



UNIVERSIDAD SIGLO 21

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación:

**Estrategias de Afrontamiento en personas con Psoriasis en la Ciudad de
Reconquista.**

Alumna: **Lara Elizabeth Passarino**

Legajo: **PSI 02489**

Tutor: **Lic. Diego Tachella**

Contenido

ANTECEDENTES:	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
MARCO TEORICO	11
Fisiopatología y Etiología de la psoriasis	14
Prevalencia e Incidencia de la enfermedad	16
CRITERIOS DE LA SEVERIDAD DE LA PSORIASIS	19
FACTORES PSICOEMOCIONALES MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD	19
ENFOQUE TERAPEUTICO, TRATAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	21
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	22
CAPITULO III	24
METODOLOGÍA REPRESENTATIVA PARA EL ABORDAJE	24
Anexo I – Sección I – Identificación de Grupo -Forma de Actuar frente	30
Bibliografía	33

RESUMEN

El presente estudio tiene la finalidad de conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con Psoriasis en la ciudad de Reconquista Santa Fe.

Cuando se comenzó la investigación llamo la atención, que había escasa información en Reconquista sobre la problemática, lo que lleva a la pregunta dónde irían los pacientes entre edades de 15 a 35 años que padecen la enfermedad y sobre todo si están siendo asistidos de manera dermatológica, y fundamentalmente psicológica, ya que la enfermedad los afecta de manera psicoemocional, lo que implica que deben cambiar su estilo de vida, como individuo frente a la sociedad.

Para ello, se elige dos clínicas que son las más concurrentes para llevar adelante la investigación. (Clínica Dermatológica Adel y el Hospital Central Reconquista.)

La presente investigación responderá a los interrogante planteados y para ello se relevará todo el material bibliográfico e investigaciones realizadas previamente en otros países y como también, significará un aporte fundamental para quienes deseen saber acerca de esta enfermedad y sobre todo que puede contribuir al campo de la Psicología.

Primeramente, se explica el significado de la enfermedad desde el punto de vista clínico dermatológico para entender cómo se presenta, el estadio de la persona, cuales son las clasificaciones que la ciencia dermatológica le atribuye, en que zonas aparecen más frecuentemente, como es el tratamiento y cuál es el orden de prevalencia e incidencia de la enfermedad.

Siguiendo el orden de la investigación se aborda, desde el punto de vista de la Psicología, cuales son las estrategias que adoptan los pacientes para afrontar la enfermedad, y se tendrá en el instrumento de COPE que me permitirá reunir información valiosa de cómo se siente un paciente frente a la enfermedad y cuáles son las estrategias que utiliza para llevar adelante la problemática.

También se presentan entrevistas, que se tomarán a expertos en la temática para que puedan aportar sus conocimientos y experiencia valiosa. Se concibe que el especialista dermatólogo, tanto como también el terapeuta Psicólogo que acompaña a cada paciente,

transita un camino donde se conjugan una etapa inicial de tratamiento, un seguimiento y el manejo emocional que se entrecruzan a lo largo camino.

Es un proceso como dicen algunos (expertos psicólogos / dermatólogos), dicen que es hereditario ya que en la familia del paciente existen precedentes, lo cierto es que el proceso tiene variantes, consecuencias y el tratamiento en si puede ser largo, corto, no hay parámetros, lo que existe en sí, es la capacidad del paciente en adoptar la mejor estrategia para afrontar su enfermedad.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El presente trabajo es un Proyecto Investigación Aplicada (PIA), forma parte de la carrera de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad Siglo 21, la misma buscara a corto y mediano plazo reconocer y caracterizar las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen la enfermedad dermatológica Psoriasis, en la Ciudad de Reconquista, Santa Fe, Argentina, para luego analizar los resultados en base a una metodología tipo cuantitativa aplicada a una población que oscila entre los 15 y 35 años, de ambos sexos en la Clínica Dermatológica Adel y el Hospital Central Reconquista.

La Psoriasis es una enfermedad inflamatoria conocida desde la antigüedad que afecta entre el 1% y el 2% de la población mundial. (Lepori, 2005). Están mediadas por factores inmunitarios locales o sistémicos, y la causa fundamental de muchas de ellas se desconoce, (Lepori, 2005).

Cabe aclarar que en Argentina según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta problemática es considerada como una enfermedad crónica no trasmisible, Dolorosa y desfigurante que afecta a 800 mil Argentinos, desconociéndose las causas que la originan, (OMS, 2017).

Autores como (Fujiki Pereyra, 2016) en su investigación, refiere a que dicha enfermedad se relaciona altamente con factores psicológicos que la desencadenan y contribuyen en su desarrollo, lo cual lleva al paciente a tener que enfrentar cambios diversos en su vida y reajustes de tipo psicológico de gran impacto.

Asimismo, no se encontraron, datos precisos o fuentes confiables, estadísticas que reflejen la cantidad de enfermos, y/o proporción afectada de población que padezca Psoriasis en Santa Fe, Reconquista.

En ese sentido, la investigación aportará posibles y nuevas miradas profesionales en la tarea de indagación de la problemática y sus condicionamientos objetivos y

subjetivos ya que el presente trabajo, se constituirá en un valioso antecedente a tener en cuenta dentro de las instituciones, donde se realizarán los estudios de campo en sus diferentes abordajes e intervenciones.

ANTECEDENTES:

Según relevamiento encontrado como antecedente, para abordar el tema, se referencia el Trabajo: “Estilos de afrontamiento en adultos que padecen de Psoriasis en Lima Metropolitana”, como trabajo de Grado de la Universidad de Lima para la Carrera de Psicología 2016;(Fujiki Pereyra, 2016)el cual analizó 80 personas de ambos sexos entre 20 y 65 años utilizando el instrumento de Escala de Afrontamiento COPE, el cual llegó a la conclusión que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción es la más utilizado, seguido del afrontamiento centrado en el problema y las estrategias de mayor preferencia son la “aceptación”, “reinterpretación positiva” y “búsqueda de apoyo social por razones emocionales”. Así mismo la investigación no encontró evidencias de diferencias según el género y edad.

La presente investigación tiene por objetivo investigar y poner en conocimiento acerca de los tipos de estrategias de afrontamiento en personas que sufren de Psoriasis. Primeramente el término “estrategias de afrontamiento”; cuando nos referimos al mismo, se entiende por “serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles”; De esta manera, el proceso consiste en esfuerzos dirigidos a focalizar de un mejor modo posible las demandas, tanto internas como ambientales.(Vazquez valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M.)

Las estrategias de afrontamiento se definen como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y o / internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Vazquez valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M.).

El objetivo que tienen dichas estrategias es analizar de qué manera y como se enfrentan las personas ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos, entre otros. (Vazquez Valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M.)

La Psoriasis, entre los síntomas que la distinguen se puede encontrar la aparición de diferentes tamaños de parches enrojecidos, de forma bien delimitada y escamosa, ubicándose bajo estas una membrana llamada de Duncan-Dulckey, cuyo desprendimiento se acompaña de un punteado hemorrágico conocido como signo de Auspitz. Hay diferentes formas de Psoriasis, siendo la más frecuente la Psoriasis en placas o Psoriasis Vulgar y la Psoriasis en gota en niños.

Dicha enfermedad conlleva importantes implicancias físicas, psicológicas, económicas y sociales, así como se puede observar ciertos factores de mayor influencia en la misma como el género, donde se expresa que las mujeres son las más afectadas, sin que contemple una edad determinada. Se registra altos índices de síntomas depresivos en personas con Psoriasis con respecto a la población en general y se ven potenciados por factores como edad en que se da comienzo con dicha enfermedad, un ingreso mensual bajo, desempleo o trabajo en exceso, así como también abuso de alcohol o tabaquismo.

Desde un punto social, se puede observar con claridad los problemas que experimentan los pacientes para desempeñarse en lugares públicos como piscinas, peluquerías y clubes sociales. (Cortés; Castro Ayarza; Fierro; Ojeda., 2010)

Autores como (Cortés; Castro Ayarza; Fierro; Ojeda., 2010), realizaron un estudio descriptivo y prospectivo acerca de la calidad de vida de los pacientes psoriasisicos en un hospital Universitario Samaritana de Bogotá en el año 2010 en donde se evaluó mediante el índice dermatológico de calidad de vida (DLQI, Dermatology Life Quality Index). Para dicho estudio se seleccionaron 66 pacientes que cumplían con los requisitos de evaluación impartido través de tres dermatólogos docentes y un equipo de cinco residentes de dermatología.

Los autores arribaron a la conclusión que las situaciones que dañan la forma de vida en estas personas son: trastorno en la actividad sexual, trastorno del sueño, trastornos afectivos, y del estado de ánimo como depresión y estrés.

En investigación por parte de (Fujiki Pereyra, 2016) también se analizó el impacto psicosocial de la psoriasis y observó comparativamente que es mayor que la misma enfermedad ya que no solo afecta aspectos físicos de la persona sino además sus

actividades diarias, sus relaciones interpersonales, la elección de su carrera, la decisión de tener hijos y su estabilidad emocional. .

Se considera que al hablar de estrategias de afrontamiento solo son eficaces si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento reposa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como sus efectos a largo plazo en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud, (DI-COLLOREDO GÓMEZ, APARICIO CRUZ, 2007). Los autores, citados realizaron una investigación empírico analítica de corte comparativo en donde tuvieron en cuenta los estilos de afrontamientos, tomados de Folkman Y Lazarus (1980-1988) en un grupo de mujeres y hombres asistentes a la Unidad de Atención Integral de Bogotá, de los cuales la muestra aleatoria simple seleccionada fue de 222 personas, entre ellos 102 hombres y 120 mujeres. Los resultados evidenciados mostraron diferencias significativas en la utilización de estilos y estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres, lo cual manifestó desarrollo personal y control emocional en las mujeres, mientras que en los hombres se observó una negación y supresión de actividades lo que se traducía en estados depresivos.

Por lo mencionado en el apartado anterior y por la influencia que tiene dicha enfermedad no solo el impacto trasciende en el componente físico de la misma sino en cada área de la vida de la persona que la padece, afectando a su vida psicoemocional.

En el año 1981 los médicos franceses Louis Broca y Leonard Jacquet acuñaron el término de “neurodermatitis” para relatar los trastornos cutáneos que tienen su iniciación en estados emocionales. En el mismo año, el científico Polotchoff planteó que las alteraciones emocionales eran, en algunas ocasiones, una de las causas de la psoriasis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La psoriasis se conoce como dermatosis inflamatoria crónica, está caracterizada por placas eritema escamosas que se encuentran bien definidas y a su vez pruriginosas. (Sanchez Saldaña, 2009).

La fisiopatología de esta enfermedad se debe a un desarrollo acelerado de las capas de la piel, las células se modifican normalmente en términos de un mes pero en las personas psoriaticas estos cambios en las células se producen de forma asincrónica y acelerada, disminuyendo así el tiempo que tienen las células cutáneas para poder desarrollarse, desde la capa granulosa hasta la superficie de la capa córnea; en pacientes que padecen de la enfermedad de psoriasis este proceso ocurre de una forma acelerada y las células muertas se van acumulando en la superficie de la piel. (Sanchez Saldaña, 2009)

JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que la presente investigación tiene por objetivo investigar y conocer acerca de los tipos de estrategias de afrontamiento en personas que sufren de Psoriasis se hará una breve definición de lo que acarrea el término “estrategias de afrontamiento”.

De modo general, al hablar de afrontamiento se hace referencia a la *“serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles”*. De esta manera, el proceso consiste en esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible las demandas tanto internas como ambientales, (Vazquez valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M.)).

Resumiendo, se diría que el afrontamiento se definiría como:

“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y o / internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

El objetivo que tienen dichas estrategias es analizar de una manera precisa como se enfrentan las personas ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos, entre otros, (Vazquez valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M.).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se presentan las estrategias de afrontamiento en mujeres y hombres entre 15 a 35 años en la ciudad de Reconquista, Santa Fe, Argentina?

OBJETIVO GENERAL

Describir cuales son las estrategias de afrontamiento que utilizan más frecuentemente las personas que se encuentran afectadas por la enfermedad de Psoriasis en la ciudad de Reconquista, Santa Fe, Argentina.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Conocer las estrategias de afrontamiento activas que desarrollan los pacientes afectados por la enfermedad de Psoriasis en la ciudad de Reconquista utilizando un instrumento de medición metodológica.
- Conocer sobre la salud mental de los pacientes que padecen Psoriasis
- Describir las estrategias de afrontamiento pasivas que utilizan los pacientes al momento de enfrentarse con la enfermedad de Psoriasis, con la ayuda de un instrumento de medición cuantitativo metodológico para obtener dicha información.
- Comparar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con psoriasis de acuerdo al género.
- Conocer si los pacientes con psoriasis son asistidos mediante terapia psicológica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La psoriasis etimológicamente deriva del griego, el cual significa: psor (prurito iasis) estado. Durante décadas la psoriasis se ha presentado un desafío para el campo de la medicina en especial, para los médicos especialistas en dermatología y subyacentemente para profesionales de la psicología.

En términos generales, la Psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, la cual no es contagiosa y produce diversos síntomas como lesiones escamosas, rojas, secas e inflamadas que producen picazón, localizándose la mayoría de las veces en rodillas, codos, tronco y cuero cabelludo, (Fujiki Pereyra, 2016), su etiología es desconocida , aunque se pueden mencionar factores inmuno-geneticos que se agregan a su aparición, así como factores que lo desencadenan, traumatismos, infecciones, algunos fármacos, estrés y cambios climáticos. Además de lo mencionado, dicha enfermedad se relaciona altamente con factores psicológicos que la desencadenan y contribuyen en su desarrollo, lo cual lleva al paciente a tener que enfrentar cambios diversos en su vida y reajustes de tipo psicológico de gran impacto. (Fujiki Pereyra, 2016)

Al referirnos sobre estas estrategias de afrontamiento se tomará lo desarrollado por los autores Lazarus y Folkman (1984). Los mismos plantean dividir las estrategias en dos grandes grupos, el primero de ellos centrado en el problema y el segundo de ellos se centra en las emociones. La estrategia de afrontamiento centrado en el problema tiene por objetivo la resolución de problemas, lo que lleva a poder manejar las demandas que provienen del interior de uno o ambientales que suponen una amenaza y llevan a una descomposición de la relación que tiene la persona con su entorno, ya sea modificando las situaciones problemáticas o aportando nuevos recursos que contrarresten el afecto negativo de las condiciones del ambiente.

Dichas estrategias tienen similitud a las utilizadas para la resolución de este, dirigiéndose a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a considerar dichas alternativas con base en su costo y beneficio y a su elección y aplicación. A su vez las estrategias que se centran en el problema tienen una subdivisión, en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. Al hablar de estrategias de

afrontamiento activo los autores hacen mención a los pasos de manera activa que realizan las personas para tratar de modificar las situaciones o disminuir sus efectos, se refiere a iniciar una acción de manera directa que incremente los esfuerzos personales por superar tal situación. A su vez, el afrontamiento demorado hace mención a una respuesta que sea funcional y necesaria que se dirige a buscar la oportunidad que sea apropiada para actuar de manera no apresurada.

El segundo grupo del que hablan Lazarus y Folkman, centrado en las emociones, tiene por función la regulación de las emociones que lleva consigo los esfuerzos por modificar el malestar y controlar los estados emocionales provenientes del suceso estresante. Estos objetivos se pueden lograr evitando la situación que genera estrés, revaluando de manera cognitiva el proceso perturbador o atendiendo de manera selectiva a los aspectos positivos que posee uno mismo o incluso el entorno.

De esta manera se llega a la conclusión que las estrategias dirigidas a la emoción son utilizadas cuando no se encuentra solución a las condiciones lesionantes, desafiantes o amenazantes del entorno. Las estrategias apoyadas en las emociones incluyen diferentes categorías. A continuación, se pasará a definir las.

El apoyo social emocional, centrado en la búsqueda de soporte que sea de orden moral, simpatía y también comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento sucede cuando el sujeto acepta la realidad de la situación estresante e intenta afrontar y solucionar tal situación.

El apoyo en la religión, visto como una estrategia al ayudar como apoyo de orden emocional para las personas lo que facilita una posterior reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

La reinterpretación positiva y crecimiento cuya finalidad es poder tener control sobre el estrés emocional en vez de tratar con el estresor. A través de esta interpretación se logra construir un pasaje menos estresante en términos de que debería llevar la persona a intentar acciones de afrontamiento que sean más centradas en el problema.

Concentración y desahogo de las emociones, definido como poner atención a todas las experiencias negativas y depositar en el exterior esos sentimientos. Este tipo de comportamiento resulta eficaz en un momento específico que se pase por alta tensión, pero no en emociones que duren largos periodos de tiempo ya que puede llegar a impedir

una adecuada adaptación, distraendo a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.

Liberación cognitiva, como condición previa a la liberación conductual. La misma consiste en poder realizar determinados ejercicios u actividades para distraerse y evitar de esa manera pensar en la dimensión de la conducta o meta con la cual el estresor interfiere.

La negación, lo que conlleva a una negación del estresor, en ocasiones puede que el estrés se reduzca y favorecer así a un afrontamiento adecuado, en un periodo de transacción, sin embargo, si la negación se mantiene puede impedir una aproximación que sea activa.

El ultimo definido como la liberación hacia las drogas o el uso de alcohol, de esa forma se evita pensar en el estresor.(DI-COLLOREDO GÓMEZ, APARICIO CRUZ, 2007). En investigación científica (Cedeño, 2007) narra que la enfermedad es de tipo cutánea que se desconoce la raíz origen de la misma y se presenta según la patología fundamentalmente por inflamación y proliferación queratinocítica.

Así mismo asevera “afecta entre el 1% y 3% de la población general, en ambos sexos por igual. La edad promedio de aparición es la tercera década, aunque puede comenzar a cualquier edad.(Lepori, 2005)

“Puede aparecer a cualquier edad aunque en el 70% de los casos si inicia antes de los 30 años” (Lepori, 2005); “ Más del 30% de pacientes con psoriasis sufren el primer episodio de la enfermedad antes de los 20 años, y en muchos casos bajo la forma psoriasis en gotas”



El diagnóstico se hace por clínica, raspado metódico y se confirma por biopsia; Con un tratamiento adaptado a cada caso y a cada momento evolutivo del mismo se consiguen remisiones importantes aunque de duración difícil de predecir” (Cedeño, 2007).

Fisiopatología y Etiología de la psoriasis

La fisiopatología y Etiología hablan de los mecanismos que determinan la lesión y por su parte la etiología estudia la causa que determina la enfermedad.

En su investigación Cedeño expresa:

“Las lesiones presentan alteraciones histológicas epidérmicas y dérmicas. En la epidermis se caracterizan por hiperproliferación y diferenciación anormal de los queratinocitos, lo cual se traduce en hiperqueratosis, paraqueratosis, ausencia de granulosa, acantosis y papilomatosis. A esto se añade una inflamación que puede comprometer tanto a la dermis como a la epidermis. En la epidermis se observa una inflamación mínima a moderada de un infiltrado de predominio mononuclear y con menos frecuencia de neutrófilos que migran a la epidermis”(Cedeño, 2007).

Sin embargo, en investigación realizada por Mayra S. Ponce a la enfermedad de psoriasis también se la asocia tal y como describe la autora

“La psoriasis puede asociarse a obesidad, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, perfil lipídico aberrante, síndrome metabólico y un elevado riesgo cardiovascular, (S.Ponce, 2012).

En investigación realizada por Cedeño realiza la siguiente clasificación que es atribuible a la edad de presentación de la enfermedad y antecedentes genéticos por lo cual alude a dos tipos:

- **Tipo I o Juvenil:** edad promedio de aparición a los 20 años es más generalizada, más resistente al tratamiento y más grave Se clasifica en: del cuero cabelludo, de la zona del pañal, de las uñas, pustulosa, en gotas, folicular, eritrodérmica y universal.(S.Ponce, 2012)
- **Tipo II o del adulto:** aparece aproximadamente a los 50-60 años. Evolución benigna, puede coincidir con alteraciones metabólicas. Por su localización: de cuero cabelludo, facial, palmoplantar, ungueal, de pliegues (invertida), de pene, laríngea y ocular, bucolingual, eritrodérmica y generalizada aguda”(Cedeño, 2007, págs. 33,50)

También añade:

La evolución es crónica por brotes; puede que el brote persista en forma estable por mucho tiempo o que recidive con gran frecuencia. Hay casos de brotes cortos, auto- limitados pudiendo incluso no volver a repetirse.”(Cedeño, 2007, págs. 35-50), paralelamente alude “Se debe tener presente que la psoriasis en brote es una dermatosis irritable, desarrollando fácilmente fenómenos de intolerancia o de rebote y empeorando si se le trata inadecuadamente”(Cedeño, 2007).

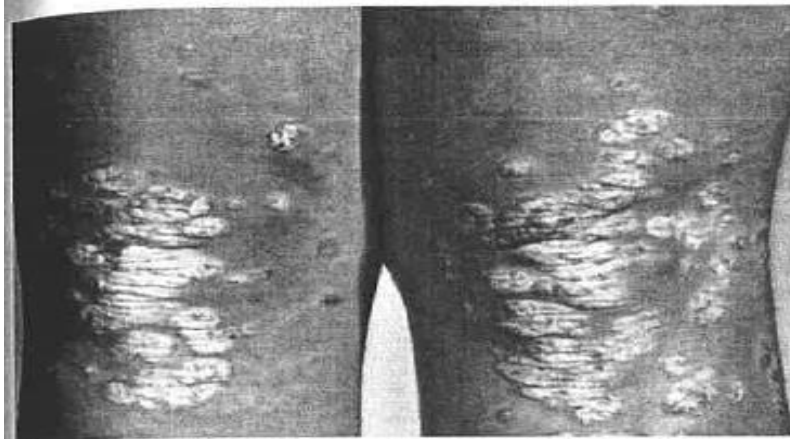


Figura 56-3 Psoriasis. Cortesía de Roche Laboratories.

Psoriasis(Posay, 2017)

Prevalencia e Incidencia de la enfermedad

Según la real academia española (RAE) Prevalencia significa Acción y efecto de prevaler. Para la medicina, en epidemiología, significa la proporción de personas que sufren una enfermedad respecto al total de la población de estudio. Por su parte la incidencia hace alusión según La real academia española (RAE) a números de casos ocurridos, influencia o repercusión.

Según investigación llevada adelante en cuanto a prevalencia e incidencia de la enfermedad psoriasis (Chouela, 2012), el autor declara

“La psoriasis es una enfermedad cuyos datos de prevalencia tienen un rango amplio de acuerdo con diferencias en el origen étnico de las poblaciones estudiadas y también por la metodología empleada (análisis de registros de pacientes de la seguridad social, de consultas a centros hospitalarios, estudios de población en los cuales se diagnostica la enfermedad independientemente de si la misma generó una consulta al sistema de salud”(Chouela, 2012).

En referencia a la búsqueda de material de estudios de prevalencia, no existen investigaciones consistentes presentadas en América Latina. El Dr. Chouela publica datos recogidos en diversos trabajos, que revela,

“lamayoría de los estudios de prevalencia, que varía del 0,2 al 4,8% de la población, con un promedio para Europa del 2% y para los Estados Unidos del 2,2 al 2,6%. En este país se diagnostican 150.000 casos nuevos por año, con una población total de 308.000.000 de personas afectadas estimada para 2009.1-2 Otro estudio determina una prevalencia del 3,15% en los Estados Unidos, de los cuales el 17% tiene una forma clínica moderada a severa. También estima en el 0,4 % la prevalencia de pacientes con psoriasis no diagnosticada, que en general correspondería a un estrato social bajo y de pobre nivel educativo, no existen estudios”, (Chouela, 2012, págs. 238-240).

De igual modo, revela en su estudio “Dado el mestizaje de la población latinoamericana, es previsible que la prevalencia de la psoriasis sea menor en nuestros países que en las poblaciones de origen europeo. La prevalencia en Asia es menor, y diferentes estudios la estiman entre el 0,3 y el 1,2%.5”, (Chouela, 2012, págs. 238-240)

Con respecto a la incidencia no existen registros adecuados publicados de fuentes confiables de investigación que describan o den cuenta de la misma, solo hace mención el Dr. Chouela que en Gran Bretaña y en base a un registro de 1500 médicos de cabecera, el registro fue de 14 incidencias sobre 10.000 personas año.

Otro estudio realizado en Olmsted Estados Unidos arrojó los siguientes datos “demuestra una incidencia de 78,9 por 100.000 habitantes. Lo más interesante es que, en esa población, la incidencia de psoriasis aumentó significativamente en los últimos treinta años”,(Chouela, 2012, págs. 239-240).

Según el último consenso Nacional de Psoriasis de la Sociedad Argentina de Dermatología (Dermatología, 2010) recita:

“En nuestro país no existen estadísticas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad. Puede afectar a todos los grupos etarios y a ambos sexos por igual. Desde el punto de vista genético, es una enfermedad poligénica y multifactorial que condicionan la edad de comienzo y las manifestaciones clínicas de la psoriasis”

Es importante destacar que el consenso de Dermatología Argentina realiza una clasificación dentro del orden clínico de presentación de la enfermedad que es importante destacar (Dermatología, 2010), a saber:

- a) **Psoriasis en placas:** es la forma más frecuente. Afecta el 90 % de los pacientes. Pueden ser placas únicas o múltiples, de diámetro variable.
- b) **Psoriasis en gotas:** Se presenta como pequeñas pápulas eritematoescamosas que predominan en tronco y extremidades.
- c) **Psoriasis invertida:** Localiza en pliegues.
- d) **Psoriasis eritrodérmica:** Enrojecimiento inflamatorio y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.
- e) **Psoriasis pustulosa:** Forma poco común de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles de evolución aguda, subaguda o crónica. Puede tener manifestaciones sistémicas asociadas. Puede ser generalizada o localizada, preferentemente en palmas y plantas.
- f) **Psoriasis palmo-plantar:** Forma clínica de compromiso único de palmas y plantas o asociado a otras localizaciones. Sebo-psoriasis o psoriasis de las áreas.

El consenso de Dermatología(Dermatología, 2010) también señala que las lesiones de la enfermedad se pueden localizar en:

Piel: Pueden aparecer lesiones en cualquier parte de la superficie cutánea. Siendo visiblemente observable en el tronco, cuero cabelludo, rodillas, codos, plantas, pliegues y genitales.

Uñas: Es más frecuente que la afectación se localice en las uñas de las manos que en los pies.

También alude la Sociedad Argentina de Dermatología que depende el sitio donde se localice la lesión de la enfermedad, dependerá también el tratamiento a seguir y la orientación del mismo.

CRITERIOS DE LA SEVERIDAD DE LA PSORIASIS

El consenso de Dermatología De Argentina,(Dermatología, 2010) también clasifica a la enfermedad en base a criterios que determinan si la psoriasis es leve, moderada o severa y cómo impacta en la calidad de vida del paciente:

Psoriasis leve: No altera la calidad de vida del paciente, se puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamientos, los tratamientos no representan riesgos importantes compromete menos del 5% de la superficie corporal.

Psoriasis moderada: Altera la calidad de vida del paciente, ya que las acciones terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo, y no totalmente efectivas.

Psoriasis severa: Altera la calidad de vida del paciente significativamente. En este caso no responde a tratamientos, y el 10% de la superficie corporal se ve afectada.

FACTORES PSICOEMOCIONALES MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD

Dado lo precedentemente expuesto, es innegable manifestar que la enfermedad de la psoriasis tiene una trascendencia, que afecta el estado psicoemocional de la persona, en virtud de que no solo la salud física de quien la padece sino sufre un detrimento su salud mental, y como consecuente su vínculo en lo social que aúna al dominio de la calidad de vida del paciente que padece la enfermedad.

Desde 1937, Freud ya postulaba las manifestaciones somáticas a través de dolencias en los órganos, en este caso, visible en la piel, siendo éste un órgano de grandes amplitudes y con sensibilidad. (Freud, 1986).

Resulta interesante descubrir desde la mirada psicológica el autor, (Chiozza, 2008), reivindica, la presencia de fantasías inconscientes en la manifestación de la psoriasis:

“Una primera fantasía es la de estar en carne viva, son las carencias de contacto afectivo relacionadas con la piel, dejan huellas imborrables en la misma, muchas veces en forma de heridas que dejan a la persona en carne viva, como despellejado, aspecto que en la psoriasis se denota por, color rojo y la descamación de la piel” (Chiozza, 2008)

...” el paciente psoriático tiene la fantasía de ser herido y lastimado de manera cruel y burlesca en forma continua por el objeto idealizado, por lo que no toleran las críticas ya que las experimenta de manera profunda que lo hiere y lo irrita”(Chiozza, 2008)

Así mismo refiere “la aparición de la psoriasis también está asociada a eventos traumáticos en la vida del paciente, en donde se enfrentan pérdidas reales o fantaseadas de un objeto idealizado, las cuales pueden ser vividas inconscientemente como abandono o rechazo, con sentimientos de vergüenza y humillación”(Chiozza, 2008)

Y continúa refiriéndose a la segunda fantasía:

“es la de estar escamado, en donde la psoriasis se presenta como una manifestación de protección ante sentimientos de desprotección y vulnerabilidad al dolor, a la vez que contiene los propios impulsos. En la psoriasis el caparazón protector creado por las capas de piel otorga en la fantasía la capacidad de soportar agresiones externas, ya que se es duro e inflexible ante ellas, siendo solamente un aspecto externo de la personalidad”, (Chiozza, 2008).

El autor insinúa que el proceso de los estadios de la psoriasis responden a un fracaso de la defensa lo capaz de llevar a cabo la acción de protegerse.

.... . “La tercera fantasía de la psoriasis es la de cambio de identidad. En la psoriasis hay una escamación acelerada de células muertas, proceso que normalmente es imperceptible; pero que en el paciente con psoriasis ocurre de forma acelerada, como un proceso de regeneración” (Chiozza, 2008)

Significa además el autor:

“es parecido a lo que ocurre en ciertas especies de reptiles, en donde como sabemos, en ellos, la muda de piel es parte de un proceso de crecimiento y maduración. Esta muda de piel en la psoriasis podría simbolizar la oposición o el conflicto con el propósito de mudar su identidad,

dando la ilusión de renacer en una forma más aceptada y valorada, pero por otro lado, con la idea de ser inferior, siendo alguien despreciable, sucio e intocable” (Chiozza, 2008)

ENFOQUE TERAPEUTICO, TRATAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Existen diversas investigaciones acerca de cuál es el tratamiento a seguir para las personas que padecen psoriasis.

En investigación de (Cedeño, 2007) refiere que básicamente, el tratamiento se basa en disminuir el grado de dimensión de las lesiones y de esa manera que el mismo incida en lo más mínimo posible, en su estilo de vida social, y /o laboral del paciente. Así mismo también refiere que cada caso es distinto, y la duración del tratamiento es difícil predecir de manera predictivo.

Cedeño por su parte asevera en su investigación abordada

“Se debe tener presente que la psoriasis en brote es una dermatosis irritable, desarrollando fácilmente fenómenos de intolerancia o de rebote y empeorando si se le trata inadecuadamente. Los tratamientos tópicos son fundamentales; 20 y deben usarse de manera primaria en las formas localizadas con afección del 20-25% de superficie corporal.”(Cedeño, 2007)

Seguidamente también explica en su investigación

“La psicoterapia de apoyo, es útil y de ser necesario, se administrarán sedantes y antidepressivos. En los casos extensos y graves se recurre a tratamientos de rotación, con uso secuencial de rayos ultravioleta B (UVB), metotrexato, terapia con psoralenos en combinación con rayos ultravioleta A (PUVA), acitretina, y se retorna al primero”

Por lo tanto, podríamos decir que los tratamientos son diversos y según sea el caso, el paciente debe contar con una cuota de esfuerzo y tiempo e insume costos que transfiguran el estilo de vida, factores emocionales tales como su autoimagen y hasta depresión. También es importante el aporte de la familia como alude en su investigación“Se alienta al paciente y a su familia a adoptar una rutina regular de cuidado de la piel que pueda aplicarse incluso cuando la psoriasis no se encuentre en etapa de agudización.”(S.Ponce, 2012).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento aluden a una forma de manejar pensamientos, emociones y conductas frente a las circunstancias de la vida diaria. La finalidad según Cadena:

“es adaptativa, lo cual lo convierte en una herramienta necesaria para el proceso de supervivencia pues inicia con una situación estresante, seguido de un tipo de afrontamiento y finaliza con una respuesta adaptada de acuerdo a cada persona”,(Cadena, 2012).

De esta manera:

al cumplirse este proceso con resultados favorables donde la persona logró controlar una situación estresante, la respuesta adaptada será la misma frente a situaciones similares; en caso ocurra lo contrario se realizarán conductas desadaptativas, pero es la misma persona quien buscará otra herramienta o forma de afrontamiento para lograr el resultado esperado. A medida que los propios esfuerzos son valorados como conductas de mayor o menor éxito, se van modificando los recursos a utilizar para lograr la satisfacción de la persona” (Cadena, 2012)

Por lo tanto, afirma Cadena, “el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación, mientras que la persona tiene que aprender a ajustarse a la nueva situación”,(Cadena, 2012).

Andrade por su parte presenta las estrategias de afrontamiento como

“procesos concretos que se utilizan en cada contexto y puede ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Las estrategias están determinadas por los estilos de cada individuo, por lo tanto son dinámicas, (Andrade, 2014).

En tesis doctoral, (Mayordomo, 2013) plantea que existen variables psicológicas que influyen en el afrontamiento entre ellas cabe mencionar

a). **Personalidad resistente (*hardiness*)**: se ha demostrado que el compromiso, el control y el reto son elementos que actúan como escudos protectores ante los retos de la vida. El compromiso denota creer en la importancia y valor de uno mismo, el control es la tendencia a pensar y actuar con la convicción de que uno puede influir en sus acontecimientos y el reto implica asumir el cambio como parte inherente a la existencia humana.

b) **Sentido de coherencia:** es la disposición relativamente estable para percibir la realidad como comprensible y manejable. Es una disposición general de la persona ante la vida que dependiendo de las situaciones estresantes, optará por una estrategia de afrontamiento cuyas posibilidades de éxito son elevadas.

c) **Expectativa de autoeficacia:** se refiere a las creencias que una persona tiene acerca de su capacidad para llevar a cabo con éxito una determinada conducta con el fin de conseguir adaptarse a la situación que se encuentre.

d) **Optimismo:** se refiere a la tendencia de la persona a esperar resultados positivos y es el elemento clave para determinar el éxito o fracaso en el afrontamiento ante una situación estresante.

e) **Escala de valores:** los valores son metas deseables que sirven como guía para que la persona realice conductas y dirija su vida. Todos tenemos un sistema de valores y preferencias sobre lo que nos parece que merece la pena seguir en la vida, sobre lo que está bien o mal. Todos hacemos juicios de valor sobre la realidad. Nuestro valor está ordenado jerárquicamente de manera idiosincrática y aunque varían a lo largo de la vida, tendemos a mantenerlos como referente en situaciones muy diversas.

f) **Apoyo social:** es un constructo multidimensional formado de manera estructural y funcional. Es estructural porque se refiere a la red social disponible, los lazos directos e indirectos que una persona tiene con un grupo de individuos por parentesco y amistad. En relación a la función que cumple, puede brindar apoyo emocional, que incluye muestras de amor, simpatía, confianza y reafirmación; o apoyo informativo, que incluye recibir información, consejos, opiniones, etcétera. Es así que el entorno social brinda recursos que pueden ser muy útiles para afrontar las transiciones de la vida y ayudar en el logro del bienestar psicológico moderando el estrés

CAPITULO III

METODOLOGÍA REPRESENTATIVA PARA EL ABORDAJE

TIPO DE ESTUDIO

Para realizar el presente trabajo, se abordará la investigación desde el enfoque descriptivo exploratorio ya que buscará recoger y medir información de manera independiente sobre los conceptos o variables,(Hernández, 2014).

DISEÑO DE INVESTIGACION

Asimismo, el diseño de investigación es no experimental ya que el presente estudio se realizará sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, no variarán de manera intencional las variables para observar su efecto.

Simplemente, se observará el fenómeno tal como se presenta en su contexto natural para luego analizarla. A su vez, el diseño no experimental es de tipo transaccional descriptivo ya que se pretende recolectar los datos y la descripción de las variables en un momento dado sobre un tema aún poco conocido (Hernández, 2014)

POBLACION Y MUESTRA

No se encontraron evidencias de fuentes confiables acerca de la cantidad de personas que padecen Psoriasis en Reconquista Santa Fe. Sabemos que el total poblacional que circunda a la provincia es de 80.000 para lo cual la muestra será probabilística de carácter intencional ya que la elección de los participantes de ambos sexos(hombres y mujeres) entre 15 a 35 años deberán estar bajo tratamiento con diagnóstico de Psoriasis en el Hospital Clínica Adel y el Sanatorio Reconquista .

ESTIMACION MUESTRAL

Para definir el criterio muestral según (Supo, 2017) cuando se conoce el total de la población y deseamos conocer cuántos del total poblacional se analizara, donde precisamente la población es finita, deberemos utilizar la siguiente fórmula para adoptar el criterio acorde :(Bireme-OPS).

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de Confianza Deseado

P= proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Ecuación estadística para proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2}$$

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

N

El resultado nos mostrara del análisis del error que queremos aceptar el cual se estima del 10%, el nivel de confianza utilizado del 99% y tomando en consideración la población de 80.000 habitantes en Reconquista Santa Fe resulta finalmente el criterio muestral recomendado de 166 personas, siendo este el número mínimo a testear para obtener muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado.

INSTRUMENTO

El instrumento de medición que se utilizará será basado en la metodología de instrumentación de COPE-28. (Lazarus). El autor cita el modelo comprendido en las

siguientes escalas: “El Brief COPE consta de las siguientes sub-escalas: (se añade una breve descripción).

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.

2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.

3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.

5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.

6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.

8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.

9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.

10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.

11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.

13.Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

14.Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

15. (Lazarus)

El objetivo del trabajo se centrará basándonos en el modelo anteriormente expuesto y readaptando los factores, siendo excluyente para el análisis el factor 11 y el factor 12 que presenta el autor para abordar la temática.

A continuación, se presentará un modelo de Encuesta específico donde consta un total de 20 preguntas dirigidas específicamente al paciente con psoriasis y en donde se obtendrá información acerca de los factores incidentes en el rango de edad propuesto de 15 a 35 años de edad. (ANEXO I)

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos serán las que a continuación enumeraremos:

- ✓ Análisis Bibliográfico
- ✓ Encuesta basada en instrumentación de COPE-28. (Lazarus) readaptada.
- ✓ Observación in situ de los pacientes que asisten.
- ✓ Entrevistas no estructuradas en profundidad con médicos especialistas en el tema.
- ✓ Entrevistas no estructuradas en profundidad con psicólogos que estén acompañando en el proceso a pacientes con las características señaladas en la presente investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se llevará a cabo una vez obtenida la correspondiente aprobación del proyecto presentado

En relación a los pacientes que se solicitará la participación se testificará que comprendan claramente que su involucramiento en este estudio es voluntaria.

El consentimiento de no divulgación de información será informado a los participantes y será un elemento de vital importancia del cual quedará registro en la investigación.

La confidencialidad del material y de cualquier dato que pueda hacer reconocible al paciente se protegerá, por lo cual serán tratados y resguardados de acuerdo a la normativa vigente en nuestro país para la investigación con seres humanos CM 515/08 Y 414/09 del Poder Ejecutivo(Ley, 2009)

Asimismo se actuará conforme al reglamento del tribunal de ética y disciplina del colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba basándonos en el código de asamblea extraordinaria (CP, 2016) .

Del reglamento se desprende los principios:

- 1- Respeto a la dignidad de las personas y pueblos
- 2- Cuidado competente
- 3- Integridad
- 4- Responsabilidades profesionales y científicas
- 5- Responsabilidad Social.

Los principios responden resguardar el bienestar y derechos de las personas y en general a quienes participen en investigaciones.

PROPUESTA DE AVANCE

ACTIVIDADES	MESES 2017-2018												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Estudio Bibliográfico del tema- Entrevistas con Especialistas													
Elaboración y entrega de encuestas													
Recolección y Análisis de Encuestas													
Análisis estadístico en profundidad													
Selección de la información pertinente para el análisis													
Análisis de la información y entrevistas con especialistas terapéuticos.													
Establecer relación con bases teóricas													
Elaboración del proyecto preliminar													
Mejoras													
Conclusiones													
Revisión y corrección													
Presentación del proyecto final y validación													

Referencias:

Mes 1: Noviembre Mes 2- diciembre

Mes 3 enero Mes 4 febrero

Mes 5 marzo Mes 6 abril

Mes 7 mayo.

Anexo I – Sección I – Identificación de Grupo -Forma de Actuar frente

Modelo de Encuesta para relevamiento de Información

Fecha: ___/___/___

País	1	Argentina	Grupo	1	Adultos
				2	Estudiantes

A continuación, se enumeran una serie de preguntas destinadas a conocer su opinión sobre diversas formas en que usted lleva adelante la problemática.

Por favor lea las instrucciones para su posterior respuesta y conteste la alternativa que mejor se acerca a la realidad vivenciada.

Le aclaramos que sus respuestas son **de USO CONFIDENCIAL** y estarán relevadas en conjunto a otras respuestas de muchos participantes en su misma condición.

Señale en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de sentir o de actuar frente a su situación.

Tomando en cuenta que:

1 = Casi nunca hago esto

2 = A veces lo hago

3 = Usualmente hago esto

4 = Lo hago con mucha frecuencia

Encierre en un círculo la alternativa que más se sienta identificado a su manera de pensar.

	Casi nunca lo hago	A veces lo hago	Usualmente hago esto	Lo hago con mucha Frecuencia
001- Realizo Actividades para distraerme de mi problema y quitar preocupaciones	1	2	3	4
002- Cual ha sido el nivel de preocupación al sentir su piel enferma.	1	2	3	4
003- Ideo una forma sobre cómo debo hacer cuando quiero realizar una actividad en particular	1	2	3	4
004- Me contacto con personas para saber si sienten lo mismo que yo.	1	2	3	4
005- Me contacto con personas para saber que hicieron para salir adelante	1	2	3	4
006- En que grado ha influenciado su enfermedad en la realización de actividades.	1	2	3	4
007 –Hablo con mis amigos de cómo me siento.				
008- Hablo con mi familia de cómo me siento.				
009- Busco el lado positivo ante mi situación				
010 Asisto a un grupo de autoayuda				
011- Me niego a creer lo que me sucede				
012- Dejo de buscar hablar con alguien de lo que me ocurre.				
013- Me dedico a trabajar a realizar cualquier actividad que me distraiga.				
014- Me irrito, me molesto y mis emociones de enojo afloran.				
015- Consulto a un especialista				
016- Hago paso a paso en lo que me indican.				
017- Cual es el grado de preocupación por su enfermedad.				
018- En que grado el modo de verse ha afectado en la relación con sus amigos.				

019- En que grado sintió que su enfermedad ha creado problemas con su pareja.				
---	--	--	--	--

Sección II: identificación Nivel Educativo – Ocupación

Por favor conteste estas preguntas sólo es con fines de clasificación de las respuestas. Encierre en un círculo la respuesta que lo representa.

Sexo

1 Mujer

2 Hombre

Edad: (encierre con un círculo la opción de rango de edad que mejor se adapte)

a 20	a 25	a 30	a 35
------	------	------	------

¿Cuál es su nivel de educación? Por favor encierre en un círculo la alternativa que corresponde al último curso que usted ha aprobado.

3 Básica incompleta

4 Básica completa

5 Media incompleta (incluye media técnica)

6 Media completa (técnica incompleta)

7 Universitaria incompleta, Técnica completa

8 Universitaria completa

¿Cuál es su ocupación? Por favor describa con detalle

Bibliografía

- Andrade, A. (2014). *Los mecanismos de afrontamiento en hombres y mujeres con depresión en el Hospital De Quito*. Quito: Universidad Central del Ecuador, Ecuador .
- Bireme-OPS. (s.f.). *Biblioteca virtual de salud*. Obtenido de <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
- Cadena, S. (2012). *Estilos de afrontamiento*. Quito Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
- Cedeño, I. (2007). Psoriasis Current Concepts. *Revista Medica Científica Hospital San Fernando Panama* , 7-39.
- Chiozza. (2008). Afectos y Afecciones- Los efectos ocultos en la enfermedad del cuerpo . En Chiozza, *Obras completas enfermedades del cuerpo* (págs. 389-355). Buenos Aires : Zorzal.
- Chouela, E. (2012). Epidemiología y genética de la psoriasis. *Centro de Investigaciones Dermatológica Facultad de Medicina, Buenos Aires* , 237-240.
- Cortés; Castro Ayarza; Fierro; Ojeda,. (2010). Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital. *Dermatología Rev Mex* 54(3):125-132 , <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2010/rmd103d.pdf>.
- CP. (2016). Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. (pág. 27). Córdoba: Colegio De Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Dermatología, C. N. (10 de Marzo de 2010). *Consenso Nacional de Psoriasis*. Recuperado el 15 de 04 de 2017, de <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/psoriasis2010.pdf>
- DI-COLLOREDO GÓMEZ, APARICIO CRUZ. (2007). DESCRIPCIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO. *UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, D. C.* , <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.

Freud, S. (1986). Obras Completas. En *Obras completas - Primeras publicaciones psicoanalíticas* (págs. 371-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fujiki Pereyra, V. H. (Octubre de 2016). Estilos de afrontamiento en Adultos que padecen de psoriasis en Lima Metropolitana. Lima, Perú: Universidad de Lima - escuela de humanidades-Carrera de Psicología.

Hernández, S. F. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico DF: Mc Graw-Hill.

Lepori. (2005). *Psoriasis Y otras Dermatosis frecuentes*. Buenos Aires: Miniatlas.

Ley, D. C. (2009). Ley de Habeas Data CM 515. Argentina.

Mayordomo, T. (2013). *Afrontamiento, Resistencia y Bienestar a lo largo del ciclo vital*. Valencia: Universidad Valencia.

OMS. (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra : WHO Media Centre.

Posay, L. R. (2 de 09 de 2017). Obtenido de Laboratoire Dermatologique : <http://www.laroche-posay.com/article/peaux-seches/a411.aspx>

S.Ponce, M. (2012). Características Epidemiológicas de pacientes con Psoriasis. *Dermatol* , 3-50.

Sampiere. (2003). *Metodologia de Investigación*. Mexico: Graw Hill.

Sanchez Saldaña, M. S. (2009). *Superficial Fungal Infectios*. Lima: Dermatologia Peruana.

Supo, J. (10 de 9 de 2017). Obtenido de <http://bioestadistico.com/muestreo-aleatorio-estratificado-con-afijacion-proporcional>

Vazquez valverde, C. Crespo Lopez, M y Ring, J.M. (s.f.). *ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*. Obtenido de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>

Vieytes, R. (2008). *Metodología de la Investigación en organizaciones, mercado y sociedad- Epistemología y Técnica*. Buenos Aires: Ciencias.
