investigador a usar los datos exclusivamente para el objetivo del estudio y de no revelar la identidad de los encuestados (aun sea por indicios demográficos, ya que no se consideró que pongan nombres).

A cada persona quien participe en el estudio, se le informó el propósito del estudio y su participación voluntaria, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad y a la libertad de opinión.

3.5 Diseño y operacionalización de variables

1. La variable predictora: Psoriasis. 2. La variable criterio: Calidad de vida.

Tabla 2. *Matriz de Operacionalización de las variables .*

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	Ítem	VALORACION	CUESTIONARIO
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de origen multifactorial y evolución crónica con agudizaciones y remisiones. Las lesiones son eritemato-escamosas o papulo escamosas y afectan piel, uñas, mucosas	El diagnóstico es clínico, clasificándola en leve, moderada y severa, siendo confirmatorio con una biopsia de la zona afectada	INVERSA VULGAR CUERO CABELLUDO ERITRODERMICA	Eritema (Manchas rojas) Lesión eritemato escama Eritemato descamativa (Descamasion) Cuerpo Rojo	Zona de localización Signo de auspis, y docio sangrado (vela estearina)	0,1 = Nada 2,3,4 = Poco 5,6,7 = Considerable 8,9,10 = Demasiado	CHEQUEO OBSERVACIONAL CLINICO

y/o articulaciones (Valdés et al.2009)		MANOS Y PIES	HIPERQUERATOSIS (Piel engruesada, Fisura)		Leve hasta el 3%. Moderada, del 4 al 10%. Grave, mayor del 10%	
	<p>Calidad de vida está referida a las dimensiones física, psicológica y social.</p> <p>Las respuestas se miden descriptivamente al respecto de cada pregunta realizada.</p> <p>La escala que se usará en identificar el tipo de calidad de vida será:</p> <p>calidad de vida alta, calidad de vida media</p> <p>calidad de vida baja</p>	<p>Dimensión física.</p> <p>Dimensión psicológica.</p> <p>Dimensión social.</p>	<p>Lesiones numerosas.</p> <p>Localización de la lesión.</p> <p>Extensión superficial.</p> <p>Dolor.</p> <p>Trabajo.</p> <p>Actividades cotidianas.</p> <p>Tristeza.</p> <p>Autoestima.</p> <p>Motivación.</p> <p>Depresión.</p> <p>Vergüenza.</p> <p>Bienestar.</p> <p>Concentración.</p> <p>Temor.</p> <p>Aislamiento, Discriminación, Rechazo social.</p>	<p>Items 5, 6,9,10 y 11</p> <p>Items 1, 2, 3, 4, 7 y 12</p> <p>Item 8</p>		<p>cuestionario Koo-Menter (CKM), que consta de 12 preguntas,</p>

3.6 Técnicas de recolección de datos

3.6.1 Elaboración del instrumento

Utilizaremos el test de la National Psoriasis Foundation, que establece tres niveles en cuanto a la magnitud de la enfermedad: leve, moderada y grave; este test es llenado

por el investigador. Y en cuanto a la severidad: como instrumento para determinar la calidad de vida se utilizó el cuestionario Koo-Menter (CKM), que consta de 12 preguntas, serán respondidas por el paciente en 30 minutos, este cuestionario consta de cuatro niveles nada severo, poco severo, considerablemente severo y demasiado severo siendo su escala de: 0,1 = Nada/ 2,3,4 = Poco/ 5,6,7 = Considerable/8,9,10 = Demasiado. El cual es llenado por los pacientes. La fuente primaria de información fueron los pacientes que sufren psoriasis mayores de 18 años hasta los 70 años con todas sus capacidades mentales. Adicionalmente, antes de la aplicación de cada cuestionario se solicitó el permiso correspondiente a cada paciente.

Tabla 3. *Validez y Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida en Psoriasis*

Prueba de validez KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,841
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	324,892
Bartlett	GI	66
	Sig.	,000

El instrumento es un instrumento estandarizado y utilizado internacionalmente por la National Psoriasis Foundation. Sin embargo, por precisión para ser aplicado a la región selva del Perú se ha realizado la validez de contenido a través de tres expertos con posgrado (estadista, metodólogo, médico salubrista). En cuanto a la validez de constructo se ha realizado el análisis parcial del cuestionario a través de la Prueba de validez

estadística a fin de corroborar su validez. Observando a través de la prueba de Bartlett que el instrumento es significativamente válido (0,000); con un grado de adecuación a través de la prueba de KMO en 0,84 siendo mayor a 0,60 que es el nivel mínimo para aceptar la validez de un instrumento.

Confiabilidad

Resumen de procesamiento de casos para la confiabilidad

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	12

De los 80 casos o encuestas se procedió mediante al análisis mediante Alpha de Cronbach dando una confiabilidad de 0,836.

Tabla 4. *Escala si se elimina el elemento del cuestionario de Calidad en Psoriasis.*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Percepción de Psoriasis	33,93	27,058	,102	,843
Impotencia ante su enfermedad	32,44	23,388	,535	,820
Sentimientos de incomodidad y vergüenza ante la Psoriasis	32,30	22,491	,622	,813
Enojo o frustración frente a su Psoriasis	32,41	21,942	,650	,810
Medida en que afecta la Psoriasis su aspecto físico	32,29	23,144	,657	,813
Cuan desfigurante es su psoriasis	33,03	22,683	,442	,831

impacto de la psoriasis sobre su bienestar	32,34	22,480	,662	,810
afecta la psoriasis su capacidad para disfrutar la vida	32,32	21,285	,736	,802
Prurito	32,54	23,568	,433	,829
Irritación	32,46	23,366	,563	,819
Dolor	33,66	23,872	,299	,845
Elección de la ropa para ocultar la psoriasis	33,81	26,863	,338	,837

En la tabla si se elimina el elemento se presenta el cuestionario de manera consistente en un rango casi alto.

3.6.2 Procedimiento para la recolección de datos

El tiempo de toma de datos, fue realizado durante seis meses (Julio a Diciembre del 2016). El investigador es especialista en el área de dermatología. Los recursos económicos son de naturaleza autofinanciados con apoyo de la infraestructura del hospital regional de Loreto. Los datos fueron recolectados a través del cuestionario, su mejora y previa autorización del hospital y una prueba piloto, que permitió optimizar la toma de datos. Los pacientes de sujeto de estudio fueron abordados en el mismo consultorio concurrente por presentar la patología. Los derechos de lo intervenidos fueron protegidos por las normas éticas-legales.

3.7 Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y consolidar los objetivos del estudio se hicieron mediante análisis descriptivos e inferenciales: Tablas de frecuencias para el aspecto

descriptivo; estadísticos para la verificación de la relación entre variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Tau_b de Kendall y Rho Spearman. Los resultados se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio y las hipótesis, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la aplicación del instrumento se obtuvo los siguientes resultados:

4.1 Resultados

Resultados descriptivos

En la tabla 5, se observa que los pacientes son psoriasis atendidos en este estudio son el 61,3% , un 15% adulto mayor; un 16,3% joven adulto y 7,5% jóvenes.

Tabla 5. *Edad de los pacientes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Jóvenes	6	7,5	7,5	7,5
joven adulto	13	16,3	16,3	23,8
Adulto	49	61,3	61,3	85,0
Adulto mayor	12	15,0	15,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 6, se observa que la mayoría de pacientes atendidos con psoriasis que son parte del estudio es del género masculino en un 62,5% y un 37,5% del género femenino.

Tabla 6. *Género de los pacientes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	50	62,5	62,5	62,5
Femenino	30	37,5	37,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 7, se observa que la mayoría de pacientes atendidos son de la zona de Iquitos en un 90% y tan sólo 2,5% de Requena y San Juan; y 1,3% de Moyuna, Caballococha, Trujillo, Lima.

Tabla 7. *Lugar de procedencia de los pacientes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Iquitos	72	90,0	90,0	90,0
Requena	2	2,5	2,5	92,5
Moyoruna (San Pablo)	1	1,3	1,3	93,8
Caballococha	1	1,3	1,3	95,0
San Juan	2	2,5	2,5	97,5
Trujillo	1	1,3	1,3	98,8
Lima	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 8, se observa que la mayoría de pacientes atendidos el 22,5% tienen como ocupación su casa, seguidos por motocarristas el 15% y un 15% de trabajo

independiente y un 10% como ocupación profesional siendo estas ocupaciones las más relevantes en función a la presencia de la enfermedad.

Tabla 8. *Ocupación de los pacientes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleado/dependiente	3	3,8	3,8	3,8
Independiente	12	15,0	15,0	18,8
Operador/obrero	2	2,5	2,5	21,3
Su casa	18	22,5	22,5	43,8
Motocarrista/chofer	12	15,0	15,0	58,8
Agricultor	2	2,5	2,5	61,3
Construcción civil/albañil	6	7,5	7,5	68,8
Jubilado	1	1,3	1,3	70,0
Artista plástico/artesano	2	2,5	2,5	72,5
Estudiantes	3	3,8	3,8	76,3
Técnico	3	3,8	3,8	80,0
Profesional	8	10,0	10,0	90,0
Empresario	2	2,5	2,5	92,5
Vigilante	3	3,8	3,8	96,3
Imprenta	1	1,3	1,3	97,5
Policía/militar	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 9, se observa que la mayoría de pacientes atendidos presentan una magnitud de su psoriasis en un nivel moderado el 86% y un 13% en nivel de psoriasis leve en cuanto a su magnitud.

Tabla 9. *Magnitud de la psoriasis en los pacientes.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Leve	11	13,8	13,8	13,8
Moderado	69	86,3	86,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 10, se observa que de los pacientes atendidos presentan severidad de su psoriasis en un nivel grave el 67% y leve en un 23,8% y tan sólo el 8,8% en nivel moderado.

Tabla 10. *Severidad de la psoriasis a nivel de superficie Corporal.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Leve	19	23,8	23,8	23,8
Moderado	7	8,8	8,8	32,5
Grave	54	67,5	67,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 11, se observa que la mayoría de pacientes atendidos perciben su psoriasis como nivel leve el 85% y muy leve 15%.

Tabla 11. *Percepción de Psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy leve	12	15,0	15,0	15,0
Leve	68	85,0	85,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 12, se observa en la mayoría de pacientes atendidos a la pregunta sobre ¿Cuán impotente se siente? Sus respuestas reflejan que el 46,3% manifiesta sentirse demasiado impotente el 42,5% se describe como impotente frente a la enfermedad, tan sólo un 10% se siente poco impotente.

Tabla 12. *Impotencia ante su enfermedad.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada impotente	1	1,3	1,3	1,3
Poco impotente	8	10,0	10,0	11,3
Impotente	34	42,5	42,5	53,8
Demasiado impotente	37	46,3	46,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 13, se observa que de los pacientes atendidos en relación a sus sentimientos de incomodidad y vergüenza ante la psoriasis manifiestan los encuestados

sentirse el 61,3% demasiado avergonzado; un 27,5% avergonzado y sólo un 8,8% poco incómodo.

Tabla 13. *Sentimiento de incomodidad y vergüenza ante la Psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada incomodo	2	2,5	2,5	2,5
Poco incomodo	7	8,8	8,8	11,3
Avergonzado	22	27,5	27,5	38,8
Demasiado avergonzado	49	61,3	61,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 14, se observa que de los pacientes atendidos se sienten demasiado frustrado el 55%; frustrado el 28,7% un poco enojado el 13,8% y un 2,5% nada enojado.

Tabla 14. *Enojo o frustración frente a su Psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada enojado	2	2,5	2,5	2,5
Un poco enojado	11	13,8	13,8	16,3
Frustrado	23	28,7	28,7	45,0
Demasiado frustrado	44	55,0	55,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 15, se observa que de los pacientes atendidos refieren en cuanto afecta la Psoriasis a su aspecto físico refieren el 56,3% le afecta demasiado; un 36,3% sólo le afecta; 7,5% les afecta un poco.

Tabla 15. *Medida en que afecta la Psoriasis su aspecto físico.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Un poco afecta	6	7,5	7,5	7,5
Me afecta	29	36,3	36,3	43,8
Me afecta demasiado	45	56,3	56,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 16, se observa que de los pacientes atendidos al expresar cuan desfigurante es su psoriasis 23,8% lo expresa como demasiado desfigurante; un 38,8% desfigurante; un poco desfigurante 26,3%; nada desfigurante 11,3%.

Tabla 16. *Cuan desfigurante es su psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada desfigurante	9	11,3	11,3	11,3
Un poco desfigurante	21	26,3	26,3	37,5
Desfigurante	31	38,8	38,8	76,3
Demasiado desfigurante	19	23,8	23,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 17, se observa que de los pacientes atendidos en cuanto al impacto de la psoriasis sobre su bienestar el 56,3% “me hace sentir muy mal emocionalmente”; el 32,5% manifiesta “me hace sentir mal emocionalmente”; 10% refiere “me influye un poco emocionalmente”; sólo el 1,3% no lo tomo en cuenta

Tabla 17. *Impacto de la psoriasis sobre su bienestar.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No lo tomo en cuenta	1	1,3	1,3	1,3
Me influye un poco emocionalmente	8	10,0	10,0	11,3
Me hace sentir mal emocionalmente	26	32,5	32,5	43,8
Me hace sentir muy mal emocionalmente	45	56,3	56,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 18, se observa que de los pacientes atendidos en cuanto a su capacidad para disfrutar la vida refieren el 62,5% “No disfruto nada de la vida por culpa de la Psoriasis”; 23,8% indica “Siento que la Psoriasis no me deja disfrutar de la vida”; el 10% “Un poco me afecta” y sólo un 3,8% “igual disfruto de la vida”

Tabla 18. *La Psoriasis y la capacidad para disfrutar la vida.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Igual disfruto de la vida	3	3,8	3,8	3,8
Un poco me afecta	8	10,0	10,0	13,8

Siento que la Psoriasis no me deja disfrutar de la vida	19	23,8	23,8	37,5
No disfruto nada de la vida por culpa de la Psoriasis	50	62,5	62,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 19, se observa que de los pacientes atendidos el 43,8% manifiesta sentir demasiado comezón o prurito; el 38,8% bastante; el 15% un poco y un 2,5% nada.

Tabla 19. *Prurito o comezón en la psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de Prurito	2	2,5	2,5	2,5
Un poco de Prurito	12	15,0	15,0	17,5
Prurito bastante	31	38,8	38,8	56,3
Demasiado Prurito	35	43,8	43,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 20, se observa que de los pacientes atendidos manifiestan demasiada irritación el 43,8% el 43,8% una irritación suficiente y un 12,5% poca irritación.

Tabla 20. *Irritación o enrojecimiento de la piel en la Psoriasis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Un poco de irritación	10	12,5	12,5	12,5
Suficiente Irritación	35	43,8	43,8	56,3
Demasiada irritación	35	43,8	43,8	100,0

Total	80	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

En la tabla 21, se observa que de los pacientes atendidos el 38,8% manifiesta tener sólo un poco de dolor y un 30% nada de dolor mientras que un 21,3% describe tener suficiente dolor y un 10% demasiado dolor en su psoriasis.

Tabla 21. Nivel de dolor en la Psoriasis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de dolor	24	30,0	30,0	30,0
Un poco de dolor	31	38,8	38,8	68,8
Suficiente dolor	17	21,3	21,3	90,0
Demasiado dolor	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 22, se observa que de los pacientes atendidos en cuanto a la elección de la ropa para ocultar la Psoriasis el 96,3% refiere “que ocultan su psoriasis” y un 3,8% no la oculta.

Tabla 22. Elección de la ropa para ocultar la Psoriasis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

No oculta su psoriasis bajo la ropa	3	3,8	3,8	3,8
Oculta un poco su psoriasis	77	96,3	96,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 23, se observa que de los pacientes atendidos el 36,3% tiene una calidad de vida muy deficiente; el 43,8% muy deficiente un 13,8% regular y sólo un 6,3% tiene un calidad de vida buena a pesar de su psoriasis.

Tabla 23. *Calidad de vida.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	5	6,3	6,3	6,3
Regular	11	13,8	13,8	20,0
Deficiente	35	43,8	43,8	63,7
Muy deficiente	29	36,3	36,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 24, se observa que en cuanto a la dimensión física en su calidad de vida los pacientes con psoriasis el 22,5% se describe como muy deficiente el 35% como deficiente el 32,5% regular y un 10% buena calidad de vida en cuanto a su dimensión física.

Tabla 24. *Dimensión física.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	8	10,0	10,0	10,0
Regular	26	32,5	32,5	42,5
Deficiente	28	35,0	35,0	77,5
Muy deficiente	18	22,5	22,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 25, se observa que en cuanto a la dimensión psicológica en su calidad de vida los pacientes con psoriasis el 40% se describe como muy deficiente el 45% como deficiente el 12,5% regular y un 2,5% buena calidad de vida en cuanto a su dimensión psicológica.

Tabla 25. *Dimensión psicológica.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	2	2,5	2,5	2,5
Regular	10	12,5	12,5	15,0
Deficiente	36	45,0	45,0	60,0
Muy deficiente	32	40,0	40,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

En la tabla 26, se observa que en cuanto a la dimensión social en su calidad de vida los pacientes con psoriasis el 62,5% se describe como muy deficiente el 23,8% como deficiente el 10% regular y un 3,8% buena calidad de vida en cuanto a su dimensión social.

Tabla 26. *Dimensión Social.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	3	3,8	3,8	3,8
Regular	8	10,0	10,0	13,8
Deficiente	19	23,8	23,8	37,5
Muy deficiente	50	62,5	62,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016

H1: Existe relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 27 se observa que la severidad de la Psoriasis está relacionado significativamente con la calidad de vida con p valor de $0,01 < 0,05$ en un grado 0,28 de correlación moderada. En efecto, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar la hipótesis de investigación concluyendo: que existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Esto quiere decir, que la relación entre la severidad en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su percepción de calidad de vida de los pacientes participantes de este estudio. Dicho de otro modo, el lugar de superficie corporal en que se focaliza la psoriasis de estos pacientes de forma moderada les está impidiendo tener una calidad de vida óptima

Tabla 27. *Severidad de la Psoriasis con la calidad de vida.*

			Severidad de la Psoriasis	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Severidad de la Psoriasis	Coeficiente de correlación	1,000	,288**
		Sig. (bilateral)	.	,010
		N	80	80
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	,288**	1,000
		Sig. (bilateral)	,010	.
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 1

Ho: No existe relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

H1: Existe relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a .

En la tabla 28 se observa que la magnitud de la Psoriasis no está relacionada significativamente con la calidad de vida con p valor de $0,43 > 0,05$ en un grado $0,08$ de correlación casi nula. En efecto, habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación; concluyendo: que no existe relación significativa de la magnitud de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Esto quiere decir, que la relación entre la magnitud en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal no está implicando en su percepción de calidad de vida de los pacientes participantes de este estudio. Dicho de otro modo, el tamaño en que se presenta la psoriasis en la superficie corporal del paciente puede o no impedirle que tengan una calidad de vida óptima.

Tabla 28. *Magnitud de la Psoriasis con la calidad de vida.*

		Magnitud de la	Calidad de
		Psoriasis	Vida
tau_b de	Magnitud del	Coefficiente de	
Kendall	Psoriasis	correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,083
		N	,431
			80
	Calidad de Vida	Coefficiente de	
		correlación	,083
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,431
			80

Hipótesis específica 2

H₀: No existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

H₁: Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 29, se observa que la severidad de la psoriasis está relacionado significativamente con la dimensión física de la calidad de vida con un p valor de $0,00 < 0,05$ en un grado 0,30 de correlación moderada. En efecto, habiendo evidencias

suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar la hipótesis de investigación concluyendo: que existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Esto quiere decir, que la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su desenvolvimiento o impedimento funcional físico como persona implicando en su percepción negativa en la esfera física de la calidad de vida de los pacientes participantes de este estudio. Dicho de otro modo, el lugar de superficie corporal en que se focaliza la severidad de la psoriasis de estos pacientes les está implicando cumplir su funcionalidad como persona lo que les dificulta obtener una calidad de calidad óptima.

Tabla 29. *Severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida.*

			Severidad de la Psoriasis	Dimensión Física
Rho de Spearman	Severidad de la Psoriasis	Coefficiente de correlación	1,000	,300**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	80	80
	Dimensión física	Coefficiente de correlación	,300**	1,000

Sig. (bilateral)	,007	.
N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016

H1: Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 30 se observa que la severidad de la psoriasis está relacionado significativamente con la dimensión psicológica de la calidad de vida con un p valor de $0,04 < 0,05$ en un grado 0,22 de correlación baja. En efecto, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar la hipótesis de investigación concluyendo: que existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Esto quiere decir, que la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando en un grado bajo en la forma en que se siente psicoemocionalmente como persona implicando en su percepción negativa en la esfera psicológica de la calidad de vida de los pacientes participantes de este estudio. Dicho de otro modo, el lugar de superficie corporal en que se focaliza la severidad de la psoriasis de estos pacientes les está implicando un poco en los sentimientos psicoemocionales que les dificulta obtener una calidad de vida óptima.

Tabla 30. *Severidad de la psoriasis y la dimensión psicológica de la calidad de vida.*

			Severidad de la Psoriasis	dimensión Psicológica
Rho de Spearman	Severidad de la Psoriasis	Coeficiente de correlación	1,000	,223*
		Sig. (bilateral)	.	,047
		N	80	80
	dimensión Psicológica	Coeficiente de correlación	,223*	1,000
		Sig. (bilateral)	,047	.
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Hipótesis específica 4

H₀: No existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

H₁: Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a .

En la tabla 31 se observa que la severidad de la psoriasis no está relacionado significativamente con la dimensión social de la calidad de vida con un p valor de $0,14 < 0,05$ en un grado $0,16$ de correlación baja. En efecto, habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación concluyendo: que no existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016.

Esto quiere decir, que la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal no está implicando en la forma en que se desenvuelve en la sociedad o interactúa con el medio social lo cual no está implicando en su percepción negativa en la esfera social de la calidad de vida de los pacientes participantes de este estudio. Dicho de otro modo, el lugar de superficie corporal en que se focaliza la severidad de la psoriasis no relacionado con su impedimento o desenvolvimiento social de calidad de vida. Es decir, que a pesar de presentarse severidad de psoriasis está no está implicando significativamente en que el paciente se desenvuelvan socialmente o interaccione en sociedad a pesar de su enfermedad.

Tabla 31. *Severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida.*

			Severidad de la Psoriasis	dimensión Social
Rho de Spearman	Severidad de la	Coeficiente de correlación	1,000	,166
	Psoriasis	Sig. (bilateral)	.	,141
		N	80	80
	Dimensión Social	Coeficiente de correlación	,166	1,000
		Sig. (bilateral)	,141	.
		N	80	80

4.2. Discusión

Al determinar la relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016. Se halló que la severidad de la Psoriasis está relacionado significativamente (0,01) con la calidad de vida en un grado (0,28) de correlación moderada. Es decir, la severidad en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su percepción de calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, que participan de este estudio.

Los resultados se corroboran con los resultados descriptivos: en que el 67,5% de los pacientes se presenta un nivel grave de severidad a diferencia de la magnitud que sólo se presenta en un nivel moderado el 86,3% un aspecto que es corroborado en forma inferencial. En que la magnitud de la Psoriasis se verifica que no está relacionado significativamente (0,43) con la calidad de vida en un grado (0,08) de correlación casi nula. Es decir, la magnitud en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal no

está implicando en su percepción de calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, que participan de este estudio.

Por otro lado, en cuanto a los resultados de las dimensiones de la variable podemos observar que la severidad de la psoriasis está relacionado significativamente con la dimensión física (0,00) de la calidad de vida en un grado (0,30) de correlación moderada. Es decir, la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su desenvolvimiento o impedimento funcional como persona implicando en su percepción negativa en la esfera física de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio. Dichos resultados se amplían en forma descriptiva al observar que a los pacientes encuestados les afecta al 36,3% y demasiado les afecta a más de la mitad el 56,3% a esto se suma el aspecto desfigurante que el 62,5% de pacientes lo perciben. Sumado el 82,5% que expresan tener bastante Prurito o comezón; y un 87,6% que presenta mucha irritación. Aspectos que contribuyen a tener un impacto en su bienestar de forma negativa al sentirse muy mal emocionalmente.

Por lo cual, los resultados evidenciaron que la severidad de la psoriasis está relacionado significativamente (0,04) con la dimensión psicológica de la calidad de vida en un grado (0,22) de correlación baja. Es decir, la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando en un grado bajo en la forma en que se siente psicoemocionalmente como persona implicando en su percepción negativa en la esfera psicológica de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio. Aspecto que son

corroborados por los resultados descriptivos en que se observa que el 88,7% se siente impotente ante su enfermedad. Además, de sentirse frustrado el 83,7% de pacientes. Aspectos que hace sentir que por motivo de esta enfermedad no le deja disfrutar de la vida adecuadamente (86,2).

Resultados diferentes se observaron en cuanto a la dimensión social que la severidad de la psoriasis no está relacionado significativamente (0,14) con la dimensión social de la calidad de vida. Es decir, la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal no está implicando en la forma en que se desenvuelve en la sociedad o interactúa con el medio social lo cual no está relacionado en su percepción negativa en la esfera social de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio. Resultados que se concuerda con Lustia, et al. (2008) quienes también realizaron un estudio en el servicio de dermatología del hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina. Concluyendo que la mayoría de los pacientes (a excepción de aquellos con una evolución mayor a 5 años) aunque presente severidad psoriasica (PASI) no necesariamente significó una peor calidad de vida, por lo que, en la población estudiada, la relación entre el PASI y el PDI depende del tiempo de la enfermedad afirmaron dichos investigadores. Un aspecto que revela que los pacientes con psoriasis aun cuando su psoriasis sea severo mantienen estrategias para conllevar con su enfermedad e interrelacionar con la sociedad. Los resultados descriptivos concuerdan en que los pacientes con psoriasis se sienten incómodo y con demasiada vergüenza; sin embargo, interaccionan con la sociedad haciendo uso de ropa para ocultar su psoriasis el 96,3%.

Podemos concluir que, los resultados evidencian que la psoriasis minimiza y deteriora la calidad de vida de la persona, aunque esta pueda generar mecanismo de afronte para vivir en sociedad. Considerando lo expresado por Delgado, Quincha y Méndez (2011) quienes concluyeron “el impacto del psoriasis tiene dimensiones, la afectación física específica de la enfermedad, la psíquica y la social, quienes deterioran la calidad de vida del paciente que, causando inhabilidad, quizá en mayor proporción que la ocasionada por enfermedades que ponen en riesgo la vida”. Igualmente, Fernández (2011) complementa concluyendo que hay otros factores asociados a una mayor afectación de la calidad de vida como el sexo femenino, el índice de masa corporal, los años de evolución de la psoriasis y el tipo de tratamiento; este último impacta mejor a la calidad de vida en los pacientes con tratamientos biológicos y sistémicos. Un aspecto que reafirma que los pacientes Psoriasicos necesitan un abordaje completo, minucioso, estratégico e integral. Por lo que, los resultados de esta investigación invitan al sector salud a tomar un papel más preponderante en la prevención e intervención del paciente psoriasico de forma integral: física, psicológica y socialmente aspecto que el sector salud de la actualidad no realiza.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez finalizado el estudio se presenta las conclusiones más importantes encontradas dando respuestas a los objetivos planteados.

Primero. La severidad de la Psoriasis está relacionado significativamente con la calidad de vida con p valor de $0,01 < 0,05$ en un grado 0,28 de correlación moderada. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Es decir la severidad en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su percepción de calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, que participan de este estudio.

Segundo. La magnitud de la Psoriasis no está relacionado significativamente con la calidad de vida con p valor de $0,43 > 0,05$ en un grado 0,08 de correlación casi nula. Por lo que se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis de investigación; Es decir la magnitud en que se presenta la Psoriasis en su superficie corporal no está implicando en su percepción de calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, que participan de este estudio.

Tercero. La severidad de la psoriasis está relacionado significativamente con la dimensión física de la calidad de vida con un p valor de $0,00 < 0,05$ en un grado 0,30 de correlación moderada. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Es decir la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando de forma moderada en su desenvolvimiento o impedimento funcional como persona implicando en su percepción negativa en la esfera

física de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio.

Cuarto. La severidad de la psoriasis está relacionado significativamente con la dimensión psicológica de la calidad de vida con un p valor de $0,04 < 0,05$ en un grado 0,22 de correlación baja. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Es decir la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal está implicando en un grado bajo en la forma en que se siente psicoemocionalmente como persona implicando en su percepción negativa en la esfera psicológica de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio.

Quinto. La severidad de la psoriasis no está relacionado significativamente con la dimensión social de la calidad de vida con un p valor de $0,14 < 0,05$ en un grado 0,16 de correlación baja. Por lo que se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis de investigación; Es decir la relación entre la severidad en que se presenta la psoriasis en su superficie corporal no está implicando en la forma en que se desenvuelve en la sociedad o interactúa con el medio social lo cual no está implicando en su percepción negativa en la esfera social de la calidad de vida de los pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú participantes de este estudio.

Recomendaciones

Considerando los resultados de esta investigación se recomienda realizar otras investigaciones en esta población, con mayor muestra y con un muestreo estratificado para poder realizar comparaciones por zonas de la región, ocupación laboral entre otras

que se puede verificar diferencias significativas que puntualicen mejor la metodología enriqueciendo la teoría existente.

Replicar el presente estudio en otras regiones del Perú, profundizando con tipos de estudios cualitativo y/o mixto y con diseños de nivel explicativo que ayuden a conocer el comportamiento de dichas variables en otras latitudes, además, de conocer mejor el nivel y grado de influencia que pueda tener entre ellas, un aspecto que enriquecerá el aspecto teórico del personal de salud en la intervención de la misma.

Así mismo, considerar los datos y resultados de la presente investigación, por los administradores del hospital regional de Iquitos y otros nosocomios de la región a fin de generar políticas, programas y proyectos de prevención e intervención psicoemocional que fortalezcan las estrategias de afronte de estos pacientes frente a su enfermedad.

Se sugiere a los familiares de dichos pacientes considerar estos resultados con la finalidad de aportar mecanismos de apoyo y amortiguación físico y psicoemocional, con el fin de que sus familiares pacientes puedan conllevar mejor su enfermedad o en mejor de los casos minimizar el estrés que les produce y empeora la enfermedad y al contrario sentirse apoyado por su ser querido.

Se recomienda al personal de salud de la región y de otras latitudes que tratan con pacientes psorísicos, además, de dermatólogos considerar los resultados de este estudio con el fin de mejorar el proceso de intervención clínica con ellos, previendo estrategias de mejoramiento en la consulta y tratamiento, aportando una propuesta de abordaje y tratamiento mucho más integral: físico, psicológico y social.

Se sugiere a los pacientes que sufren psoriasis, buscar ayuda psicológica a fin de amortiguar los efectos psicoemocional y sociales que produce su enfermedad.

Asimismo, buscar mayor información de la misma en profesionales o través de redes de apoyo relacionados a la psoriasis.

Formar la asociación de pacientes psoriásicos en la región, considerando la ya existente en otras latitudes y considerando un asesoramiento en su articulación por parte de la APSO de Argentina.

Referencias

- AEPSO (2008). *Asociación civil para el enfermo de psoriasis*. Buenos Aires: Argentina.
- Ardila R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Latinoamericana de psicología*, 33(2), 161-164. Colombia.
- Arenas R. (2009). *Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento*. (4º edición). México: Mc Graw Hill.
- Busso, C., Lagodin, C., Kotiar, C., Forcada, P., Olano, D., Eimer, L. y Suar, L. (2012). *Identificación no invasiva de aterosclerosis subclínica en individuos con psoriasis, revista dermatología argentina*. XVIII, (01). Enero- febrero.
- Conejo- Mir J, Moreno, J.C, Camacho F. (2010). *Manual de dermatología*. Madrid: grupo aula médica.
- Cortés, C., Castro –Ayarza, JR., Fierro, E. y Ojeda, C. (2012). Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel, comunicación de 59 casos. *Dermatol Rev. Mex* (2010), 54(3), 125-132.
- Delgado, M., Quinche, M. y Méndez, M. (2003). Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test SF-36V₂ en psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatológica peruana*.
- Fernández Bussy R, Gatti C, Porta Guardia C. (2011) *Fundamentos en dermatología clínica*, ediciones journal.

- Fernández, R. (2011). *Características epidemiológicas, comorbilidades y calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placas en el área sanitaria de La Coruña*. (Tesis doctoral). España.
- Hall J.C., Sauer (2006). *Manual de enfermedades de la piel*. (9º edición). wolters kluwer/lippincott, Williams & wilkins,
- Iarmusch, S.(2011). *Psoriasis enfoque social, testimonios y reflexiones*. Buenos Aires: Dunken.
- Lustia y Colab. (2008). *Severidad, calidad de vida y evolución de la psoriasis, su relación en nuestra población*. Buenos Aires.
- Magaña, G. M. y Magaña L. M. (2003). *Dermatología*. Medica panamericana.
- Ribera, P. (2008) .*Convivir con la psoriasis*. Medica panamericana.
- Tuisca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Científica salud uninorte, (21).
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30, (1).61-67, sociedad chilena de psicología clínica.
- Zuluaga de C. A, Uribe, D. C. y Velásquez, Z. G. (2010). *Terapia dermatológica*. (3º edic.) Medellín, Colombia: CIB corporación para investigaciones biológicas,

ANEXOS

Anexo 1

Matriz instrumental

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	Ítem
Variables Independiente psoriasis	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de origen multifactorial y evolución crónica con agudizaciones y remisiones. Las lesiones son eritemato-escamosas o papulo escamosas y afectan piel, uñas, mucosas y/o articulaciones (Valdés et al.2009)	El diagnóstico es clínico, clasificándola en leve, moderada y severa.	La lesión clásica es una placa eritematosa o papulosa de bordes precisos, cubiertas de escamas secas blanco-nacaradas, adherentes que al desprenderse dejan una superficie roja brillante, causando prurito y dolor en algunas ocasiones	Leve hasta el 3%. Moderada del 4% hasta el 10%. Grave más del 10%.	Apendice D
Variable Dependiente: Calidad de vida		Calidad de vida está referida a las dimensiones física, psicológica y social. Las respuestas se miden descriptivamente al respecto de cada pregunta realizada. La escala que se usará en identificar el tipo de calidad de vida será:	Dimensión física. Dimensión psicológica. Dimensión social.	Lesiones numerosas. Localización de la lesión. Extensión superficial. Dolor. Trabajo. Actividades cotidianas. Tristeza. Autoestima. Motivación. Depresión. Vergüenza. Bienestar. Concentración. Temor.	Ítems 5,6,9,10 y 11 Ítems 1,2,3,4 y 12

		calidad de vida alta, calidad de vida media calidad de vida baja		Aislamiento, Discriminación, Rechazo social.	Item 8
--	--	--	--	--	--------

Anexo 2

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	BASES TEÓRICAS
LA PSORIASIS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO: IQUITOS, PERÚ, 2016	<p>1. Problema general ¿Cuál es la relación de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p> <p>2. Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el cuadro clínico de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016? ¿Cuál es el nivel de severidad y magnitud de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016? ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto:</p>	<p>1. Objetivo general Determinar la relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p> <p>2. Objetivos específicos</p> <p>Describir el cuadro clínico de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Identificar el nivel de severidad y magnitud de la psoriasis en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Identificar el nivel de la calidad de vida en</p>	<p>1. Hipótesis general Existe relación significativa de la severidad de la Psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p> <p>2. Hipótesis Específica</p> <p>Existe relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la</p>	<p>Tipo: No experimental,</p> <p>Diseño: Descriptivo y Correlacional. de corte transversal.</p>	<p>Psoriasis La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de origen multifactorial y evolución crónica con agudizaciones y remisiones. Las lesiones son eritemato-escamosas o papulo escamosas y afectan piel, uñas, mucosas y/o articulaciones (Valdés et al.2009)</p> <p>Calidad de vida Según Ardila (2003), “calidad de vida es un estilo de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es</p>

	<p>Iquitos, Perú, 2016? ¿Cuál es el nivel de la dimensión física, psicológica y social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica</p>	<p>pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Identificar el nivel de la dimensión física, psicológica y social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p> <p>Determinar la relación significativa de la magnitud de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p> <p>Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión física de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto:</p>	<p>calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016 Existe relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p>	<p>una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el medio ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida.”</p>
--	--	---	--	---

	<p>de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016?</p>	<p>Iquitos, Perú, 2016</p> <p>Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p> <p>Determinar la relación significativa de la severidad de la psoriasis con la dimensión social de la calidad de vida en pacientes del hospital regional de Loreto: Iquitos, Perú, 2016</p>			
--	--	---	--	--	--



Anexo 3

Cuestionarios y Escalas

Determinación de la Severidad de la Psoriasis según la superficie corporal afectada del paciente.

La severidad de la psoriasis en cada paciente será determinada por el investigador de acuerdo con el compromiso porcentual de la superficie corporal.

Magnitud	% de la superficie corporal



CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Determinar la relación de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes, del Hospital Regional de Loreto. Iquitos, 2015.

La importancia de su participación radica que sus respuestas contribuirán a enriquecer el conocimiento sobre la psoriasis y su relación con la calidad de vida, tanto para las personas que trabajan en el sector salud como para la comunidad en general.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Lo realizarán todos los pacientes con psoriasis que acudan al hospital.

Este cuestionario es anónimo y se utilizará solo para fines de estudio.

El cuestionario está constituido en dos partes, la primera consta por datos generales y la segunda por las preguntas específicas, en número de 12, donde usted marcará un número de 0 a 10 con una cruz o un aspa la alternativa que mejor se adapte a su situación.

Cuestionario de Koo- Menter

Introducción:

La importancia de su participación con sus respuestas en este cuestionario, que consta de 12 preguntas, contribuirá a enriquecer el conocimiento sobre la Psoriasis su severidad y la relación con la calidad de vida, tanto en personas que trabajan en el sector salud y la comunidad en general.

Edad:

Sexo: M

F

Procedencia..... Ocupación.....

(Marque un número por pregunta)

1) ¿En qué medida percibe su psoriasis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

leve moderado severo

2) ¿Cuán impotente se siente ante su psoriasis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada impotente Poco impotente impotente demasiado impotente

3) ¿Cuán incómodo / avergonzado se siente por su psoriasis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada incomodo Poco incómodo avergonzado demasiado avergonzado

4) ¿Cuán enojado o frustrado se siente por su psoriasis

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada enojado Un poco enojado frustrado demasiado frustrado

5) ¿En qué medida la psoriasis afecta su aspecto físico?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada afecta un poco afecta me afecta me afecta demasiado

6) ¿Cuán desfigurante es su psoriasis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada desfigurante un poco desfigurante desfigurante muy desfigurante

7) ¿Cuánto impacto ejerce la psoriasis sobre su bienestar emocional?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No lo tomo en cuenta influye un poco me hace sentir mal emocionalmente

me hace sentir muy mal emocionalmente

8) ¿En general ¿en qué medida afecta la psoriasis su capacidad para disfrutar la vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Igual disfruto de la vida

Un poco me afecta

Siento que la Soriasis no me deja disfrutar de la vida

No disfruto nada de la vida por culpa de la Soriasis

¿En qué medida influyó la psoriasis en los siguientes aspectos durante el último mes?

9) ¿Prurito?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de Prurito

Un poco de Prurito

Purito bastante

Demasiado Purito

10) ¿Irritación?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de iritación

Un poco de Prurito

Suficiente Purito

Demasiado Purito

11) ¿Dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de dolor

Un poco de dolor

Suficiente dolor

Demasiado dolor

12) ¿Elección de la ropa para ocultar la psoriasis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No oculta su psoriasis bajo la ropa

Oculta un poco su psoriasis

Oculta lo suficiente con ropa su psoriasis

Se preocupa demasiado por ocultar con ropa su psoriasis

Anexo 4

Magnitud y prevalencia de la Psoriasis:

País	Prevalencia	Población	Referencia
EEUU	1%	General	Bell M.
Cuba	2%		
Sudamérica	0,97%	Hospitalaria	Kerdel- Vegas F.
España	1,17% - 1,43%	General	Ferrandiz y colab
Alemania	1,3%		Hoede K.
Gran Bretaña	1,6%		Stern R.
Dinamarca	1,7%	General	Forssmán H.
Suecia	2,3%		Forssmán H.
África	9,6%	Hospitalaria	Hartshorne ST

Fuente: Cañarte (2010)

Magnitud de la psoriasis según la superficie corporal.

Magnitud	% de la superficie corporal
Leve	Hasta 3%
Moderada	4- 10%
Grave	Mayor del 10%

Fuente: National Psoriasis Foundation.