

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad De Humanidades y Educación

Escuela de Psicología



Rasgos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de Piel Dr. Huberto

Bogaert (IDCP) en el periodo abril – julio 2019.

Trabajo de grado presentado por:

Laura Carolina Rodríguez Martínez 11-1348

Kenia Marlene Rivera Sánchez 14-1775

Para optar por el título de licenciado(a) en psicología clínica

Asesorado por:

Lic. Damaris Vicente

Santo Domingo, República Dominicana

Agosto, 2019

Índice

	Pág.
DEDICATORIAS	7
AGRADECIMIENTOS	9
RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I – MARCO INTRODUCTORIO	
1.1. Antecedentes.....	17
1.2. Descripción del problema.....	19
1.3. Preguntas de investigación	21
1.4. Objetivos.....	21
1.4.1. Objetivo general.....	21
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
1.5. Justificación.....	21
1.5.1 Justificación personal.....	22
1.5.2 Justificación desde la psicología clínica.....	22
1.5.3 Justificación científica	23
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco conceptual.....	25
2.2.Marco histórico	26
2.3.Marco teórico	27
2.4.Rasgos de personalidad	28

2.4.1. Antecedentes históricos de los rasgos de personalidad	29
2.4.2. Etiología de los rasgos de personalidad	30
2.4.3. Clasificación de los rasgos de personalidad	31
2.4.4. Rasgos saludables y rasgos patológicos.....	31
2.4.5 Factores que influyen en los rasgos de personalidad.....	32
2.5. Respuestas de afrontamiento	32
2.5.1. Antecedentes históricos de las respuestas de afrontamiento.....	33
2.5.2. Tipos de respuestas de afrontamiento.....	34
2.5.3. Factores psicológicos que influyen en las respuestas de afrontamiento.....	35
2.5.4. Estilos y estrategias de afrontamiento.....	36
2.6. Enfermedad.....	37
2.6.1. Factores que influyen en la enfermedad.....	37
2.6.2. Diferencia entre síntomas y trastornos.....	38
2.7. Enfermedades psicosomáticas.....	39
2.8. Dermatitis y psicodermatitis.....	39
2.8.1. Antecedentes históricos de las dermatitis y psicodermatitis	40
2.8.2. Etiología de las dermatitis y psicodermatitis	41
2.8.3. Clasificación de las psicodermatitis.....	42
2.8.4. Alteraciones inmunológicas.....	46
2.8.5. Factores psicológicos que influyen en las dermatitis.....	47
2.8.6. Diagnóstico.....	47

2.9. Dermatitis en la República Dominicana.....	48
2.10 Intervención psicoterapéutica y psicoeducativa.....	48
2.11. Marco contextual.....	49
2.12. Idea a defender.....	50
2.13. Operacionalización de variables.....	51

CAPÍTULO III – DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	53
3.2. Metodología.....	53
3.3. Alcances y limitaciones.....	53
3.4. Técnicas de recolección de datos.....	54
3.5. Descripción de los instrumentos.....	54
3.6. Propiedades de los instrumentos.....	54
3.6.1. Propiedades de la prueba MMPI-2.....	54
3.6.2. Propiedades psicométricas de la prueba MMPI-2.....	55
3.6.3. Propiedades de la prueba CRI-A.....	55
3.6.4 Propiedades psicométricas de la prueba CRI-A	56
3.7. Validación de los instrumentos.....	57
3.8. Procedimientos.....	57
3.9. Universo y muestra.....	57
3.9.1. Criterios de inclusión.....	58
3.9.2. Criterios de exclusión.....	58

3.10. Plan de análisis de los datos.....	58
--	----

CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación cuantitativa y cualitativa de los resultados.....	59
---	----

4.2. Análisis de los resultados.....	66
--------------------------------------	----

CONCLUSIONES.....	74
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	75
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
---------------------------------	----

ANEXOS.....	84
-------------	----

Rasgos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP) en el periodo abril – julio 2019.

Dedicatorias

En honor a mis padres que han estudiado junto conmigo y por ser guía para mí en este camino. A mi hermana por apoyarme y hacerme compañía esos días de traspasnoche. A mis abuelos por siempre estar atentos a lo que pudiera necesitar, por darme siempre el visto bueno. A mi compañera Kenia por su dedicación en hacer un buen trabajo. Dedico este estudio a la investigación y al desarrollo psicología en República Dominicana.

Laura Rodríguez.

Dedicatorias

A mi Madre, todo por hacerte sentir orgullosa y confiada en que saldré siempre adelante, gracias por enfocarte en mi bienestar, no está en mis planes fallarte.

A mi padre, se lo orgulloso que te hace sentir esto, gracias por creer en mí siempre, por cambiar las palabras negativas en positivas para poder hacer esto posible.

A mis demás familiares, la unión familiar es una virtud dentro de un hogar y puedo decir que lo tengo, siempre enfocados en que las nuevas generaciones sigamos adelante y lleguemos lejos, siempre por el camino correcto, orgullosa me siento de poder llevarles evidencia de que si se puede y que están haciendo un buen trabajo.

A Laura Rodríguez, los planes de Dios son tan perfectos que nos separó un tiempo y nos juntó nuevamente para que no nos separáramos y que dicha que seamos compañeras, pude haber trabajado con otra persona, pero jamás hubiéramos aprendido tanto y tenido historias para reírnos y contar en el futuro, aprendí muchas cosas de ti.

Kenia Rivera.

Agradecimientos

A Dios, que siempre ha estado en mi camino.

Agradezco de manera especial a mis padres por fomentar en mí la educación, el respeto y la responsabilidad. Gracias a su gran labor he culminado mi carrera, sintiéndome llena de logros y con un buen camino que continuar, en el que sé con certeza que ustedes estarán ahí, viéndome crecer y desarrollarme.

A mi hermana por acompañarme los días en vela, por animarme y entenderme.

A mis abuelos y tía por siempre mostrarme lo orgullosos que están de mí, por darme su cariño.

A mi compañera Kenia Rivera por todo lo vivido juntas, los retos superados, por nuestra amistad, el trabajo en equipo y por el apoyo que mutuamente siempre nos dimos.

A mis compañeras de la universidad por las buenas amistades hechas.

A Damaris Vicente por su calidez, comprensión y dedicación al asesorarnos.

A Ivonne Guzmán por siempre estar dispuesta a colaborar en nuestra tesis, por sus buenas enseñanzas durante las clases, por retornos a aprender más.

A la UNPHU por ser parte de mi formación profesional, por permitirme estar un paso más cerca de mis metas y ser plataforma de crecimiento.

Al departamento de psicología por guiarnos y enseñarnos, por su dedicación en formar buenos profesionales, mis logros son sus logros. Pat Olga y Adrian De Oleo gracias.

Laura Rodríguez

Agradecimientos

A Dios por permitir cumplir una de las metas más importantes en mi vida, las gracias al todo poderoso por trabajar en silencio para y por mí, gracias porque estuviste en cada tropiezo y amortiguaste las caídas.

A mi mamá, Altagracia Sánchez, por apoyarme, crear y hacer hasta lo imposible y lo inexistente por mí, gracias por creer siempre en mí y alentarme a ser mejor aún en los momentos en los que nuestros puntos de vista sean diferentes, gracias por ayudarme a seguir creciendo como ser humano, agradecida con Dios toda la vida por la madre que me dio.

A mi papá, Luis Rivera, quien celebra este nuevo paso conmigo, me llena de orgullo ser tu hija, no sabes cuánto aprendo de ti cada día, eres un ejemplo de constancia y dedicación, aunque no te vea todos los días sé que siempre me acompañas en cada paso que doy, te amo infinitamente.

A mi tía Aurora Sánchez, Loli, gracias por estar desde los inicios, este logro es tuyo también, gracias por ser como una madre para mí aun en la distancia, gracias por acompañarme en los momentos más importantes de mi vida te adoro.

A mi tía Ana Jerez, tía tu fe ha sido única, constante e incansable, gracias por siempre incluirme en tus oraciones y alentarme a creer y tener fe, un deseo más cumplido por nuestro divino niño.

A mi tía Dionis, gracias tía por siempre estar, por celebrar los buenos logros y por siempre ser tan atenta y preocupada con todo tema referente a mí, te quiero.

A Rosa Calderón, lo logre, fuiste una de las personas que vivió paso a paso este proceso y me apoyo siempre de manera incondicional, no tengo como pagarte tanto apoyo sincero de tu parte y sé que lo haces porque me quieres, espero que estés presente siempre te quiero.

A Karla Benjamín, ¡¡gracias por escucharme siempre que lo necesite, por hacerme los favores!! Gracias por ser mi amiga.

A Rosmery Lebrón, Cristal Feliz, Laura Rodríguez, Sofía Delgado por ser verdaderas amigas y acompañarme en esta aventura que se llama universidad.

A Danielle Vásquez, amiga escribirte significa mucho para mí, gracias por ser parte mi vida, agradecida con Dios por tenerte, espero sea para toda la vida, lloro de felicidad porque cada una conoce el corazón de la otra y sabemos que esta meta que terminaremos de manera simultánea es importante para las dos, gracias por siempre estar, gracias por ser, te adoro.

A Gloria Ramírez y Patricia Rijo, amigas las llevo en mi alma, una de las cosas que más le agradezco a la vida fue encontrarlas, gracias descubrir cosas en mí que ni yo conocía, las amo.

A Gustavo Biaggi donde quiera que estés gran parte de la nueva persona que soy hace unos años te lo debo a ti, gracias por permitirme decirle si a la transformación para ser un ser humano que aporta algo bueno al mundo, te llevo en mi corazón.

A mis compañeras de la Universidad, team Cuasi psicólogas, a pesar de nuestras diferencias no dejamos de vivir día a día, paso a paso juntas.

A Helen Fernández, gracias por ser luz en mi vida, por aportar tanto a mi vida y a la vida de mucha gente, eres única e irreplicable, gracias por creer y confiar en nuestra capacidad y en que seremos más grandes que nuestros propios sueños.

A mis profesoras favoritas Pat Galán, Ivonne Guzmán, Liliana Díaz, Eufrosia Torres, Hilda Aquino, por aportar algo diferente a la enseñanza, por confiar en nosotros los estudiantes, por querer que seamos mejor cada día.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por brindarme los mejores y peores 4 años de mi vida, por los amigos que se quedaron en el camino, los que avanzaron en él y los que terminan conmigo.

A mi asesora Damaris Vicente, gracias por querer explotar lo mejor de nosotras para cerrar este ciclo de la mejor forma posible, por estar siempre dispuesta y atenta, me hubiese gustado conocerla antes, la llevo en mi corazón y admiro su poder de enseñanza, eternamente agradecida con usted.

A Jesús Peña, gracias por siempre ser claro y dedicar el tiempo que nos merecemos aun estando muy ocupado.

A José María Suriel por su apoyo en poco tiempo y su trabajo excepcional, muchos ser humanos deberían ser como usted, eternamente agradecida.

Kenia Rivera

Resumen

Esta investigación tiene como propósito inicial conocer los rasgos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz en el periodo abril – julio 2019. Se realizó una investigación descriptiva con el fin de obtener información específica de los rasgos de personalidad que predominan en la población seleccionada, las respuestas de afrontamiento que utilizan y la relación entre estas dos variables. Para la misma se evaluaron 22 pacientes y se utilizó el inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2), el inventario de Respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A) y el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados muestran los rasgos de personalidad que predominan en los pacientes con dermatosis, las respuestas que utilizan y la relación que existe entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento de cada individuo. Un alto porcentaje presenta habilidades de repuestas de afrontamiento, como la búsqueda de guía y soporte y la reevaluación positiva. Con la ayuda de los resultados obtenidos en el coeficiente de correlación de Pearson se propone en conjunto con un abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo fortalecer, disminuir o eliminar las respuestas de afrontamiento conforme o no a los rasgos de personalidad del paciente, para así promover a un mejor curso del manejo de las emociones, cogniciones y el comportamiento.

Palabras claves: Personalidad, rasgos, afrontamiento, dermatosis, psicossomático, enfermedad.

Introducción

Los rasgos de personalidad se describen como el conjunto de características específicas de la manera en que tienden a comportarse los individuos. Según Bruafu (2010) existe una relación entre la personalidad y las respuestas ante situaciones estresantes, ciertos rasgos muestran mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades dermatológicas.

El afrontamiento se refiere a aquellas respuestas que da la persona ante cualesquiera eventos de la vida, las cuales pueden ser o no vistas como perjudiciales. Las estrategias de afrontamiento se diferencian de los mecanismos de defensa en que estos son respuestas que se manifiestan de forma automática e inconsciente, mientras que las estrategias de afrontamiento están dirigidas al dominio del entorno o situación, se manejan de forma consciente utilizando esquemas mentales para crear respuestas.

Según estudios de Eysenck existe relación entre el afrontamiento y los rasgos de personalidad, se hace referencia a que rasgos específicos de la personalidad juegan un papel predictor al utilizar el afrontamiento de forma eficaz o no, sin embargo, los estudios de la relación de ambas no han sido tan profundos. Es por esta razón que se pretende estudiar si existe relación entre los rasgos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento en los adultos con dermatosis, y observar cómo intervienen los aspectos psicológicos en el curso de la enfermedad (Krzemien, 2007).

La piel es el órgano protector del ambiente y a su vez refleja estados emocionales, proporciona una barrera ante agentes invasores del medio y protege ante daños de la luz, del frío o calor. La piel reacciona ante factores climáticos o ambientales, agentes físicos, químicos, biológicos, alimentarios y psicológicos, es por esto que lograr un equilibrio es importante para mantener la barrera del cuerpo sana y evitar el desarrollo de trastornos cutáneos.

Las enfermedades de la piel o dermatosis se describen como una lesión o anomalía en la piel que puede afectar a todas las personas. Debido a su característica de ser un órgano externo, se encuentra visible o expuesto, lo que causa una importancia estética para algunos pacientes. En su mayoría las dermatosis se caracterizan por picor, vesículas, áreas blanquecinas o rojas, inflamación, lesiones escamosas y que pueden empeorar según situaciones estresantes, climáticas o autolesiones.

Situaciones estresantes pueden promover al desarrollo de afectaciones en la piel disminuyendo su capacidad protectora. Se le llaman enfermedades psicocutáneas a aquellas afectaciones en la piel provocadas por enfermedades de la psique que se pueden desencadenar por estrés o desordenes de orden psiquiátrico. Es por esto que se habla de psicodermatología o psicodermatosis, la cual se encarga de estudiar el conjunto de las alteraciones psiquiátricas y la dermatología, es decir, estudia las patologías de la piel que son causa de la interacción de la mente y la piel.

Los trastornos que corresponden al área de la psicodermatología se ordenan en “trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios, trastornos psiquiátricos secundarios y trastornos sensoriales cutáneos” (Serón & Calderón, 2015).

Las patologías cutáneas no solo afectan el sistema inmune, sino que influye en la vida diaria del paciente, sus relaciones interpersonales o familiares, les produce mayor sentimiento del estrés, depresión, ansiedad y afecta su calidad de vida.

Según la Dirección de Análisis de situación de salud (2015) se registró en República Dominicana que un 0.47% de la población dominicana padecía enfermedades de la piel. El director del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de la piel, doctor Huberto Bogaert Díaz alegó que en 2017 reciben alrededor de 600 mil visitas de pacientes con diferentes enfermedades de la piel anualmente.

Este estudio inicia con la descripción del problema en el cual se describe la situación y se presenta evidencia científica del mismo; se presentan las preguntas que buscan responder la investigación, el objetivo general y los específicos; la justificación, así como los alcances y limitaciones de realizar el estudio.

En el marco teórico se presentan los antecedentes relacionados al tema a investigar tanto a nivel nacional como internacional. Se explican y desarrollan los conceptos de salud y enfermedad, enfermedades psicosomáticas, rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento.

Se detallan también los factores que influyen en la enfermedad y la importante diferencia entre síntomas y trastornos. Tanto los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento se encuentran sus antecedentes históricos su etiología, además de la descripción de dermatosis y psicodermatosis.

En el diseño metodológico se detalla el tipo de investigación realizada, la metodología y las técnicas para recolectar los datos, en esta parte aparece la descripción, validación y propiedades de las pruebas utilizadas y como fue el procedimiento empleado, cual fue el universo y la muestra estudiada, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Finalmente se presenta el plan de análisis de datos, el cronograma con las actividades llevadas a cabo, el análisis de los resultados cuantitativa y cualitativamente. Atendiendo al objetivo general de la investigación, se concluye que, la escala de hipocondriasis, características masculinas y femeninas, hipomanía y la escala de introversión- extroversión son los rasgos de personalidad que predominaron en pacientes adultos con dermatosis.

CAPÍTULO I – MARCO INTRODUCCTORIO

1.1 Antecedentes

La personalidad de un individuo influye directamente ante las situaciones de estrés, de ésta depende la actitud que se toma frente a las situaciones, influyen también aspectos del temperamento y caracteriales. Plutchik en 1980, como se cita en (Polaino, Cabanyes, & Del Pozo, 2003), describe un modelo de afrontamiento donde mezcla los mecanismos de defensa y el afrontamiento y los relaciona con las emociones de las personas. El autor parte de ocho emociones básicas para señalar las estrategias de afrontamiento y los mecanismos de defensa. Algunas de estas son: el miedo, la sorpresa, la cólera, expectación, y expresa que todas éstas se manifiestan de diferentes formas para afrontar situaciones usando diferentes mecanismos de defensa.

Desde una visión de la psicología de los rasgos, se destaca Eysenck, al relacionar los estilos de afrontamiento y los rasgos de personalidad por su similitud en cuanto sus funciones. Así mismo, otros autores han descrito la relación entre el nivel de amenaza y las distintas formas de afrontamiento que utilizan las personas.

El estudio de la personalidad se ha caracterizado por la búsqueda de explicaciones sobre las diferencias particulares y la relativa rigidez en la forma de actuar de las personas, lo que ha implicado incontables indagaciones desde diferentes posiciones psicológicas, producto de las cuales han surgido conceptos, constructos, y novedosas cuestiones que amplían su rango de estudio, de esta forma el abordaje de la personalidad y su relación con la conducta sigue siendo un campo de interés (Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2009).

Raymond Cattell, desarrolló el llamado método multivariado, el cual describe un modelo original y complejo de la personalidad, sostuvo que la estructura de la personalidad es dimensional, y que las entidades de rasgos y sus relaciones son cuantitativas.

De esta forma, por medio del análisis factorial redujo matemáticamente un enorme número de correlaciones que podían constituir ciertos patrones de respuesta conductuales (Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2009).

Vaillant en 1977, como se cita en (Polaino, Cabanyes, & Del Pozo, 2003), refiere cuatro diferentes mecanismos que se utilizan frente a situaciones agobiantes para los individuos, éste los enfoca hacia la negación, tipo inmaduro, neurótico y maduro. Vaillant, estipula que los mecanismos de defensa podrían ser de utilidad ante un diagnóstico, ya que evaluando las defensas del individuo se tendría una idea del funcionamiento de esa persona y distinguir los síntomas, además, sugiere que el entender sus mecanismos de defensa ayuda con el tratamiento ya que éstas muestran los estereotipos de la conducta de las personas ante situaciones estresantes (Díaz, 2016).

Las situaciones estresantes son de gran importancia al estudiar la piel y la dermatología, un 15% de las consultas médicas están relacionadas con dificultades en la piel (Bonet, 2016).

Las dermatosis pueden ser desencadenadas por alteraciones emocionales o procesos de desajuste psicológico, es por esto que autores consideran que existe una relación entre psique y soma y alegan que una vida psíquica saludable ayuda a desarrollar menos enfermedades o colaborar con un buen pronóstico de enfermedades (Rumbo & Castellano, 2017).

Las personas con alteraciones visibles en la dermis usualmente se muestran cohibidas por la reacción de las personas y el rechazo que le puedan mostrar, así mismo, la idea que tiene el sujeto de sí mismo sobre el efecto que causa en su medio social. La mayoría de los pacientes con enfermedades cutáneas visibles suelen deprimirse o aislarse. Anteriormente se sostenía que los trastornos cutáneos tenían su origen en los rasgos neuróticos, en el estrés o alteraciones de la personalidad (Marks & Motley, 2012).

1.2 Descripción del problema

La personalidad se refiere a características dinámicas del individuo que forman un conjunto de sentimientos, emociones y pensamientos ligados a la conducta en un largo lapso de tiempo frente a situaciones diversas, dando libertad y exclusividad al sujeto, marcando una personalidad y por ende distinguirlo del resto (Torres, y otros, 2018).

Se define como afrontamiento a las estrategias conductuales y cognitivas para conseguir una evolución y un ajuste efectivo en este caso un ajuste y adaptación a la enfermedad dermatológica existente en cada paciente; las respuestas que el individuo utiliza para solucionar situaciones estresantes y reducir la tensión que le provocan, no siempre suelen ser las más adecuadas para los sujetos (Fiegueroa, Contini, Lacunza, Levín, & Estévez, 2005).

Varios factores influyen en el desarrollo de enfermedades dermatológicas, el estrés y la depresión entre los más comunes, sin embargo, la diferencia entre los individuos que presentan estos estados y los que no, radica en la construcción adaptativa y funcional de la respuesta psicológica a través del desarrollo de mecanismos de afrontamiento (González & Ato-Gil, 2019).

La realidad empírica pone de manifiesto que el empleo de las respuestas de afrontamiento contribuye a disminuir los efectos negativos como los del estrés, baja autoestima, depresión y ansiedad, que producen las nuevas demandas con las que se enfrentan los pacientes con dermatosis, estas demandas pretenden que el individuo emplee respuestas de afrontamiento y comportamientos que provienen del propio proceso de evolución, desarrollo y del contexto social en el que se desenvuelvan (Uribe, Ramos, Villamil, & Palacio, 2018).

Las respuestas de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y puede ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Las estrategias que se asumen están determinadas por los estilos de cada individuo, por lo tanto, son dinámicas (Fonseca, Salcedo, & Rocha, 2017). La forma en la que se percibe una enfermedad influye en las valoraciones que hacen las personas ante su diagnóstico, y estas incluyen el curso del tratamiento, los síntomas que perciben y la relación que tengan con los profesionales.

Se considera una dermatosis cuando existe una afección en la piel, se manifiestan de diferentes formas, prurito, inflamación en la piel, descamación, eritemas, liquenificación, lesiones, entre otros. Además de afectar de cierta forma la vida del paciente, afecta también a la familia (Noguera, 2009).

Las psicodermatosis son aquellas afecciones de la piel que en el inicio o avance, están siendo provocados por factores psicológicos, las más comunes son el vitíligo, la dermatitis atópica y la alopecia areata. El vitíligo y la alopecia areata son afectaciones que aún no se ha concretado su causa de inicio. Sin embargo, éstas cumplen con las características para ser consideradas desencadenadas o agudizadas por factores psicológicos. Hoy en día, se piensa que estos trastornos surgen de un mecanismo autoinmune, posiblemente producido por factores psicológicos (Méndez, Huerta, Bellanti, Ovilla, & Escobar, 2008).

Es importante mencionar el papel de la familia en la formación de la personalidad y los esquemas mentales que forman los estilos individuales de afrontamiento de las personas. La familia es considerada para muchos como una red de apoyo que brinda soporte, compromiso y bienestar en el recorrido de la vida. Un estudio realizado en 1960 por Dingle, muestra el papel de la familia en la salud y en la enfermedad, y observaron una incidencia mayor a la susceptibilidad en la enfermedad en las familias desordenadas o fragmentadas (Louro, 2003).

1.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad que predominan en pacientes con dermatosis?
- ¿Cuáles respuestas de afrontamiento utilizan los pacientes con dermatosis?
- ¿Existe una relación entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en los pacientes con dermatosis?
- ¿Cómo se relaciona la familia con los pacientes con dermatosis?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP).

1.4.2. Objetivos específicos

- Enumerar los rasgos de personalidad que predominan en pacientes con dermatosis.
- Identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan los pacientes con dermatosis
- Determinar si existe una relación entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en los pacientes con dermatosis.
- Analizar la relación de las familias con los pacientes con dermatosis.

1.5 Justificación

Este estudio tiene la finalidad de establecer las diferencias que puedan existir entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento asumidas por los pacientes con dermatosis ya que una afectación en la piel como parte visible del cuerpo, ejerce un rol importante sobre el estado emocional y psicológico al mantenerse involucrado de forma dinámica en los procesos de socialización de los individuos.

Algunos casos clínicos del área cutánea muestran un evidente involucramiento psíquico, que en ocasiones es el único origen, y que se clasifican como psicodermatosis. Ciertos clínicos manejan angustia ante los diagnósticos y esto se debe al poco conocimiento referente al contenido, o a la carencia de pautas concretas a realizar con el paciente. Se considera que este estudio es inédito ya que no se ha encontrado otras investigaciones donde relacionen los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en pacientes con dermatosis que residan en Santo Domingo, República Dominicana.

1.5.1 Justificación personal

Se ha observado durante un periodo cómo los pacientes de dermatología han asistido al Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert, y hemos percibido angustia, algunos desanimados o con estados de ánimo depresivo, pero también se puede ver a otros de forma optimista antes su diagnóstico. Por tanto, este tema de estudio ha sido de interés para poder recolectar datos directamente de los pacientes y poder establecer los rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento de los pacientes ante su enfermedad.

Se compartirá de manera pública a quien pueda interesar, los datos concluyentes para colaborar con la profundización de esta investigación, y permitirles a los pacientes con dermatosis informarse correctamente para promover un nivel de vida más armónico y por tanto mejor aceptación en cuanto a la enfermedad.

1.5.2 Justificación desde la psicología clínica

Las respuestas de afrontamiento forman parte de este estudio ya que, según autores, se relacionan con la evaluación cognitiva de la situación y participa como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (Márquez, 2006).

Desde una perspectiva psicológica, este estudio puede brindar su aporte a otras investigaciones de pacientes con dermatosis, demostrará como enfermedades de la piel pueden afectar el estado de ánimo, el nivel de funcionalidad, la vida cotidiana y como están siendo afrontadas.

Las enfermedades de la piel han sido tradicionalmente asociadas a factores psicológicos en su desencadenamiento, desarrollo y mantenimiento (Brufau, y otros, 2010).

Por otro lado, la interacción entre lo que es mentalmente saludable y el malestar dermatológico está notoriamente establecido, tanto a partir del panorama clínico como del científico y es por esto que existen determinadas dermatosis que pueden ser inducidas o agravadas por factores psíquicos y se denominan dermatosis psicósomáticas (Cubillo, 2016).

1.5.3 Justificación científica

Según Cattell en su teoría de los rasgos, los define como un constructo que describe las dimensiones básicas de la personalidad, el enfoque principal de los rasgos es poner énfasis en las diferencias individuales que se mantienen estables en los individuos a través del tiempo según las situaciones que les sucedan. Cattell nombra 5 factores o rasgos de personalidad: extroversión, afabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y cultura.

En el modelo bifactorial de Cattell y Eysenck explican sobre de la relación entre las respuestas de afrontamiento y los rasgos de personalidad en donde se pondera la capacidad del individuo para emitir respuestas de manera rápida ante la aparición de estímulos determinados a partir del temperamento de un sujeto. Estos autores señalan que, al escoger una respuesta de afrontamiento ante una situación determinada se hace mediante las preferencias de los individuos y estas pueden proceder tanto de los rasgos de personalidad como del grupo de estrategias que pertenecen a un estilo de afrontamiento que le ha resultado útil en otras ocasiones.

Es por esto que las capacidades de afrontamiento pueden ser directamente marcadas ante distintos estresores. Dicho esto, se asume que el afrontamiento es un factor mediador de eventos estresantes, así como también puede generar síntomas de enfermedad y la perturbación emocional (Macías, Orozco, Amarís, & Zambrano, 2013).

Según Salazar (2017) problemas estresantes en áreas sociales, familiares y del medio ambiente tienden a agravar a estos pacientes que, en su mayoría muestran dificultades psicológicas a largo plazo como trastornos del estado de ánimo los cuales influyen directamente en su calidad de vida.

Sin embargo, algunos recursos internos como los valores, creencias y pensamientos; y recursos externos como el apoyo social y material pueden influir de forma favorable o no en el efecto ante una situación estresante (Uriarte, 2005).

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

Partiendo de la problemática a investigar, teniendo como objetivo identificar los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis, se presentará breves definiciones conceptuales:

Rasgos: son entidades adaptadas individualizadas, únicas para cada persona (Cloninger, 2002).

Personalidad: es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente (Cloninger, 2002).

Afrontamiento: es un proceso de esfuerzos cognitivos y conductuales en permanente cambio para manejar demandas específicas o conflictos externos y/o internos que se perciben como un desafío o que subjetivamente superan nuestros recursos (Weinberg & Gould, 2007).

Dermatosis: se definen como una reacción cutánea, es causada por múltiples factores, en su curso pueden verse, úlceras, ampollas, lesiones, inflamación, entre otras (Peña, 2007).

Psicodermatosis: son afectaciones de la piel que, en su inicio o evolución, se ven exacerbadas por factores psicológicos (Méndez, Huerta, Bellanti, Ovilla, & Escobar, 2008).

Factores psicológicos: son agentes de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades tanto físicas como mentales (Seijas & Feuchtmann, 1997).

2.2. Marco histórico

Estudios científicos relacionan el uso de las respuestas de afrontamiento con las características de la psique de las personas, se hace mención a que el fomento de una personalidad estable conlleva un estilo de afrontamiento determinado (Krzemien, 2007). Los procesos cognitivos-conductuales pueden explicar la vulnerabilidad de las personas ante las crisis o daños psicológicos partiendo de como aplican sus respuestas de afrontamiento.

Según Terry en 1994, citado por (Krzemien, 2007), afirma que la manera en que las personas puedan afrontar sus crisis parece ser parte de cómo los mismos han afrontado estas situaciones en el pasado, y esto da base a otros supuestos que sostienen que, el tipo de afrontamiento elegido por los sujetos ante las situaciones son en su gran mayoría, aprendidas por el medio en que se desarrollan. Por tanto, determinados rasgos de la personalidad (tradicionales) son predictores del afrontamiento.

Por otro lado, si la personalidad muestra un buen nivel de rasgos adaptativos tendría pues una buena capacidad de afrontamiento ante situaciones o enfermedad; sin embargo, si el individuo tiene una estructura en su personalidad con rasgos desadaptativos, un leve estresor podría inducir a trastornos o enfermedades. Es por esto que, tanto la estructura como las características de la personalidad son fundamentales para la salud de los individuos ya que cada rasgo tiende a un estilo de afrontamiento (Nieto, Abad, Esteban, & Tejerina, 2015).

Eysenck en sus teorías del accionar humano (inteligencia, imaginación, conducta y criminal) menciona que el aspecto psicológico ocupa un espacio central, y es considerada como una teoría disposicional, refiriéndose conductas que otorgan seguridad y rigidez en las acciones, las reacciones emocionales y cogniciones. Eysenck, define los aspectos como “factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de ocasiones diferentes” (Schmidt, et al., 2010).

2.3. Marco teórico

Desde el punto de vista psicológico la teoría de los rasgos es considerada una de las corrientes más aceptadas dentro del estudio de la personalidad. Para Cattell (citado en Schultz, 2010) la personalidad es aquello que permite predecir lo que alguien hará en una situación dada. Según Sigmund Freud (citado en Schultz, 2010) la personalidad es definida como el resultado de la lucha entre nuestros impulsos destructivos y la búsqueda de placer.

A su vez Freud, dividió la personalidad en 3 partes: el consciente, el cual incluye todas aquellas sensaciones y experiencias de las cuales tenemos conciencia en un momento determinado; el inconsciente, quien contiene la principal fuerza motora de todas las conductas y es el depósito de fuerza que no se puede ver ni controlar; y por último, el preconscious que almacena los recuerdos, percepciones y los pensamientos de los cuales no estamos conscientes en el momento pero que podemos traer fácilmente a la conciencia.

Para Carl Jung psique se compone de varios sistemas o estructuras que influyen una en otra, entre estas se encuentran el Yo (parte consciente donde se percibe, siente y recuerda), el inconsciente personal (parte consciente reprimida u olvidada) y el inconsciente colectivo (nivel más profundo donde se encuentran las experiencias heredadas) (citado en Schultz 2010).

La teoría relacional de estrés como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones se basa en la interacción de los individuos con el medio en que se desarrollan, la manera de percibir un fracaso puede deteriorar sus recursos y la forma de superar la situación, en caso de no controlarlo, disminuiría la capacidad de afrontamiento de la persona mostrando mecanismos poco eficaces (Macías, Orozco, Amarís, & Zambrano, 2013). La teoría de Hobfoll sobre la conservación de los recursos que posee cada sujeto, este modelo considera la pérdida de recursos como el principal componente del proceso de estrés y sugiere la importancia de las soluciones colectivas en las situaciones estresantes (Moos, 2010).

2.4. Rasgos de personalidad

Allport define la personalidad como: “La personalidad es la ordenación dinámica interna de los sistemas psicofísicos de una persona que determinan su conducta y pensamientos característicos”, esto quiere decir que la personalidad crece y se modifica de manera constante, este autor apoyaba la idea de que el individuo es un ser singular e individual (Schultz & Schultz, 2010).

Según Cattell y Allport, como se citó en (Schultz & Schultz, 2010), indican que la teoría de los rasgos sigue siendo fundamental para la observación de la personalidad, aunque reconoce que el comportamiento depende de la interacción tanto individuales como situacionales.

Los rasgos forman entidades de personalidad que tienen un importe predictivo, Cattell como se cita en Schultz (2010), hizo mención al término rasgo como “lo que define lo que hará un individuo cuando se vaya a enfrentar con una condición determinada”.

La personalidad para Cattell es “aquello que nos dice lo que un sujeto hará cuando se encuentre en una condición determinada”. Las diferencias en la personalidad forman diferencias en el comportamiento y las conductas, son una exposición no directa de los constructos internos crecientemente o menos estables, a estos constructos se les llaman rasgos y proveen a la personalidad esquemas mentales reflejados en el reaccionar de una forma determinada (Adan, 2013).

Cattell utilizó el examen factorial para detallar los rasgos de los individuos que se hacen aparentes con relativa vivacidad, a los que denominó rasgos de plano. También examinó más a fondo rasgos ocultos, el cual observó que eran los determinantes subyacentes de la personalidad y a los que denominó rasgos de inicio (Schultz & Schultz, 2010).

2.4.1. Antecedentes históricos de los rasgos de personalidad

En la antigüedad, Cicerón precisó el término de personalidad, orientado a cuatro diferentes significados:

- a) La forma en como un individuo aparece frente a las demás personas.
- b) El papel que una persona desempeña en la vida.
- c) Un conjunto de cualidades que comprenden al individuo.
- d) Como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

(Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009).

Estos significados se relacionan con las características distintivas de la personalidad que se pueden percibir en los individuos, ya que inicialmente es parte de la exploración externa de un individuo hasta lograr conocer las características internas que identifican al individuo.

La personalidad tiene sus inicios bajo concepto filosófico. En el siglo VI, Boecio simplificó los términos “persona” y “esencia” para dar a conocer el concepto de personalidad, con el que pretende definir a la “persona como una sustancia individual, racional y natural” (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009).

Es entonces cuando se inicia a introducir la propiedad de la racionalidad, provocando el surgimiento de distintas definiciones filosóficas, como Santo Tomás de Aquino, que refiere que la personalidad es una “condición o modo de ser de una persona” (Berrios, 2008). En el siglo XIX, se empezó a utilizar la “personalidad” para hacer mención a los aspectos subjetivos del self (Berrios, 2008).

2.4.2. Etiología de los rasgos de personalidad

Los autores Montaña, Palacios, & Gantiva (2009) mencionan que, Allport define la personalidad como “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse”, se considera entonces que la personalidad se desarrolla en función del crecimiento del individuo, a partir de las influencias del medio ambiente, biológicas y sociales que se encargan de moldear, fijar o mantener los comportamientos.

Según Allport (citado por Montaña, Palacios, & Gantiva, 2009) considera que “el temperamento es un fenómeno naturalmente emocional”. Esto es, que se podría mostrar a causa de factores biológicos, y debido a que las personas responden a la estimulación ambiental de distintas maneras, su estado emocional puede oscilar según sean las situaciones del medio.

El temperamento viene desde el desarrollo instintivo del ser humano, estos son: huida, defensa y reproducción; y de acuerdo con ellos se constituyen los tres tipos de temperamento: ansiedad, hostilidad y extraversión. Estas dimensiones se relacionan con el desarrollo de estrategias cognitivas de cada individuo (Lluís, 2002).

Existe otro concepto relacionado con la personalidad, el carácter, que es comprendido como el nivel de esquema moral del que dispone cada individuo y que se utiliza por medio de evaluaciones y juicios de orden moral y ético, estos penden de las experiencias vividas por cada persona (Montaña, Palacios, & Gantiva, 2009).

Por tanto, se concluye que “el carácter controla, modifica, corrige y autorregula la actividad de los individuos” (Lluís, 2002), para entonces dar respuestas adecuadas a las situaciones que los rodean. Se puede considerar que el carácter es una combinación de valores y discriminaciones que las personas adquieren a lo largo de su desarrollo por medio de las experiencias vividas y las acciones ante circunstancias. Se toma en cuenta, además, que cada individuo puede interpretar su realidad de acuerdo a su perspectiva de la vida.

2.4.3. Clasificación de los rasgos de personalidad

Allport (como se cita en Cloninger, 2003) describe que la personalidad posee estos ocho rasgos siguientes:

- Pendenciera-suspica
- Centrada en sí misma
- Independiente-autónoma
- Dramática-intensa
- Estética-artística
- Agresiva
- Cínica-mórbida
- Sentimental

Los rasgos de la personalidad permiten poder describir las características de cada individuo en cuanto a su personalidad y también clasificarlos por grupos (Cloninger, 2003).

2.4.4. Rasgos saludables y rasgos patológicos

En ocasiones puede verse rasgos de personalidad que tanto favorables como desfavorables. Un individuo que posea rasgos de personalidad anormales puede también tener rasgos de personalidad normales y esto contribuye con el equilibrio de cada personalidad (Quintanilla, 2003). Los rasgos de personalidad considerados como saludables son aquellos que proporcionan al individuo cierta armonía interna, sentido de satisfacción, de ser capaz de relacionarse, adaptarse y cubrir sus necesidades con éxito.

Los rasgos de personalidad patológicos son estos que caracterizan al individuo como rígidos, de respuestas exageradas, y de inconformidad con la persona y para los demás.

Sin embargo, es significativo mencionar que presentar rasgos exagerados no implica tener un trastorno si no están acompañados de otros rasgos (Quintanilla, 2003).

2.4.5 Factores que influyen en los rasgos de personalidad

De acuerdo a la guía de los cinco grandes rasgos de la personalidad, gran parte de la variación de la personalidad puede ser descrita por cinco rasgos bidimensionales: extraversión-introversión, neuroticismo-estabilidad emocional, conciencia-irresponsabilidad, agradabilidad-hostilidad y apertura-cierre a la experiencia.

Estos rasgos no definen de manera total la variación de la personalidad proveen un organizador general, por lo que resulta importante narrar su relación con el bienestar psicológico de los sujetos, determinar los factores que influyen en el bienestar psicológico de un individuo es fundamental para asegurar el conocimiento del mismo y los factores que pueden afectar su obtención. En las aproximaciones de rasgos se distinguen ciertos factores que pueden predisponer a las personas a mayor o menor bienestar, como el entorno, la educación, experiencias vividas, entre otros (Urquijo, Andrés, Del Valle, & Rodríguez, 2015).

2.5. Respuestas de afrontamiento

Las consecuencias negativas de los estados emocionales son reguladas por un proceso llamado afrontamiento, considerado como un proceso dinámico resultado de solicitudes y valoraciones objetivas de la situación.

El afrontamiento no es un estilo de personalidad que pasa de manera constante, sino que está formado por conductas y cogniciones que dan lugar a una respuesta. El afrontamiento juega un papel importante porque ayuda a identificar los factores que intervienen en la conexión que se da entre circunstancias estresantes de la vida y síntomas de la enfermedad (Cassaretto & Valdéz, 2003).

Las respuestas de afrontamiento que damos ante eventos estresores ayudan a poder identificar en el ámbito clínico, la relación que puede existir entre una vida actual estresante y los síntomas de una enfermedad. Las respuestas de afrontamiento asumidas pueden o no ser reguladoras de las perturbaciones emocionales y si es bien empleada pues, no se tendrá malestar, empero si es mal empleada la salud podría verse afectada.

La manera en la que se percibe un padecimiento involucra las respuestas de afrontamiento ante la misma y el bienestar social del sujeto. El afrontamiento es un término que sirve para enfatizar aquellas conductas del sujeto cuando contesta al estrés y su conocimiento permite asemejar los componentes que intervienen en la relación dada entre situaciones estresantes y síntomas de algún padecimiento.

Además, se considera que este procedimiento de afrontamiento actúa como ordenador del disturbio sensitivo; si es seguro no se presentará dicha intranquilidad; en caso inverso, podría estar afectada la salud con un signo negativo, aumentando asimismo el peligro de mortandad y morbilidad.

El afrontamiento puede considerarse en el momento como el compuesto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a regir las demandas internas y externas de un determinado escenario angustioso (Cassaretto, 2009).

2.5.1. Antecedentes históricos de las respuestas de afrontamiento

Ebata y Moos (1991) hablaron sobre la aproximación como procesos cognitivos-conductuales que las personas utilizan para comprender las situaciones y resolver o dominar el evento estresor y solucionar los problemas. Los autores definen la evitación como la unión de los procesos cognitivos conductuales y su rol de evitar pensar en los problemas y las consecuencias, el individuo se resigna o acepta las situaciones y busca actividades alternas como manejo de la tensión.

Moos (2002) alegó que: “las conductas frente al afrontamiento son los mecanismos principales para dirigir y modificar la influencia de los contextos vitales y transitorios, para poder llegar al buen funcionamiento y maduración personal” (Moos, 2010).

Las respuestas de afrontamiento se relacionan directamente con las situaciones estresantes. Es por esto que Moos crea el inventario de respuestas de afrontamiento en 1993, donde el sujeto describe un evento estresor importante del cual la persona irá contestando preguntas estructuradas pensando en la situación descrita (Moos, 2010).

Autores como Lepose, Erans y Schneider citados en (Casseratto, 2003), alegan que el apoyo social puede ser muy significativo para reducir el efecto que pueden dar algunos eventos estresantes ya que la creencia de que otras personas se muestran dispuestas a ayudar con la comodidad emocional cuando están frente a evento posiblemente estresante, da una sensación positiva de apoyo.

Según como se cita en (Casseratto, 2003), Lazarus y Folkman en 1986, mencionan que el afrontamiento no se considera un estilo de personalidad de forma constante, sino que está formada por cogniciones y conductas que planean la respuesta ante situaciones estresantes.

2.5.2. Tipos de respuestas de afrontamiento

Según Weinberg & Gould (2007) existen diferentes tipos de afrontamiento, uno orientado sobre la emoción y otro orientado al problema que a continuación, se definen:

El primero es el centrado en emoción este implica regularizar las respuestas emocionales a las situaciones que causa estrés al individuo, en este forman parte las conductas precisas, y categorías como reflexión, reevaluación, ilusión, culparse a sí mismos, retiros mentales y conductuales, y esfuerzos cognitivos para cambiar el significado de las circunstancias.

El segundo tipo de afrontamiento es el centrado en el problema se usa con más frecuencia cuando la situación puede cambiar, dados múltiples factores de estrés, requiere de esfuerzos tendientes a cambiar o manipular la complicación que está provocando estrés a la persona, incluye las conductas específicas o categorías de recolección de datos, fijación de objetivos, habilidades para la administración del tiempo, resolución de inconvenientes.

A pesar de que los dos primeros tipos de afrontamiento son fácilmente distinguibles, los dos tienen la posibilidad de ponerse en práctica de manera conjunta. Aunque comúnmente se estima que las respuestas de afrontamiento dirigidas al problema son más funcionales que las dirigidas a las emociones, la prueba es muy complicada (Librán, 2002).

2.5.3. Factores psicológicos que influyen en las respuestas de afrontamiento

El modo en que las personas captan un padecimiento comprende las respuestas de afrontamiento de la misma y la aptitud de supervivencia del aquejado, el afrontamiento hace indicación a las estrategias empleadas por las personas para tratar la solicitud de un escenario agobiante, también como al modo de ocuparse de las emociones asociadas a un acontecimiento; el nexo entre el afrontamiento de los problemas dermatológicos y el bienestar social ha sido puesta de descubierto en diversos estudios.

Las habilidades sociales de afrontamiento forman un agente concluyente en el resultado de las dermatosis relacionado con la calidad de vida, los pacientes que utilizan respuestas centradas en la confianza y la normativización muestran un grado superior de sanidad mental, y que aquellos que utilizan respuestas emotivas de afrontamiento presentan crecidamente problemas respectivos con la salud y el bienestar (Hernández, Ruíz, & Hernández, 2015).

El diagnóstico de una enfermedad es considerado un evento estresante para algunas personas, puede causar efectos negativos en la mayoría de los pacientes especialmente sociales, psicológicos y biológico.

Existen diferentes mecanismos cognitivos, conductuales y afectivos que sirven para la adaptación y resolución de problemas en estos casos con dermatosis (Gallardo, y otros, 2014).

Existen diferentes factores psicológicos que influyen en la administración de las respuestas de afrontamiento y es por esto que se requiere examinar las diferencias individuales en las respuestas a diferentes estresores y circunstancias, cualquier esfuerzo para manejar una situación ya sea cognitiva o conductual debe ser entendida como un tipo de afrontamiento porque incluye aquellas acciones para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar cosas que no pueden manejarse, es decir, aquellas situaciones de demanda en donde se han excedido las capacidades del individuo (Blanco, Rodríguez, & Schneider, 2010).

2.5.4. Estilos y estrategias de afrontamiento

Existe una relación entre las estrategias y los estilos de afrontamiento que influyen en la personalidad y el ambiente de desarrollo de los individuos, esta complicidad puede considerarse como un medio para lograr una vida satisfactoria. Las formas de afrontamiento básicos podrían dividirse en estos tipos: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la regulación de las emociones, éstas pueden crear respuestas conductuales y cognitivas (Agüera, Cervilla, & Martín, 2006).

Es importante mencionar que no existe una estrategia de afrontamiento que sea usada de igual forma para todas las personas ni para todas las dificultades, puede existir casos en que una estrategia funcione y que en otros momentos no (Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007).

Los estilos de afrontamiento son procedimientos característicos a nivel de rasgos referente a las formas en que las personas reaccionan, están ligados a los valores, metas, creencias e ideales.

Sin embargo, las estrategias de afrontamiento están ligadas con las condiciones dadas en el ambiente, son específicas de las situaciones problema que reflejan la acción cognitiva conductual y pueden variar según el contexto de las situaciones o el tiempo (Buendía & Mira, 1993).

2.6. Enfermedad

La palabra enfermedad proviene del latín *infirmitas*, que quiere decir falta de firmeza; por otro lado, el término salud viene del latín *salus*, que es literalmente salvación o saludo, en la cotidianeidad el concepto de enfermedad es entendido como lo opuesto a salud, es aquella que origina un sobresalto y una variación en la armonía de un sujeto (Gardey & Pérez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como "el pleno bienestar físico, mental y social del individuo", debe entenderse como un proceso biológico que predice un cambio estructural o funcional, un ciclo que conlleva sufrimiento, dolor y un proceso social que propone una invalidez (López, 2007). Evidentemente los conceptos de salud y enfermedad son términos que deben desarrollarse de manera simultánea, ya que estos forman parte de la interacción de los individuos con el ambiente (Vinaccia, Quiceno, Lozano, & Romero, 2016). Según Brufau y otros (2010), propone que las enfermedades de la piel presentan por lo general rasgos de personalidad que les harían más vulnerables a los pacientes

2.6.1. Factores que influyen en la enfermedad

Teniendo definido el concepto de enfermedad se hace necesario saber que ésta se ve afectada por diversos factores a los que se les llama también factores de riesgo, aspectos psicológicos y sociales influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico de la enfermedad, lo que deja dicho que hay que establecer una relación entre aspectos psicológicos, sociales y ambientales como desencadenantes de una enfermedad que son más que solo causa-efecto (López, 2007).

Los factores de riesgo son factores que guardan una estrecha relación con una mala salud, enfermedad o muerte, estos pueden clasificarse en conductuales, demográficos, fisiológicos, genéticos o medioambientales (EUPATI, 2015). A continuación, la definición de cada uno de ellos:

Conductuales: relacionadas con acciones que el individuo decide realizar, por lo tanto, pueden ser eliminadas o reducidas.

Demográficos: relacionados con la población en general.

Fisiológicos: se refieren a factores relacionados con el organismo o la biología del ser humano, que pueden ser influenciados por un conjunto de agentes genético.

Genéticos: Se basan principalmente en los genes del sujeto, ya sea por una interacción consigo mismos o con el medio ambiente.

Medioambientales: engloban un agregado de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos, así como también químicos, físicos y biológicos.

Los factores de riesgo intervienen en gran medida en la salud y la perspectiva de vida y de lo que puede hacer un individuo de forma activa para disminuir el impacto que dichos factores de riesgo tienen en su salud y bienestar (EUPATI, 2012).

2.6.2. Diferencia entre síntomas y trastornos

Un síntoma deriva de la relación entre los caracteres biológicos y las zonas de los códigos psicosociales que intervienen en el transcurso de la formación del síntoma (Berrios, 2008). Mas un trastorno se considera cuando existe una alteración producida en el funcionamiento o equilibrio de un órgano o parte de él, en el ser humano.

2.7. Enfermedades psicosomáticas

De Gucht y Fischler en 2002 como se cita en (González & Landero, 2003), alegan que los síntomas psicosomáticos son aquellos que no tienen origen por causas orgánicas, sino que interviene la psique. Los síntomas somáticos fueron estudiados por Freud y Briquet desde el 1916 y 1859, los llamaban histeria o neurastenia según su origen sea de la mente o del cuerpo.

En la historia el termino psicosomático se usó para explicar problemas de salud que eran considerados consecuencia de una alta excitación emocional, afrontamiento desajustado o estrés.

En la actualidad, las enfermedades psicosomáticas están basadas en los siguientes principios: multifactorial y multidisciplinar, debido a que a pesar de que el estrés tiene una alta influencia no es el único factor que incide en las enfermedades psicosomáticas y está compuesta de varias diciplinas científicas. Las somatizaciones en la piel comprenden patologías dermatológicas producidas por factores psicológicos o psiquiátricos y puede verse influenciado por el ambiente. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (Association, 2014), existe una relación física con los trastornos psíquicos y la salud mental.

2.8. Dermatitis y psicodermatitis

Las dermatosis son alteraciones que se reflejan en la piel, e impactan en la vida de las personas, pueden llegar a ser incapacitantes. En el tratamiento de las dermatosis, se utiliza mucho la educación y prevención de la enfermedad del individuo y terapia con fármacos.

Las enfermedades de la piel pueden presentar lesiones en diferentes partes del cuerpo, a simple vista la piel puede verse sana o normal, pero puede estar alterada en su estructura. Las alteraciones en la piel pueden afectar las uñas, piel cabelluda, nariz, boca o genitales.

Una significativa cifra de pacientes que acuden al dermatólogo presenta problemas que se relacionan con alteraciones psicológicas o psiquiátricas. La piel es una parte del cuerpo que en algunos casos suele reflejar nuestro estado de ánimo (Guerra, 2008).

La dermis y sistema nervioso tienen un igual comienzo primario, de allí que no sea rara la interacción entre psique y piel. La epidermis es un órgano que muchas veces es resultado de nuestras emociones. Existen dos grandes clases de enfermos que asisten a psicodermatología: los que tienen dificultades epidérmicas añadidos a patologías psiquiátricas y los pacientes con problemas psiquiátricos agregados a patologías cutáneas (Tapia, 2008).

2.8.1. Antecedentes históricos de las dermatosis y psicodermatosis

A partir de la coexistencia del hombre y la aparición de las enfermedades, uno de los temas crecientemente controvertidos para la anatomía ha sido demostrar la correlación causal entre psique y soma; esto es como la existencia psíquica está relacionada con la abundancia física y con la visión de síntomas y enfermedades, e inversamente. No obstante, actualmente se tiene una imagen bastante actualizada de mente y cuerpo como un uno.

El individuo ha pasado por diversos paradigmas: Descartes (siglo XVI) consideraba a la persona un ente razonado, para Darwin (siglo XIX) era un ser orgánico. Para Comte (siglo XIX) el ser bienhechor era un ser social, mientras que para Freud (siglo XX) el ser humano era un ser psicológico.

Es por ello, que la idea de la unificación total de mente y cuerpo hace que el hombre sea considerado un ser biopsicosocial dando paso a lo que actualmente conocemos como medicina holística; a que lo que afecta al cuerpo repercute en la mente y viceversa, influenciado por el medio que rodea al ser humano (Rumbo & Castellano, 2017).

Los trastornos dermatológicos como psico dermatológicos se manifiestan cuando existe una determinada vulnerabilidad para dicho trastorno y un mal uso de las estrategias de afrontamiento adecuada. En 2013 la revista científica “Nature”, publicó el descubrimiento de una molécula que causa la dermatitis atópica en ratones, este hallazgo podría mejorar el tratamiento de esta enfermedad. En este estudio describe cómo la toxina que hace que el sistema inmune de la piel reaccione produciendo eccemas y causa la inflamación, revela también el rol de la bacteria al inicio de la enfermedad.

La Asociación de Familiares y Pacientes de la dermatitis atópica ubicada en Madrid, realizaron un estudio que arrojó la estadística que 89% de las personas que tienen dermatitis atópica alegan sentirse incómodos con la enfermedad que además del picor en la piel, sienten tener irritabilidad y tristeza (Luciano, 2015).

2.8.2. Etiología de las dermatosis y psicodermatosis

Las impresiones clínicas de los dermatólogos acentúan a menudo el papel que los factores psicológicos pueden desempeñar en la raíz, el sostenimiento y las consecuencias de las patologías cutáneas, a partir del período de los 80, la Psicología de la Salud ha venido interesándose en la tesis de factores psicológicos identificados de pacientes con enfermedades de la dermis.

De esta manera, se ha investigado acerca de las características de personalidad, estrés, ansiedad y depresión en trastornos como alopecia areata, psoriasis, diversos tipos de dermatitis y su posible contestación a tratamientos cognitivo-conductuales (Antuña, et al., 2000).

A pesar de que existen bastantes literaturas que narran los distintos tipos de psicodermatosis no hemos podido encontrar estudios referentes al predominio de las mismas en la actualidad (Fuentes, 2017).

2.8.3. Clasificación de las psicodermatosis

Según Serón y Calderón (2015) las psicodermatosis se clasifican en:

Trastornos psicofisiológicos:

- **Psoriasis:** es considerada una dermatosis crónica y de evolución por brotes, tiene forma escamosa que se caracteriza por máculas rojas y escamas blancas, puede afectar en cualquier zona de la piel (Robledo, 2004).
- **Dermatitis atópica:** es una afectación de la piel vistas como erosiones de color rojo, de poca profundidad. Produce prurito en las zonas afectadas y sequedad en la piel. Puede empeorar según la alimentación, partículas causantes de alergias que están en el aire, infecciones, sudor y estrés. Se considera una afectación crónica que no tiene cura, sin embargo, puede mejorar su pronóstico con los tratamientos adecuados (Richardson, 2004).
- **Acné:** el acné es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, en el que se ven afectadas las glándulas sudoríparas y partes del cuerpo de manera física y psicológica, puede producirse a cualquier edad. La causa es bastante diversa, entre ellos los procesos hormonales, bacterias, alimentación y el estrés (Richardson, 2004).
- **Hiperhidrosis:** es considerada una sudoración en exceso en áreas del cuerpo como las axilas, palmas de las manos o plantas de los pies. Pueden ser agravados por fuertes emociones o el estrés (Bologna, Schaffer, & Cerroni, 2018).
- **Urticaria:** es una lesión en la piel caracterizada por granos rojos y con prurito, suelen aparecer y desaparecer sin dejar marcas, pueden ser agudas y crónicas diferenciadas por el período de duración, no se ha encontrado causa aparente, requiere un periodo de evolución y puede curarse con fármacos o sin administración del mismo (Richardson, 2004).

- Infección por virus herpes simple: es provocada por exposición directa con un virus que causa muerte de nuestras células epiteliales liberando un líquido transparente en la piel parecidas a ampollas pequeñas y rojas cargadas del virus del herpes (Richardson, 2004).

- Dermatitis seborreica: es una afectación crónica que altera partes del cuerpo donde las glándulas sebáceas son responsables tales como, pestañas, cuero cabelludo, cejas, barba, pecho, canales de audición entre otros. Se caracteriza por picazón, zonas rojas y escamas blancas grasosa. Esta enfermedad se asocia a infecciones por levaduras, sin embargo, los medicamentos, el sol y una buena higiene mejora el pronóstico (Richardson, 2004).

- Aftosis: pertenece a enfermedades ulcerosas sin causa conocida, producen dolor, se les ve en la mucosa oral y ocasionalmente en los genitales. Se caracteriza por una lesión con un halo alrededor y se asocian a condiciones de estrés la desencadena (Guerra, 2007).

- Rosácea: es una enfermedad que afecta la superficie de la piel, se caracteriza por un enrojecimiento en la piel, con granos pequeños y pústulas en diferentes distintas partes del cuerpo. Puede intensificarse por ciertos alimentos, el picante, líquidos calientes o el sol. Generalmente se ve en pacientes con piel sensible y puede iniciar en la edad adulta o mediana edad (Richardson, 2004).

- Prurito psicógeno: suelen ser comunes en las enfermedades psiquiátricas o neurodegenerativas manifestándose síntomas psicogénicos, también se pueden encontrar en trastornos de la percepción (Gutiérrez, García, Arango, & Pérez, 2012).

Trastornos psiquiátricos primarios:

- Dermatitis artefacta: es una patología dermatológica que se manifiesta con lesiones inducidas por el mismo paciente en su piel y que niega haberlo hecho.

Consideran esta enfermedad de origen psíquico donde el paciente encubre o no quiere afrontar un trastorno mental, incluso sin estar consciente de dicho trastorno (Guerra, 2007).

- Delirios de parasitosis: esta enfermedad está dentro del tipo somático, donde existe una creencia fija centrada en las sensaciones del cuerpo, haciendo referencia a una infestación de parásitos en su piel sin tener signos reales de la misma. Pueden presentar alteraciones en la piel, como úlceras o excoriaciones (Bologna, Schaffer, & Cerroni, 2018).

- Tricotilomanía: es una enfermedad manifestada por una compulsión por arrancarse el pelo, en adolescentes y adultos se considera un trastorno psiquiátrico (Fitzpatrick, 2008).

- Estados fóbicos: es considerado dentro de los trastornos psico cutáneos, bajo factores psiquiátricos que los llevan a dermatología. Es una patología caracterizada por miedo a exhibirse antes un estímulo determinado (Aristizábal & Almario, 2007).

- Dismorfofobia: es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por una sensación de defecto físico, aun teniendo un aspecto dentro de los estándares normales. Autores lo consideren como un trastorno psicótico a causa de desajustes en su identidad (Onnis, 2016).

- Trastornos alimentarios: los trastornos alimentarios están relacionados con la malnutrición en las personas y además del daño que físicamente es visto, el déficit de nutrientes suficientes provoca afectaciones en la piel, como resequedad en la piel, hipertrichosis o por el contrario perdida de pelo, inflamaciones en áreas específicas del cuerpo, petequias, acné, entre otros.

La doctora Ximena Fajre alega que “los hallazgos dermatológicos secundarios pueden ser divididos en cuatro grupos según su origen: malnutrición, vómitos inducidos por el propio paciente, consumo de drogas o medicamentos y trastornos psiquiátricos con conductas de autoagresión" (Fajre, 2009).

- Excoriaciones neuróticas: es una afectación donde el paciente se autolesiona la piel por medio de excoriaciones compulsivas, los pacientes con este trastorno no niegan haberlas hecho por sí mismos. Se asocia a personalidades obsesivas compulsivas o trastornos depresivos (Fitzpatrick, 2008).

Trastornos psiquiátricos secundarios:

- Alopecia areata: es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida del pelo sin cicatriz. Factores como el estrés, ansiedad, la alimentación o fuertes emociones pueden influir en el desarrollo de la enfermedad (Juárez, y otros, 2017).

- Vitíligo: es un trastorno dermatológico que provoca la pérdida de la pigmentación en la piel, tiende a notarse más en verano al exponerse más a los rayos del sol, por lo que es propenso a desarrollarse más en las zonas del cuerpo con traumas cutáneos (Marks & Motley, 2012).

- Eczema crónico: es una dermatosis caracterizada por descamaciones en la piel, reacciones inflamatorias con picazón, que en casos crónicos se le puede ver con pequeñas bolas de líquido (De Lucas & Sendagorta, 2009).

- Síndrome ictiosiforme: es una condición en la piel donde se desarrollan placas psoriásicas, queratitis, alopecia, infecciones en la mucosa cutánea, se considera una afectación bastante grave y molestas (Bolognia, Schaffer, & Cerroni, 2018).

- Rinofima: se caracteriza por folículos dilatados o abiertos en la zona de la nariz, en casos crónicos puede llegar a producirse desfiguración (Bolognia, Schaffer, & Cerroni, 2018).

- Neurofibroma: las afectaciones neurocutáneas tienden a comprometer la piel y el sistema nervioso, el neurofibroma se considera como una enfermedad progresiva de índole genético, se manifiesta con afecciones cutáneas, oftalmológicas, neurológicas y esqueléticas (García , Cervini, & Pierini, 2003)

- Albinismo: el albinismo afecta partes de la piel, cabello, iris de color blanco o tonos plateados, las partes afectadas tienen en su gen una ausencia de melanocitos provocando dicha pigmentación. (Aviña & Hernández, 2014).

Trastornos sensoriales cutáneos:

- Glosodinia: es un síndrome que se ha denominado como de origen psicológico que afecta a las mujeres, provocando estados de desórdenes emocionales relacionados con depresión, nerviosismo, insomnio, desesperanza, dolores, cansancio, entre otros (Hernández & Piquero, 1995).

- Vulvodinia: es una enfermedad caracterizada por dolor crónico en la vulva sin causa definida provoca ardor, irritación, infección en la piel.

La intensidad del dolor que se percibe puede sugerir una alteración en los mecanismos neuroquímicos del dolor, siendo estos afectados por el tipo de personalidad de los pacientes, esto explica la relación con factores psicológicos (Ricci, 2010).

2.8.4. Alteraciones inmunológicas

El sistema nervioso y la dermis comparten el igual inicio embrionario, asimismo como además su interacción con el sistema inmune y endocrino (Carreras, y otros, 2013).

Existe una variación inmunológica que provoca la sensibilización del sujeto mediada por la IgE (encargada de protegernos frente a alérgenos), siendo la modificación de la función de la barrera un mero resultado de la hinchazón tópica.

Según otra suposición, la rareza intrínseca residiría en las células epiteliales, y las alteraciones inmunológicas serían un antígeno.

En dado caso, la patogénesis de la mayoría de las enfermedades dermatológicas sería compleja y multifactorial, por lo que para concebir su fisiopatología hay que saber simultáneamente sobre la tendencia genética, el agotamiento de la barrera cutánea, la variación de la administración inmune y el papel de las infecciones contagiosas (Calderon, 2018).

2.8.5. Factores psicológicos que influyen en las dermatosis

Factores psicológicos como la ansiedad y depresión prevalecen dentro de las dermatosis, además, ocasionan un descenso en la calidad de vida de los individuos afectados, las afecciones mentales están involucradas en las enfermedades crónicas de la piel en un 40% y son la causa principal del tiempo con el que se vive con baja calidad de vida. Se cree que en 2020 la depresión será la primera enfermedad en países desarrollados y que el 30% de las personas con afecciones de la piel tengan problemas psicológicos y/o psiquiátricos (Calderon, 2018).

El nivel de vulnerabilidad es distinto en las diferentes etapas de la vida, de hecho, cuando estos niveles de vulnerabilidad se aprecian como alto, situaciones estresantes pequeñas podrían activar o desatar una dermatosis provocando un deterioro en el bienestar (Rumbo & Castellano, 2017). Otro factor que influye en el desarrollo de las enfermedades cutáneas es el ritmo de vida que lleva el individuo, este puede deteriorar el sistema inmune y el mismo cuerpo empezar a producir sustancias que auto ataquen al cuerpo (Cepeda, 2008).

2.8.6. Diagnóstico de las dermatosis y psicodermatosis

El diagnóstico de las dermatosis se da cuando el paciente acude al dermatólogo, es improbable concebir el soma fuera de la psique, por ello el paciente debe ser apreciado de manera total, asimismo nace la psico dermatología, por la cual los dermatólogos conjuntamente con psicólogos analizan el estudio orgánico, estudiando los factores psicológicos, emocionales y sociales (Fuentes, 2017).

2.9. Dermatitis y psicodermatitis en la República Dominicana

El Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP), abrió sus puertas desde el año 1963, ha trabajado con la lepra y las distintas formas de las dermatosis en la República Dominicana, han brindado este espacio con cuidado integral y especializado para combatir las infecciones dermatológicas y de transmisión sexual.

Las enfermedades cutáneas traen consigo dificultades físicas, provocan desconfianza e incertidumbre debido a posibles preocupaciones estéticas. Las dermatosis tienen una influencia psicológica al individuo deprimirse, por lo que Vásquez (2009) recomiendan que “ante cualquier lesión en la piel es necesario acudir al dermatólogo” para evitar complicaciones y posibles trastornos psicológicos (Vásquez, 2009).

En 2011, el doctor Rafael Isa Isa en ese entonces director del IDCP, refiere que en República Dominicana las enfermedades infecciosas son dadas por las condiciones climáticas propias del país, el calor, la humedad, ropa inapropiada y el estilo de vida que llevan las personas favorecen el desarrollo de dichas enfermedades (Corporán, 2011).

Según un artículo de periódico escrito por Lisania Batista, “La lepra, la pitiriasis versicolor, tiñas de los pies, de la cabeza, tiñas del cuerpo y onicopatías micóticas, son las enfermedades de la piel de mayor demanda de consulta dermatológica en el IDCP” El director del instituto, Víctor Pou Soares, registra 2,165 tratamientos para los pacientes de lepra (Batista, 2018).

2.10 Intervención psicoterapéutica y psicoeducativa.

Todas las intervenciones psicosociales resaltan el lado positivo y su capacidad para cambiar, poniendo de centro las necesidades de la unión familiar e instruyendo al paciente a ver mejores formas de enfrentar sus problemas.

Actualmente se piensa que las sesiones de psicoeducación son componentes necesarios para evitar que los pacientes tengan recaídas, conozcan más acerca de su enfermedad y eludir las estrategias inadecuadas del manejo de la enfermedad (Belloso, García, & De Prado, 2000).

En su mayoría los pacientes que acuden al consultorio del dermatólogo no tienen conocimiento de angustia psicológica y presentan sus quejas únicamente con relación a los aspectos visibles de su cuerpo, en definitiva, cuando un profesional de la salud logra descubrir una patología mental se convierte en un agente de atención primaria en la salud mental (Ulnik, Czerlowski, & Ubogui, 2004).

El abordaje de estas enfermedades debe hacerse desde los periodos iniciales y requieren una atención multidisciplinar guiado por psicólogos y dermatólogos para trabajar en el bienestar psicológico, su calidad de vida y la mejoría del curso de la enfermedad. Se debe psicoeducar al paciente y la familia, ya que está en la mayoría de casos sirve como red de apoyo y sustento para el paciente.

Las enfermedades dermatológicas son capaces de dejar cicatrices psicológicas y clínicas significativas, es necesario que el dermatólogo tenga conocimiento de las comorbilidades psiquiátricas en los pacientes, las sesiones terapéuticas que se toman irán de acuerdo a la severidad de la enfermedad. Es de suma importancia que desde el inicio de las terapias se establezcan expectativas de reparación tanto físicas como emocionales para evitar choques emotivos (Piquero, Koves, Alio, & Bohorquez, 2000).

2.11. Marco contextual

El Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP-DHBD) es un organismo sin fines de lucro enfocado en la lucha contra la lepra y enfermedades dermatológicas. Está ubicado en la calle Federico Velázquez, Esq. Alberth Thomas, Distrito Nacional, República Dominicana. Su director actual es el Dr. Víctor Pou Soares.

Visión

Mantener el liderato en la atención médica, la enseñanza y la investigación científica en el campo de las enfermedades de la piel, así como un elevado nivel de prestigio nacional e internacional.

Misión

Prestar servicios integrados especializados en Dermatología, Micología, Lepra, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras. Desarrollar programas de salud con ética orientados a la investigación, educación, atención y tratamiento de enfermedades en beneficio de la comunidad.

2.12. Idea a defender

La relación que existe entre los rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento es de importancia conocerla con el objetivo de identificar cómo los pacientes con dermatosis responden ante la enfermedad de manera cognitivo – conductual, para entonces establecer si se hará una modificación o un reforzamiento de estas conductas en terapia.

Los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento son términos sumamente estudiados, sin embargo existen pocos estudios acerca de la relación entre estos dos términos. Es por esto que se hace relevante investigar y comprobar si existe una relación entre estas dos variables.

Se pretende contribuir a la mejoraría de la calidad de vida de estos pacientes, a exponer mejores técnicas de afrontamiento por medio del equipo multidisciplinario, cuando los pacientes mismos puedan identificar sus respuestas de afrontamiento utilizadas y determinar cuales le han sido de beneficio y cuales podrían cambiar.

2.13. Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición de variable	Indicador	Fuente	Escala de medición
Ob1: Enumerar los rasgos de personalidad que predominan en pacientes adultos con dermatosis.	V1: Rasgos de personalidad que predominan en pacientes adultos con dermatosis.	Rasgos de personalidad: características que influyen en el comportamiento de un individuo.	Hipocondriasis Depresión Histeria Desviaciones psicopáticas Características Masculinas y femeninas Paranoia Psicastenia Esquizofrenia Hipomanía Introversión – Extroversión.	Pacientes adultos con dermatosis.	Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2).
Ob2: Identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos con dermatosis.	V2: Respuestas de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos con dermatosis.	Respuestas de afrontamiento: actividad que el individuo pone en marcha con el fin de enfrentarse a determinada situación.	Análisis Lógico Reevaluación positiva Búsqueda de guía y soporte Solución de problemas Evitación cognitiva Aceptación y resignación Descarga emocional.	Pacientes adultos con dermatosis.	Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A).
Ob3: Relacionar los rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento.	V3: Relación entre rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis.	Rasos de personalidad y respuestas de afrontamiento: los mecanismos de afrontamiento están directamente relacionados a la personalidad.	Coefficiente de correlación.	Inventarios de personalidad y respuestas de afrontamiento.	Coefficiente de correlación de Pearson.
Ob4: Analizar el modelo relacional en las familias de los pacientes adultos con dermatosis.	V4: Modelo relacional de las familias de los pacientes adultos con dermatosis.	Modelo relacional: conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio de estado en la unidad primitiva modificada.	Escala Búsqueda de guía y soporte.	Inventario de respuestas de afrontamiento.	Escala del Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A).

CAPÍTULO III – DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación llevada a cabo es descriptiva enfocada en la realidad del problema actual, investigación correlacional para medir el grado de relación entre las variables, mixta combinando los métodos cualitativos y cuantitativos. No experimental ya que no se manipularon las variables, sino que se observaron en su ambiente habitual. De corte transversal al recolectar los datos a partir de una única experiencia por individuo.

3.2. Metodología

Se entrevistó de manera individual a los pacientes que han asistido al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”.

Se le administró un consentimiento informado, con el fin de dilucidar las pautas de la investigación y obtener su permiso, se aplicó el Inventario de Respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A), con el objetivo de recolectar datos generales y de explorar las respuestas de afrontamiento que han utilizado, asimismo el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Luego se procedió a analizar los datos para llegar a una conclusión.

3.3. Alcances y limitaciones

Alcances

Esta investigación está comprendida en el marco de la Psicología Clínica siendo de estudio los Rasgos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP) localizado en el Distrito Nacional, Santo Domingo, República Dominicana.

Limitaciones

Tener el consentimiento de los pacientes para la aplicación de las pruebas. Conseguir a tiempo las pruebas psicológicas que se aplicaran. Obtener el permiso de aplicar las pruebas en el IDCP y la disponibilidad de horarios.

3.4. Técnicas de recolección de datos

-Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)

-Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

Ambos obtenidos de TEA ediciones.

3.5. Descripción de los instrumentos

Los instrumentos seleccionados para la evaluación, son el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2 este mide la personalidad y el Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos CRI-A el cual mide las respuestas a situaciones estresantes ambos serán interpretados para poder crear un perfil en común de personalidad y respuestas adaptativas de los pacientes con dermatosis.

3.6. Propiedades de los instrumentos

3.6.1. Propiedades de la prueba MMPI-2:

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) creado por Starke Hathaway Psicólogo Clínico en la Universidad de Minnesota y J. Charnley McKinley en 1940, se desarrolló con el objetivo de delimitar y mejorar los diagnósticos de pacientes tratados en el hospital, es una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de la personalidad y psicopatológica y se encuentra entre los test más empleados en la práctica (Butcher, y otros, 2019).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) está conformado por 567 ítems distribuidos en 10 escalas clínicas, que exploran diferentes aspectos de la personalidad, el contenido de los ítems varía cubriendo las escalas de hipocondriasis, depresión, hipomanía, histeria, características masculinas y femeninas, Introversión - extroversión, esquizofrenia, desviaciones psicopáticas, psicastenia y paranoia.

3.6.2. Propiedades psicométricas de la prueba MMPI-2

Los distintos indicadores de validez incluidos dentro del perfil de resultados del MMPI-2 pueden utilizarse individualmente o en combinación para determinar la validez del protocolo.

En particular, ciertos indicadores de validez del MMPI-2 han sido creados desde su diseño original para ser sensibles a la presencia de distintos estilos de respuestas o de presentación. Por lo tanto, se puede esperar que las puntuaciones en estas escalas varíen según el contexto de evaluación y el estilo de respuesta predominante en el mismo.

La aplicación para la persona evaluada consta de 567 ítems en la prueba. Las escalas básicas (escalas L, F y K, escalas clínicas y subescalas clínicas de Harris-Lingoes) se evalúan con los 370 ítems, pero es conveniente que la persona evaluada complete todos los ítems del test para que se puedan obtener puntuaciones en las demás escalas.

3.6.3. Propiedades de la prueba CRI-A

El Inventario CRI-A desde un marco conceptual, combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento de un sujeto, considera la orientación o el foco del afrontamiento y el método de afrontamiento. Desde el foco de afrontamiento, las respuestas se dividen en: aproximación y evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual.

En general, el afrontamiento por aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en la emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo.

El inventario de Respuesta de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) consta de dos partes, en la primera de ellas el sujeto debe describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. La segunda parte del CRI-A consta de 48 ítems que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos. Los ítems están divididos en 8 escalas o respuestas de afrontamiento que son: Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas, Evitación o reasignación, Búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional.

3.6.4 Propiedades psicométricas de la prueba CRI-A

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A es una prueba elaborada para evaluar la modalidad de estrategias de afrontamiento implementadas por población adulta ante diversas situaciones percibidas como estresantes.

La adaptación española del CRI-A se inició con una traducción de los ítems del original inglés al español por parte de expertos en ambas lenguas.

Entre los años 2004-2008 estudiantes de psicología aplicaron a poblaciones adultas el test de afrontamiento y para obtener la fiabilidad de test-Test se aplicó el test 2 veces en un intervalo de 4 semanas entre ellas mediante Coeficientes de correlación intraclase estos resultados indican que no hay diferencias significativas entre las puntuaciones del CRI-A en ambos momentos temporales.

Por otro lado para obtener los indicadores de validez convergente, se aplicó a una muestra de 100 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona el CRI-A y la adaptación española del Coping Strategy Indicator CSI para establecer una correlación de Pearson entre estas dos pruebas, los resultados informan de una satisfactoria consistencia interna (Moos,2010).

3.7. Validación del instrumento

Se realizó un procedimiento de validación a las pruebas MMPI-2 y CRI-A en siete pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para determinar si las pruebas se consideran válidas para la población seleccionada.

3.8. Procedimientos

Se extrajo una muestra de pacientes adultos diagnosticados con una enfermedad de la piel que asisten al IDCP, donde se utilizó una cantidad de 22 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Se hizo entrega de un consentimiento informado y luego de completar el mismo se realizaron entrevistas individuales en las cuales se administraron el inventario MMPI-2 de personalidad y el CRI-A de respuestas de afrontamiento.

3.9. Universo y muestra

Veinte y dos adultos, del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Doctor Huberto Bogaert Diaz (IDCP) que acudieron al departamento de fototerapia y psicología. La muestra utilizada fue el cien por ciento de la población, partiendo de los criterios de inclusión establecidos. Los pacientes estuvieron presentes en el periodo establecido para el estudio.

3.9.1. Criterios de inclusión

- Individuos mayores de edad.
- Tener un diagnóstico de una enfermedad dermatológica.
- Asistir al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Doctor Huberto Bogaert Díaz (IDCP).

3.9.2. Criterios de exclusión

- Individuos menores de edad.
- No tener diagnóstico de una enfermedad dermatológica.
- No haber asistido al Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Doctor Huberto Bogaert Díaz (IDCP).

3.10. Plan de análisis de los datos

Para analizar los datos se utilizaron fuentes bibliográficas, dos inventarios, Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Se extrajo información del Inventario de Respuestas de afrontamiento para Adultos (CRI-A) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) mediante las puntuaciones obtenidas a través de corrección y tabulación de los datos, de acuerdo al sexo y la edad.

Se organizaron las variables que miden cada inventario, el orden de los objetivos y las preguntas de investigación unidas a la revisión bibliográfica y el juicio clínico con el fin de realizar un análisis objetivo y exacto, tomando en cuenta los datos obtenidos y la información que existe en base a este estudio.

CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

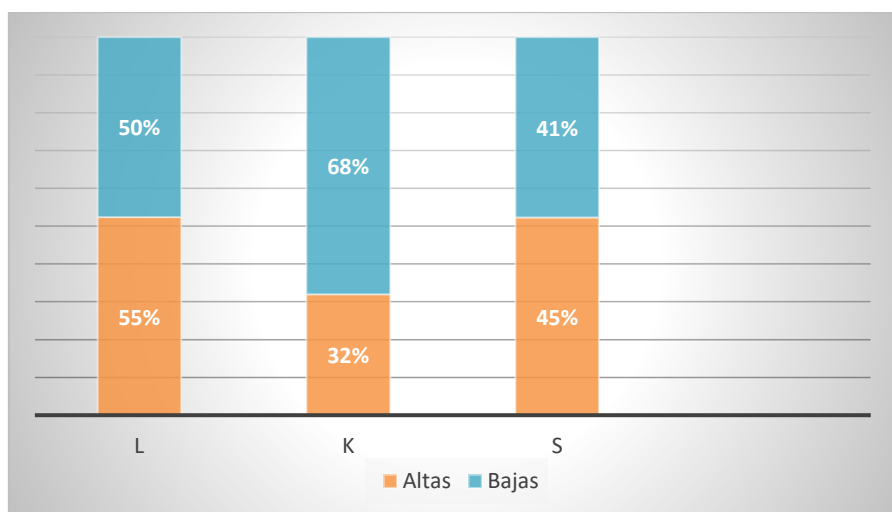
4.1. Presentación cuantitativa y cualitativa de los resultados

Cuadro 1. Este cuadro muestra los índices de validez que arrojaron los resultados del Inventario Multifásico de Personalidad para Adultos de Minnesota MMPI-2 de los pacientes adultos con Dermatitis que asisten al Instituto Dominicano Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP).

Escalas	Altas	Bajas
L	55%	50%
K	32%	68%
S	45%	41%

Fuente: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

Este cuadro muestra que, el 55% de los pacientes obtuvieron puntuaciones altas en la escala de alteración de las respuestas, mientras que el 50% mostró puntuaciones bajas en esta misma escala. Se observa que el 68% de los pacientes evaluados obtuvieron puntajes altos en la escala de alteraciones psicológicas y el 32% bajas en esta misma escala. Se visualiza un 45% en las puntuaciones altas de la escala de validez reconocimiento de la problemática y el 41% baja en esta misma escala.



Fuente: tabla 1

Cuadro 2. Rasgos de personalidad de predominan en los pacientes adultos diagnosticados con dermatosis que asisten al Instituto Dominicano de Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz IDCP.

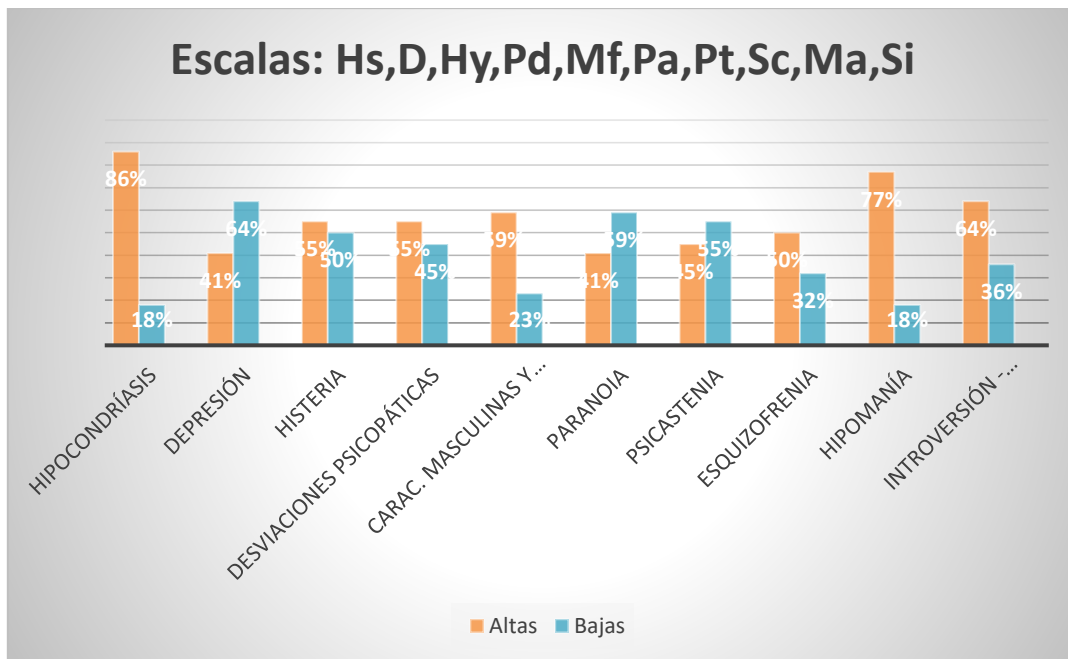
Escalas	Frecuencia	Altas	Frecuencia	Bajas
Hipocondría	19	86%	3	18%
Depresión	9	41%	14	64%
Histeria	12	55%	11	50%
Desviaciones psicopáticas	12	55%	10	45%
Carac. Masculinas y femeninas	13	59%	5	23%
Paranoia	9	41%	13	59%
Psicastenia	10	45%	12	55%
Esquizofrenia	11	50%	7	32%
Hipomanía	17	77%	4	18%
Introversión –Extroversión	14	64%	8	36%

Fuente: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2

Este cuadro muestra que la escala de hipocondriasis muestra puntuaciones altas para el 86% de la población, mientras que un 18% baja en la misma escala. La escala de depresión arroja resultados bajos para el 64% de la población y un resultado de 41% para la puntuación alta en esta misma escala. En la escala de histeria las puntuaciones altas fueron 55%, mientras que las puntuaciones bajas arrojaron un 50% en esta escala. Se observa que la escala de desviaciones psicopáticas existe un 55% de los pacientes evaluados obtuvieron puntajes altos y un 45% que obtuvieron puntuaciones bajas.

En la escala de características femeninas y masculinas se muestran puntuaciones altas en un 59% y en las bajas un 23%. La escala de paranoia muestra un 59% en puntuaciones bajas y un 41% en puntuaciones altas. Para la escala psicostenia se muestran en las puntuaciones bajas un 55% y en las puntuaciones altas un 45%.

La escala de esquizofrenia muestra un 50% en puntuaciones altas y un 32% en puntuaciones bajas. Se observan un 77% en las puntuaciones altas de la escala hipomanía y un 18% en las puntuaciones bajas de esta misma escala. Por último, se pueden observar en la escala Introversión- Extroversión puntuaciones altas de 64% y puntuaciones bajas de 36%.



Fuente: tabla 2

Cuadro 3. Respuestas de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos diagnosticados con dermatosis que asisten al IDCPC.

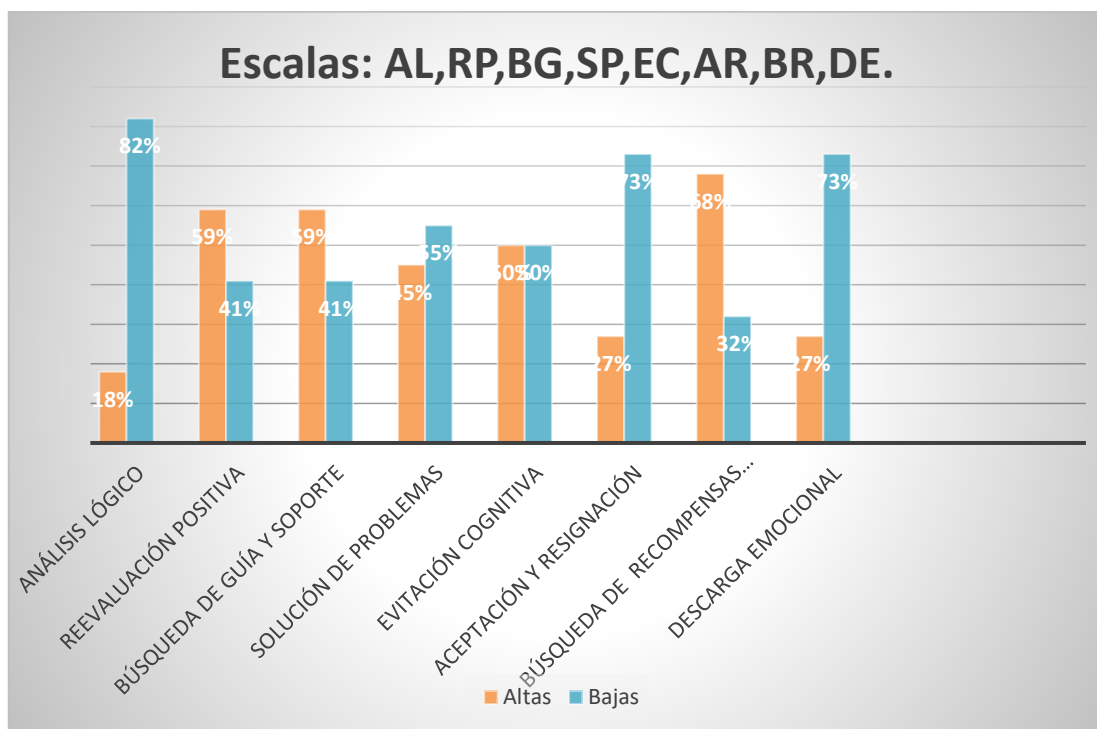
Escalas	Frecuencia	Altas	Frecuencia	Bajas
Análisis lógico	4	18%	18	82%
Reevaluación positiva	13	59%	9	41%
Búsqueda de Guía y soporte	13	59%	9	41%
Solución de problemas	10	45%	12	55%
Evitación cognitiva	11	50%	11	50%
Aceptación y resignación	6	27%	16	73%
Búsqueda de recompensas alternativas	15	68%	7	32%
Descarga emocional	6	27%	16	73%

Fuente: Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRI-A

Este cuadro muestra que la escala de análisis lógico muestra puntuaciones bajas para el 82% de la población, mientras que un 18% alta en la misma escala. La escala de reevaluación positiva arroja resultados altos para el 59% de la población y un resultado de 41% para la puntuación baja en esta misma escala.

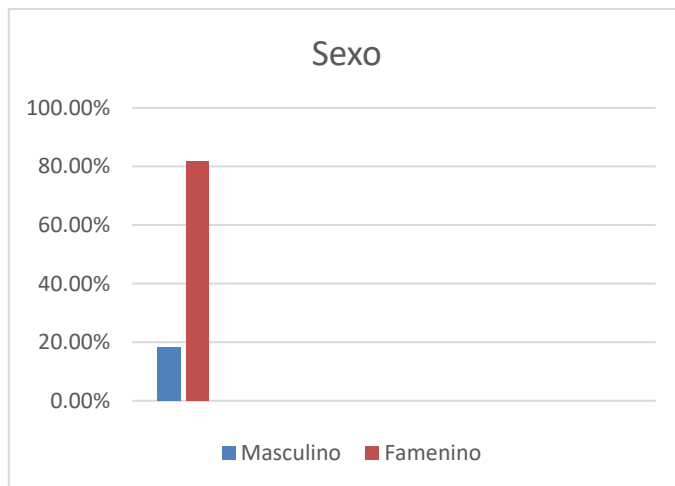
En la escala de búsqueda de guía y soporte las puntuaciones altas fueron 59%, mientras que las puntuaciones bajas arrojaron un 41% en esta escala. Se observa que en la escala de solución de problemas existe un 55% de los pacientes evaluados obtuvieron puntajes bajos y un 45% que obtuvieron puntuaciones altas.

En la escala de evitación cognitiva se muestran puntuaciones altas en un 50% y en las bajas el mismo resultado de un 50%. La escala de aceptación y resignación muestra un 73% en puntuaciones bajas y un 27% en puntuaciones altas. Para la escala búsqueda de recompensas alternativas se muestran en las puntuaciones altas un 58% y en las puntuaciones bajas un 32%. Por último, se pueden observar en la escala descarga emocional puntuaciones bajas de 73% y puntuaciones altas de 27%.



Femenino	81.8
Masculino	18.2
Total	100.0

El cuadro 4 muestra que un 81.8% de los evaluados fueron femeninos y un 18.2% masculinos.



Fuente: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

MMPI-2	CRI-A							
	Análisis lógico (Al)	Reevaluación positiva (Rp)	Búsqueda de guía y soporte (Bg)	Solución de problemas (Sp)	Evitación cognitiva (Ec)	Aceptación y resignación (Ar)	Búsqueda de recompensas alternativas (Br)	Descarga emocional (De)
Alteraciones psicológicas (F)	0.259	0.130	0.005	0.160	0.148	-0.100	-0.318	0.068
Alteración de respuestas (L)	0.365	0.271	0.221	0.103	.460*	-0.026	-0.421	-0.095
Reconocimiento de problemas propios (K)	.538**	0.197	0.133	0.096	.446*	0.053	-0.232	0.046
Hipocondrias (HS)	-0.034	-0.081	-.431*	-0.409	0.139	0.009	-0.104	0.091
Depresión (D)	-0.016	-0.218	-0.207	-0.170	0.080	0.054	-0.358	0.021
Histeria (hi)	0.016	-0.016	-0.212	-0.274	0.205	-0.087	-0.375	0.090
Desviaciones psicopáticas (Pd)	-0.318	-0.027	-0.125	0.024	-0.065	-0.329	-0.321	-.425*
Características masculinas y femeninas (Mf)	0.363	.477*	-0.098	-0.059	0.209	0.279	-0.045	0.173
Paranoia (Pa)	0.060	-0.114	-.588**	-0.243	0.144	0.012	0.021	0.027
Psicastenia (Pt)	-0.227	-0.062	-0.235	-0.061	0.144	0.022	-0.099	-0.006
Esquizofrenia (Sc)	-0.039	0.016	-.487*	-0.162	0.160	-0.078	-0.148	0.011
Hipomanía (Ma)	-0.255	0.153	0.060	0.113	-0.164	0.068	.449*	-0.110
Introversión – extroversión (Si)	0.034	-0.274	-0.274	-0.126	-0.253	0.001	-0.269	-0.040

Coefficiente de correlación de Pearson.

A continuación, los principales hallazgos del análisis del coeficiente de correlación de Pearson. La siguiente descripción, corresponde al análisis de las variables de las bases de datos de los instrumentos de prueba MMPI-2 y CRI-A.

En esta asociación, el valor de P válido es muy bueno, con tendencia a ser cero, por lo que la asociación es directamente proporcional (una correlación positiva), a medida que una aumenta, la otra lo hace en la misma dirección.

En esta asociación, el valor de P valido es muy bueno, con tendencia a ser cero, por lo que la asociación es directamente proporcional (una correlación positiva), a medida que una aumenta, la otra lo hace en la misma dirección.

Una buena asociación que presenta la variable L del instrumento antes citado es con la variable Evitación Cognitiva (EC) del instrumento CRI-A, variables que presentan una relación de un 46.0% en donde se evidencia que mientras una variable aumenta la otra lo hace e misma proporción de manera positiva.

La variable K del instrumento MMPI-2 presenta fuertes asociaciones con las variables Análisis Lógico (AL) y Evitación Cognitiva (EC) del instrumento CRI-A, presentando valores para estas variables de 53.8% y 44.6%, respectivamente, además, de que el valor válido para estas dos asociaciones se encuentra por debajo del 5.0% lo que indica que mientras una aumenta la otra variable aumenta en la misma proporción.

La variable Hipocondriasis (Hs), del instrumento MMPI-2, presenta asociaciones con búsqueda de guía y soporte (BG) del instrumento CRI-A en un -43.1% lo que evidencia que mientras una variable aumenta la otra disminuye lo que indica una relación proporcionalmente negativa.

La variable Desviaciones Psicopáticas (Pd) y Descarga Emocional (DE), del MMPI-2 y CRI-A respectivamente, presentan una asociación o relación inversamente proporcional, donde a medida que aumenta la primera, la otra lo hace en la misma proporción, pero en sentido contrario, presentando un valor de -42.5%.

Otra buena relación entre ambos instrumentos la presentan las variables Características Masculinas y Femeninas (Mf) y Reevaluación Positiva (RP), con una correlación positiva de 47.7% en donde las dos variables aumentan de manera proporcional.

La Paranoia (Pa) del instrumento MMPI-2 y Búsqueda de Guía y Soporte (BG) del CRI-A, presentan una buena correlación, aunque inversamente proporcional, siendo el valor para este indicador de -58.8%.

En la escala esquizofrenia (Sc) del instrumento MMPI-2 se visualiza un enlace con la escala búsqueda de guía y soporte (BG) del instrumento CRI-A en un 48.7% evidenciando una correlación positivamente proporcional.

La escala Hipomanía (Hi) del MMPI-2 presenta una asociación con la escala búsqueda de recompensas alternativas (BR) del CRI-A en un 44.9% en donde las dos variables aumentan en la misma proporción de manera positiva.

4.2. Análisis de los resultados

Expuestos los resultados de la investigación se procedió a hacer el análisis, este se presenta en el orden de los objetivos y las preguntas de investigación tal como se presentan en el capítulo I.

Esta investigación se realizó con el objetivo de identificar los rasgos de personalidad y diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis que asisten al Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP) en el período abril-julio 2019.

Según los criterios de evaluación y corrección del manual de correcciones del Inventario de Personalidad de Minnesota MMPI-2, se interpretan los ítems altos y los bajos. Se consideran bajos aquellos que tengan puntuaciones igual o menos a 40 y altos iguales o mayor a 64.

Se encontró en la interpretación de los rasgos de personalidad predominantes en los pacientes adultos con dermatosis que las escalas más relevantes son Hipocondriasis en un alto porcentaje, lo que evidencia que los evaluados dentro de este porcentaje elaboran una defensa

contra sus fallas, a las que intentan justificar mediante molestias físicas, prefiriendo reconocerlas como la causa de su problemática antes de aceptar su origen psicológico.

La enfermedad física pretende dar una explicación sobre sus fracasos a sí mismo y los que lo rodean, de quienes busca tolerancia y aceptación incondicional que convencionalmente se proporciona a los enfermos. Es por esto que la molestia física funciona a la vez como un mecanismo de autolimitación y como intento de explicación, de racionalización, de justificación y búsqueda de tolerancia.

En la interpretación de los valores altos en la escala de Hipomanía se muestra a personas dinámicas, emprendedora, ambiciosas y con gran energía para tratar de realizar muchas actividades, en ocasiones, en forma simultánea. Sus relaciones interpersonales pueden considerarse bien integradas. Tal vez esto se deba a la falta de constancia en la motivación, que lleva a estas personas a realizar cambios frecuentes en sus actividades, en ocasiones, sin concluir lo que han iniciado a sentirse más atraídos por iniciar algo nuevo.

La escala de Introversión – Extroversión con un porcentaje alto, la interpretación se hace en el sentido de los rasgos que definen la Introversión; describe al individuo como alguien retraído, con tendencia a reflexionar acerca de sí mismo y, en consecuencia, con la posibilidad de lograr buen insight.

Muestra dificultad para inferir en problemas de aislamiento, o problemas de importancia para establecer relaciones interpersonales, indica principalmente, la posibilidad de que la persona conozca su problemática y las causas que la pueden estar produciendo.

Los bajos niveles de depresión reflejan una reducción de la autocrítica del sujeto ante su propia descripción, indica el esfuerzo del individuo por aparecer seguro, firme y decidido, lo que hace que se refleje la necesidad de ocultar los aspectos, más vulnerables de su personalidad.

La reducción en el puntaje de la escala de Paranoia indica las mismas características que cuando se encuentra elevado. La diferencia está en que el sujeto trata de no reconocerlas como parte de su personalidad, y de demostrar que es muy controlado en situaciones conflictivas que pudieran ocasionar alguna forma de respuesta agresiva. En dichas situaciones, la persona aparentemente reacciona sin molestarse, lo que da lugar a descargas violentas, agresivas y poco predecibles, ante estímulos que no son importantes y que no corresponden a la magnitud de la respuesta.

Una puntuación baja en la escala Psicastenia indica la falta de valoración de las experiencias, con la consecuente incapacidad para cambiar pautas de comportamiento que pueden ser problemáticas para el sujeto. Es decir, en estos casos puede considerarse que también disminuyen la capacidad de insight y la angustia que surge ante el reconocimiento de la propia conflictiva; desde el punto de vista psicodinámico, la escala puede indicar algunas de las características superyoicas de la personalidad.

En otro orden, dentro de las respuestas de afrontamiento que utilizan los pacientes adultos con dermatosis se encuentra la Búsqueda de recompensas alternativas (Br), las puntuaciones elevadas en esta escala evidencian que el individuo advierte que ha intentado emprender nuevas actividades que le proporcionan nuevos placeres y gratificaciones. Perciben el problema como controlable y efectúan esfuerzos para afrontarlo.

En la escala de Reevaluación positiva (Rp) un porcentaje elevado indica que los sujetos destacan su capacidad para reevaluar positivamente la situación en la que se encuentra, para buscar soluciones directas a su problema.

Una elevación de la escala de Búsqueda de Guía y Soporte (Bg), refleja que los individuos buscan guía y apoyo de otros, allegados, profesionales, por lo que sus sentimientos de culpa quedan externalizados.

La disminución de la escala Análisis Lógico (Al) indica que la persona no puede analizar la situación de forma lógica, tiene dificultad para efectuar un análisis racional de la situación, hacer reflexiones, tener objetividad y la previsión de consecuencias.

La escala de Aceptación y Resignación (Ar) en este caso es baja, lo que indica que el individuo no busca olvidar como vía para paliar el sufrimiento, se resigna.

Una disminución de la escala Descarga Emocional (De) evidencia que los individuos no descargan su enfado en otras personas, no realizan ninguna actividad arriesgada para descargarse, no se apartan de la gente, ni expresan sus sentimientos, ocasionalmente utiliza el llanto como vía de escape emocional y hacer actividades que, aunque saben que no funcionarían, al menos le hacen tener la sensación de estar haciendo algo.

En la escala Solución de Problemas (Sp), se muestra en la disminución de la misma que los individuos actúan antes de cerciorarse de cuál es realmente el problema y de plantearse si esta actuación es la idónea para solventarlo.

Atendiendo a la definición de los manuales de los inventarios utilizados se puede afirmar que existe relación entre las escalas siguientes:

La escala de validez L está específicamente diseñada para reflejar las necesidades del individuo mostrarse socialmente ajustado, en ocasiones aun a costa de su propia individualidad lo que da como respuesta una evitación cognitiva que es la forma de evitar pensar en cómo es el sujeto en realidad.

La escala de validez Reconocimiento de Problemas (K) se relaciona a una exageración al mostrarse capaz de enfrentar los problemas por sí mismos por lo que utilizan respuestas de afrontamiento de Análisis Lógico (Al) y Evitación Cognitiva (Ec), donde la primera se

caracteriza por prepararse mentalmente para enfrentar el problema y la segunda evitar pensar en los problemas.

La escala Hipocondriasis (Hs) indica la necesidad que tiene el sujeto de dar una explicación a si mismo sobre sus fracasos y a los que le rodean, de quienes busca la tolerancia y aceptación incondicional y que convencionalmente es precisamente los allegados y familiares quienes brindan este apoyo como se describe en la escala de afrontamiento Búsqueda de Guía y Soporte (Bg).

Los individuos que obtienen puntuaciones altas en los rasgos de personalidad de Desviación Psicopática (Pd) utilizan la respuesta de afrontamiento de Descarga Emocional (De) que se caracteriza por manifestaciones impulsivas y sin control con el objetivo de disminuir la tensión.

Los resultados elevados en los rasgos de personalidad Características Masculinas y Femeninas (Mf), muestra que son individuos capaces de tomar decisiones con firmeza, evitan situaciones problemáticas, son tolerantes y previenen eventos que puedan percibirse como amenaza lo que da como resultado una respuesta de afrontamiento y reevaluación positiva que permite al individuo reestructurar un problema y asumirlo de forma positiva.

La descripción de la escala Paranoia (Pa) de rasgos de personalidad refleja cautela excesiva, desconfianza, suspicacia e inclinación a percibir los estímulos de forma inadecuada viéndolos como situaciones de amenaza a su seguridad por lo que muestra una respuesta de afrontamiento de Búsqueda de Guía y Soporte (GB) ya que con una red de apoyo los sujetos se sienten seguros.

En la escala Esquizofrenia (Sc) se expone al individuo con tendencia a autodescribirse, mostrarse realista y capaces de llevar a cabo sus planes para alcanzar sus metas con capacidad

para la socialización, respondiendo con Búsqueda y Guía y Soporte (BG) en cualquier situación o circunstancia que se aproxime.

La escala Hipomanía (Ma) en general puede considerarse como una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo, lo que da como respuesta ante una situación estresante la Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR) que implica actividades sustitutas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

La escala de Alteraciones Psicológicas (F) por lo general indica una fuerte tensión interna y una reducción en la capacidad de insight lo que da como respuesta Aceptación y Resignación (AR) al no entender su situación y por ende no poder aceptarla y resignarse.

Según la definición de la escala Depresión (D) está relacionada con sentimientos de culpa, una notable reducción de la energía, falta de motivación y la pérdida general del interés, lo que da como respuesta los pocos intentos cognitivos para aceptar un problema, puesto que no le ve solución (AR).

La definición de la escala Histeria (Hy) se refiere a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo, exagera la petición de afecto y busca compañías incondicionales lo que da como respuesta la Aceptación y Resignación (AR) al querer buscar las mismas, y la Búsqueda de Guía y Soporte (BG) para mantener apoyo incondicional por parte de sus allegados.

La escala Psicastenia (Pt) define la búsqueda de patrones de comportamiento estructurados, delimitación precisa y clara de las situaciones que se tienen que enfrentar, reunir el máximo de seguridad antes de actuar y meticulosidad, lo que responde al deseo de emprender acciones que lleven a la solución directa del problema (SP) y analizarlo de manera lógica y metódica (AL).

La definición de la escala Introversión – Extroversión (Si) define al sujeto como alguien con tendencia a reflexionar acerca de sí mismo y, en consecuencia, con la posibilidad de lograr un buen insight, indica principalmente, la posibilidad de que la persona conozca su problemática y las causas que la pueden estar produciendo lo que demuestra que el individuo ha hecho un buen Análisis Lógico (AL) acerca de su situación.

Respondiendo al objetivo de la relación de los pacientes con sus familiares, la escala de búsqueda de apoyo y soporte del instrumento CRI-A indica los intentos conductuales para buscar información, guía o soporte de los individuos ante una situación, lo que evidencia que los pacientes buscan y sienten que cuentan con una buena red de apoyo por parte de sus seres queridos y allegados.

Los resultados concluyentes que responden a la hipótesis planteada muestran que existe una relación entre algunos de los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento estudiadas, siendo relacionadas las siguientes escalas:

- Alteración de Respuestas (L) con Evitación Cognitiva (Ec)
- Reconocimiento de Problemas (K) con Análisis Lógico (Al)
- Reconocimiento de Problemas (K) con Evitación Cognitiva (Ec)
- Hipocondriasis (Hs) con Búsqueda de Guía y Soporte (Bg)
- Desviaciones Psicopáticas (Pd) con Descarga Emocional (De)
- Características Masculinas y Femeninas (Mf) con Reevaluación Positiva (Rp)
- Paranoia (Pa) con Búsqueda de Guía y Soporte (Bg)
- Esquizofrenia (St) con Búsqueda de Guía y Soporte (Bg) y Hipomanía (Hi) con Búsqueda de Recompensas Alternativas (Br).

Cabe destacar que, si bien es cierto que existe una relación entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en los pacientes estudiados, no se ha evidenciado que un rasgo determinado siempre se corresponderá con una respuesta determinada. Existen distintos factores que influyen en la correspondencia entre las variables, como: las experiencias, personales, el contexto y la educación de la familia.

Conclusiones

Luego de analizar y organizar los datos del proceso de investigación, se concluye lo siguiente:

La escala de hipocondriasis, características masculinas y femeninas, hipomanía y la escala de introversión- extroversión son los rasgos de personalidad que predominaron en pacientes adultos con dermatosis. Los resultados concluyentes concuerdan con la teoría biofactorial de Cattell y Eysenck donde señalan que al elegir una respuesta de afrontamiento ante una situación determinada se hace mediante las preferencias de las personas y estas pueden proceder tanto de los rasgos de la personalidad como del grupo de estrategias.

La escala de reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte y búsqueda de recompensas alternativas son las respuestas de afrontamiento específicas que utilizaron los pacientes adultos con dermatosis encuestados. De acuerdo con Márquez (2006), se concluye que las respuestas de afrontamiento se relacionan con la evaluación cognitiva de una situación y participa como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Existe una relación entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento, más no queda en evidencia el predominio de una determinada respuesta de afrontamiento partiendo de una personalidad específica. Según autores como Colloredo, Aparicio y Moreno en 2007 explican que utilizar una respuesta de afrontamiento que una vez resultó positiva, no implica el continuo resultado positivo. La elección de la respuesta dependerá de cada suceso, el contexto y las experiencias de cada individuo que conforman su personalidad.

Partiendo de la elevación de la escala búsqueda de guía a soporte del Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A), se evidencia que los pacientes encuestados cuentan con una buena red de apoyo por parte de su familia.

Los pacientes con dermatosis en su mayoría resultaron ser del sexo femenino.

Recomendaciones

Luego de analizar la investigación y analizar los resultados de esta, se plantean las siguientes recomendaciones:

Al instituto:

Promover la salud mental de los pacientes, la cual es base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y su comunidad.

Una vez dado el diagnóstico referir al paciente a psicología, puesto que el mismo implica un cambio en la vida del paciente.

Al psicólogo clínico:

Tomar en cuenta los síntomas psicosomáticos de los pacientes con dermatosis, el abordaje comienza con una buena evaluación, ya que el diagnóstico es el paso determinante del tratamiento y el curso de la enfermedad. Se debe hacer una valoración clínica minuciosa: historial clínico, exploración física, pruebas complementarias indicadas y añadir una exploración psicopatológica. De acuerdo con los autores Rumbo y Castellano (2017), existe una relación entre la psique y el soma, en la que alegan que una vida psíquica saludable ayuda a desarrollar menos enfermedades o el curso de la misma.

Promover habilidades de respuestas de afrontamiento que disminuyan la posibilidad de desarrollar un trastorno mental a continuación, recomendaciones:

El profesional del área psicológica podría utilizar los modelos teóricos de Meichenbaum de autoinstrucción e inoculación del estrés, siendo el primero una técnica cognitivo- conductual que incita a la persona a darse a sí mismo de manera eficaz instrucciones útiles u órdenes adaptativas para el autocontrol de una conducta determinada.

La técnica de inoculación del estrés es una técnica cognitivo-conductual utilizada para disminuir el estrés, se basa en la adquisición de destrezas de afrontamiento y ensayo de las mismas.

Objetivo principal de las técnicas y algunos ejemplos:

Técnica de autoinstrucción

El objetivo de esta técnica se basa en reducir la ansiedad, guiar la conducta y focalizar la atención. Consiste en ir verbalizando lo que se desea trabajar de manera clara y concisa, puede ser guiada por un terapeuta como usando la técnica de modelado y dar el mandato, luego el individuo lleva a cabo la tarea de autoinstruirse, debe repetirse e interiorizarse de manera lógica.

Ejemplo:

Respiraré profundo y me calmaré

No soy el único con mi condición

Puedo seguir adelante

Técnica de inoculación del estrés

El objetivo de esta técnica se basa en preparar psicológicamente al individuo contra situaciones o acontecimientos estresantes, afianzando, reforzando e incrementando su repertorio de estrategias para que posteriormente sea capaz de hacer frente a situaciones estresantes de gran intensidad.

Ejemplo:

Identificar las estrategias de afrontamiento que tenga el individuo y utilizarla a su favor. Según el inventario de respuestas de afrontamiento (CRI-A) las respuestas mas adaptadas ante situaciones de estrés son Búsqueda de recompensas alternativas, solución de problemas, análisis lógico y reevaluación positiva.

Valorar los intentos de aliviar el problema.

Identificar los factores internos y/o externos que podrían estar interfiriendo.

Incitar al paciente a la búsqueda de apoyo social de forma efectiva.

Discutir las posibles dificultades que puedan aparecer al utilizar las estrategias.

Poner en prácticas las estrategias aprendidas en situaciones reales.

Corregir aquellos problemas que puedan surgir durante el proceso.

Ampliar esta investigación, analizar con más profundidad la relación de las familias con los pacientes con dermatosis. A través de pruebas psicométricas, ampliar la muestra y utilizar otras pruebas que midan a profundidad los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento para tener una extensión de la relación que existe entre ambas variables.

Utilizar una guía informativa para orientar a la población acerca de como influyen los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento en enfermedades cutáneas, ver en anexos.

Referencias bibliográficas

- Adan, G. (2013). *Teoría factorial de la personalidad de Cattell*. Obtenido de Academia: <http://www.ibesinvestigacion.com/wp-content/uploads/2013/03/80.-Teor%C3%ADa-de-la-personalidad-de-CatellG.-Adan.-UIB.-mar131.pdf>
- Agüera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, S.A.
- Alvarez, M., & González, M. (2018). *Medición del impacto psicológico en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico*. España: El sevier.
- Antuña, S., Elena, G., González, A., Secades, R., Errasti, J., & Curto, J. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 30-34. Obtenido de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27477/1/Psicothema.2000.12%28S.2%29.30-34.pdf>
- Aristizábal, L., & Almario, P. (2007). Seudoainhum secundario a tricotilomanía. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Med*, 298-302.
- Association, A. p. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Aviña, J., & Hernández, D. (2014). Piebaldismo, albinismo parcial en cabello y piel. *Revista Cubana de pedriatría*, 86.
- Batista, L. (22 de Enero de 2018). La lepra es motivo de mucha consulta dermatológica. *Diario Libre*.
- Belloso, J., García, B., & De Prado, B. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 73. Obtenido de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15681/15540>
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blanco, H., Rodríguez, J., & Schneider, R. (2010). *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados*. México: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de: https://books.google.com.do/books?id=jtye3Q__EYwC&pg=PA334&dq=tipos+de+afrontamiento&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjF14TLu6viAhXB1lkKHbtmAZUQ6AEIKDAA#v=onepage&q=tipos%20de%20afrontamiento&f=false
- Bologna, J., Schaffer, J., & Cerroni, L. (2018). *Dermatología*. Barcelona: Elsevier.
- Bonet, J. (2016). *Cerebro, emociones y estrés*. Buenos Aires: Argentina S.A.
- Brufau, Martín, Berna, Javier, Redondo, Ramírez, & Limiñana. (2010). *Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis*. Murcia: Anales de psicología.
- Buendía, J., & Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo*. Murcia: Secretaría de publicaciones.
- Butcher, J., Graham, J., Ben-porath, Y., Tellegen, A., Grant, W., & Beverly Kaemmer. (2019). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*. Madrid, España: Tea ediciones. Obtenido de: <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/MMPI-2-Extracto-manual.pdf>

- Cáceres, R. A. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. España: Díaz de Santos.
- Calderon, M. (2018). Ansiedad y depresión como factores asociados al prurito. *Dspace*.
Obtenido de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4266/1/RE_MED.HUMA_MAYT%C3%89.CALDER%C3%93N_ANSIEDAD.Y.DEPRESI%C3%93N_DATOS.PDF
- Carbajo, M. (2011). Historia de la inteligencia en relación a las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 205- 241.
- Carreras, C., Aguirre, G., Rayan, M., Palmeyro, C., Sidras, A., & Kreimer, J. (2013). Dermatitis provocadas por desordenes psiquiátricos. *Dermatología Argentina*, 194-197. Obtenido de:
<http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1029/631>
- Casado, F. (1985). Modelo de afrontamiento de Lazarus. *Equipo de salud mental*. Obtenido de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
- Cassaretto, C., & Valdéz, O. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Pontificia Universidad Católica del Perú*, 46.
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de: Psicología de la PUCP*, 369.
- Cassaretto, M. (2009). *Universidad Nacional mayor de San Marcos*. Obtenido de Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y afrontamiento:
file:///C:/Users/User/Downloads/Cassaretto_bm.pdf
- Cepeda, L. (2008). Ritmo de vida afecta personas productivas. *Hoy Digital*, 1.
- Chica Rosales, L. A., Brea Solís, R. A., Sánchez Henríquez, Y., & Pimentel, M. I. (2014). Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis. *Revista Dominicana de dermatología*, 9-12.
- Cloninger, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Education.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Education. Obtenido de <file:///C:/Users/User/Downloads/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf>
- Colloredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). *Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento*. Bogotá: Psychologia Avances de la Disciplina.
- Contreras, F., Espinosa, J., & Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 131-320.
- Contreras, F., Espinosa, J., & Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*. Obtenido de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165003>
- Corporán, R. (16 de Enero de 2011). Enfermedades de la piel. *Hoy digital*.
- Cubillo, M. (2016). *Guía de utilidad para el diagnóstico y tratamiento de las psicodermatosis*. Salamanca.
- De Lucas, R., & Sendagorta, E. (2009). No todo es dermatitis atópica. *Revista pediátrica atención primaria*, 15.

- Delgado, M., Quincha, M., & Méndez, M. (2003). Valoración de la calidad de vida en pacientes con Psoriasis. *Dermatología Peruana*, 13, 173-183.
- Díaz, L. (2016). Perspectivas de los procesos defensivos a través de tres autores representativos. *Revista internacional*, 52.
- Dirección de Análisis de situación de salud, m. y. (2015). Indicadores básicos de salud en República Dominicana. *Indicadores básicos de salud*, 3-29.
- EUPATI. (2012). Ilustración de los factores de riesgos que influyen en la salud. *Score*, 1. Obtenido de https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/#Factores_de_riesgo_de_tipo_conductual
- EUPATI. (8 de Julio de 2015). *Factores de riesgo en la salud y en la enfermedad*. Obtenido de Academia eropea de pacientes:
<https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>
- Fajre, X. (28 de 1 de 2009). Anorexia y bulimia: Los estragos en la piel. *Clínica Alemana*, 1.
- Fiegueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M., & Estévez, A. (Junio de 2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. *Anales de Psicología*, 67. Obtenido de Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27171>
- Fitzpatrick, T. (2008). *Dermatología en medicina general*. Madrid: Médica panamericana, S.A.
- Fonseca, T., Salcedo, L., & Rocha, D. (2017). Estilos, estrategias de aprendizaje, relación desempeño académico, resultados pruebas 11° en Ciencias Naturales, Colombia. *Revista Espacios*, 9.
- Fuentes, H. (2017). *Estudio epidemiológico de psicodermatosis en el adolescente*. Universidad de Valladolid. Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/31023/1/TFG.-M-M1262.pdf>
- Gallardo, L., Martínez, M., Paredes, E., De Haro, M., Camacho, N., & Velázquez, J. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cancer de mama en pacientes de recién diagnosticado. *Psicoconcolgía*, 88-89. Obtenido de:
<file:///C:/Users/User/Downloads/44919-Texto%20del%20art%C3%ADculo-72785-2-10-20170719.pdf>
- García, R., Cervini, A., & Pierini, A. (2003). Manifestaciones cutáneas de la neurofibromatosis tipo 1. *Actualización de archivos pediátricos*, 127.
- Gardey, A., & Pérez, J. (2012). *Definición de enfermedad*. Recuperado el julio de 2019, de Definición.de: <https://definicion.de/enfermedad/>
- Gómez, M. (11 de Octubre de 2009). Crean fundación de psoriasis. *Listín Diario*.
- González, J., & Ato-Gil, N. (Enero de 2019). Obtenido de Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes:
<file:///C:/Users/User/Downloads/DialnetRelacionDeLosRasgosDePersonalidadYLaActividadFisic-6749054.pdf>
- González, M., & Landero, R. (2003). *Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés*. Monterrey: Ansiedad y estrés.
- Guerra, A. (2007). *Manual y atlas de las enfermedades de la vulva*. Barcelona: Glosa, S.L.

- Guerra, A. (2008). *Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón*. Barcelona: Glosa, D.L.
- Gutiérrez, L., García, M., Arango, V., & Pérez, M. (2012). *Geriatría para el médico familiar*. Distrito federal: El manual moderno, S.S de C.V.
- Hernández, B., Ruíz, C., & Hernández, E. (June de 2015). Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel del mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 554-555. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165792672015000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hernández, I., & Piquero, J. (1995). Menopausia y piel. *Dermatología venezolana*, 5-14.
- Hikari, V. (2016). Estilos de afrontamiento en adultos que padecen de psoriasis. Lima, Peru. Obtenido de <https://docplayer.es/57359047-Estilos-de-afrontamiento-en-adultos-que-padecen-de-psoriasis-en-lima-metropolitana.html>
- Hoy digital. (2018). La psoriasis afecta calidad de vida de quienesla padecen.
- Juárez, K., Rivera, G., Réyes, M., Farcía, J., Bocanegra, V., Guardiola, I., & Altamirano, M. (2017). Alopecia areata. *Actualidad y perspectivas*, 404-405.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Sociedad interamericana de psicología*, 140.
- Librán, C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714306>
- Lluís, J. (2002). *Personalidad: esbozo de una teoría integradora*. Barcelona: Psicothema.
- López, I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de medicina interna*, 49. Obtenido de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 1.
- Luciano, L. (23 de Febrero de 2015). Dermatitis atópica, reflejo de las emociones en la piel. *Hoy digital*.
- Macías, M., Orozco, C., Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*, 123-145.
- Marks, R., & Motley, R. (2012). *Dermatología*. México: El manual moderno.
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of clinical and health psychology*, 359-378.
- Méndez, J., Huerta, J., Bellanti, J., Ovilla, R., & Escobar, A. (2008). *Alergia. Enfermedad multisistémica. Fundamentos básicos y clínicos*. Buenos Aires: Médica panamericana S.A de C.V.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 81-103.
- Moos, R. (2010). *Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos*. Barcelona: Tea Ediciones, S.A.

- Moos, R. (2010). *Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos*. Barcelona: Tea Ediciones, S.A.
- Morey, L. (2019). *TEA Ediciones*. Obtenido de <http://web.teaediciones.com/PAI--INVENTARIO-DE-EVALUACION-DE-LA-PERSONALIDAD.aspx>
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., & Tejerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud*. Avaraca: MonoComp, S.A.
- Noguera, R. (2009). *Manual de pediatría*. Cartago: Corbis.
- Onnis, L. (2016). *Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Gedisa, S.A.
- Peña, A. (2007). *Atlas de dermatología del pie*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- Piquero, J., Koves, E., Alio, A., & Bohorquez, O. (2000). Un ejemplo de acné conglobata, sus implicaciones bio-psico-sociales. *Dermatología venezolana*, 1. Obtenido de: <file:///C:/Users/User/Downloads/395-791-1-SM.pdf>
- Polaino, A., Cabanyes, J., & Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Madrid: Rialp, S.A.
- Quintanilla, B. (2003). *Personalidad madura: temperamento y carácter*. México, D.F.: Publicaciones Cruz O., S.A.
- Ricci, P. (2010). Vulvodinia: Un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 64-76.
- Richardson, M. (2004). *Enciclopedia de la salud*. Barcelona: Amat S.L.
- Robledo, A. (2004). *Psoriasis y autosensibilidad*. Madrid.
- Rumbo, J., & Castellano, E. (2017). Dermatología psicosomática, la relación mente y piel. *Editorial científica*, 17.
- Salazar, M. (2017). *Calidad de vida en las alopecias e influencia de la relación médico paciente*. Barcelona: Area de innovación y desarrollo, S.L.
- Schmidt, Firpo, Oliván, D. C., Casella, Cuenya, Blum, & Pedrón. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, 1-18. Obtenido de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad*. Florida: Cengage learning.
- Seijas, D., & Feuchtman, C. (1997). Factores psiquiátricos y psicológicos. *Revista de Ciencias Médicas*.
- Serón, T., & Calderón, P. (2015). Actualización en psicodermatología. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 42-50. Obtenido de: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/actualizacion_en_psicodermatologia.pdf
- Tapia, A. (2008). *Manual y Atlas de las enfermedades de los genitales del varón*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Torres, A., Velázquez, G., Martínez, A., García, J., Gómez, M., Jasso, L., & Ortiz, D. (Marzo de 2018). Rasgos de Personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina. Durango, México. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.02.002>

- Ulnik, J., Czerlowski, M., & Ubogui, J. (2004). Relación medico-paciente y trabajo interdisciplinario en dermatología. *Archivo Argentino de dermatología*, 233-238. Obtenido de:
- [http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/Arch.%20Argent.%20Dermatol.%2054\(5\)%20233-238%202004c.pdf](http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/Arch.%20Argent.%20Dermatol.%2054(5)%20233-238%202004c.pdf)
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de psicología*, 61-80.
- Uribe, A., Ramos, I., Villamil, I., & Palacio, J. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento e el bienestar psicológico en adolescentes. *Psicogente*, 443.
- Urquijo, S., Andrés, M., Del Valle, M., & Rodríguez, R. (07 de Octubre de 2015). Efecto moderador del sexo en la relación a la personalidad y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 1.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: El servier.
- Vásquez, D. (16 de Febrero de 2009). Acné en la piel y las emociones. *Listín Diario*.
- Villouta, A. R. (17 de Febrero de 2019). Hospital de República Dominicana es el único con medicamento de alto costo para psoriasis. *Diario acento*, pág. 1.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Lozano, F., & Romero, S. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica. *Acta Colombiana de Psicología* (págs. 49-59). Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Weinberg, R., & Gould, D. (2007). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio físico*. España: Editorial Medica panamericana. Obtenido de:
- <https://books.google.com.do/books?id=oKxCxx5g64C&pg=PA286&dq=respuestas+de+afrontamiento+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjFhu2UtpbiAhWnV98KHbIWCxYQ6AEIKDAA#v=onepage&q=respuestas%20de%20afrontamiento%20definicion&f=false>

Anexos

		CRI- A_EDAD	CRI- A_AL_PD	CRI- A_RP_PD	CRI- A_BG_PD	CRI- A_SP_PD	CRI- A_EC_PD	CRI- A_AR_PD	CRI- A_BR_PD	CRI- A_DE_PD
MMPI_EDAD	Correlación de Pearson	-000.202	0000.234	0000.017	-000.336	-000.047	0000.303	0000.099	-000.392	0000.033
	Sig. (bilateral)	0000.367	0000.294	0000.939	0000.126	0000.836	0000.170	0000.660	0000.071	0000.885
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_F_PD	Correlación de Pearson	-000.245	0000.259	0000.130	0000.005	0000.160	0000.148	-000.100	-000.318	0000.068
	Sig. (bilateral)	0000.272	0000.245	0000.565	0000.983	0000.477	0000.512	0000.658	0000.149	0000.764
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_L_PD	Correlación de Pearson	-000.029	0000.365	0000.271	0000.221	0000.103	.460*	-000.026	-000.421	-000.095
	Sig. (bilateral)	0000.899	0000.095	0000.223	0000.324	0000.650	0000.031	0000.909	0000.051	0000.673
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_K_PD	Correlación de Pearson	0000.107	.538**	0000.197	0000.133	0000.096	.446*	0000.053	-000.232	0000.046
	Sig. (bilateral)	0000.637	0000.010	0000.380	0000.554	0000.670	0000.037	0000.814	0000.300	0000.839
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Hs_PD	Correlación de Pearson	-000.216	-000.034	-000.081	-.431*	-000.409	0000.139	0000.009	-000.104	0000.091
	Sig. (bilateral)	0000.334	0000.880	0000.719	0000.045	0000.059	0000.536	0000.967	0000.645	0000.686
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_D_PD	Correlación de Pearson	-000.321	-000.016	-000.218	-000.207	-000.170	0000.080	0000.054	-000.358	0000.021
	Sig. (bilateral)	0000.146	0000.945	0000.329	0000.356	0000.450	0000.723	0000.812	0000.102	0000.925
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Hy_PD	Correlación de Pearson	-000.087	0000.016	-000.016	-000.212	-000.274	0000.205	-000.087	-000.375	0000.090
	Sig. (bilateral)	0000.700	0000.944	0000.942	0000.343	0000.217	0000.361	0000.702	0000.086	0000.692
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Pd_PD	Correlación de Pearson	-000.105	-000.318	-000.027	-000.125	0000.024	-000.065	-000.329	-000.321	-.425*
	Sig. (bilateral)	0000.643	0000.150	0000.906	0000.581	0000.914	0000.772	0000.135	0000.146	0000.048
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Mf_PD	Correlación de Pearson	0000.204	0000.363	.477*	-000.098	-000.059	0000.209	0000.279	-000.045	0000.173
	Sig. (bilateral)	0000.361	0000.096	0000.025	0000.665	0000.794	0000.351	0000.209	0000.842	0000.441
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Pa_PD	Correlación de Pearson	-000.234	0000.060	-000.114	-.588**	-000.243	0000.144	0000.012	0000.021	0000.027
	Sig. (bilateral)	0000.294	0000.791	0000.612	0000.004	0000.276	0000.522	0000.959	0000.928	0000.907
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Pt_PD	Correlación de Pearson	-000.261	-000.227	-000.062	-000.235	-000.061	0000.144	0000.022	-000.099	-000.006
	Sig. (bilateral)	0000.240	0000.309	0000.783	0000.291	0000.786	0000.521	0000.921	0000.661	0000.979
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Sc_PD	Correlación de Pearson	-000.259	-000.039	0000.016	-.487**	-000.162	0000.160	-000.078	-000.148	0000.011
	Sig. (bilateral)	0000.244	0000.863	0000.942	0000.022	0000.472	0000.476	0000.731	0000.511	0000.963
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Ma_PD	Correlación de Pearson	0000.205	-000.255	0000.153	0000.060	0000.113	-000.164	0000.068	.449*	-000.110
	Sig. (bilateral)	0000.361	0000.253	0000.495	0000.791	0000.618	0000.465	0000.763	0000.036	0000.627
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022
MMPI_Si_PD	Correlación de Pearson	-000.289	0000.034	-000.274	-000.274	-000.126	-000.253	0000.001	-000.269	-000.040
	Sig. (bilateral)	0000.192	0000.881	0000.216	0000.217	0000.577	0000.257	0000.996	0000.226	0000.859
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022

Correlación de MMPI-2 y CRI-A

		CRI- A_EDAD	CRI- A_AL_PD	CRI- A_RP_PD	CRI- A_BG_PD	CRI- A_SP_PD	CRI- A_EC_PD	CRI- A_AR_PD	CRI- A_BR_PD	CRI- A_DE_PD
CRI- A_EDAD	Correlación de Pearson	1	0.132	0.376	0.408	0.295	-0.038	0.275	0.257	-0.266
	Sig. (bilateral)		0.559	0.084	0.060	0.183	0.868	0.215	0.247	0.231
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_AL_PD	Correlación de Pearson	0.132	1	.523 [*]	-0.111	0.253	.443 [*]	0.315	-0.025	0.316
	Sig. (bilateral)	0.559		0.013	0.622	0.257	0.039	0.153	0.913	0.152
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_RP_PD	Correlación de Pearson	0.376	.523 [*]	1	0.172	0.370	0.333	0.077	-0.035	-0.134
	Sig. (bilateral)	0.084	0.013		0.444	0.090	0.130	0.732	0.879	0.553
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_BG_PD	Correlación de Pearson	0.408	-0.111	0.172	1	.507 [*]	-0.048	0.132	0.067	-0.356
	Sig. (bilateral)	0.060	0.622	0.444		0.016	0.831	0.559	0.767	0.104
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_SP_PD	Correlación de Pearson	0.295	0.253	0.370	.507 [*]	1	0.034	-0.130	0.135	-0.126
	Sig. (bilateral)	0.183	0.257	0.090	0.016		0.882	0.563	0.549	0.576
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_EC_PD	Correlación de Pearson	-0.038	.443 [*]	0.333	-0.048	0.034	1	.436 [*]	-0.062	0.003
	Sig. (bilateral)	0.868	0.039	0.130	0.831	0.882		0.043	0.783	0.990
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_AR_PD	Correlación de Pearson	0.275	0.315	0.077	0.132	-0.130	.436 [*]	1	0.414	0.273
	Sig. (bilateral)	0.215	0.153	0.732	0.559	0.563	0.043		0.056	0.220
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_BR_PD	Correlación de Pearson	0.257	-0.025	-0.035	0.067	0.135	-0.062	0.414	1	0.339
	Sig. (bilateral)	0.247	0.913	0.879	0.767	0.549	0.783	0.056		0.123
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
CRI- A_DE_PD	Correlación de Pearson	-0.266	0.316	-0.134	-0.356	-0.126	0.003	0.273	0.339	1
	Sig. (bilateral)	0.231	0.152	0.553	0.104	0.576	0.990	0.220	0.123	
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22

Cuadro Correlación entre las variables del CRI-A

		MMPI_EDAD	MMPI_F_PD	MMPI_L_PD	MMPI_K_PD	MMPI_Hs_PD	MMPI_D_PD	MMPI_Hy_PD	MMPI_Pd_PD	MMPI_Mf_PD	MMPI_Pa_PD	MMPI_Pt_PD	MMPI_Sc_PD	MMPI_Ma_PD	MMPI_Si_PI
MMPI_EDAD	Correlación de Pearson	0001	0000.076	0000.129	-000.007	-000.129	0000.042	-000.067	-000.010	0000.314	0000.006	0000.094	0000.288	-000.047	0000.36
	Sig. (bilateral)		0000.737	0000.567	0000.975	0000.567	0000.853	0000.768	0000.965	0000.154	0000.977	0000.679	0000.193	0000.834	0000.09
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_F_PD	Correlación de Pearson	0000.076	0001	-000.095	-000.012	-000.005	0000.103	-000.059	0000.137	-000.160	0000.360	0000.129	0000.293	-000.171	0000.28
	Sig. (bilateral)	0000.737		0000.674	0000.957	0000.981	0000.650	0000.795	0000.542	0000.477	0000.100	0000.566	0000.185	0000.446	0000.20
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_L_PD	Correlación de Pearson	0000.129	-000.095	0001	.809**	0000.010	0000.013	0000.320	-000.003	0000.303	-000.322	-000.148	-000.220	-000.346	-.462
	Sig. (bilateral)	0000.567	0000.674		0000.000	0000.964	0000.955	0000.147	0000.988	0000.170	0000.144	0000.512	0000.325	0000.115	0000.03
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_K_PD	Correlación de Pearson	-000.007	-000.012	.809**	0001	-000.081	-000.102	0000.129	-000.386	0000.189	-000.299	-.468*	-.470*	-.604**	-000.41
	Sig. (bilateral)	0000.975	0000.957	0000.000		0000.720	0000.651	0000.567	0000.076	0000.398	0000.177	0000.028	0000.027	0000.003	0000.05
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Hs_PD	Correlación de Pearson	-000.129	-000.005	0000.010	-000.081	0001	.692**	.644**	.466*	-000.318	.531*	.526*	.602**	0000.022	0000.19
	Sig. (bilateral)	0000.567	0000.981	0000.964	0000.720		0000.000	0000.001	0000.029	0000.149	0000.011	0000.012	0000.003	0000.923	0000.38
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_D_PD	Correlación de Pearson	0000.042	0000.103	0000.013	-000.102	.692**	0001	.478*	0000.372	-000.182	0000.333	.598**	.432*	-000.227	.511
	Sig. (bilateral)	0000.853	0000.650	0000.955	0000.651	0000.000		0000.024	0000.088	0000.417	0000.131	0000.003	0000.045	0000.310	0000.01
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Hy_PD	Correlación de Pearson	-000.067	-000.059	0000.320	0000.129	.644**	.478*	0001	.486*	0000.019	0000.319	.544**	.445*	-000.269	0000.00
	Sig. (bilateral)	0000.768	0000.795	0000.147	0000.567	0000.001	0000.024		0000.022	0000.933	0000.148	0000.009	0000.038	0000.225	0000.98
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Pd_PD	Correlación de Pearson	-000.010	0000.137	-000.003	-000.386	.466*	0000.372	.486*	0001	-000.174	.543**	.695**	.676**	0000.290	0000.17
	Sig. (bilateral)	0000.965	0000.542	0000.988	0000.076	0000.029	0000.088	0000.022		0000.440	0000.009	0000.000	0000.001	0000.190	0000.42
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Mf_PD	Correlación de Pearson	0000.314	-000.160	0000.303	0000.189	-000.318	-000.182	0000.019	-000.174	0001	-000.180	0000.009	-000.111	-000.067	-000.19
	Sig. (bilateral)	0000.154	0000.477	0000.170	0000.398	0000.149	0000.417	0000.933	0000.440		0000.422	0000.969	0000.622	0000.767	0000.37
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Pa_PD	Correlación de Pearson	0000.006	0000.360	-000.322	-000.299	.531*	0000.333	0000.319	.543**	-000.180	0001	.637**	.791**	0000.210	0000.34
	Sig. (bilateral)	0000.977	0000.100	0000.144	0000.177	0000.011	0000.131	0000.148	0000.009	0000.422		0000.001	0000.000	0000.349	0000.11
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Pt_PD	Correlación de Pearson	0000.094	0000.129	-000.148	-.468*	.526*	.598**	.544**	.695**	0000.009	.637**	0001	.827**	0000.291	0000.27
	Sig. (bilateral)	0000.679	0000.566	0000.512	0000.028	0000.012	0000.003	0000.009	0000.000	0000.969	0000.001		0000.000	0000.188	0000.21
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Sc_PD	Correlación de Pearson	0000.288	0000.293	-000.220	-.470*	.602**	.432*	.445*	.676**	-000.111	.791**	.827**	0001	0000.416	0000.37
	Sig. (bilateral)	0000.193	0000.185	0000.325	0000.027	0000.003	0000.045	0000.038	0000.001	0000.622	0000.000	0000.000		0000.054	0000.08
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Ma_PD	Correlación de Pearson	-000.047	-000.171	-000.346	-.604**	0000.022	-000.227	-000.269	0000.290	-000.067	0000.210	0000.291	0000.416	0001	-000.13
	Sig. (bilateral)	0000.834	0000.446	0000.115	0000.003	0000.923	0000.310	0000.225	0000.190	0000.767	0000.349	0000.188	0000.054		0000.56
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002
MMPI_Si_PI	Correlación de Pearson	0000.366	0000.282	-.462*	-000.414	0000.193	.511*	0000.006	0000.178	-000.199	0000.345	0000.277	0000.376	-000.130	000
	Sig. (bilateral)	0000.094	0000.204	0000.030	0000.055	0000.389	0000.015	0000.980	0000.429	0000.374	0000.115	0000.213	0000.085	0000.565	
	N	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	0022	002

Correlación entre variables del MMPI-2



UNPHU

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EVALUACION PSICOLOGICA**

Yo _____, de Cédula de Identidad Personal y Electoral No. _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proceso de evaluación psicológica (entrevists y pruebas psicológicas) que el (la) estudiante de psicología _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador (a), contribuyendo a éste procedimiento académico de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a este proceso de evaluación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Por este medio expreso que, he recibido una explicación clara y completa del (los) tipo (s) y naturaleza de la (s) prueba (s) psicológica (as) que me será (n) administrada (s), así como el propósito por el cual se me somete a este proceso de evaluación psicológica, y la forma en la que serán utilizados los resultados que arroje, los cuales me han explicado, se manejaran con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Por último, certifico mediante nombre y firma más abajo, que he sido informado (a) que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada en las entrevistas y sesiones de evaluación, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Nombre: _____ Firma: _____
Estudiante de Psicología
Documento de identidad _____

Nombre: _____ Firma: _____
Paciente
Documento de identidad _____ edad: _____

Consentimiento informado presentado a los entrevistados

16 de Julio 2019.
Santo Domingo, R.D.

Dr. Victor Pou
Director de Departamento de Comisión de Ética
Instituto de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz
Sus Manos.-
Ciudad.-

Vía: **Dr. Manuel Cochón**

Distinguidos Señores

Por este medio quiséramos primero, agradecerles sus buenos oficios autorizando a las jóvenes estudiantes de término de Psicología Clínica, Kenia Rivera y Laura Rodríguez, matrículas 14-1775 y 11-1348, y después facilitando las colaboraciones de los profesionales del centro para realizar el estudio de investigación científica basado en tests MMPI-II: Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minessota para Adultos, y CRI-A-: Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos, con el tema: **“Rasgos de personalidad y diferentes respuestas de afrontamiento en pacientes con dermatosis, que asisten al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel, Dr. Huberto Bogaert Díaz, em adultos, periodo mayo-agosto 2019”**. El tema fue remozado de acuerdo a las necesidades reales que fuimos encontrando en el proceso de investigación, así como el cambio de las pruebas. Esperamos seguir contando con su compromiso con la ciencia en otras ocasiones futuras.

Las UNPHU, a través de la Escuela de Psicología, ha autorizado a los docentes, Lic. Jesús Peña y Lic. Damarys Vicente, ambos profesionales de la Psicología, para acompañar a las jóvenes en el proceso de asesoramiento, en contenido y metodología, para los fines de lugar, la selección de las pruebas a administrar, así como completar todo el análisis, interpretación y redacción de los resultados y conclusiones, los cuales serán compartidos con ustedes entregándoles un ejemplar del estudio finalizado, después que las chicas presenten su trabajo final.

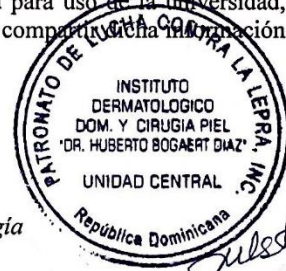
Dicho estudio fue realizado a través del uso de herramientas clínicas y un consentimiento informado, cuya data resultante quedara en estricta confidencialidad para uso de la universidad, quien tiene los derechos del estudio, la cual se reserva la decisión de compartir dicha información con quienes estime pertinente.

Con sentimientos de alta consideración, me despido,

Pat Olga Galán Lauriat
Coordinadora Académica Escuela Psicología

cc.: Escuela de Psicología
Estudiantes

Maibel Ovalles
18/7/19



JVB

Carta presentada en el Instituto Dermatológico y Cirugía De La Piel (IDCP)

10 COSAS QUE SABER SOBRE DERMATOSIS.



1 DERMATOSIS

Término general utilizado para describir cualquier anomalía o lesión en la piel.

2 LA PIEL

Puede ser objeto de expresión de conflictos emocionales.

3 RASGOS DE PERSONALIDAD

Indican la forma de un individuo comportarse constantemente en situaciones distintas.

4 RASGOS PATOLÓGICOS Y RASGOS SALUDABLES

Los rasgos de personalidad considerados saludables proporcionan al individuo cierta armonía interna y los rasgos patológicos son aquellos que caracterizan a un individuo como rígido e inconformes.

5 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Son esfuerzos que los seres humanos hacen para solucionar problemas y obstáculos de la vida.

6 EN REPÚBLICA DOMINICANA

Las enfermedades infecciosas son dadas por condiciones climáticas, el calor, la humedad, ropa inapropiada y el estilo de vida que llevan las personas favorecen al desarrollo de dichas enfermedades.

7 SABIAS QUE?

Los pacientes con dermatosis utilizan respuestas de afrontamiento específicas y en su mayoría cuentan con una buena red de apoyo familiar.

8 PSICOEDUCACION

Consiste en brindarle al paciente información básica y concisa, así como la disminución de mitos y creencias que puedan alterar el bienestar del paciente.

9 SEGÚN AUTORES

Existe relación entre los rasgos de personalidad y las respuestas de afrontamiento.

10 DATOS

Una investigación reciente evidencia que las personas responden a una situación mayormente dependiendo de su personalidad.



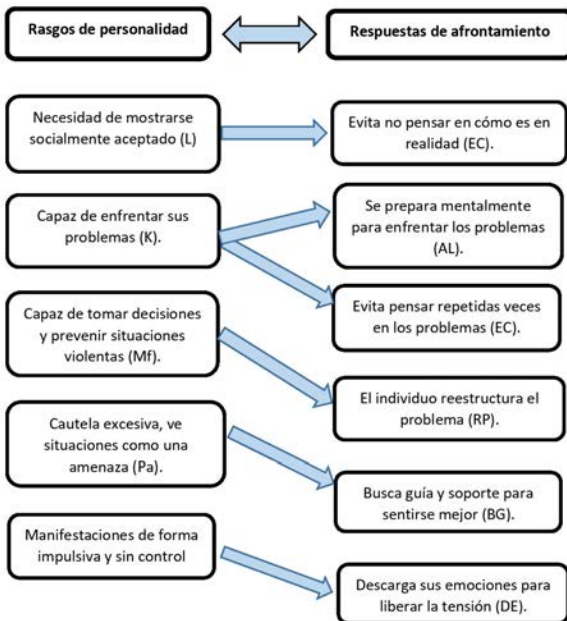
Datos estadísticos de la correlación entre rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con dermatosis en el Intituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP) Abril - Agosto 2019.

CRI-A						
MMPI-2	Análisis lógico	Reevaluación positiva	Búsqueda de guía y soporte	Evitación cognitiva	Búsqueda de recompensas alternativas	Descarga emocional
Alteraciones de respuestas	0.259	0.271	0.221	.460**	-0.421	-0.095
Reconocimiento de problemas propios	.538**	0.197	0.133	.446**	-0.232	0.046
Hipocondriasis	-0.034	-0.081	-.431**	0.139	-0.1.4	0.091
Desviaciones psicopáticas	-0.318	-0.027	-0.125	-0.065	-0.321	-.425**
Características masculinas y femeninas	0.363	.477**	-0.098	0.209	-0.045	0.173
Paranoia	0.060	-0.114	-.588**	0.144	0.021	0.027
Esquizofrenia	-0.039	0.016	-.487**	-0.078	-0.148	0.011
Hipomanía	-0.255	0.153	0.060	-0.164	.449**	.0110

Se utilizaron el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) y el coeficiente de Correlación de Pearson. (los números sombreados en rojo evidencian la correlación entre las variables).



Interpretación de la correlación entre rasgos de personalidad y respuestas de afrontamiento.



HOJA DE FIRMAS

Laura C. Rodríguez Martínez

Sustentante

Kenia M. Rivera Sánchez

Sustentante

Damaris Vicente

Asesora

Pat Galán Laureano

Jurado

Julia Garcés

Jurado

Nicole Troncoso

Jurado

Adrian D' Oleo

Directora de Psicología