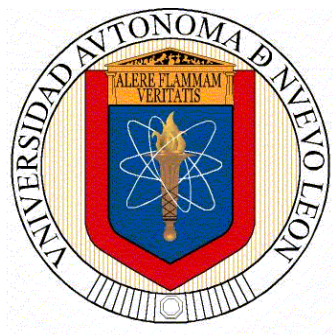


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**CALIDAD DE VIDA, AUTOESTIMA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VITÍLIGO**

**PRESENTADA POR:**

**CARLOS ANTONIO RODRIGUEZ AGUIRRE**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRIA EN CIENCIAS  
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, MARZO DE 2023**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**SUBDIRECCION DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**CALIDAD DE VIDA, AUTOESTIMA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VITÍLIGO**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA  
EN CIENCIAS**

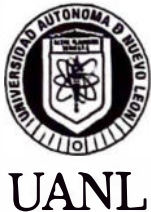
**PRESENTA:**

**CARLOS ANTONIO RODRIGUEZ AGUIRRE**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**CECILIA MEZA PEÑA**

MONTERREY, N. L., MEXICO, MARZO DE 2023



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Subdirección de Posgrado

**COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRÍAS  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UANL**

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes para comunicarles que después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado "CALIDAD DE VIDA, AUTOESTIMA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VITILIGO"

presentado por Carlos Antonio Rodríguez Aguirre egresado (a) en el período escolar 2021-2022 de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud.  
Lo consideramos **ACEPTADO** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a su órdenes.

Cecilia Meza Peña  
NOMBRE DEL DIRECTOR  
Núm. de empleado: 092931

[Firma] - 08/11/22  
FIRMA                      FECHA

Javier Álvarez Bermúdez  
NOMBRE DEL REVISOR I  
Núm. de empleado: 08560

[Firma]                      08/11/22  
FIRMA                      FECHA  
Revisor externo: Sí  No

José Moral de la Rubia  
NOMBRE DEL REVISOR II  
Núm. de empleado: 092272

[Firma]                      08/11/2022  
FIRMA                      FECHA  
Revisor externo: Sí  No

bvf.\*



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**SUBDIRECCION DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La presente tesis titulada “Calidad de vida, autoestima y rasgos de personalidad en pacientes con diagnóstico de vitíligo” presentada por Carlos Antonio Rodríguez Aguirre ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Cecilia Meza Peña  
Director de tesis

---

Dr. Javier Álvarez Bermúdez  
Revisor de tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor de tesis

MONTERREY, N. L., MEXICO, MARZO DE 2023

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, por las oportunidades que me ha brindado, y a mi familia, por su apoyo, motivación y amor incondicional.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a quienes han contribuido al desarrollo y conclusión del presente proyecto:

Primeramente, agradezco la disposición y participación a cada una de las personas que aceptaron formar parte del proyecto en la etapa de recolección de datos, ya que sin ellos no sería posible realizarlo.

Agradezco al CONACYT por el apoyo económico brindado al otorgarme la beca para la realización de mis estudios.

Muchas gracias a todos los profesores y el cuerpo académico de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud, quienes durante los dos años me ayudaron a concluir mis objetivos de estudio y a expandir mis conocimientos en esta área.

A mi directora de tesis la Dra. Cecilia Meza Peña por confiar en mí y aceptarme como su tesista y becario. Gracias por las enseñanzas, consejos y anécdotas. Por su disposición a guiarme en el inicio, desarrollo y conclusión del presente trabajo. Siempre voy a valorar el tiempo en el que colaboramos.

También agradezco a mis revisores el Dr. Javier Álvarez Bermúdez y el Dr. José Moral de la Rubia por su disposición a revisar el proyecto y por sugerir las correcciones pertinentes. Su apoyo, guía y retroalimentación hicieron que el presente trabajo sea de mayor calidad.

Finalmente, agradezco infinitamente a mis padres Juan Carlos y Yaneth, y a mi hermana Cynthia, quienes desde la distancia sé que me han apoyado siempre. Sin duda no podría concluir este capítulo de mi vida de no ser por toda la motivación, consejos y palabras sabias que me brindan día con día.

## RESUMEN

*Objetivo.* Estimar un perfil que permitiera conocer el deterioro de la calidad de vida en la población adulta con vitiligo en México a partir de variables sociodemográficas, clínicas, autoestima y rasgos de la personalidad. *Método.* Participaron 359 personas con una media de edad de 37.81 ( $DE=10.03$ ) y un rango de los 18 años a los 75 años. Se aplicó el Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Inventario de Personalidad de los Cinco Factores (BFI). *Resultados.* El 80.8% de la muestra reporta un deterioro de la calidad de vida significativo, el 91.9% percibe un grado de severidad significativo y el 71.9% tiene una autoestima alta. La calidad de vida se correlacionó con la autoestima ( $r_s = -.533, p = .001$ ), la responsabilidad ( $r_s = .143, p = .006$ ) y la severidad percibida ( $r_s = .557, p = .001$ ). En las pruebas comparativas existió significancia en la calidad de vida por estado civil, escolaridad y tipo de vitiligo. *Conclusiones.* El perfil con mayor deterioro de la calidad de vida será en pacientes que no tengan pareja, con menos de 12 años de escolaridad y tipo de vitiligo generalizado o universal. La autoestima será menor en quienes no tengan pareja y con menos de 12 años de escolaridad. La severidad percibida aumentará con el tiempo de diagnóstico ( $>6$  años), vitiligo activo, afectación en la zona genital y con los tipos de vitiligo generalizado o universal.

Palabras clave: Vitiligo, calidad de vida, autoestima, psicodermatología, VitiQoL, México.

## ABSTRACT

*Objective.* To estimate a profile that would allow us to know the quality-of-life impairment in the adult population with vitiligo in Mexico based on sociodemographic and clinical variables, self-esteem and personality traits. *Method.* A total of 359 people from Mexico participated with a mean age of 37.81 ( $SD = 10.03$ ) and the age ranged from 18 to 75 years. The Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) and the Spanish Big Five Inventory (BFI) were applied. *Results.* 80.8% of the sample report significant quality of life impairment, 91.9% perceive a significant degree of severity, and 71.9% have high self-esteem. Quality of life correlated with self-esteem ( $r_s = -.533, p = .001$ ), responsibility ( $r_s = .143, p = .006$ ) and perceived severity ( $r_s = .557, p = .001$ ). In the comparative tests there was significance in quality of life by marital status, education and type of vitiligo. *Conclusions.* The profile with greater quality-of-life impairment will be in patients without a partner, with less than 12 years of schooling and generalized or universal type of vitiligo. Self-esteem will be lower in those without a partner and with less than 12 years of schooling. Perceived severity will increase with disease duration (>6 years), active vitiligo, genital area involvement and with generalized or universal type of vitiligo.

Key words: Vitiligo, quality of life, self-esteem, psychodermatology, VitiQoL, Mexico.



# INDICE

Agradecimientos .....	v
Resumen .....	vi
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCION .....	12
Planteamiento del problema.....	24
Justificación .....	27
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos: .....	30
Hipótesis general.....	31
Hipótesis específicas.....	31
CAPITULO II .....	32
MARCO TEORICO.....	32
1. Vitíligo .....	32
Etiología.....	33
Clasificación .....	35
Tratamiento.....	37
El vitíligo desde la psicología.....	38
2. Calidad de vida.....	41
Calidad de vida relacionada a la salud.....	41
Calidad de vida relacionada a la salud en el vitíligo.....	43
Métodos de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en el vitíligo.....	45
3. Autoestima .....	49
Teorías explicativas .....	50
Autoestima en la salud y en el vitíligo.....	53
Métodos de evaluación de la autoestima .....	54
4. Personalidad .....	56
Teorías de la personalidad .....	57
Precursores de la teoría de los rasgos .....	59
Teoría de los Cinco Grandes de la Personalidad .....	62
Personalidad y salud .....	67
Métodos de evaluación de la personalidad .....	70
Los rasgos de la personalidad en el vitíligo.....	72

CAPITULO III.....	73
METODO.....	73
Participantes .....	73
Criterios de inclusión: .....	74
Criterios de exclusión: .....	74
Instrumentos.....	74
Procedimiento .....	76
Análisis de datos .....	77
Consideraciones éticas .....	79
CAPITULO IV.....	80
RESULTADOS.....	80
Descripción de la muestra .....	80
Análisis de confiabilidad.....	89
Pruebas de bondad de ajuste .....	90
Análisis descriptivo de las variables .....	90
Severidad percibida.....	93
Correlaciones .....	96
Diferencias entre grupos .....	98
CAPITULO V.....	105
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	105
Discusión.....	105
Limitaciones.....	114
Recomendaciones.....	115
Conclusión .....	117
REFERENCIAS.....	119
ANEXOS .....	138

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b>	Caracterización de la muestra .....	81
<b>Tabla 2</b>	Caracterización de la muestra respecto al COVID-19.....	82
<b>Tabla 3</b>	Porcentajes y frecuencias de la muestra respecto al vitíligo.....	83
<b>Tabla 4</b>	Estadísticos de confiabilidad de las escalas para medición de las variables.....	89
<b>Tabla 5</b>	Pruebas de normalidad.....	90
<b>Tabla 6</b>	Medias y desviaciones típicas de las variables .....	91
<b>Tabla 7</b>	Frecuencias y porcentajes de deterioro en la calidad de vida en personas con vitíligo.	91
<b>Tabla 8</b>	Frecuencias y porcentajes de los niveles de autoestima .....	91
<b>Tabla 9</b>	Frecuencias y porcentajes de los niveles de los cinco rasgos de la personalidad.....	92
<b>Tabla 10</b>	Medias de los 15 ítems del VitiQoL y de la severidad percibida .....	93
<b>Tabla 11</b>	Frecuencias y porcentajes de los niveles de severidad percibida .....	94
<b>Tabla 12</b>	Niveles de severidad percibida en comparación por ítems 13, 15, 1, 10 y 7.....	95
<b>Tabla 13</b>	Correlaciones de calidad de vida con variables psicológicas y sociodemográficas ....	96
<b>Tabla 14</b>	Correlaciones de autoestima con variables psicológicas y sociodemográficas .....	97
<b>Tabla 15</b>	Diferencias por sexo en cada una de las variables psicológicas .....	98
<b>Tabla 16</b>	Diferencias de las variables psicológicas por variables sociodemográficas .....	99
<b>Tabla 17</b>	Diferencias significativas de las variables psicológicas por variables clínicas .....	100
<b>Tabla 18</b>	Diferencias significativas de las variables psicológicas por tipos de vitíligo.....	101
<b>Tabla 19</b>	Niveles de calidad de vida por niveles de autoestima.....	102
<b>Tabla 20</b>	Niveles de calidad de vida por niveles de severidad percibida.....	103
<b>Tabla 21</b>	Niveles de autoestima por niveles de severidad percibida.....	104

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b>	Gráfico de pastel del tiempo de diagnóstico de vitíligo en la muestra total.....	84
<b>Figura 2</b>	Histograma del tiempo de diagnóstico de vitíligo por grupos de sexo .....	84
<b>Figura 3</b>	Gráfico de pastel de los participantes con vitíligo activo en la muestra total .....	85
<b>Figura 4</b>	Histograma del porcentaje de participantes con vitíligo activo por grupos de sexo ....	85
<b>Figura 5</b>	Gráfico de pastel de los participantes que reciben tratamiento para el vitíligo.....	86
<b>Figura 6</b>	Histograma del porcentaje de participantes que reciben tratamiento para el vitíligo por grupos de sexo.....	86
<b>Figura 7</b>	Porcentajes del tipo de vitíligo en la muestra total.....	87
<b>Figura 8</b>	Histograma del tipo de vitíligo por grupos de sexo.....	87
<b>Figura 9</b>	Gráfico de pastel de los participantes con vitíligo en la zona genital .....	88
<b>Figura 10</b>	Histograma de los participantes con vitíligo en la zona genital por grupos de sexo..	88

# CAPITULO I

## *INTRODUCCION*

El vitíligo es una enfermedad crónica de la piel en la cual hay una pérdida del color natural (pigmento) de zonas de la piel. El resultado es la aparición de parches blancos y desiguales que no tienen pigmento, pero se sienten como piel normal (National Institutes of Health [NIH], 2019). En el mundo, tiene una prevalencia del 0.5% al 2%. Por lo tanto, se estima que afecta a varios cientos de millones de personas globalmente (Aboul-Fettouh y Pandya, 2018).

Los factores sociodemográficos estudiados indican que no hay diferencia significativa en su manifestación por sexo, aunque son las mujeres quienes acuden más a la consulta médica. También, hay una afectación por igual sin importar raza, grupo étnico, nivel socioeconómico, y puede presentarse a cualquier edad, no obstante, el 80% de los casos se presentan antes de los 30 años (Gianfaldoni y Lotti, 2019; Grimes, 2017).

En México el vitíligo ocupa entre el tercer y quinto lugar entre todas las enfermedades de la piel, es decir, cuenta con una prevalencia de 3 a 5% del total. Predomina en las mujeres, es raro que sea hereditario y que se presente en el lactante, así como que inicie después de los 50 años (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2011). En comparación a otras enfermedades crónicas de la piel en el país, el vitíligo cuenta con una mayor prevalencia que la psoriasis (IMSS, 2013a), la alopecia areata (IMSS, 2013b) y la dermatitis atópica (IMSS, 2014), las cuales se presentan en un 2%, 1.7% y 1-3% de la población respectivamente.

A pesar de los avances en el entendimiento de esta enfermedad cutánea, su etiología y tratamiento siguen siendo difíciles de determinar; además, aún no existe una cura definitiva

(Ezzedine et al., 2016). Similar a otras enfermedades crónicas, hay fuerte evidencia que sugiere que el vitíligo es el resultado de una combinación de susceptibilidades genéticas, factores ambientales e individuales (Manga et al., 2016; Silverberg y Silverberg, 2015).

Enfatizando los factores personales, la psicodermatología surge como necesidad de estudiar y entender la relación de las enfermedades de la piel, variables psicológicas y trastornos psiquiátricos. Actualmente se destaca la relación entre la psique y la piel, donde factores individuales influyen en la etiología, manifestación y afrontamiento a la enfermedad, tales como: rasgos de la personalidad, estrés psicológico, estrategias de afrontamiento al estrés, autoestima, factores emocionales negativos, trastornos psiquiátricos, distorsiones cognitivas, y, actitudes y creencias personales en las enfermedades de la piel (Goldin, 2021; Sharma y Bhatia, 2017).

El vitíligo puede desencadenarse por antecedentes psicosociales estresantes como la muerte de un ser querido, problemas familiares, financieros, etc. (Silverberg y Silverberg, 2015). Sin importar la severidad de la enfermedad, el mal manejo de estas situaciones estresantes a nivel individual y los malestares físicos que conlleva tendrán como consecuencia un bienestar psicosocial afectado y algún grado de devastación emocional, lo cual empeorará la situación actual del paciente y su calidad de vida (Simons et al., 2020).

Especialistas en dermatología del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aseguran que el vitíligo afecta cada vez a más personas en el país. Además, es frecuentemente relacionada con enfermedades como diabetes, artritis, anemia y problemas de tiroides. Quienes padecen la enfermedad frecuentemente sufren de discriminación debido al desconocimiento de las personas que asumen que es una enfermedad altamente contagiosa, por lo cual hay rechazo, menos oportunidades laborales y estigmatización (López, 2014).

Los estudios sobre las características clínicas y epidemiológicas en el país son escasos, sin embargo, destaca la investigación realizada en Monterrey por Salinas-Santander et al. (2014) con el objetivo de describir dichas características de los pacientes con vitiligo en la región noreste de México. Participaron 198 pacientes (104 mujeres y 94 hombres) con una edad media de 41.5 años. La media de la edad de inicio de la enfermedad fue a los 26.4 años y la media de los años de evolución fue de 15.1 años. Respecto a los tipos de vitiligo, las frecuencias para el tipo focal, segmentario, vulgar y universal fueron de 18 (9.1%), 1 (0.5%), 176 (89.4%) y 3 (1.5%). Además, el 48.5% se encontraba con una aparición de manchas activa y el 51.5% se mantenía estable. Destaca que el 49.9% de la muestra contaba con un antecedente familiar de vitiligo, el 73.2% registró algún tipo de estresor que desencadenó la dermatosis (vivencia familiar o ambiental) y respecto a las comorbilidades, las enfermedades asociadas con mayor frecuencia fueron las alteraciones tiroideas (22.2%).

Debido a las problemáticas psicológicas, sociales y comorbilidades físicas que conlleva, aunque no es una enfermedad que físicamente ponga en peligro la vida del paciente, es una enfermedad que alterará su calidad de vida de forma significativa (Seneschal et al., 2019). A excepción de los pacientes que tienen casi toda la piel de su cuerpo afectada (es decir, su color de piel ha cambiado en casi su totalidad), la calidad de vida es peor cuando la enfermedad es más severa (Hedayat et al., 2016).

La literatura indica que el efecto negativo en el bienestar emocional, psicosocial y en la calidad de vida es debido a los problemas que conlleva, como baja autoestima, depresión, ansiedad, estrés, vergüenza, infelicidad, desesperanza, aislamiento social, estigma social, dificultades para conseguir empleo, dificultades para encontrar pareja y efectos negativos en las relaciones sexuales (Ahmed et al., 2018; Hamidizadeh et al., 2020; Pun et al., 2021).

Se conoce que hay una afectación intensa en las personas que padecen la enfermedad, donde los impedimentos en la calidad de vida varían dependiendo del área afectada del cuerpo, el color de piel, el género, y otras características demográficas y clínicas (Amer y Gao, 2016). Una investigación realizada en 1123 pacientes coreanos sobre el deterioro de la calidad de vida por síntomas, funcionamiento, y emociones, encontró que el 65% de las personas sufre un deterioro moderado y el 46% un deterioro severo. Por lo tanto, el vitíligo es mucho más que sólo un problema estético, ya que más de un tercio de los pacientes fueron afectados emocionalmente, a pesar de que las zonas con vitíligo no fueran visibles a simple vista (Bae et al., 2018).

Un metaanálisis de 21 estudios realizado por Amer y Gao (2016) en cuanto a las diferencias por sexo y el impacto en la calidad de vida reveló que, en 10 estudios, las mujeres experimentaron un deterioro mayor que los hombres, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos, lo cual podría deberse a la mayor preocupación por la apariencia y el posible impacto a futuro en su estado civil. Sin embargo, en los 11 estudios restantes, no hubo diferencias significativas por sexo. Por otro lado, Sawant et al. (2019) reportan un 97% de deterioro de la calidad de vida en su muestra, y tanto hombres como mujeres se encontraron en los niveles alto y extremadamente alto de deterioro, es decir, no se encontraron diferencias significativas por sexo.

Respecto a la forma en que se deteriora la calidad de vida en comparación con otras enfermedades de la piel, Jaiswal et al. (2016) llevaron a cabo un estudio comparativo entre pacientes con vitíligo y pacientes con melasma. El 70% de los pacientes con vitíligo perciben a la enfermedad como un problema mayor en comparación a pacientes con melasma, ya que indican sufrir un mayor estigma social. También, los pacientes con vitíligo cambiaron de médico más frecuentemente, dando razones como una respuesta lenta en el tratamiento, falta de paciencia a los



médicos y una alta frustración ante la enfermedad; por otro lado, su calidad de vida fue peor que los de melasma y significativamente peor en las pacientes mujeres que en los hombres.

Otro estudio realizado en España comparó la calidad de vida relacionada con la salud en las poblaciones albina, con vitíligo y sin patología cutánea. Se concluyó que la población con vitíligo era la más afectada entre los tres grupos de estudio (Vila y Rioja, 2017). Además, en una revisión bibliográfica realizada por Tomas-Aragones y Marron (2016), se concluye que debido a la desfiguración estética que experimentan los pacientes con vitíligo, al igual que en otras enfermedades de piel como acné y psoriasis, existe un claro deterioro psicosocial, que frecuentemente incluye depresión, ansiedad, sentimientos de estigmatización e ideas de autolesión.

En Colombia, se evaluaron 110 pacientes mayores de 18 años donde el nivel educativo fue el único factor asociado a la calidad de vida, donde mientras más alto era, se mostraba menor deterioro. La posible explicación es que a mayor educación el pensamiento de los pacientes sobre la enfermedad se volverá más racional. No se encontraron diferencias significativas por la localización del vitíligo, edad de aparición, ni por extensión de lesiones, y el 71% de la muestra reportó deterioro leve en la calidad de vida. Esto se podría atribuir a que la superficie cutánea afectada en la mayoría de los participantes era menor de 10% (Laverde-Walter et al., 2020).

En Tailandia se llevó a cabo un estudio en 104 pacientes sobre la calidad de vida y su relación con la depresión. La aparición de manchas en los últimos tres meses, la enfermedad activa, la piel oscura y las zonas afectadas en la extremidad superior del cuerpo tuvieron efectos adversos significativos en la calidad de vida. Los pacientes con vitíligo que tenían empleo y que desarrollaron manchas recientemente tuvieron una probabilidad mayor de estar deprimidos (Silparacha et al., 2020).

En Nepal se llevó a cabo una investigación sobre el impacto de la enfermedad en la calidad de vida y el bienestar psicosocial. Los hallazgos revelaron que no existió un impacto significativo en la calidad de vida. Respecto a su condición y el bienestar psicosocial, la mayoría de los pacientes reportaron sentirse preocupados, infelices, experimentaron estigma social, tenían dificultades para encontrar una pareja, creían en mitos o supersticiones sobre el vitíligo y no recibían un asesoramiento adecuado por parte del personal de atención médica (Pun et al., 2021).

Por otro lado, cuando aparecen manchas de vitíligo en la zona genital, se convierten en un factor de riesgo significativo que afecta a la calidad de vida psicosexual. Cuando hay presencia de manchas en las zonas genitales a menudo evitan informar a los médicos por vergüenza o por estigmatización de que esto podría estar relacionado con una enfermedad de transmisión sexual (Cupertino et al., 2017). Sarhan et al. (2016), encontraron que el 82% de las mujeres con vitíligo mostraron una disfunción sexual. Además, las mujeres con vitíligo genital presentan un mayor deterioro en la disminución del deseo y la excitación, dificultad para lubricar y para tener un orgasmo, así como un aumento del dolor y una disminución de la satisfacción sexual general en comparación a las mujeres con vitíligo sin afectación en zona genital y el grupo control.

Respecto a los estudios sobre la calidad de vida en México son escasos los realizados en este tipo de población. Sin embargo, destaca como antecedente la investigación de Hernández (2012) con el objetivo de evaluar el índice de calidad de vida en 130 pacientes (54 hombres y 76 mujeres) de la Ciudad de México. Se aplicó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI]) el cual es un instrumento genérico de la calidad de vida. Destacan dentro de las características clínicas y demográficas que el 50.8% no contaba con tratamiento formal, el tiempo de portar vitíligo se clasificó en menor a un año, de 1 a 10 años y mayor a 10 años con porcentajes de 11.5%, 56.9% y 31.5% respectivamente. Como resultados

sobre la calidad de vida el 32.3% reportó buena calidad de vida, el 34.6% calidad de vida satisfactoria, el 21.5% calidad de vida insatisfactoria y el 11.5% mala calidad de vida. En cuanto al tipo de vitíligo, el 85% de la muestra mostró un patrón segmentario y acrofacial, y dentro de quienes presentaban este último, el 100% reportó una calidad de vida insatisfactoria.

Por otro lado, Sánchez (2014) realiza un estudio para evaluar la calidad de vida no de los pacientes con vitíligo, sino de la familia de los pacientes, para lo cual se utilizó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología Familiar (Family Dermatology Life Quality Index [FDLQI]). Participaron 50 entrevistados, de los cuales 24% eran hombres y el 76% fueron mujeres, con una media de edad de 35 años y un rango de 22 a 53 años. La relación que se reportó con el enfermo como cuidador primario fue de 64% como cónyuge, 18% madre, 10% hijos y 8% padre. Como resultados por área, se encontró que solo un 10% reportó una afectación del bienestar físico, el 64% mostraba algún grado de afectación de las relaciones personales y el 84% se encuentra afectado en la esfera psicológica. En cuanto a la puntuación total del FDLQI el 4% no se perciben afectados en la calidad de vida familiar, el 40% tiene una afectación mínima, el 40% afectación moderada y el 16% una afectación severa.

Díaz (2019) realizó un estudio en población infantil y adolescente para determinar la calidad de vida de acuerdo con el porcentaje de superficie corporal afectada y los tipos de vitíligo. Participaron 223 pacientes, 120 mujeres y 102 hombres entre los 5 y 17 años, con una media de edad de 9.86. La edad de inicio se reportó en su mayoría antes de los diez años de vida, teniendo como media 7.12 años. El tipo de vitíligo más frecuente fue el no segmentario (49.3%), seguido de los tipos segmentario (45.7%), acrofacial (4%) y generalizado (0.9%). Para medir la variable se utilizó el Índice de Calidad de Vida en Dermatología para Niños (Children's Dermatology Life Quality Index [CDLQI]), obteniendo como resultados que el 22.9% no manifestó efecto de

deterioro, el 50.7% efecto pequeño, el 19.3% efecto moderado, el 4.9% efecto grave y el 2.2% efecto extremadamente grave de deterioro de la calidad de vida. Además, se encontró que a mayor superficie corporal afectada existía un mayor impacto en la calidad de vida.

El estudio más reciente sobre calidad de vida en adultos mexicanos es el realizado por Morales-Sánchez et al. (2017) con el objetivo de determinar la calidad de vida de 150 pacientes con vitíligo de la Ciudad de México. Como instrumento específico de la calidad de vida se aplicó el Instrumento de calidad de vida específico para el vitíligo (Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument [VitiQoL]) mismo que se adapta y valida transculturalmente en el mismo estudio. Descubrieron que el deterioro fue mínimo, aunque esto se puede deber a que la superficie corporal afectada era de apenas 2% y el tiempo de evolución fue de solo 3 años. Los pacientes con afectación de genitales reportaron un deterioro mayor en la calidad de vida que aquellos sin vitíligo en esa zona corporal. También, existió una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, reportando casos de depresión en un 34% y de ansiedad en un 60% más que la población normal.

Otra variable que también juega un papel importante en el impacto y el afrontamiento psicosocial en quienes padecen vitíligo es la autoestima. Grimes y Gohara (2018) mencionan que “la autoestima es un poderoso rasgo de la sociedad que influye en nuestra felicidad y satisfacción en la vida. Se trata de cómo nos vemos a nosotros mismos, cómo nos valoramos y nuestras actitudes hacia el yo. Este constructo puede ser positivo o negativo. Sin duda, la autoestima está íntimamente relacionada con la apariencia y la imagen corporal”. Por lo tanto, sea visible o no, una alteración de la piel puede tener un efecto destructivo en la autoestima. Sharma y Bhatia (2017) indican que la desfiguración cosmética debido al vitíligo puede potencialmente llevar a la humillación, una imagen corporal pobre y la pérdida de la autoestima.

Pahwa et al. (2013; citados por Gianfaldoni y Lotti, 2019) indican que la apariencia de la piel en pacientes con vitíligo suele dar lugar a una insatisfacción sobre su apariencia, lo cual, a su vez conduce a una autopercepción negativa de sí mismos. Esto hace que se sientan preocupados, deprimidos y con baja autoestima además de mostrar una baja estabilidad en sus relaciones sentimentales y mostrar una tendencia a evitar la actividad sexual. Este hecho puede explicarse tanto por la baja autoestima de los pacientes como por la discriminación de su pareja.

Por lo anterior, no hay que subestimar la gravedad y la prevalencia de los problemas psicológicos resultantes de una enfermedad de la piel. Se ha encontrado consistentemente que el 25% de las personas con enfermedades cutáneas experimentan problemas importantes en varias áreas clave de su vida. Por ejemplo, uno de los aspectos que más preocuparon a 729 encuestados en el Reino Unido respecto a su enfermedad de piel fue la pérdida de confianza en sí mismos, lo cual es un claro indicador de un deterioro y niveles bajos de la autoestima (Rumsey, 2018).

Zhang et al. (2019) llevaron a cabo un análisis de 69 estudios realizados desde el año 2009 al año 2018 en búsqueda de factores explicativos (demográficos, sociales, psicológicos) de los pacientes que mostraron adaptación o desadaptación psicosocial a los impactos de las enfermedades de la piel. Entre los factores psicológicos desadaptativos en general, se encontraron la ansiedad, depresión, autoestima, imagen corporal, estigma e ideación suicida. Además, específicamente en el vitíligo, la adaptación psicosocial de los pacientes era afectada de forma significativa por los niveles de autoestima.

Seneschal et al. (2019) mencionan que las experiencias del vitíligo negativas en la infancia pueden influenciar la etapa adulta. Por lo tanto, es importante evaluar tan pronto como sea posible de qué forma los niños afrontan la enfermedad para que se hagan planes apropiados de tratamiento

y que la adaptación a la enfermedad sea la más adecuada. También, Bottesi et al. (2020) encontraron que, entre los pacientes con afectación cutánea importante, cuanto mayor es el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales, más se deteriora la calidad de vida, el malestar psicológico y la autoestima. Estos individuos pueden beneficiarse del asesoramiento psicológico y de los tratamientos de habilidades de afrontamiento con el objetivo de mejorar la autoeficacia percibida y aprender estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Porter et al. (1979; citados por Sharma et al., 2018) demostraron que los pacientes con vitíligo que tienen una autoestima más alta cuentan con estrategias de afrontamiento más adecuadas ante su desfiguración (estrategias de aceptación) que un grupo control emparejado sin el trastorno, y quienes lo afrontan de forma inadecuada (estrategias depresivas), tienen una autoestima significativamente más baja. Esto sugiere que las respuestas a las enfermedades desfigurantes, como las estrategias adaptativas o desadaptativas, consecuentemente se reflejan en una mejor o peor autoestima.

Un estudio realizado en Turquía comparó a 64 pacientes con vitíligo y un grupo control de 87 personas con las mismas características sociodemográficas. La comparación de la calidad de vida, la autoestima y la imagen corporal entre los grupos de vitíligo y de control demostró que los pacientes con vitíligo tenían una calidad de vida significativamente inferior, una menor autoestima y una peor imagen corporal (Gül et al., 2017). Opuesto a lo anterior, Sharma et al. (2018) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con vitíligo y el grupo control en la disminución de la autoestima y la calidad de vida.

Es importante mencionar que la correlación de las enfermedades crónicas de la piel y su impacto en el área psicosocial de los pacientes no siempre se debe a una condición médica o

biológica objetiva y tangible, sino a los rasgos de la personalidad de los pacientes, presentándose variaciones entre las diferentes condiciones de la piel al aumentar los síntomas o desarrollándose después como respuesta a la enfermedad cutánea (Arffa et al., 2020). Se ha encontrado que el neuroticismo y la amabilidad influyen significativamente la percepción de la imagen corporal y la autoconciencia de la apariencia (da Silva Mendes et al., 2016). La preocupación, pesimismo, fatigabilidad, miedo a la incertidumbre, timidez y evitación del daño han sido mayores en personas con acné severo (Altunisik et al., 2020).

Arffa et al. (2020) mencionan que, en la dermatitis atópica, aquellos con mayor grado de conciencia mostraron una enfermedad menos grave, y quienes desarrollaron la enfermedad durante la infancia mostraron niveles más altos de amabilidad y apertura en la edad adulta. Los pacientes con psoriasis mostraron niveles más bajos de extroversión, y una menor amabilidad se asoció con un mayor rascado y un mayor complejo de sí mismos respecto al rascado. Específicamente en el vitíligo, el neuroticismo alto y la extroversión baja se asociaron con una peor calidad de vida. Asimismo, la gravedad percibida de esta enfermedad era explicada mejor por la personalidad del paciente y menos por cuestiones clínicas objetivas.

Kostopoulou et al. (2009) llevaron a cabo una investigación en Francia en 48 pacientes con vitíligo obteniendo resultados que indicaron un deterioro moderado de la enfermedad sobre la calidad de vida. Respecto a la comparación por sexo, las mujeres fueron significativamente más ansiosas y depresivas que los hombres, sin embargo, no existieron diferencias por sexo respecto al autoestima y al deterioro de la calidad de vida. Finalmente, respecto al modelo de regresión múltiple, la severidad percibida y objetiva y los rasgos de la personalidad resultaron ser predictores del deterioro de la calidad de vida relacionada a la salud. La varianza explicativa fue de 18% para

la severidad percibida y la severidad objetiva y de 19% para los rasgos de personalidad, y en este caso, solo fue el rasgo de depresión ya que no entraron en el modelo ni la autoestima ni la ansiedad.

En Grecia, Bonotis et al. (2016) llevaron a cabo un estudio sobre la calidad de vida relacionada al autoestima y rasgos de personalidad en 216 pacientes con vitíligo. Se obtuvo que la calidad de vida fue significativamente afectada. Además, las correlaciones mostraron que, a mayor neuroticismo y menor autoestima, existía mayor deterioro en la calidad de vida relacionada a la salud en la muestra. La extroversión y el psicoticismo no mostraron correlación significativa. Los predictores del deterioro de la calidad de vida fueron el neuroticismo, la autoestima y la severidad percibida de la enfermedad. Finalmente, respecto a las diferencias por sexo, las mujeres reportaron un mayor deterioro en la calidad de vida, además de tener niveles más bajos de autoestima y niveles mayores de neuroticismo que los hombres.

Patel et al. (2019) estudiaron los registros de hospitalizaciones de 11, 573 personas con diagnóstico de vitíligo en Estados Unidos. El objetivo fue examinar la asociación entre la enfermedad y las hospitalizaciones por problemas de salud mental en los pacientes. Se encontró que el vitíligo estaba asociado a trastornos de la salud mental como: ansiedad, esquizofrenia, depresión, riesgo de suicidio, trastornos de la personalidad, TDA/TDAH, trastorno por abuso de sustancias, enfermedades psiquiátricas de la infancia y la adolescencia, trastornos relacionados con el alcohol, trastornos de adaptación, trastornos del desarrollo y trastornos del control de impulsos.

Aunque no fue en población adulta, Ramírez (2007) realizó un estudio en la Ciudad de México con el objetivo de conocer la comorbilidad psiquiátrica en 135 pacientes de 4-17 años con alopecia areata, vitíligo y dermatitis atópica. 37 de ellos cursaban educación preescolar, 39 educación primaria y 59 eran adolescentes. Los pacientes con dermatitis atópica constituyeron el



54% de la muestra, con alopecia areata el 8% y con vitíligo el 24%. Dentro de toda la muestra se presentaron uno o más trastornos psiquiátricos en el 61.5%, y distribuidos por dermatosis, en la dermatitis atópica la comorbilidad fue de 58.6%, en el vitíligo fue del 65.6% y en la alopecia areata del 73%. En el caso del vitíligo, los trastornos más frecuentes fueron de atención en un 50% seguido por ansiedad generalizada y depresión en un 16% cada uno.

La investigación realizada por Ocampo (2006) es de las pocas que existen en México donde se consideren los rasgos de la personalidad en población adulta con vitíligo. Fue un estudio comparativo entre 50 casos clínicos (pacientes con vitíligo) y 50 casos control. Para evaluar los rasgos de la personalidad se utilizó el cuestionario de personalidad de Eysenck, obteniendo como resultado que no existían diferencias clínica ni estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el control, sin embargo, aunque no era significativa, sí existía una tendencia donde los pacientes con vitíligo tuvieron mayores niveles de rasgos neuróticos. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en la presencia de eventos estresantes, depresión, ansiedad y el perfil afectivo. El 68% del grupo de casos clínicos tenía algún grado de depresión, el 80% algún grado de ansiedad, y la escala de perfil afectivo indicó que el grupo clínico mostraba mayor disforia, fatiga, falta de concentración, enojo, tensión y animo depresivo. Por lo anteriormente mencionado, el autor pretende llevar a cabo una investigación que integre las variables de calidad de vida, autoestima y rasgos de personalidad en población adulta con diagnóstico de vitíligo.

### **Planteamiento del problema**

El vitíligo es una enfermedad que se encuentra en todo el mundo. Las tasas más altas de prevalencia se han hallado en la India, México, Jordania, Nigeria, Tailandia y Estados Unidos (Zhang et al., 2016). En un comunicado, la Secretaría de Salud (2016) asegura que, en México, el

vitíligo ocupa entre el tercer y quinto lugar en las enfermedades de piel del país, ya que su porcentaje varía de 3% al 5%. Esto quiere decir que la prevalencia suele ser mayor en comparación al promedio del resto del mundo.

En la literatura existe cierta confusión y contradicción respecto a algunas cuestiones. Por ejemplo, no existe claridad respecto a las diferencias del deterioro de la calidad de vida por sexo. En algunos estudios se reporta esta diferencia implicando que las mujeres se ven más impactadas de forma negativa en su calidad de vida. Sin embargo, existen otros estudios donde no hay diferencias por sexo (Amer y Gao, 2016; Sawant et al., 2019).

Además, en investigaciones correlacionales y donde se realizan modelos de regresión múltiple, se confirma la importancia de los rasgos de la personalidad como predictores de la calidad de vida en el vitíligo. A pesar de esto, no existe un consenso unánime sobre los rasgos más relevantes. Por ejemplo, en el estudio realizado por Kostopoulou et al. (2009) la varianza explicativa de los rasgos de la personalidad en la calidad de vida llega a ser del 19%. Aunque en este estudio, solo la depresión entró en el modelo de regresión. La autoestima, ansiedad y otros rasgos de personalidad no fueron significativos. Esto es contradictorio a lo que encontraron Bonotis et al. (2016), donde en su modelo de regresión múltiple, la autoestima y el neuroticismo fueron los rasgos de personalidad predictores de la calidad de vida relacionada a la salud.

Entendiendo los impactos que el vitíligo tiene a nivel psicosocial y cómo afectan la autoestima y los rasgos de la personalidad a la calidad de vida, además del respectivo ajuste a la enfermedad, es pertinente hacer la distinción de que los efectos que tenga el vitíligo en la población dependerán del sexo, edad, estado civil, escolaridad, etc. ya que cada una de estas características

atribuye a una representación y entendimiento distintos de la enfermedad en la población (Gianfaldoni & Lotti, 2019; Grimes, 2017; Hedayat et al., 2016; Seneschal et al., 2019).

Por lo tanto, surgen preguntas como: ¿Qué características sociodemográficas afectan a las y los mexicanos mayores de 18 años con diagnóstico de vitiligo en su día a día?, ¿Existirán diferencias del deterioro de la calidad de vida por sexo?, ¿El impacto psicosocial y afectación en la calidad de vida serán mayores a los reportados por poblaciones similares de otros países del mundo?, ¿Qué impacto tendrá la enfermedad en la autoestima y niveles de calidad de vida?, ¿Qué factores de personalidad mostrarán relación con el deterioro de la calidad de vida en el vitiligo?, ¿Cuáles serán las variables psicológicas y sociodemográficas que permitan predecir la calidad de vida en el vitiligo?.

Con base en los conocimientos que se tienen sobre las variables del presente estudio, se puede asumir que en la población adulta con diagnóstico de vitiligo la calidad de vida es altamente afectada y la persona ve un deterioro simultáneo que crece o decrece dependiendo del porcentaje de afectación corporal del vitiligo, edad, estado civil, estigmatización social, personalidad, entre otros. Asimismo, dependiendo la gravedad de la enfermedad, la autoestima se verá gravemente disminuida o, al contrario, no se verá afectada dependiendo los factores de personalidad y el afrontamiento adaptativo o desadaptativo que ejerza la persona.

Respecto a estas consideraciones, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿en qué medida los rasgos de personalidad, la autoestima, variables sociodemográficas y clínicas permitirán estimar un perfil del deterioro de la calidad de vida de la población adulta con diagnóstico de vitiligo?

## **Justificación**

La relevancia de realizar un estudio como el presente en México, radica en que las investigaciones existentes en el país abundan más desde las ciencias médicas, epidemiológicas, biológicas y químicas (García, 2003; León, 2010; Ocampo-Candiani et al., 2018), y a pesar de ello, los estudios son bastante escasos. Por ejemplo, los datos respecto a la prevalencia a nivel nacional son pocos y obsoletos (Canizares, 1960), ya que la mayor parte de los valores se obtienen a partir de pacientes que asisten a clínicas dermatológicas, de las principales ciudades metropolitanas y se realiza una extrapolación de los porcentajes de dichas poblaciones al resto del país (Salinas-Santander et al., 2014). Por lo tanto, investigaciones desde la perspectiva de la psicología de la salud son prácticamente inexistentes, y debido a las observaciones expuestas por López (2014) referente a la discriminación, el estigma, el rechazo, las comorbilidades físicas y psicológicas a las que se enfrentan los mexicanos con vitíligo, son necesarios más estudios desde dicha disciplina.

Las investigaciones sobre el impacto del vitíligo en la vida de las personas y consecuentemente en las variables psicológicas, han contribuido a un cambio de paradigma en el entendimiento de la etiología y el tratamiento de la enfermedad al brindar mayor importancia a la influencia que ejerce el aspecto psicosocial de los pacientes en su condición (Goldin, 2021; Grimes y Miller, 2018). Gracias a esto, la comunidad médica a nivel global ha comenzado a cuestionarse si se debieran priorizar los diagnósticos e intervenciones psicológicas como acompañamiento en pacientes con esta enfermedad. Se enfatiza que el vitíligo impacta no solo la salud física, sino la salud mental de los pacientes, y, que la calidad de vida y otras variables psicológicas como la autoestima se ven afectados. Consecuentemente, las variables psicológicas y sus intervenciones no deben ser subestimadas (Gianfaldoni y Lotti, 2019; Taïeb y Meurant, 2018).

De esta premisa partió el presente estudio, que las enfermedades de la piel y su efecto en la mente tienen una relación bidireccional. Es así como la psicodermatología ha surgido como la disciplina que se encarga del estudio de esta relación y que aún no es suficiente el conocimiento que se tiene al respecto (Torales et al., 2020). Por lo tanto, la presente seguirá acrecentando el entendimiento y comprensión de la enfermedad en la comunidad científica, así como a niveles individuales, ya que los participantes del estudio recibirán el beneficio de entender su enfermedad de una forma más extensa y podrá ser utilizada para una mejor adaptación a su enfermedad a niveles psico-socio-emocionales.

Tal y como mencionan Elbuluk y Ezzedine (2017) una de las problemáticas relacionadas con la enfermedad cutánea es que los médicos muchas veces no reconocen el impacto negativo del vitíligo en el ámbito psicosocial, y respecto a las comorbilidades, se toman en cuenta más las de salud física y se minimizan las de salud mental, lo cual imposibilita tratar adecuadamente el sufrimiento de sus pacientes. Al seguir realizando estudios como el presente, se permitirá a los médicos tratar el vitíligo no sólo según la "gravedad clínica" de la enfermedad, sino también por su impacto psicológico. Además, la concientización de los problemas de la calidad de vida en el vitíligo ayudará a que los médicos dejen de verle como una enfermedad médica sin importancia y puramente "cosmética".

Finalmente, respecto a la elección de las variables del estudio, se sabe que una multitud de factores influyen significativamente la calidad de vida en pacientes con vitíligo, pero debido a la escasez de investigaciones en México, se elige a la autoestima y a los rasgos de la personalidad debido a que son variables clásicas dentro de la psicología, y una mejor apreciación de estos factores ayudará al manejo psicosocial de la enfermedad (Bae et al., 2018). Ya se ha observado que una alta autoestima guía al bienestar subjetivo y una mejor adaptación al estrés, por otro lado,

una baja autoestima puede desarrollar características depresivas, de desesperanza e ideación suicida, y específicamente en el vitíligo, se ha demostrado en otros países cómo afecta al autoconcepto y a la imagen corporal de los pacientes (Vijayalakshmi, 2018). También, estudios experimentales han demostrado que ciertos rasgos de la personalidad pueden promover comportamientos que impiden la mejora del vitíligo en los pacientes. Por lo tanto, se requiere mayor análisis sobre qué rasgos de la personalidad influyen en las enfermedades cutáneas y cuál es su función al respecto (Arffa et al., 2020).

Por todo lo anterior, se exponen a continuación una serie de objetivos e hipótesis para llevar a cabo el presente estudio.

## **Objetivo general**

Estimar un perfil que permita conocer el deterioro de la calidad de vida en la población adulta con diagnóstico de vitíligo en México a partir de variables sociodemográficas, clínicas, autoestima y rasgos de la personalidad.

### *Objetivos específicos:*

1. Identificar el nivel de calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de vitíligo.
2. Identificar las tendencias de los factores de la personalidad en los participantes.
3. Identificar los niveles de autoestima en los pacientes con diagnóstico de vitíligo.
4. Evaluar la relación de la calidad de vida con la autoestima, los rasgos de la personalidad y variables sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de vitíligo.
5. Contrastar las diferencias de las variables sociodemográficas en cuanto a calidad de vida, autoestima y rasgos de la personalidad.
6. Contrastar las diferencias de las variables clínicas de la enfermedad en cuanto a calidad de vida, autoestima y rasgos de la personalidad.

## **Hipótesis general**

El deterioro de la calidad de vida en la población adulta con diagnóstico de vitíligo en México será mayor a partir de variables como: ser mujer, mayor edad, no contar con pareja, menor escolaridad, vitíligo generalizado, tiempo de diagnóstico, baja autoestima, alto neuroticismo y baja extroversión.

### *Hipótesis específicas*

1. El deterioro de la calidad de vida percibido por los pacientes será moderado.
2. Los participantes mostrarán tendencias en los factores de personalidad de alto neuroticismo y baja extroversión.
3. Predominará un nivel de autoestima bajo en los pacientes con diagnóstico de vitíligo.
4. El deterioro de la calidad de vida mostrará una correlación negativa con la autoestima, la extroversión y la edad. Por otro lado, una correlación positiva con el neuroticismo.
5. Se encontrarán diferencias significativas al contrastarse los grupos de sexo, edad, estado civil y escolaridad en cuanto a la calidad de vida, la autoestima y los rasgos de personalidad.
6. Se encontrarán diferencias significativas al contrastarse el tiempo de diagnóstico de vitíligo, si es activo, si hay tratamiento, y finalmente, dependiendo el tipo de vitíligo y tiempo de diagnóstico en cuanto a la calidad de vida, la autoestima y los rasgos de personalidad.



## CAPITULO II

### *MARCO TEORICO*

El presente capítulo está dividido en cuatro apartados. Primero se presentan las definiciones del vitíligo, su etiología, tratamiento y cómo se aborda desde la psicología. En el segundo apartado se aborda la variable de la calidad de vida, la calidad de vida relacionada a la salud, en el vitíligo y finalmente, sus métodos de evaluación. El tercer apartado se enfoca en la autoestima, sus teorías explicativas, su relación con la salud relación y el vitíligo, y finalmente, sus métodos de evaluación. Por último, se habla de la personalidad, sus teorías y precursores importantes, su relación con la salud, los métodos de evaluación y los rasgos de la personalidad en el vitíligo.

#### **1. Vitíligo**

Existen diversas teorías sobre el origen de la palabra vitíligo, según Moragón (1983), proviene del latín *vitelius* que significa ternero, ya que las manchas de piel despigmentadas en las personas aluden al color blanco del animal. También se considera que puede provenir del latín *vitium*, que significa mancha o defecto (Vila y Rioja, 2017). Esta enfermedad cutánea puede ser definida como una enfermedad crónica, despigmentante de la piel, de carácter progresivo y adquirido, con etiología desconocida (López, 2000). Por otro lado, Gianfaldoni y Lotti (2019) lo definen como un trastorno pigmentario crónico adquirido, caracterizado por la pérdida progresiva de melanocitos cutáneos y/o una anomalía en su función, lo que da lugar a zonas de la piel hipopigmentadas que se convierten progresivamente en amelanóticas.

Puede aparecer a cualquier edad, generalmente comenzando en la infancia y en la adultez temprana, estimándose que el 50% de los casos adquieren la enfermedad a los 20 años y su

incidencia disminuye conforme aumenta la edad. En México ocupa entre el tercer y quinto lugar entre todas las dermatosis con mayor incidencia siendo un 3 a 5% del total, además de que hay reportes que indican que predomina en la mujer (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011). Sin embargo, a nivel internacional la prevalencia se estima entre el 0.5 a 2%, en su manifestación por sexo se indica que no hay diferencia, ni por raza, grupo étnico, nivel socioeconómico, etcétera (Aboul-Fettouh y Pandya, 2018; Grimes, 2017).

### *Etiología*

La etiología sigue siendo desconocida, aunque se sabe que es multifactorial y existen posibles teorías explicativas sobre la interacción entre factores de orden genético, emocionales e inmunitarios que influyen en la función y supervivencia de los melanocitos (Molé y Coringrato, 2019). Los melanocitos son las células de la epidermis que se encargan de producir melanina, o sea un pigmento oscuro de la piel, el pelo y los ojos. La melanina cuenta con la función de bloquear los rayos ultravioleta del sol evitando así que se dañe el ADN de las células de la piel que son expuestas a la luz y funcionando como barrera de la piel (Perpiñá, 2017).

Siguiendo a Pérez et al. (2007) existen diversas teorías que intentan explicar las causas de la destrucción de los melanocitos:

- *Teoría autoinmunitaria:* Es de las teorías que son de las más aceptadas en la actualidad debido a que se han encontrado autoanticuerpos y células T citotóxicas que se dirigen a la superficie de los melanocitos hasta en un 80% de los enfermos con vitíligo, asociándose a otros procesos autoinmunitarios. Por ejemplo, muestra comorbilidades con enfermedades autoinmunitarias como las tiroideas, la anemia perniciosa, la diabetes mellitus, la enfermedad de Addison, la alopecia areata, el hipoparatiroidismo, entre otros. Se hipotetiza

que la enfermedad podría iniciar al darse un cambio genético en los melanocitos y que los hace más vulnerables y susceptibles al estrés de lo que ya son normalmente. Este estrés provoca la muerte de los melanocitos y permite el lugar a los antígenos que son captados por las células presentadoras (APC). Dichas células migran a los ganglios linfáticos donde generan linfocitos T citotóxicos específicos contra los melanocitos, los cuales son dirigidos a la piel y actúan sobre las células aumentando los síntomas y entrando en un círculo vicioso.

- *Teoría neurotóxica:* En las zonas despigmentadas existe un aumento de ciertas sustancias en las terminaciones nerviosas dérmicas donde se liberan sustancias químicas que son citotóxicas para el melanocito, por ejemplo, los neuropéptidos, catecolaminas o sus metabolitos.
- *Teoría autocitotóxica:* Durante el proceso de melanogénesis se producen ciertas sustancias que resultan tóxicas para los melanocitos. Se hipotetiza que existe un defecto en el mecanismo protector natural frente a estos productos o un fallo en el equilibrio de oxidación y reducción, produciéndose la autodestrucción de las células.
- *Teoría compuesta o combinada:* Se menciona que las anteriores teorías no son mutuamente excluyentes, por lo tanto, la teoría compuesta se forma por elementos de las teorías autoinmune, neurotóxica y autocitotóxica.

Según Gianfaldoni y Lotti (2019) se estima que la mayoría de los casos de esta enfermedad son esporádicos ya que solo el 20% de los pacientes reportan tener un familiar afectado por la misma condición, e inclusive, la incidencia de la concordancia del vitíligo en gemelos monocigóticos es sólo del 23%. Por lo tanto, se destaca la importancia de los factores ambientales

que funcionan como desencadenantes y que pueden estar envueltos en el desarrollo de la enfermedad, tales como:

- Estrés físico: Enfermedad grave, operaciones quirúrgicas, accidentes automovilísticos, etc.
- Infecciones recurrentes y toma repetida de antibióticos.
- Radiación ultravioleta y quemaduras solares.
- Factores químicos: Tioles, fenoles, catecoles, quinonas y sus derivados.
- Factores endocrinos: Embarazo.
- Desnutrición: Hábitos de malnutrición, ingesta de alimentos conservados, rancios y comida chatarra.

### *Clasificación*

Existen diversas formas de clasificar al vitíligo. Pimentel et al. (2002) mencionan cuatro tipos. Cabe mencionar que los tipos segmentario y universal de vitíligo, una vez establecidos, se muestran típicamente estables:

- Vitíligo focal: Una o varias máculas (zonas despigmentadas) aisladas y pequeñas en una sola localización. Puede permanecer estable durante algún tiempo.
- Vitíligo segmentario: Afecta a un área semejante a un dermatoma, se caracteriza por iniciar de forma abrupta, un tiempo de evolución corto y una fase estacionaria.
- Vitíligo generalizado (vulgaris): Hay manchas que se encuentran dispersas por todo el cuerpo y son de disposición simétrica. Puede evolucionar a un vitíligo universal.
- Vitíligo universal: Toda o casi toda la piel está despigmentada, generalmente de manera irreversible.

De forma más reciente, en el año 2012 se llevó a cabo en Europa la Conferencia de Consenso sobre Cuestiones Globales del Vitíligo 2011-2012 (Vitiligo Global Issues Consensus Conference 2011–2012), donde se reunieron expertos para discutir y llegar a un consenso respecto a la clasificación de la enfermedad. Al tomar en cuenta las características clínicas y la historia natural de la enfermedad, se propuso una diferente clasificación, la cual reconoce tres tipos generales: vitíligo no segmentario (VNS), vitíligo segmentario (VS) y las formas indeterminadas (Ezzedine et al., 2012).

Complementando lo anterior, Molé y Coringrato (2019) reportan que hay dos maneras de clasificar el vitíligo: por la forma que adopta la lesión o por su distribución. Según la forma se encuentran los tipos clásico o bicolor, tricrómico, cuadrícromico, inflamatorio, “en confeti” o punctata, folicular, minor, etc. Sin embargo, ya que son tantos los tipos dependiendo de la forma de la lesión, la manera más sencilla de clasificación general es por la distribución, que como se mencionó anteriormente, incluye al no segmentario, segmentario, y formas indeterminadas. A continuación, se describen a profundidad (Gianfaldoni y Lotti, 2019; Molé y Coringrato, 2019).

- *Vitíligo no segmentario (VNS)*: Presentan una distribución simétrica, con curso impredecible, y se caracterizan por tener mayor asociación con las enfermedades autoinmunes. Incluyen los tipos acrofacial, de las mucosas (más de un lado afectado), generalizado, universal y mixto.
- *Vitíligo segmentario (VS)*: Se presenta en un solo lado del cuerpo y cuando aparece suele tener un transcurso estable después de unos 3-6 meses. Representa del 5-16% de los casos y no muestra una asociación con enfermedades autoinmunes. Incluye los tipos unisegmentario, bisegmentario y multisegmentario.
- *Formas indeterminadas*: focal y de las mucosas (solo un lado afectado).

## *Tratamiento*

Es importante destacar en este apartado que hoy en día no hay una cura definitiva para el vitíligo, sin embargo, sí existen una gran variedad de tratamientos. Los principales tratamientos dermatológicos son (Perpiñá, 2017):

- Disminución de la sensibilidad del melanocito al estrés: seudocatalasa que se administra por vía tópica.
- Antioxidantes: superóxidodismutasa, L-Fenilalanina, entre otros.
- Disminución de la agresión autoinmunitaria: inmunosupresores sistémicos y por vía tópica.
- Estimulación de la melanogénesis (fototerapia): sol y psoralenos (PUVASOL), radiación ultravioleta A + psoralenos (PUVA), ultravioleta B de banda estrecha, calcipotriol.
- Cirugía: injertos de ampollas de succión, trasplante de melanocitos y la micropigmentación.
- Despigmentación. Es utilizada cuando existe una amplia superficie corporal afectada por las lesiones, como es el caso del vitíligo universal.

Molé y Coringrato (2019) hacen un excelente trabajo al explicar de forma más detallada los tratamientos y su clasificación. Mencionan que el tratamiento cuenta con tres objetivos primordiales: 1) detener la progresión de la enfermedad (frenar el proceso de despigmentación), 2) lograr una repigmentación de las zonas lesionadas (máculas), y 3) prevenir las recaídas. Al iniciar la estrategia de tratamiento terapéutico es crucial evaluar la estabilidad de la enfermedad, resultando así, una clasificación en dos conceptos: el vitíligo inestable, donde existe la aparición de lesiones nuevas o un aumento de estas en los últimos 3 meses, y el vitíligo estable, donde hay una ausencia de lesiones nuevas o en expansión durante más de 2 años.

- *Vitiligo inestable*: se utiliza el tratamiento de estabilización. Nota: el inicio del tratamiento de estabilización no invalida el inicio del tratamiento de repigmentación.
  - o *Primera línea*: micropulsos de corticosteroides sistémicos (betametasona, dexametasona y meprednisona).
  - o *Segunda línea*: metotrexato y minociclina.
- *Vitiligo estable*: se utiliza el tratamiento de repigmentación.
  - o *Primera línea*: corticosteroides tópicos de mediana potencia (mometasona), inmunomoduladores (tacrolimús y calcipotriol) y fototerapia (UVB-ba, PUVA, láser de excímero).
  - o *Sin respuesta a tratamientos convencionales y 2 años de estabilidad*: tratamiento quirúrgico con trasplante de melanocitos y/o un inserto de tejido.
  - o *Vitiligo generalizado*: tratamiento despigmentante.

### *El vitiligo desde la psicología*

Al ser una enfermedad de piel, el vitiligo deberá ser abordado desde la dermatología, sin embargo, y debido a lo expuesto hasta este punto, ya que algunos de los desencadenantes de la enfermedad podrán ser de carácter psicológico (por ejemplo, el estrés) y debido a las dificultades psicosociales que conlleva (factores emocionales negativos), se hace necesario el abordarlo también desde la psicología, naciendo así la psicodermatología. Esta disciplina surge como necesidad de estudiar y entender la relación de las enfermedades de la piel, variables psicológicas y trastornos psiquiátricos, es decir, su objeto de estudio es la relación entre la psique y la piel (Goldin, 2021; Sharma y Bhatia, 2017).

En cuanto al diagnóstico y tratamiento en psicodermatología, se debe tener en cuenta al concepto de lo psicosomático. En 1984 se propuso una representación hipotética del mecanismo psicosomático que sigue siendo útil hasta la fecha. Se ideó que los factores de estrés psicosocial son procesados por la actividad cognitiva y después son modulados al ser impresos en el subconsciente y se desencadenan mecanismos de estrés emocional. Estos mecanismos pueden tomar dos caminos: el de la somatización o el de la enfermedad mental. Al tomar el camino de la somatización se evita la enfermedad mental, y después terminará actuando sobre la psicobiología predispuesta de la persona, es decir, podrá determinarse la elección de una respuesta en la piel en vez de otro órgano, resultando de esta manera en una afección cutánea perteneciente a menudo a un grupo de enfermedades de la piel con elevada incidencia de factores psicoemocionales (Torales et al., 2014).

Tomando en cuenta lo anterior, los trastornos psicodermatológicos se pueden clasificar en tres grupos generales dependiendo de la relación entre las enfermedades de la piel y los trastornos psiquiátricos (Koo y Lebwohl, 2001; Torales et al., 2020):

1. *Trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos)*. Se considera que la esfera psíquica está implicada en la patología entre otras múltiples causas. Incluye a las enfermedades como acné, la alopecia areata, la psoriasis, la neurodermatitis, la rosácea y las dermatitis atópica, seborreica y urticaria.
2. *Condiciones donde los trastornos psiquiátricos son primarios*. Debido a los trastornos psiquiátricos el individuo es quien causa la enfermedad de la piel que se manifiestan en signos y síntomas cutáneos. Incluye al delirio de infestación, la dermatitis artefacta, el trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia), la tricotilomanía y el trastorno de excoriación.



3. *Condiciones donde los trastornos psiquiátricos son secundarios.* La enfermedad de la piel es la causa que desencadena los trastornos psiquiátricos. Incluye a las enfermedades como la alopecia areata, el acné quístico, el hemangioma, la ictiosis, la psoriasis y el vitíligo.

En el caso del tercer grupo, la mente se ve afectada de forma secundaria por la presencia de alteraciones cutáneas debido a que para los estándares sociales son enfermedades estigmatizantes y antiestéticas. Además, provocan síntomas intensos o prolongados como estrés, irritabilidad, miedo, vergüenza, ansiedad, depresión, ira, autorrechazo, aislamiento y fatiga moral. Tal es el caso del vitíligo, aunque cabe recalcar que cualquier dermatosis puede causar un desequilibrio psicológico y provocar tensión emocional, dependiendo de la representación mental del paciente. Por todo lo mencionado anteriormente, al implicar a la piel, al sistema nervioso y a la mente, la psicodermatología necesita la colaboración e integración del dermatólogo, el psiquiatra y el psicólogo, sin los cuales las psicodermatosis no serán tratadas en su complejidad ni enfocadas en su origen. Más que una alteración estética, se asocian a una diversidad de problemas psicopatológicos, que afectan a la vida familiar y social del paciente (Azambuja, 2017).

## 2. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida (CV) como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Además, destacan que es un concepto amplio y se ve afectado de forma compleja por seis facetas de las personas que van desde su salud física (dolor, energía, fatiga, sueño), su estado psicológico (funciones cognitivas y emocionales), su nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo), sus relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual), sus creencias personales (espiritualidad, religión) y su relación con las características más destacadas de su entorno (seguridad, ambiente del hogar, recursos financieros, seguridad social) (Gholami et al., 2013).

Para estudiar la CV se deben considerar dos tipos de factores que afectan a dicha variable: condiciones objetivas y condiciones subjetivas. Las primeras se refieren a condiciones evaluadas independientes de la percepción de la persona, por ejemplo, el nivel socioeconómico; mientras que las condiciones subjetivas se refieren de forma exclusiva a la percepción de la persona respecto a diversas condiciones de su vida (autoevaluación de la condición física, relaciones interpersonales, estado mental, entre otros) (Yasuko et al., 2005).

### *Calidad de vida relacionada a la salud*

Derivado del concepto de CV se encuentra la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), el cual es un concepto amplio, complejo, autoevaluado y multidimensional que engloba los componentes físicos, emocionales, sociales y cognitivos de la calidad de vida asociados a la enfermedad y a su tratamiento (Karri et al., 2022). Pocos estudios han distinguido la CV de la

CVRS, inclusive, ambos términos suelen utilizarse indistintamente en la literatura. Sin embargo, estos términos tienen diferentes definiciones y usos previstos, y se reporta que diversos investigadores en el área de la salud prefieren estudiar la CVRS porque es una variable dinámica, que evalúa de forma específica la influencia subjetiva del estado de salud, la atención sanitaria y las actividades de salud preventiva (Haraldstad et al., 2019).

Esto es muy similar a lo reportado por Tudela (2009), quien define a la CVRS como “centrada en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general”. Los tres aspectos fundamentales en su definición son:

- Se centra en la evaluación subjetiva.
- El contexto de su evaluación se verá limitado a la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud.
- Las tres dimensiones de funcionamiento son: físicas (deterioro de funciones, los síntomas, el dolor) psicológicas-cognoscitivas (aspectos emocionales como depresión, ansiedad, felicidad y cognoscitivos como la memoria, la atención, la percepción) y sociales enfocados al rol social de las enfermedades crónicas (aislamiento, apoyo social, autoestima).

En diversos estudios se ha demostrado que las variables clínicas como la duración de la enfermedad, la exacerbación, la severidad, la extensión, el tratamiento previo y factores sociodemográficos como la edad, la raza y el género predicen un mayor deterioro de la CVRS (Bonotis et al., 2016). Por lo tanto, comprender la CVRS es importante para mejorar el alivio de

los síntomas, la atención y la rehabilitación de los pacientes. El objetivo principal del enfoque sobre esta variable es que los problemas revelados por la autopercepción de los pacientes sobre su calidad de vida pueden conducir a modificaciones y mejoras en el tratamiento y la atención o pueden mostrar que algunas terapias ofrecen poco beneficio. Además, esta información puede ser utilizada para comunicarse a futuros pacientes sobre los problemas que podrán mostrarse y así tener una mejor adaptación a su enfermedad (Haraldstad et al., 2019).

### *Calidad de vida relacionada a la salud en el vitíligo*

Como ser social, el ser humano se puede ver afectado fuertemente al padecer de una enfermedad de la piel. Esto debido a que las condiciones de la piel ejercen un impacto muy alto en las relaciones sociales, el estado psicológico y en las actividades cotidianas de los pacientes, por lo tanto, se debe hacer frente no sólo a los efectos de la enfermedad a nivel fisiológico, sino también en el aspecto psicosocial a la reacción de los demás hacia su condición. Al ser el órgano más grande y visible del cuerpo, la piel la piel sana y normal es imprescindible para un óptimo bienestar físico y mental, forma parte de su atractivo sexual, una sensación de bienestar y sensación de confianza en sí mismo. Por lo anteriormente mencionado, cualquier zona en la piel que esté despigmentada (mancha) impacta al espectador y, de esta forma, al paciente (Vargas, 2014).

Morales-Sánchez et al. (2017) mencionan que la CVRS en dermatología es el reflejo de la percepción del paciente sobre los cambios que se experimentan en su vida producto de su enfermedad de la piel. En cuanto a las manchas de vitíligo por zona, se ha encontrado que las manchas en el rostro se asocian a la vergüenza mientras que las manchas en la zona expuesta de las manos y los pies provocan ira y desilusión. Por otro lado, en los adolescentes la irritabilidad y los sentimientos de tristeza profunda y depresión son bastante comunes (Perpiñá, 2017).

El deterioro de la CVRS en el vitíligo se ha demostrado en las mediciones de la autoestima, la imagen corporal, las interacciones sociales y la calidad de las relaciones maritales, a menudo en mayor medida que la afección física. Las personas con vitíligo sufren discriminación social y estigmatización, lo que a menudo los lleva a realizar cambios importantes en su vida, como modificar la elección de la ropa, utilizar habitualmente protectores solares y maquillaje de camuflaje, y evitar eventos sociales o actividades al aire libre (Lilly et al., 2013).

Por lo anterior, no son descabellados los reportes en diversos estudios de que los pacientes de vitíligo frecuentemente puntúan de forma baja en cuestionarios de autorreporte de la CVRS y que la despigmentación causa el desarrollo de la comorbilidad psiquiátrica (Bonotis et al., 2016). Esta comorbilidad afecta de forma significativa en la calidad de vida, en específico cuando se trata de los trastornos de la salud mental. Patel et al. (2019) encontraron que el vitíligo se asoció a la hospitalización primaria por prácticamente todos los trastornos de salud mental que examinaron y fue más probable que se hospitalizaran por riesgo de suicidio y abuso de alcohol y sustancias. El 27.49% de las personas se les diagnosticó un trastorno mental después de ser admitidos al hospital. Además, el vitíligo se asoció con hospitalizaciones prolongadas y más costosas por trastornos de la salud mental.

Finalmente, Picardo et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática desde 1996 hasta el 2021 donde reportan que, en cuanto a su comparación con otras enfermedades de la piel, la CVRS en pacientes con vitíligo fue significativamente peor en comparación con el melasma y significativamente mejor en comparación con la psoriasis. Además, la disposición a pagar por un tratamiento en las enfermedades dermatológicas ha demostrado que dicha disposición es mayor en los pacientes con vitíligo en comparación a la dermatitis atópica y la psoriasis.

## *Métodos de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en el vitíligo*

Aunque debido a su naturaleza, la información obtenida sobre la CVRS es subjetiva, y se evalúa debido a medidas cualitativas, al introducirse cuestionarios semiestructurados y estructurados validados ha podido garantizar un nivel muy alto de determinación y de coherencia de dicho constructo (Karri et al., 2022). Por otro lado, al analizar y evaluar el vitíligo desde la psicología, se ha encontrado que la severidad percibida es más importante en determinar la CVRS que la severidad calificada por un médico, incluyendo la superficie corporal afectada, e inclusive, dado que no existe una medida de la gravedad del vitíligo ampliamente aceptada, en algunos estudios se prefiere que los pacientes informen su propio nivel de gravedad al del médico (Lilly et al., 2013).

Haraldstad et al. (2019) refieren que los instrumentos de medición pueden clasificarse en tres subtipos: a) dependiendo el tipo de informe (autoinforme frente a informe de un representante), b) las puntuaciones (indicador único, perfil o enfoque de batería de pruebas) y c) la población (genérica versus específica de la condición), lo que permite una clasificación basada en el alcance y la aplicabilidad del estudio.

Los instrumentos genéricos son útiles para la comparación del deterioro de la CVRS entre distintas enfermedades, pero instrumentos específicos de la condición son más sensibles a los problemas específicos de la enfermedad (Lilly et al., 2013). A continuación, se exponen los instrumentos generales para medir la CVRS en dermatología y específicos en el vitíligo (Ezzedine et al., 2021; Pun et al., 2021; Vargas, 2014):

## Instrumentos generales:

- *36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*: Se desarrolló a principios de los noventa para su uso en el estudio de los resultados médicos. Es un instrumento de autorreporte, dirigido a población mayor de 14 años y que proporciona un perfil del estado de salud y se aplica tanto a los pacientes como a la población en general. Ha sido útil para evaluar la CVRS en la población general como en grupos específicos, para comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios de la salud producidos, etc. Se compone de 36 ítems que valoran aspectos positivos y negativos de la salud, tiene 8 escalas que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se puede aplicar en dos versiones respecto al periodo recordatorio: la versión estándar (4 semanas) y la versión aguda (1 semana).
- *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*: Se desarrolló en Gran Bretaña y fue el primer instrumento de medición de la calidad de vida en enfermedades dermatológicas. Consta de 10 ítems que se refieren a los últimos siete días, con opciones de respuesta que van desde “en absoluto”, “poco”, “mucho” y “bastante” puntuándose del 0 al 3. Las dimensiones por las cuales se compone son: síntomas y percepción, actividades diarias, ocio, trabajo/estudio, relaciones interpersonales y tratamiento. La puntuación varía desde 0-30, siendo la puntuación máxima un indicador mayor de deterioro de la CVRS en el paciente.
- *Dermatology Specific Quality of Life (DSQL)*: Se diseñó en Estados Unidos con el objetivo de explorar las dimensiones física, emocional y social de la calidad de vida. Es un instrumento de autorreporte y se compone de 43 ítems e incluye dos escalas del SF-36 dando un total de 52 ítems. En cuanto al tiempo se hace referencia al mes previo y se evalúa la respuesta en siete escalas: síntomas físicos, actividades diarias, actividades sociales,

experiencias de trabajo/escuela, autopercepción, SF-36 subescala mental y subescala de vitalidad.

- *Skindex*: Instrumento de autorreporte que mide el efecto de las dermatosis sobre los pacientes en tres esferas de la CVRS: sintomatología, funcionamiento y emociones. Se contesta en una escala tipo Likert que va desde “nunca” hasta “todo el tiempo” siendo posible obtener un puntaje de hasta 100 puntos y a mayor puntaje se indica una peor calidad de vida. En sus inicios se diseñó con 61 preguntas, pero en su versión más reciente consta de 29 preguntas.

#### Instrumentos específicos:

- *Vitiligo impact scale (VIS-22)*: Es un instrumento utilizado para evaluar la carga psicosocial del vitiligo. El VIS consta originalmente de 27 ítems y en su forma abreviada consta de 22 ítems. Ambas versiones se responden en una escala que va de 0 a 3 y las puntuaciones van de 0 a 81 en su versión original y de 0 a 66 en su versión corta. En cuanto a su interpretación, no existen puntos de corte, sin embargo, a más alta puntuación se indica un mayor impacto psicosocial.
- *Vitiligo Life Quality Index (VLQI)*: La escala consta de 25 preguntas. La respuesta a cada pregunta se puntúa desde "nunca = 1", "a veces = 2", "a menudo = 3" y "todo el tiempo = 4", por lo que la puntuación total oscila entre 25 y 100. Las puntuaciones más altas representan un deterioro más grave de la calidad de vida.
- *Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL)*: Instrumento de autorreporte que consta de 16 ítems, 15 evalúan el impacto de la enfermedad en la CVRS en el último mes y uno evalúa la severidad percibida. Se compone de tres dimensiones: limitación en la participación, estigma y cambios en el comportamiento. Son seis las opciones de respuesta



que van desde “nunca” a “todo el tiempo” y los puntajes que se obtienen varían desde 0 a 90 donde a mayor puntaje se indica una peor calidad de vida. Una limitante del instrumento es que no existen puntos de corte sugeridos para la interpretación clínica del deterioro o efecto del vitíligo en la CVRS. Sin embargo, el estudio realizado por Anaba y Oaku (2020) es el único que hasta la fecha ha propuesto la siguiente interpretación: 0-5 ningún efecto, 6-20 efecto leve, 21-38 efecto moderado, y mayor a 39 efecto severo. La media de puntaje en diversos estudios se ha reportado entre 30.5 y 40.0 sugiriendo que los pacientes con vitíligo experimentan un deterioro de la CVRS moderado a severo (Picardo et al., 2022).

Según Ezzedine et al. (2021) en su análisis de revisión sistemática de los instrumentos de la CVRS en el vitíligo, el VitiQoL ha sido utilizado en ocho estudios a nivel mundial y el VIS solamente en dos estudios. Por otro lado, Picardo et al. (2022) en su revisión sistemática más reciente, refiere que el VitiQoL se empleó en once estudios y el VIS en seis estudios. El instrumento más utilizado desde 1996 hasta 2021 fue el DLQI, siendo empleado en 91 de los 130 estudios que fueron parte de su revisión sistemática. Sin embargo, a pesar de ser el instrumento más utilizado, la limitante es que asigna una parte de sus ítems a preguntar por los síntomas, que, en el caso del vitíligo, por ser una enfermedad asintomática, estos ítems son menos problemáticos e inclusive irrelevantes en comparación a enfermedades como psoriasis, acné quístico, alopecia areata, etcétera (Lilly et al., 2013). Por lo tanto, si el objetivo es medir el impacto de la carga del vitíligo en la CVRS, es mejor utilizar un instrumento específico a uno genérico, ya que de esta forma se puede medir con mayor énfasis el estigma, y las cargas psicosociales y emocionales que conlleva la enfermedad.

### 3. Autoestima

El padre de la psicología norteamericana, William James, proporciona en el año 1890 la definición más antigua de autoestima, definiéndola como “la medida en que las personas se evalúan a sí mismas de acuerdo con el éxito o fracaso percibido en alcanzar sus propios objetivos”. Por otro lado, Stanley Coopersmith, psicólogo que trabajó sobre todo en la autoestima con niños y adolescentes, en el año 1996 la define como “la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación, que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, ser productivo, importante y digno” (citados en Bernal, 2013).

En términos generales, se puede definir a la autoestima como una respuesta evaluativa hacia el yo, y como tal, implica juicios del bien y del mal. Dichos juicios pueden ser principalmente cognitivos, es decir, el conocimiento de que soy bueno o malo; o afectivos, es decir, sentimientos positivos o negativos sobre el yo (Tesser, 2007).

Se correlaciona con factores demográficos como la edad, la clase social, la escolaridad y la raza/etnia. Es decir, se ha demostrado que incrementa de la adolescencia a la adultez media, llegando a su punto más alto alrededor de los 50 años y progresivamente comenzará a decaer. Respecto a la clase social y la escolaridad, individuos que se encuentran más favorecidos económicamente y con mayor grado de escolaridad muestran mayores índices de autoestima. Finalmente, se han encontrado distintos puntajes de autoestima al comparar diversas razas y/o etnias, por ejemplo, en Estados Unidos los grupos afroamericanos muestran mayor autoestima que otros grupos minoritarios debido a que se enorgullecen de su propia raza (Flynn, 2016).

Rosenberg (1986; citado en Bigi, 2015) define a las personas con alta autoestima como individuos que tienden a buscar el crecimiento personal, trabajando sus capacidades al límite, y que reconocen sus propios errores. En cambio, los individuos con baja autoestima son más propensos a sentirse torpes, tímidos e incapaces de expresarse con confianza, por lo que se encuentran constantemente preocupados por cometer un error o exponerse al ridículo.

Sin duda alguna el lente de la autoestima ayuda a las personas a dar sentido a sus experiencias pasadas, a determinar un curso de acción presente y a predecir resultados futuros. Esto debido a que también afecta una manera de ver y afrontar a la vida; las personas con menor autoestima tienden a adoptar una perspectiva más pesimista y cautelosa que las personas con mayor autoestima, que pueden ser bastante optimistas y alegres en muchas circunstancias (Stinson y Fisher, 2020).

### *Teorías explicativas*

En cuanto a las concepciones explicativas acerca de la autoestima, hay diversas tradiciones de investigación sobre este concepto. En general, se conceptualiza de tres maneras (Kapıkıran y Özgüngör, 2020):

1. *La autoestima como rasgo de la personalidad.* Será relativamente más estática y estrechamente relacionada con el patrón de comportamiento general.
2. *La autoestima como estado.* Será mucho más variable ya que incluye las autoevaluaciones de la persona al mismo tiempo que muestra las irregularidades según las experiencias positivas y negativas.
3. *La autoestima como evaluación.* Incluye las evaluaciones personales que pueden cambiar en diferentes áreas, es decir, es de dominio específico.

Respecto al último punto, concebir a la autoestima como evaluación, se puede utilizar dicha perspectiva para explicar cómo sucede su desarrollo. Sucede debido a un proceso de “evaluación reflejada”, por el que los niños observan cómo les tratan los demás (en especial sus padres) y a partir de esto deducen su valía. Si a un niño se le trata con amabilidad, calidez y positividad, se estará comunicando que el yo es digno y valioso. En contraparte, si el niño es ignorado, invalidado, pasado por alto o maltratado se estará concluyendo que el yo no es digno de atención ni de una bondad amorosa. A través del tiempo y mientras más se repite, los niños interiorizan dichos mensajes sociales, y así nace la autoestima. Una vez que esto sucede, se ha comprobado que a la edad de 12 la autoestima se cristaliza, es decir, permanece relativamente estable a lo largo de la vida (Stinson y Fisher, 2020).

Hay diversos autores que proponen sus propios modelos y concepciones explicativas sobre la autoestima. Uno de ellos es Mruk (2006), quien propone que la autoestima es el resultado de la interacción dinámica de dos dimensiones: 1) la competencia, es decir, la capacidad para alcanzar con éxito los objetivos propuestos y 2) el merecimiento, es decir, la evaluación personal que dependerá de la propia aceptación y apoyo recibido de parte de la familia, los pares, personas significativas, etc. Desde esta perspectiva, la autoestima resulta de la combinación e integración satisfactoria de ambos componentes.

Nathaniel Branden (1994; citado en Bernal, 2013), psicoterapeuta dedicado al estudio de la autoestima y autor de los seis pilares de la autoestima, propone que la autoestima tiene dos componentes significativos que se correlacionan: la eficacia personal y el respeto por uno mismo, siendo ambos el pilar que necesita una autoestima saludable. La eficacia se refiere a la confianza en sí mismo, en el funcionamiento de la mente, de la capacidad de pensar, aprender elegir y tomar decisiones, en esencia, creer en sí mismo. Por otro lado, el respeto por uno mismo significa la

reafirmación de la valía personal, teniendo una actitud positiva hacia el derecho de vivir y ser feliz. Los seis pilares son: vivir conscientemente, la aceptación de sí mismo, la responsabilidad de uno mismo, la autoafirmación, vivir con un propósito, y por último, la integridad personal.

Rosenberg en el año 1965, refiere que la autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene el sujeto con respecto de sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación, permitiendo ver dicha contribución que la autoestima no solo es un sentimiento, sino que implica factores perceptuales y cognitivos que se viven en el contexto de la cultura. Por lo tanto, propone que además de ser un fenómeno personal y psicológico, también es un fenómeno social (Castillo, 2008).

Por otro lado, el modo en que se defiende o mejora la autoestima tiene diversos modelos teóricos, los cuales intentan elaborar explicaciones sobre el motivo para mantener una autovaloración positiva. Los principales son la comparación social, la reducción de incoherencias y la expresión de valores (Tesser, 2007):

- *Teoría de la comparación social.* Se sugiere que el hecho de ser superado por otra persona puede reducir la autoevaluación (disminuir la autoestima) al invitar a una autocomparación poco halagadora, o si no se es superado, puede elevar la autoevaluación (incrementar la autoestima), como una especie de disfrute de la gloria de ser superior a los demás.
- *Reducción de incoherencias.* Se explica principalmente a través de la teoría de la disonancia cognitiva al exponer que la autoestima se ve amenazada por la incoherencia. El sostener creencias y/o conocimientos que son lógicas o psicológicamente inconsistentes con la persona, es decir, disonantes, resultará incómodo, lo que motivará a la persona a modular su comportamiento en función de ser más coherente (disminuir la disonancia).

- *Expresión de valores.* Parte de la base de que expresar los valores máspreciados para uno mismo afecta a la autoestima. Al expresar quiénes somos, al exponer nuestras actitudes y valores importantes, todo esto tendrá un efecto positivo en la autoevaluación y, consecuentemente, en la autoestima.

Como conclusión y debido a lo anteriormente planteado, es relevante preguntarse si existe una única autoestima o tres tipos independientes de autoestima (rasgo, estado, evaluación). A decir verdad, cada tipo identifica una variable cualitativamente diferente a la que es sensible la autoevaluación, y cada uno tiene una estrategia conductual diferente para regular la autoestima en distintas temporalidades. La mejor manera de consolidar si hay una o tres tipos de autoestima, es entender que el yo piensa en mantener a la autoestima como una meta. Siguiendo la propiedad de la equifinalidad (el camino hacia la meta es irrelevante), podría concluirse que los tres tipos son parte de una sola autoestima, solo que cada uno describe diferentes formas de regular una autoestima singular, por lo tanto, un mecanismo puede ser sustituible por otro (Tesser, 2007).

#### *Autoestima en la salud y en el vitiligo*

La autoestima es un factor imprescindible para mantener la salud y el bienestar de las personas. Esto debido a que la autoestima afecta cómo las personas afrontan los sucesos que se presentan en sus vidas, ya sea considerándolos como retos y de forma optimista hacia el futuro, o como amenazas de forma pesimista (Reyes, 2017). Se ha asociado de forma negativa con una gran diversidad de variables de la salud mental, incluyendo a la depresión, ansiedad, estrés, trastornos alimentarios, imagen corporal negativa e ideación suicida. Por otro lado, en cuanto a la salud física, una baja autoestima se asocia a una peor salud física, visitas al médico con más frecuencia, y de forma relevante, se asocia con la capacidad de las personas para recuperarse de las enfermedades

físicas y hacer frente a los problemas de salud crónicos, como las enfermedades cardíacas, el VIH, la fibrosis quística y los trastornos autoinmunes (Stinson y Fisher, 2020).

En cuanto a su relación con el vitíligo Sharma et al. (2018) realizaron una comparativa entre pacientes con vitíligo y pacientes con psoriasis. Encontraron que los pacientes con vitíligo tenían mejor autoestima que los pacientes con psoriasis. Su explicación fue que tal vez los pacientes con vitíligo mostraban una mejor adaptación en sus rutinas diarias debido a la naturaleza indolora de la enfermedad, mientras que los pacientes psoriásicos informaron de más problemas interpersonales.

Porter et al. (1979) desde hace varias décadas reportaron un descubrimiento muy importante en la adaptación de pacientes con vitíligo a su enfermedad. Encontraron que aquellos que afrontan bien su desfiguración (despigmentación) tienen una mayor autoestima que un grupo de control de las mismas características sociodemográficas sin el trastorno. Sin embargo, los que se enfrentan mal a la enfermedad tienen una autoestima significativamente menor, lo cual es de esperarse. En contraparte, Gül et al., (2017) reportaron en su estudio que el grupo con vitíligo mostró puntuaciones de autoestima más bajas que el grupo control.

#### *Métodos de evaluación de la autoestima*

Las escalas más utilizadas son (Brinkmann et al., 1989; Rosenberg, 1965):

- Escala de autoestima de Rosenberg (RSES): Es un instrumento de autorreporte con una escala unidimensional. Se elaboró a partir de una concepción fenomenológica de la autoestima que recoge la percepción global de los sujetos sobre su propia valía a través de una escala de 10 ítems. Para responder a estos 10 ítems se utiliza una escala tipo Likert de

cuatro opciones que van desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. El puntaje de la escala oscila entre 0 y 30, siendo 30 la máxima puntuación posible. A mayor puntaje, se indica mayor autoestima.

- Inventario de autoestima de Coopersmith (IAC): Está constituido por 50 ítems con dos opciones de respuesta: “igual que yo” y “distinto a mí”. Se miden las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y a sí mismo. Las respuestas que se contestan conforme a la pauta de corrección se puntúan con 2 puntos y al final se suman las escalas del instrumento, las cuales son: autoestima general, autoestima social, autoestima escolar, el área hogar-padres, y finalmente una escala de mentira.



#### 4. Personalidad

La concepción de la personalidad ha tenido una evolución cambiante a lo largo del tiempo, mientras la psicología avanza, con ello, evoluciona la comprensión y formas de abordar la personalidad normal y sus anormalidades.

El concepto de personalidad proviene del griego *máscara*. Los griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura, por lo cual las personas (principalmente los actores) utilizaban máscaras que cubrían sus rostros al representar un personaje; de esta manera les era posible representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. Es decir, apropiarse de diferentes personalidades dentro de la misma persona. En la actualidad, podemos decir que la personalidad es el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persisten a lo largo del tiempo y entre situaciones (Coon et al., 2019).

Una de las definiciones más aceptadas sobre la personalidad fue la descrita por Allport, quien la define como “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (citado por Montaña et al., 2009). Se puede desarrollar por medio de la interacción de factores ambientales y biológicos y como resultado se expresan diferencias individuales que pueden mostrar relativa estabilidad temporal y contextual (Lemos y Oñate, 2018). Es decir, que la personalidad es formada dependiendo y de acuerdo con el desarrollo de la persona respecto a sus distinciones genéticas, psicológicas, ambientales y sociales que explican, modulan y conservan su conducta.

Por otro lado, la American Psychological Association (s.f.) añade que el estudio de la personalidad se centra en dos grandes áreas: 1) comprensión de las diferencias individuales, por

ejemplo, las características de la personalidad, como la extroversión o la impulsividad y 2) entender cómo dichas características, las distintas partes de una persona, se unen en un todo.

### *Teorías de la personalidad*

Abarcando las dos áreas anteriormente descritas, desde el inicio de la psicología se han formulado distintas teorías explicativas para contestar estas y muchas más dudas al respecto. Las teorías son un sistema de conceptos, supuestos, ideas y principios propuestos para explicar la personalidad. A continuación, se mencionan las más grandes e importantes perspectivas sobre la personalidad (Schultz y Schultz, 2010).

- *Teorías psicodinámicas*: se concentran en el funcionamiento interno de la personalidad, en especial los conflictos y las luchas internas. Los teóricos psicodinámicos buscan qué impulsos, conflictos y energías nos mueven a nivel inconsciente. Este modelo presenta la personalidad como un sistema dinámico dirigido por tres estructuras mentales: el *ello* (la parte primitiva de la personalidad que permanece inconsciente, que suministra energía y exige placer), el *yo* (la parte ejecutiva de la personalidad que rige la conducta racional), y el *superyó* (funciona como un juez o censor de los pensamientos y los actos).
- *Teorías conductistas*: subrayan la importancia del entorno externo y de los efectos del condicionamiento y el aprendizaje. Se concibe la personalidad como un conjunto de patrones de conductas aprendidas, los cuales se estudian desde el *condicionamiento clásico* (forma de aprendizaje en la cual las respuestas reflejas son asociadas a nuevos estímulos) y el *condicionamiento operante* (aprendizaje fundado en las consecuencias de las respuestas que los organismos emiten). Dichos patrones de conducta se adquieren por medio del *aprendizaje por observación* (aprendizaje que tiene lugar cuando se miran e

imitan las actuaciones de otros o se advierten las consecuencias de las mismas), el *reforzamiento* (todo hecho que aumenta la probabilidad de que se presente una respuesta particular), la *extinción* (debilitar una respuesta condicionada como resultado de que se retira el refuerzo), la *generalización* y la *discriminación* (capacidad aprendida de responder de manera diferente a estímulos similares).

- *Teoría del aprendizaje social*: se explica que la personalidad combina los principios del aprendizaje, la cognición y los efectos de las relaciones sociales. Destacan los términos *autoeficacia* (creer en la propia capacidad para producir el resultado deseado) y *autorreforzamiento* (alabarse o premiarse por haber presentado una respuesta particular) como predictores de la conducta.
- *Teorías humanistas*: subrayan la experiencia subjetiva privada, los problemas, los potenciales y los ideales humanos. Es una reacción frente a la rigidez de la teoría de los rasgos, el determinismo de la psicoanalítica y el mecanicismo del conductismo. Destacan los términos de naturaleza humana (rasgos, cualidades, potenciales y patrones de conducta más característicos del género humano), libre albedrío (capacidad de elegir libremente que no es determinada por la genérica, aprendizaje o fuerzas inconscientes) y experiencia subjetiva (la realidad como es percibida e interpretada por cada individuo).
- *Teorías cognoscitivas*: se centran en cómo conocemos el ambiente y a nosotros mismos, en cómo percibimos, evaluamos, aprendemos, pensamos, tomamos decisiones y resolvemos problemas. Trata exclusivamente las actividades mentales. En esta perspectiva, las necesidades, los impulsos o las emociones no se consideran actividades aisladas de la personalidad, sino más bien aspectos de ésta que son controlados por los propios procesos cognoscitivos.

- *Teoría de los rasgos*: trata de saber cuáles son los rasgos que constituyen la personalidad y cómo se relacionan con la conducta. Los teóricos de los rasgos analizan, clasifican e interrelacionan las características universales (rasgos) para comprender mejor la personalidad. Estas características suelen abordarse como unas predisposiciones genéticas que se adquieren de forma hereditaria donde las personas se comportan de una forma distintiva.

Estas y muchas más perspectivas suelen clasificarse dentro de tres áreas dependiendo del peso explicativo que se les conceden a los factores internos (el individuo) y a los factores externos (el ambiente): los personalistas, los ambientalistas y los interaccionistas. Los personalistas le atribuyen mayor valor explicativo a la personalidad y le restan al ambiente, por ejemplo, las teorías psicoanalítica y cognoscitiva. Los ambientalistas atribuyen el mayor valor de explicación de la conducta al ambiente y se lo restan al individuo, como lo es la teoría conductista. Finalmente, los interaccionistas exponen que existe una mutua relación e influencia entre el ambiente y el individuo, por lo tanto, la conducta es el resultado de esta interacción; esta postura se encuentra en las teorías humanista y la de los rasgos (Moral, 2011).

#### *Precursores de la teoría de los rasgos*

En la presente investigación se aborda la variable de la personalidad desde la teoría de los rasgos, donde se puede entender el concepto de *rasgo* como una característica o cualidad de una persona que es relativamente estable y duradera en la mayoría de las situaciones y a lo largo del tiempo (Coon et al., 2019). Los rasgos de la personalidad son el resultado de una línea de investigación léxica, donde se agrupan miles de adjetivos calificativos encontrados en diccionarios. La hipótesis es que al analizarse factorialmente, los adjetivos podrían agruparse en

una determinada cantidad de factores. De manera general, la medición de los rasgos se suele realizar por medio de cuestionarios de autorreporte, se contestan los reactivos y la clasificación de estas respuestas y su sumatoria se convierten en variables numéricas. Posteriormente se lleva a cabo el análisis factorial de las variables numéricas y se confirman los rasgos a través del establecimiento de puntos de corte. Los teóricos de los rasgos más destacados son Gordon Allport, Raymond Cattell, Hans Eysenck y por último Paul Costa y Robert McCrae (Moral, 2011).

Gordon Allport formuló que existían tres tipos de rasgos: cardinales, centrales y secundarios. Los *rasgos cardinales* son características más generales que predominan en todas las situaciones y actividades de una persona, como la compasión, el sadismo o la búsqueda del poder. Los *rasgos centrales* son esenciales y los más distintivos de una persona, como el optimismo, la sociabilidad y la inteligencia. Los *rasgos secundarios* son características más inconsistentes, superficiales y cambiantes que no se encuentran en todas las situaciones como lo son las preferencias musicales, de alimentos, las actitudes y opiniones (Moreno y Rodríguez, 2020).

Una de las críticas a la teoría de Allport es que él clasificó los rasgos centrales de forma subjetiva, por lo cual es posible que existieran errores dentro de su clasificación. Contrario a esto, Raymond Cattell fue uno de los primeros teóricos de los rasgos en utilizar una técnica estadística para su análisis, como lo es el análisis factorial, y de esta forma postuló su teoría de los 16 factores de la personalidad. A estos rasgos Cattell los llamó *rasgos fuente* (factores), los cuales son rasgos o dimensiones subyacentes de la personalidad y cada uno de ellos se refleja en rasgos más superficiales. Publicó el Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad (abreviado como 16PF), el cual es una prueba de autorreporte que produce un perfil de rasgos o gráfica con la puntuación del individuo en cada rasgo. Su versión más antigua se publicó en 1939 y la más reciente es la quinta versión (16PF-5) que fue publicada en 1993 (Benito, 2009; Coon et al., 2019).

Hans Eysenck coincidía con Cattell respecto a que la personalidad se compone de rasgos o factores que se derivan por medio del análisis factorial, pero criticó el método e investigación de Cattell ya que su técnica fue subjetiva y era difícil replicar sus resultados. Por lo tanto, Eysenck en su propia teoría volvió a retomar la tradición de la medicina clásica sobre los cuatro temperamentos expuesta por Hipócrates y consideró que estos temperamentos (melancólico, flemático, colérico y sanguíneo) podrían explicarse por dos factores independientes y continuos de la personalidad: el Neuroticismo (reactividad o estabilidad emocional) y la Extroversión (grado de sociabilidad). Los cuatro tipos de personalidad resultantes son (Moral, 2011; Pastor de Jones, 2017; Schultz y Schultz, 2010):

- El introvertido-estable (flemático): es cuidadoso, pasivo, controlado, pensativo, pacífico, confiable, veraz y sereno.
- El introvertido-inestable (melancólico): es triste, ansioso, pesimista, tranquilo, reservado, insociable y rígido.
- El extrovertido-estable (sanguíneo): es sociable, comunicativo, líder, expresivo, sensible, tolerante, condescendiente, desinteresado, abierto y dirigente.
- El extrovertido-inestable (colérico): es impulsivo, excitable, inquieto, susceptible, agresivo, activo, variable y optimista.

Finalmente, Eysenck añadió un tercer factor, el Psicoticismo, donde en un extremo se encuentra el tipo ciclotímico y en el otro el esquizotímico y las personalidades no psicóticas están en el medio. Una persona alta en psicoticismo tendrá rasgos de agresividad, impulsividad, falta de empatía y socialización, frialdad, antisocial, una búsqueda de sensaciones y extrema independencia. De esta forma, Eysenck concluye su teoría y publica el *Eysenck Personality Inventory* (EPI), un inventario de la personalidad bidimensional que considera que son tres los

factores independientes (neuroticismo, extroversión y psicoticismo) que permiten explicar la varianza fundamental de la personalidad. Su trabajo sobre la personalidad fue clave para apoyar el papel que juega la herencia en la descripción de la personalidad (Moral, 2011; Pastor de Jones, 2017).

Existen teóricos que creen que los 16 factores de Cattell son demasiados y que los tres factores de Eysenck son muy pocos. La variabilidad de los factores es debido a la forma en que cada uno de los autores empleó el análisis factorial, lo cual no quiere decir que el método sea débil o subjetivo, sino que varían por la manera en que cada uno de ellos decidió utilizarlo. Los investigadores contemporáneos retomaron la investigación de ambos autores y se han identificado la presencia de cinco factores generales de la personalidad (Schultz y Schultz, 2010).

### *Teoría de los Cinco Grandes de la Personalidad*

Inicialmente cuando Cattell (1943) llevó a cabo su análisis factorial obtuvo 35 escalas bipolares, de estas escalas Fiske (1949) utilizó 22 y al realizar el análisis factorial fue el primero en identificar una estructura de cinco factores, acto seguido, Norman (1963) consigue replicar estos mismos resultados. Posteriormente en la década de los 80s Goldberg (1981) retoma la investigación y los denomina *Cinco Grandes Factores* sustentando el modelo no en razones biológicas sino en la cognición respecto a la representación y conocimiento de la conducta humana. Finalmente, Costa y McCrae (1985) confirman la estructura de los cinco factores de la personalidad y la popularizan en la comunidad científica gracias a la creación del *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) (Moral, 2011; Ter Laak, 1996).

Para identificarlos, Costa y McCrae llevaron a cabo diversos métodos de evaluación como los autorreportes, pruebas objetivas, informes de observadores, y después elaboraron su propio

inventario de la personalidad (el NEO-PI) en versión física y posteriormente en su versión web. El empleo de todas estas técnicas se convirtió en una virtud del modelo, ya que se siguieron confirmando cinco factores de forma estable y confiable a pesar de utilizar diferentes métodos. Cada factor es acompañado por seis facetas que son jerárquicamente inferiores a los denominados factores, dimensiones o rasgos. De esta forma la medición se compone de cinco factores y de 30 facetas, y como resultado, la personalidad de un individuo es un patrón de 35 puntuaciones diferentes (Costa y McCrae, 2008; Schultz y Schultz, 2010).

Los cinco factores, sus definiciones y las facetas que los componen se exponen a continuación (Costa y McCrae, 2008; Schultz y Schultz, 2010; Ter Laak, 1996):

### **Neuroticismo**

Es la tendencia general a experimentar emociones displacenteras como el miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia; es decir, es un espectro donde en un extremo se encuentra la estabilidad emocional y en el otro extremo la inestabilidad emocional. Quien tiene puntuaciones altas en este factor es más propenso a tener ideas irracionales, a ser menos capaz de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás con el estrés. En cambio, al puntuar bajo en este factor, será emocionalmente estable, tranquilo, sosegado, relajado y será capaz de enfrentarse a situaciones estresantes al alterarse y aturdirse de forma mínima en comparación a otras personas.

En un punto medio del espectro del neuroticismo se encuentra la persona en quien no predomina ni la estabilidad o la inestabilidad emocional, ya que en determinadas situaciones se mostrará tranquila, sosegada y relajada, y en otras tendrá dificultades para controlar sus emociones, mostrándose hostil, impulsivo, ansioso, vulnerable, etc., aunque será capaz de volver a la calma y



mantenerse tranquila. Finalmente, las facetas que componen al Neuroticismo son la ansiedad, la hostilidad, la depresión, la ansiedad social, la impulsividad y la vulnerabilidad.

### **Extroversión**

La extroversión evalúa las tendencias interpersonales, al obtener una puntuación alta en este factor se indica que es una persona extrovertida, es decir, con un grado de sociabilidad mayor en comparación a la persona promedio, mientras que una puntuación baja indica que la persona es introvertida lo que indica una sociabilidad menor al promedio. El extrovertido es capaz de vincularse fácilmente con la gente, tiene una preferencia por grupos y reuniones, es activo, asertivo, enérgico, hablador, animoso, optimista, le gusta la excitación y la estimulación. El introvertido probablemente tienda a ser reservado, independiente y constante. En ocasiones parecerá muy tímido cuando prefiera estar sin la compañía de los demás. Sin embargo, aunque se presente como una persona nada entusiasta, no se siente desdichado o pesimista.

La persona promedio en extroversión, cuando la situación le sea poco familiar, parecerá algo tímida, reservada e independiente, aunque con la suficiente confianza se comportará de modo asertivo, será activa y habladora. Las facetas que componen al factor de Extroversión son la cordialidad, el gregarismo, la asertividad, la actividad, la búsqueda de emociones y las emociones positivas.

### **Apertura a la experiencia**

Este factor mide la integración activa, la sensibilidad estética, la atención a los sentimientos interiores, la preferencia por la variedad, la curiosidad intelectual y la independencia de juicio. A

menudo se le conoce a este factor como intelecto y las puntuaciones se asocian con el nivel de escolaridad y el cociente intelectual, aunque no solo trata de esto.

Las personas abiertas muestran un interés tanto por el mundo exterior como por el mundo interior y su vida se ve enriquecida por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas, son poco convencionales, están dispuestos a cuestionar la autoridad y a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. En un grado bajo de apertura, las personas serán catalogadas con un comportamiento más conservador y convencional, preferirán lo que ya conocen, lo familiar a lo novedoso, sus respuestas emocionales serán de cierta forma apagadas, y mostrará una amplitud de intereses inferiores a la mayoría de las personas que van desde la literatura, las aventuras o los intereses más estéticos como la pintura y el dibujo. En un grado medio, existirá un balance entre la búsqueda por estas experiencias y el valor de una rutina más modesta, convencional y conservadora. Las facetas que componen a la Apertura a la experiencia son la fantasía, la estética, los sentimientos, las acciones, las ideas y los valores.

### **Amabilidad**

La Amabilidad, también conocida como afabilidad, de forma similar a la Extroversión es un factor que evalúa las tendencias interpersonales, aunque no se centra en la sociabilidad, sino en la actitud y el comportamiento hacia los demás. La persona amable será considerada como altruista, tendrá facilidad para simpatizar con los demás, estará dispuesta proveer ayuda y cree que las demás personas se sienten igualmente satisfechas de hacer esto mismo. Sin embargo, a la hora de luchar por sus propios intereses o realizar análisis científicos con precisión puede mostrar reticencia a realizarlo debido a su escasa o ausente actitud confrontativa, escéptica y crítica.

Por otro lado, quien puntúa bajo en Amabilidad será considerado como muy poco agradable y cooperador, antipático, egocéntrico y generalmente será desconfiado respecto a las intenciones de los demás. A pesar de esto, a la hora de luchar por sus propios intereses o realizar análisis científicos con precisión podrá verse muy beneficiado por su actitud confrontativa, escéptica y crítica. Desde un punto de vista social, ningún polo es mejor que el otro, ya que las puntuaciones extremadamente altas se asocian con el trastorno de la personalidad dependiente, mientras que las puntuaciones extremadamente bajas se asocian con trastornos narcisistas, antisociales y paranoicos. Las facetas que componen a la Amabilidad son la confianza, la franqueza, el altruismo, la actitud conciliadora, la modestia y la sensibilidad a los demás.

## **Responsabilidad**

La Responsabilidad se enfoca en esencia en el control de los impulsos, entendido no solo como resistir a impulsos y tentaciones, sino como un autocontrol referido a un proceso activo de planificación, organización y ejecución de las tareas. Los puntajes altos en este factor indican a una persona tenaz, decidida, voluntariosa, minuciosa, puntual, confiable, y probablemente notable por su rendimiento académico y profesional. Por otro lado, puntajes bajos refieren a una persona con un fuerte sentido crítico, una pulcritud compulsiva, poco confiable y puntual, y aunque no carezca de principios morales, puede que sea poco rigurosa y descuidada en aplicarlos.

En un punto medio del espectro se considera a la persona como voluntariosa, tenaz y decidida, y en otras ocasiones es todo lo contrario. Puede que se le dificulte completar ciertas metas académicas y/o profesionales debido a una falta de continuidad en la disciplina de sus tareas, ya que dependiendo de la situación podrá ser minuciosa, puntual y fiable, pero si no le apetece o no está bastante interesada, no lo será. Las facetas que componen al factor de Responsabilidad son la

competencia, el orden, el sentido del deber, la necesidad de logro, la autodisciplina y la deliberación.

### *Personalidad y salud*

La asociación entre factores psicosociales y distintos problemas de salud se ha establecido en diversas investigaciones a lo largo de las últimas décadas y una de las principales conclusiones es que si se cambian los hábitos de conducta y los estilos de vida que son de riesgo para la salud, se podrían prevenir las principales causas de mortalidad y promover el bienestar personal y social de las personas. Sin embargo, esto no da respuesta al por qué las personas continúan desarrollando dichas conductas que suponen consecuencias de salud en ellas mismas, a pesar de que sean conscientes de los riesgos para su salud (Bermúdez et al. 2011).

Al analizar la relación entre la conducta y la salud de las personas han surgido diversos modelos explicativos. En sus inicios, surgieron modelos como el de *Creencias de Salud* de Janz y Becker y la *Teoría de la Acción Razonada* de Ajzen y Fishbein. Estos modelos eran primordialmente cognitivos, ya que se daba un especial énfasis a las variables cognitivas como las intenciones, las actitudes, la toma de decisiones, la severidad percibida, la susceptibilidad y el control. A pesar de su utilidad, muestran limitantes por su escasa capacidad predictiva, resultados incongruentes y el excesivo peso depositado en la cognición ya que las personas no siempre planean a detalle cada una de las acciones que llevarán a cabo (Vázquez, 2015).

Otro tipo de modelos han sido los que analizan la relación entre conducta y salud, pero desde una perspectiva centrada en los rasgos de la personalidad. Por ejemplo, Suls y Rittenhouse (1990) plantean que existen tres modelos por medio de los cuales la personalidad puede estar asociada a una predisposición a un mayor riesgo de enfermedad: 1) la personalidad induce

hiperreactividad; 2) una predisposición constitucional (conductual) y 3) la personalidad precipita realizar conductas agresivas.

Ejemplo de lo anterior son las investigaciones que a través de los años han surgido en el ámbito médico, destacando el valor de los rasgos de la personalidad en comportamientos específicos que resultan en factores de riesgo o protectores a ciertas enfermedades. De esta forma resultan los denominados tipos de personalidad A, B, C y D.

- *Personalidad tipo A*: individuos que se caracterizan por una implicación laboral extrema, impaciencia, urgencia de tiempo, hostilidad, competitividad, ambición, necesitan del éxito y el reconocimiento social de forma constante. Inicialmente se creía que todo lo anterior resultaba en un patrón de conducta que los predispone a padecer enfermedades cardiovasculares, sin embargo, investigaciones posteriores observaron que solo uno de los componentes, la hostilidad, se consideraba como factor de riesgo asociado a enfermedades cardíacas. Finalmente, investigaciones específicas sobre los elementos de la hostilidad revelaron que la expresión de ira es el factor de riesgo independiente que contribuye a que los individuos sean más propensos a padecer enfermedades cardiovasculares (Oblitas, 2009; Vázquez, 2015).
- *Personalidad tipo B*: Es lo contrario de la personalidad tipo A, por lo tanto, se encontró que muestran una tendencia mucho menor de incidencia de enfermedades cardiovasculares. Estos individuos apenas se estresan cuando no logran cumplir sus metas (contrario al tipo A), mantienen un estilo pausado al hacer las cosas, son menos competitivos, son tolerantes y flexibles (Olmos-Valverde et al., 2022; Rosenman et al., 1970).

- *Personalidad tipo C*: el individuo tipo C se considera a este individuo como calmado, simpático, laborioso, perfeccionista, amable, convencional, servicial con los demás y puede obtener suficiente autoestima gracias a la aceptación reflejada y a las recompensas sociales del entorno. Según Temoshok (1987) este patrón de conducta predispone a algunos individuos a un debilitamiento del sistema inmune y consecuentemente a desarrollar cáncer más fácilmente o a progresar más rápidamente a través de sus etapas. El patrón de conducta de riesgo incluye: 1) rasgos de personalidad tipo C (anteriormente descritos), 2) la dificultad para expresar las emociones y 3) una actitud o tendencia hacia la impotencia o la desesperanza.
- *Personalidad tipo D*: es una tendencia conjunta hacia la alta afectividad negativa (AN) y la alta inhibición social (IS). La AN es una propensión para experimentar más emociones negativas en diferentes situaciones, tales como ansiedad, irritabilidad y disforia y percibirse a sí mismo de forma pobre. La IS es la tendencia a inhibir la expresión de las emociones y comportamientos en interacciones sociales para evitar la desaprobación de la gente, sintiéndose inhibidos, tensos e inseguros con los demás. Debido a su vulnerabilidad al estrés crónico, los individuos con personalidad tipo D están en un riesgo incrementado a padecer una serie de diversos malestares y enfermedades como el estrés postraumático, hiperreactividad fisiológica, activación inmune y una inadecuada respuesta a tratamientos de enfermedades cardíacas, en las cuales también tiene un riesgo y tendencia a desarrollar dichas enfermedades (Denollet, 2005).

## *Métodos de evaluación de la personalidad*

La evaluación de la personalidad es útil para predecir a una persona en función de comportamientos, sentimientos y pensamientos. Las mediciones formales de personalidad representan un perfeccionamiento de formas más informales de juzgar a una persona. Para lograr “medir” este constructo, se han establecido distintos métodos de evaluación, cada uno teniendo sus fortalezas y debilidades. A continuación, se exponen los distintos métodos (Fernández-Ballesteros, 2013; González, 2007):

- *Técnicas de observación*: aquel procedimiento y/o técnica de información que requiere la percepción deliberada de comportamientos emitidos por una o varias personas, realizada por un observador entrenado mediante protocolos preparados al efecto que permitan una anotación sistemática, en una situación natural o análoga en la que no se motivan respuestas.
- *Entrevista*: reunión frente a frente que tiene por objeto obtener información acerca del historial, los rasgos de personalidad, el estado psicológico presente, etc., de una persona. Se constituye como la espina dorsal de todas las profesiones de la salud mental, la piedra angular del psicodiagnóstico. Es el método principal cuando se trata de obtener información acerca de las personas.
- *Técnicas objetivas*: son aquellos procedimientos de recopilación de información de eventos psicológicos observables, que no son controlables y que se aplican mediante sofisticados aparatos que permiten una administración, registro, puntuación y análisis objetivos sin la intervención del evaluador.
- *Técnicas de autoinforme*: es el mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia. Incluye los tests psicométricos entre los autoinformes, ya que

suponen un informe verbal sobre la conducta y se consideran tipificados por estar contruidos a través de procedimientos psicométricos y se agrupan en base a la clase de variable que miden.

- *Técnicas subjetivas*: están orientadas a recoger y organizar información sobre la estructura psicológica y los procesos de las visiones subjetivas o significados personales acerca de uno mismo y el mundo. Pretenden captar sus construcciones personales, estudiar sistemáticamente la estructura de su subjetividad.
- *Técnicas proyectivas*: su objetivo es la evaluación global de la personalidad, es decir, no concentran la atención en la medición de rasgos separados, sino en una imagen compuesta de la personalidad, y su apoyo es la teoría psicodinámica, aunque también han sido conceptualizadas desde la teoría de la Gestalt.
- *Tests psicométricos*: intentan medir habilidades cognitivas o rasgos de personalidad, en las personas estudiadas. Los tests psicométricos son instrumentos estructurados, es decir, en ellos la persona tiene que escoger, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular.

Como se mencionó anteriormente, cada uno de los métodos expuestos anteriormente cuenta con ventajas y desventajas. Por lo tanto, con frecuencia, los profesionales de la salud mental se orientan a utilizar una batería de pruebas (combinación de ellos), para poder tener un sustento exhaustivo al momento de evaluar a un individuo.



### *Los rasgos de la personalidad en el vitiligo*

Tomando en cuenta la teoría de la personalidad sobre la que se sustenta el presente trabajo, es decir, los Cinco Grandes Factores, se exponen a continuación diversas investigaciones donde se ha demostrado qué rasgos se encuentran relacionados a las características de personalidad de pacientes con vitiligo, además de variables de interés, como lo son principalmente la calidad de vida y la severidad percibida.

López et al. (1995) investigaron las características psicológicas de los enfermos de vitiligo encontrando que su muestra se caracterizó por una baja sociabilidad (extroversión), alta inestabilidad emocional (neuroticismo) y el resto de los rasgos se encontraron en valores promedio. Por otro lado, De Rojas et al. (1992) reportan una marcada tendencia de introversión y retraimiento en los pacientes con vitiligo, además de inestabilidad emocional, descontrolados y poco convencionales (baja responsabilidad) y finalmente como conservadores y con marcadas ideas establecidas (baja apertura a la experiencia).

Arffa et al. (2020) reportan que el alto neuroticismo y una baja extroversión se asocian a una peor calidad de vida y que la severidad percibida de la enfermedad fue mejor explicada por estos rasgos de la personalidad que por medidas objetivas clínicas pertinentes a la condición de piel. Por otro lado, Bonotis et al. (2016) también encontraron que a mayor neuroticismo había un mayor deterioro de la calidad de vida, aunque la extroversión no mostró correlación significativa.

## CAPITULO III

### *METODO*

El propósito del estudio fue estimar un perfil para conocer el deterioro de la calidad de vida con las variables sociodemográficas, clínicas, la autoestima y los cinco factores de personalidad en población adulta con diagnóstico de vitíligo en México. Para lograr lo anterior, se utilizó un diseño no experimental, descriptivo, correlacional de tipo transversal y prospectivo (Hernández et al., 2014) que permitió comparar las variables estudiadas para evaluar y conocer su relación.

#### **Participantes**

El muestreo de la investigación fue no probabilístico y para llevarlo a cabo se emplearon las técnicas de conveniencia y bola de nieve (Baltar y Gorjup, 2012). Se recurrió inicialmente a un muestreo por conveniencia al contactar grupos de personas con diagnóstico de vitíligo en Facebook. De forma simultánea, se llevó a cabo un muestreo por bola de nieve donde las personas previamente contactadas recomendaron a alguien más que conocieran que tenía diagnóstico de vitíligo. El total de participantes fue de 474 y la muestra final la constituyen 359 personas (74 hombres, 282 mujeres y 3 prefieren no decirlo) tras eliminar participantes debido a los criterios de inclusión y exclusión. La media de edad fue de 37.81 ( $DE = 10.03$ ) con un rango de edad entre los 18 años y 75 años.

*Criterios de inclusión:*

- Padecer vitíligo sin importar el tipo ni por cuánto tiempo hayan padecido dicha enfermedad.
- Ser mayores de 18 años.
- Contar con las habilidades de lectoescritura necesarias para contestar los inventarios de autoinforme.
- Aceptar participar en el estudio de forma voluntaria.

*Criterios de exclusión:*

- Tener comorbilidades y contar con otras alteraciones cutáneas.
- Padecer una discapacidad intelectual y/o física.
- Nacionalidad y residencia distintas a la mexicana.
- Quienes rechacen participar en el estudio y/o que dejen los cuestionarios contestados de forma inconclusa.

**Instrumentos**

Primeramente, se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos (ver Anexo 2) que recopiló información de las variables sexo, edad, estado civil, orientación sexual, escolaridad, ocupación, ciudad y estado de residencia, actividad física, hábitos de fumar y alcohol, preguntas sobre el vitíligo como el tiempo de diagnóstico, si recibe tratamiento, si está activo (aparición de manchas en los últimos 6 meses), qué tipo de vitíligo tiene el sujeto, si tiene manchas en la zona genital, si padece alguna comorbilidad, y finalmente, cinco preguntas referentes a la contingencia actual de COVID-19.

Para evaluar la calidad de vida en el vitíligo se utilizó el *Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL)* diseñado originalmente en inglés por Lilly et al. (2013). Es un cuestionario que consta de 15 ítems y evalúa el efecto de la enfermedad en la calidad de vida relacionada a la salud en el último mes. Los puntajes varían de 0 (nunca) a 6 (todo el tiempo), siendo posible obtener una puntuación de 0 a 90 donde un mayor puntaje refleja una peor calidad de vida. El resultado se analiza según tres factores establecidos de acuerdo con el tipo de pregunta sobre: limitación en la participación (ítems 3, 4, 6, 9, 10, 11 y 14), estigma (ítems 1, 2, 5, 7 y 15) y cambios en el comportamiento (ítems 8, 12 y 13). Además, presenta una valoración personal de la severidad percibida del vitíligo, utilizando una escala que va de 0 (sin afectar la piel) a 6 (peor caso), que corresponde al ítem 16 del cuestionario. Asimismo, el VitiQoL cuenta con fiabilidad considerando el valor del coeficiente alfa de Cronbach (.935) para evaluar la consistencia interna. Se aplicó la versión que ha sido adaptada transculturalmente al español en población mexicana por Morales-Sánchez et al. (2017).

Respecto a la evaluación de autoestima, se aplicó la *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)* (Rosenberg, 1965), la cual está conformada de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de cuatro opciones que van de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Cinco reactivos se encuentran redactados en forma positiva y cinco en forma negativa (de los ítems del 1 al 5 las respuestas se puntúan de 4 a 1 y de los ítems del 6 al 10 las respuestas se puntúan del 1 al 4) para controlar el efecto de la aquiescencia administrada. La interpretación depende del puntaje obtenido: menos de 25 puntos indica una autoestima baja, de 26 a 29 puntos indica una autoestima media y de 30 a 40 puntos una autoestima elevada. Finalmente, cuenta con una consistencia interna de .86 reportada por González y Landero (2007), y de .79 por Jurado et al. (2015).

Para los rasgos de la personalidad, se utilizó el *Inventario de Personalidad de los Cinco Factores (BFI)* diseñado por John et al. (1991) el cual es una versión traducida y adaptada al español del *Big Five Inventory* diseñado por los mismos autores. Está compuesto de 44 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”. Mide los cinco grandes factores de personalidad que son: neuroticismo (ítems 4, 9, 15, 19, 26, 30, 35 y 38), extroversión (ítems 1, 6, 11, 16, 27, 32, 40 y 43), amabilidad (ítems 2, 7, 13, 22, 24, 28, 33, 37 y 41), responsabilidad (ítems 3, 8, 14, 18, 21, 25, 29, 34 y 42) y apertura a la experiencia (ítems 5, 10, 12, 17, 20, 23, 31, 36, 39 y 44). Se utilizó la versión adaptada a contextos de habla hispana de Benet-Martínez y John (1998), la cual reporta una consistencia interna de .74 en el mismo estudio y de .79 por Zamorano et al. (2014).

## **Procedimiento**

Se contactó a los grupos de personas con diagnóstico de vitiligo en Facebook. Se realizaron publicaciones en dichos grupos para explicar la naturaleza del estudio y así obtener su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado (ver Anexo 1). Una vez realizado lo anterior, para la obtención de datos, los instrumentos psicométricos se adaptaron en formato electrónico a través de la plataforma Google Forms para su aplicación del del 1 al 24 de febrero de 2022. De forma simultánea, las personas previamente contactadas recomendaron a alguien más que conocieran que tenía diagnóstico de vitiligo. El total de participantes fue de 474 de los cuales se eliminaron 2 menores de edad, 81 extranjeros, 16 por comorbilidades y 16 por sesgo de respuesta/aquiescencia. De esta forma resultó la muestra final de 359 personas (74 hombres, 282 mujeres y 3 prefieren no decirlo).

## Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 y para la obtención de los tamaños del efecto y potencias estadísticas el programa G\*Power versión 3. Las pruebas estadísticas se seleccionaron y se llevaron a cabo en función de los objetivos de la investigación previamente planteados, estableciendo el nivel de significancia estadística cuando éste fuera menor a .05 ( $p < .05$ ).

Objetivos del 1 al 3: (Identificar los niveles de calidad de vida, autoestima y tendencias de los cinco factores de la personalidad en la población). Se llevaron a cabo análisis descriptivos de frecuencias, así como medidas de tendencia central y de dispersión.

- Calidad de vida: el VitiQoL no cuenta con puntos de corte establecidos para la interpretación del puntaje. Por lo tanto, se propusieron puntos de corte en el presente estudio con base en la media y la desviación estándar de la población en el instrumento, las cuales mostraron valores de 39.79 y 25.64 respectivamente. La literatura de la calidad de vida en el vitiligo indica que la interpretación por rangos en otros instrumentos es de nivel bajo, medio y alto de deterioro. Por lo tanto, se obtiene que un puntaje menor o igual a 13 indica un deterioro bajo, entre 14 y 65 un deterioro medio y mayor o igual a 66 un deterioro alto.
- Autoestima: la interpretación de los puntajes obtenidos se llevó a cabo de acuerdo con los puntos de corte y los rangos establecidos en la *EAR* (ver anexo 5) (Rosenberg, 1965).
- Personalidad: para la puntuación del BFI John et al. (1991) facilitan una sintaxis para SPSS la cual suma los puntos de cada uno de los ítems por rasgo y proporciona la

media de cada participante. Posterior a esto, en el presente estudio se sumaron los datos de cada participante para obtener la media de la muestra. Es decir, se obtuvo la media de la media y la desviación estándar de la muestra general para realizar los rangos de los niveles bajo, medio y alto y así analizar las tendencias de los rasgos de la personalidad.

Objetivo 4 (Evaluar la relación de la calidad de vida con la autoestima, los rasgos de la personalidad y variables sociodemográficas en los participantes). Se realizó el estadístico no paramétrico de correlación de Spearman. Se utilizó la  $p$  del coeficiente de Spearman para estimar el tamaño del efecto y los parámetros propuestos por Cohen (1992) para su interpretación: .10 pequeño, .30 mediano y .50 grande.

Objetivo 5 (Contrastar las diferencias por grupos de sexo en cuanto a calidad de vida, autoestima y rasgos de la personalidad). Se recodificó la variable de escolaridad en 2 grupos para su análisis: 1) menor a 12 años (máximo con bachillerato terminado) y 2) mayor a 12 años de escolaridad (Licenciatura y Posgrado).

Objetivo 6 (Contrastar las diferencias de las variables clínicas de la enfermedad en cuanto a calidad de vida, autoestima y rasgos de la personalidad). Se recodificó la variable “Tiempo de diagnóstico” en 2 grupos para su análisis: 1) menor a 6 años y 2) mayor a 6 años.

Para los objetivos 5 y 6 dependiendo la cantidad de grupos de comparación se llevaron a cabo las pruebas estadísticas de U de Mann-Whitney y la Chi Cuadrada. Los parámetros y estadísticos del tamaño del efecto que se utilizaron para cada prueba estadística fueron: a) U de Mann-Whitney se utilizó la  $d$  de Cohen (1992) para estimar el tamaño del efecto y los parámetros propuestos por el mismo autor para su interpretación: .20 pequeño, .50 mediano y .80 grande; b)

Chi Cuadrada se utilizó la  $w$  de Cohen (1992) para estimar el tamaño del efecto y los parámetros propuestos por el mismo autor para su interpretación: .10 pequeño, .30 mediano y .50 grande.

### **Consideraciones éticas**

En todo momento se tuvieron presentes las recomendaciones hechas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) y de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017) respecto a las consideraciones éticas para la investigación con seres humanos.

Los participantes fueron informados sobre la naturaleza, objetivos, duración y procedimientos de la investigación. Su participación fue voluntaria, anónima y se les comunicó la confidencialidad de los datos proporcionados y de sus respuestas, así como los límites de esta. Los datos que se obtuvieron gracias a su participación serán utilizados con fines de investigación guardándose siempre sus datos personales de forma segura y anónima para que ninguna persona ajena al proyecto pueda acceder a esta información atendiendo al artículo 4º del código ético de la American Psychological Association (2017): privacidad y confidencialidad.



## **CAPITULO IV**

### ***RESULTADOS***

#### **Descripción de la muestra**

En la Tabla 1 se detallan las características de la muestra estudiada en cuanto a las variables sociodemográficas de edad, estado civil, orientación sexual, escolaridad, ocupación y zona geográfica. Los estados de residencia de los participantes se clasificaron de acuerdo con las cuatro regiones o zonas geográficas que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía utiliza para agrupar a las entidades federativas, a saber (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016):

- Región Norte: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas.
- Región Centro: Ciudad de México, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Oaxaca.
- Región Centro Occidente: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas.
- Región Sureste: Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán.

**Tabla 1***Caracterización de la muestra*

VARIABLES	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
<b>Edad*</b>	36.97 (10.78)	37.98 (9.82)	42.0 (12.76)	37.81 (10.03)
<b>Estado civil**</b>				
Soltero sin pareja	16 (21.6)	52 (18.4)		68 (18.9)
Soltero con pareja	14 (18.9)	38 (13.5)	1 (33.3)	53 (14.8)
Casado	29 (39.2)	107 (38)	1 (33.3)	137 (38.2)
Unión libre	11 (14.9)	52 (18.4)	1 (33.3)	64 (17.8)
Viudo		5 (1.8)		5 (1.4)
Divorciado o separado	4 (5.4)	28 (9.9)		32 (8.9)
<b>Orientación sexual**</b>				
Heterosexual	59 (79.7)	264 (93.6)	3 (100.0)	326 (90.8)
Homosexual	8 (10.8)	3 (1.1)		11 (3.1)
Bisexual	4 (5.4)	5 (1.8)		9 (2.5)
Asexual		1 (.3)		1 (.3)
Prefiero no contestar	3 (4.1)	9 (3.2)		12 (3.3)
<b>Escolaridad**</b>				
Ninguna		1 (.4)		1 (.3)
Primaria		2 (.7)		2 (.6)
Secundaria	6 (8.1)	42 (14.9)		48 (13.3)
Preparatoria	20 (27)	61 (21.6)	1 (33.3)	82 (22.8)
Universidad trunca	12 (16.3)	30 (10.6)		42 (11.7)
Universidad terminada	26 (35.1)	108 (38.3)	2 (66.7)	136 (37.9)
Posgrado	10 (13.5)	38 (13.5)		48 (13.4)
<b>Ocupación**</b>				
Estudiante	3 (4.1)	11 (3.9)		14 (3.9)
Estudiante y trabajador	7 (9.4)	10 (3.5)		17 (4.7)
Trabajador	47 (63.5)	127 (45.0)	3 (100.0)	177 (49.3)
Emprendedor	14 (18.9)	58 (20.6)		72 (20.1)
Desempleado	1 (1.4)	25 (8.9)		26 (7.2)
Otro	2 (2.7)	51 (18.1)		53 (14.8)
<b>Zona geográfica**</b>				
Región Norte	25 (33.8)	88 (31.2)	1 (33.3)	114 (31.7)
Región Centro	30 (40.5)	105 (37.2)		135 (37.6)
Región Centro Occidente	14 (18.9)	51 (18.1)	1 (33.3)	66 (18.4)
Región Sureste	5 (6.8)	38 (13.5)	1 (33.3)	44 (12.3)

*Nota.* \*Celdas representan medias y desviaciones típicas.

\*\*Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo.

En la Tabla 2 se describen las características de la muestra respecto a preguntas puntuales sobre el COVID-19. Podemos destacar de los datos que el 45.1% ha contraído la enfermedad, el 35.7% reporta que personas cercanas a ellos han fallecido debido a la contingencia y en el 58.2% la pandemia ha generado estrés económico en su familia.

**Tabla 2**  
*Caracterización de la muestra respecto al COVID-19*

VARIABLES	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
<b>¿Ha estado enfermo de COVID-19?*</b>				
Sí	36 (48.6)	124 (44.0)	2 (66.7)	162 (45.1)
No	23 (31.1)	114 (40.4)		137 (38.2)
No estoy seguro	15 (20.3)	44 (15.6)	1 (33.3)	60 (16.7)
<b>¿Personas cercanas a usted han estado enfermas de COVID-19?*</b>				
Sí	63 (85.1)	230 (81.6)	3 (100)	296 (82.5)
No	10 (13.5)	40 (14.1)		50 (13.9)
No estoy seguro	1 (1.4)	12 (4.3)		13 (3.6)
<b>¿Personas cercanas a usted han fallecido por COVID-19?*</b>				
Sí	23 (31.1)	104 (36.9)	1 (33.3)	128 (35.7)
No	44 (59.4)	151 (53.5)	1 (33.3)	196 (54.6)
No estoy seguro	7 (9.5)	27 (9.6)	1 (33.3)	35 (9.7)
<b>¿La contingencia por la pandemia actual ha generado estrés económico en usted y su familia?*</b>				
Sí	37 (50)	170 (60.3)	2 (66.7)	209 (58.2)
No	33 (44.6)	99 (35.1)	1 (33.3)	133 (37.1)
No estoy seguro	4 (5.4)	13 (4.6)		17 (4.7)
<b>¿Se ha visto reducido el ingreso económico de usted y su familia?*</b>				
Sí	32 (43.2)	149 (52.8)	2 (66.7)	183 (51)
No	39 (52.7)	114 (40.5)	1 (33.3)	154 (42.9)
No estoy seguro	3 (4.1)	19 (6.7)		22 (6.1)

*Nota.* \*Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo.

A continuación, en las siguientes páginas, se expone la información recabada en la muestra respecto a las cinco preguntas clínicas sobre el vitíligo. Por cada una de las preguntas se realizaron dos figuras: 1) gráfica de pastel de los resultados de la muestra total e 2) histograma de los resultados divididos por sexo. En la Tabla 3 se encuentra la información detallada de las cinco preguntas clínicas.

**Tabla 3**  
*Porcentajes y frecuencias de la muestra respecto al vitíligo*

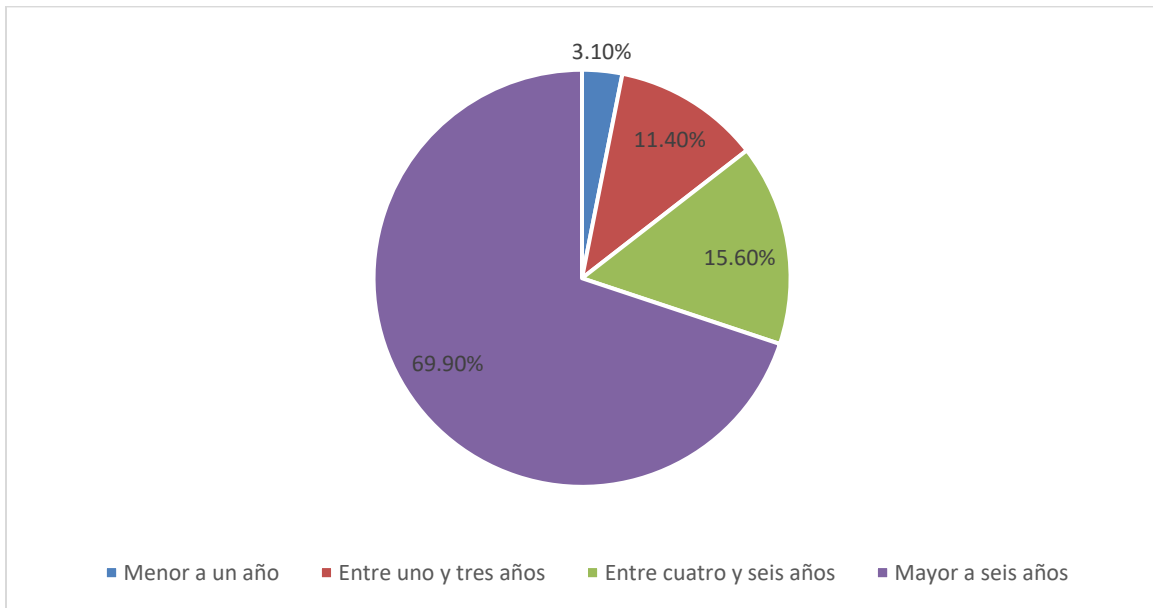
Variables	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
<b>Tiempo de diagnóstico*</b>				
Menor a un año	3 (4.1)	8 (2.8)		11 (3.1)
Entre uno y tres años	10 (13.5)	31 (11.1)		41 (11.4)
Entre cuatro y seis años	13 (17.5)	43 (15.2)		56 (15.6)
Mayor a seis años	48 (64.9)	200 (70.9)	3 (100.0)	251 (69.9)
<b>¿El vitíligo está activo?*</b>				
Sí	57 (77.0)	232 (82.3)	3 (100.0)	292 (81.3)
No	17 (23.0)	50 (17.7)		67 (18.7)
<b>¿Recibe tratamiento para vitíligo?*</b>				
Sí	15 (20.3)	43 (15.2)	1 (33.3)	59 (16.4)
No	59 (79.7)	239 (84.8)	2 (66.7)	300 (83.6)
<b>Tipo de vitíligo*</b>				
Generalizado	55 (74.3)	191 (67.8)	3 (100.0)	249 (69.3)
Focal	12 (16.2)	50 (17.7)		62 (17.3)
Segmentario	2 (2.7)	17 (6)		19 (5.3)
Universal	5 (6.8)	24 (8.5)		29 (8.1)
<b>¿Existen manchas de vitíligo en su zona genital?*</b>				
Sí	65 (87.8)	190 (67.4)	2 (66.7)	257 (71.6)
No	8 (10.8)	80 (28.4)	1 (33.3)	89 (24.8)
Prefiero no contestar	1 (1.4)	12 (4.2)		13 (3.6)

*Nota.* \*Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo.

El tiempo de diagnóstico de vitiligo es mayor a seis años en el 69.9% de los participantes y solo el 3.10% tiene un diagnóstico menor a un año (Figura 1).

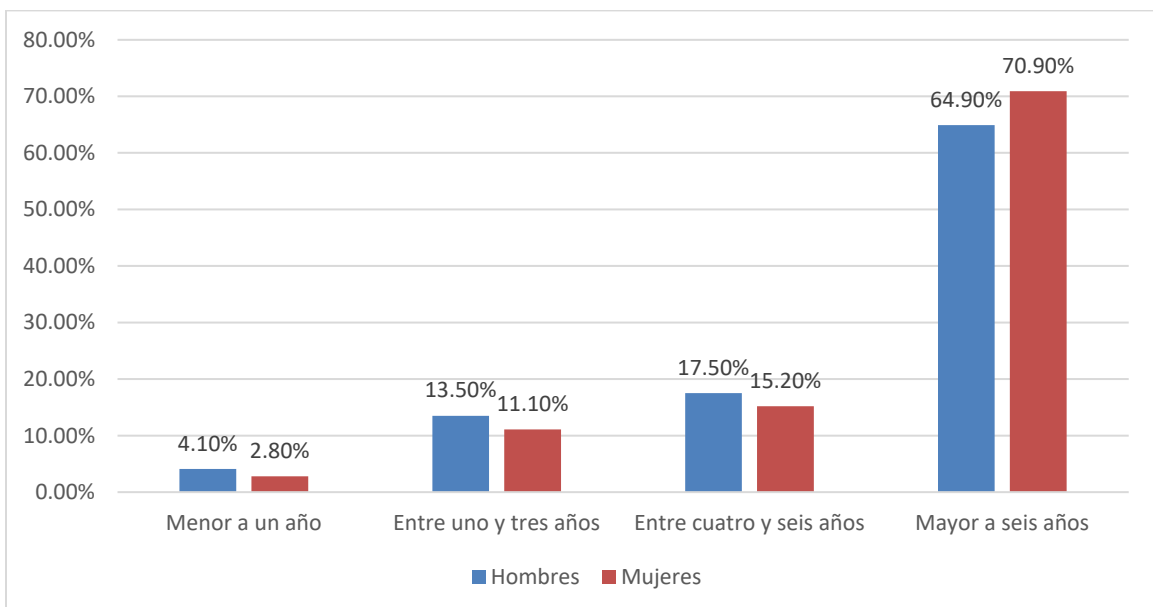
**Figura 1**

*Gráfico de pastel del tiempo de diagnóstico de vitiligo en la muestra total*



**Figura 2**

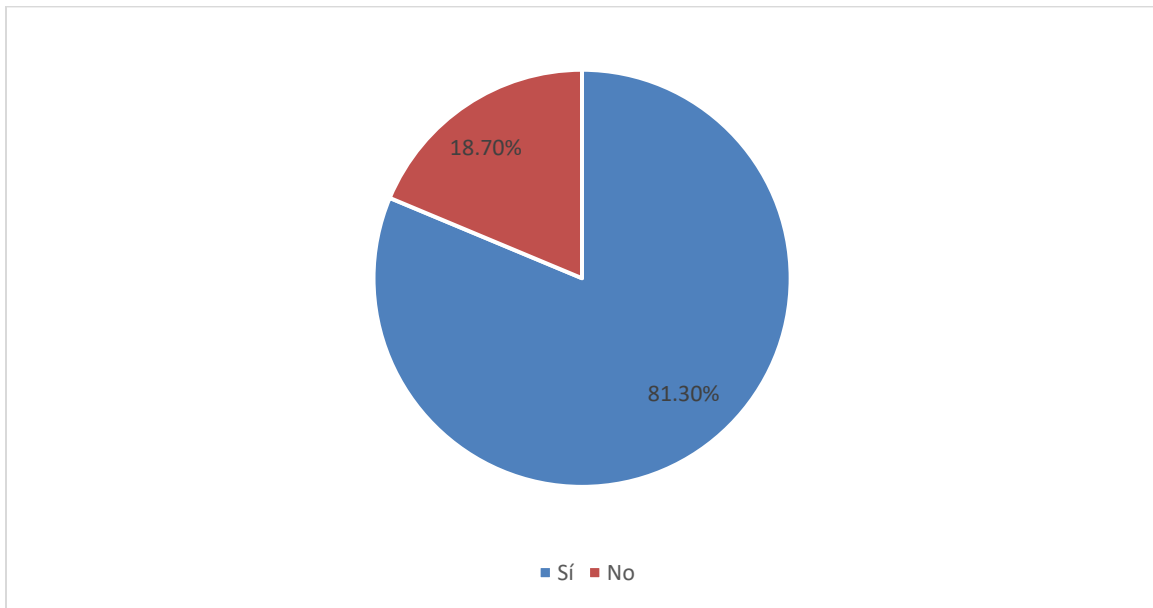
*Histograma del tiempo de diagnóstico de vitiligo por grupos de sexo*



El 81.3% tiene vitiligo activo, es decir, ha tenido aparición de manchas en los últimos seis meses (Figura 3).

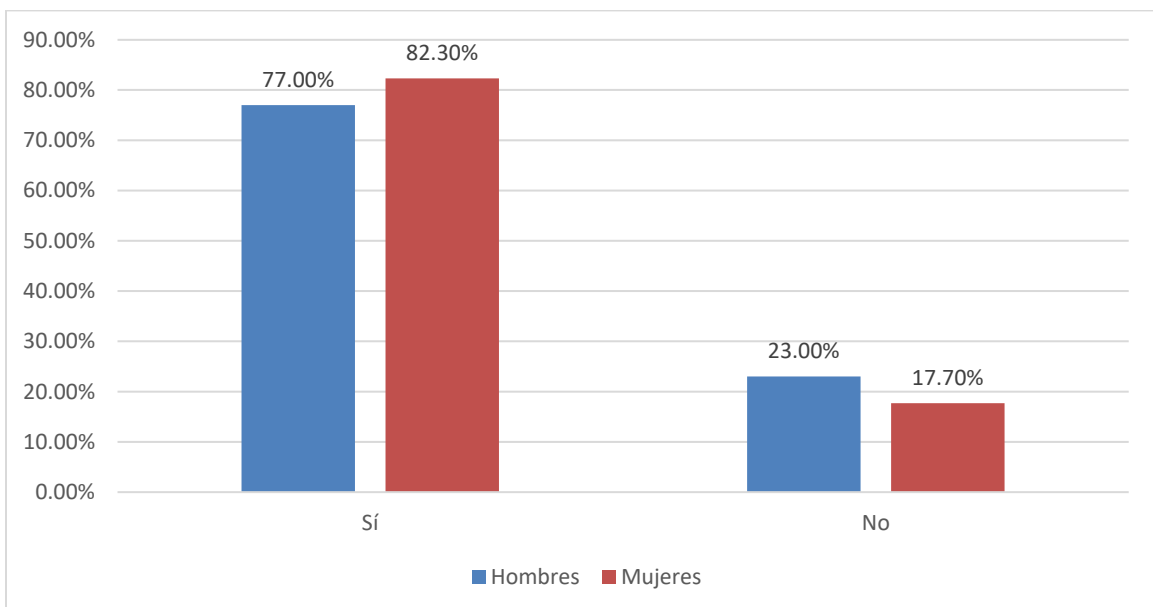
### Figura 3

*Gráfico de pastel de los participantes con vitiligo activo en la muestra total*



### Figura 4

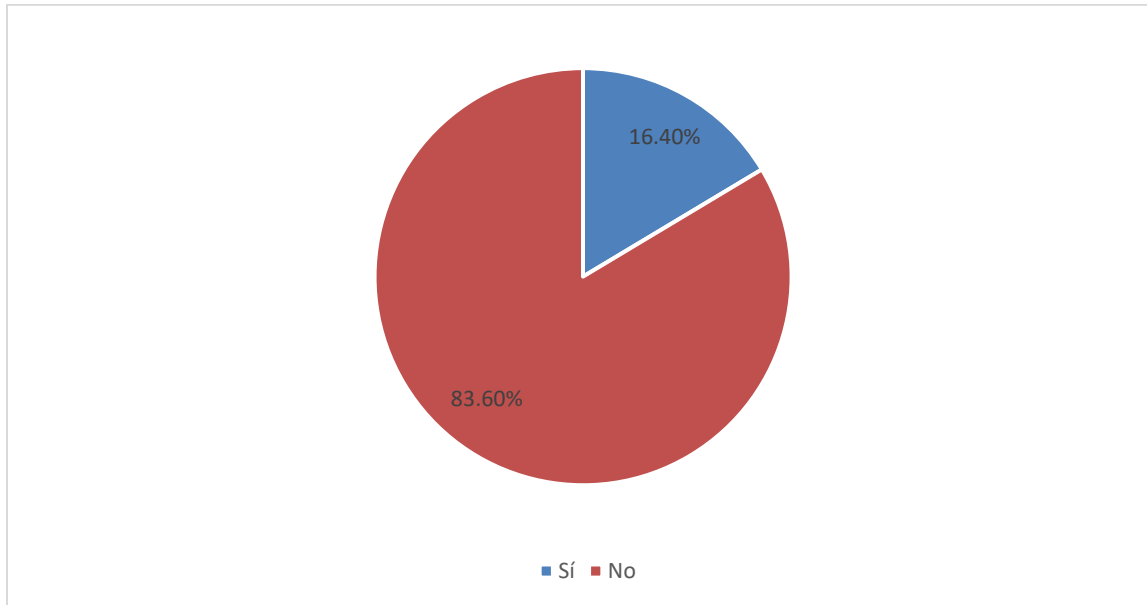
*Histograma del porcentaje de participantes con vitiligo activo por grupos de sexo*



El 83.6% de los participantes no recibe tratamiento médico para la enfermedad cutánea (Figura 5).

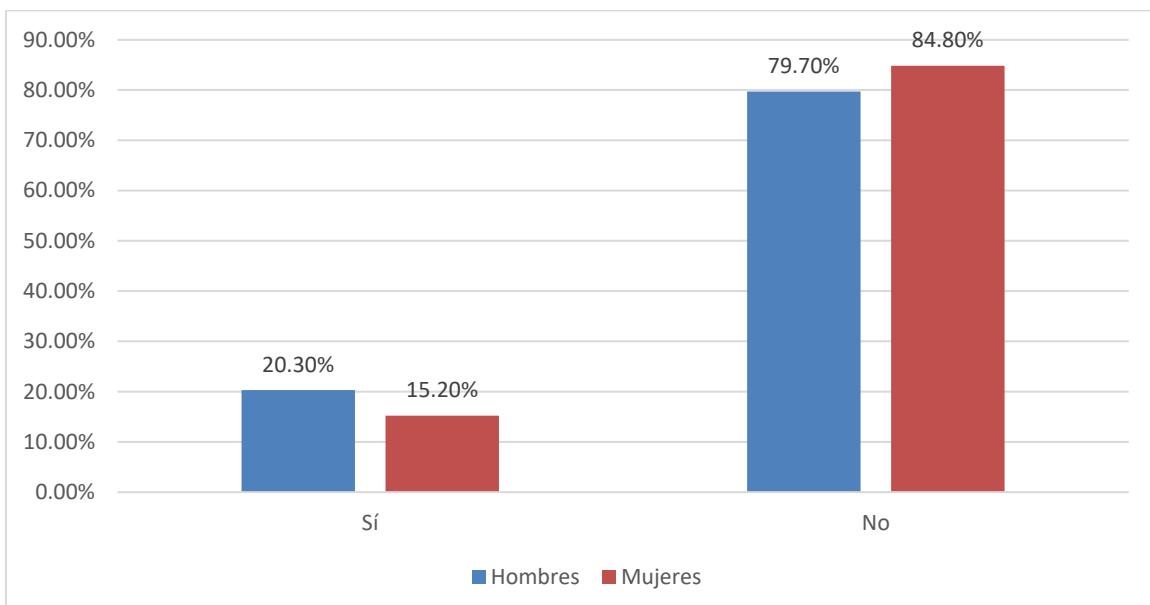
**Figura 5**

*Gráfico de pastel de los participantes que reciben tratamiento para el vitiligo*



**Figura 6**

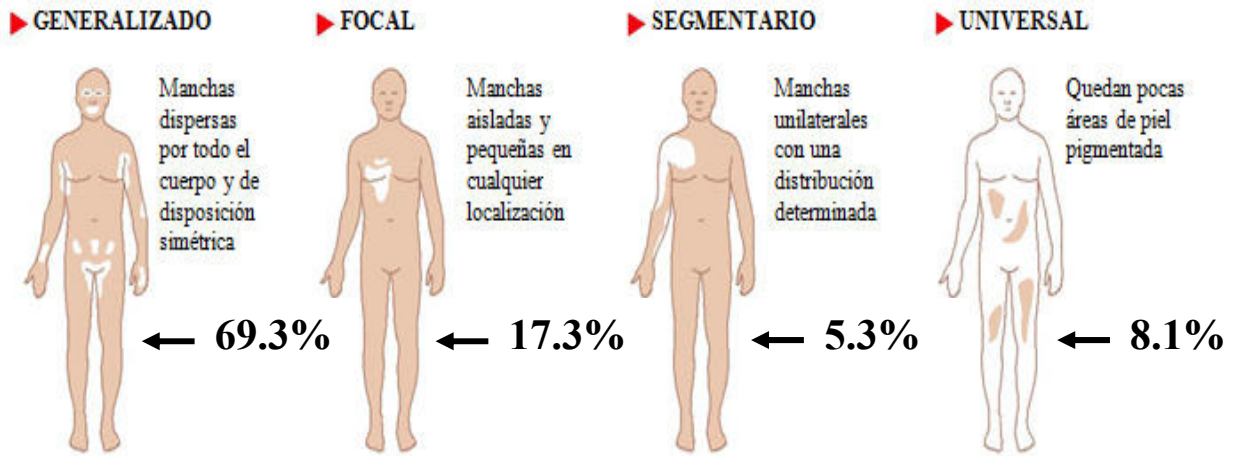
*Histograma del porcentaje de participantes que reciben tratamiento para el vitiligo por grupos de sexo*



Respecto al tipo de vitíligo, el 69.3% reporta aparición de manchas de tipo generalizado y el tipo segmentario es el que menos incidencia tiene con un 5.3% (Figura 7).

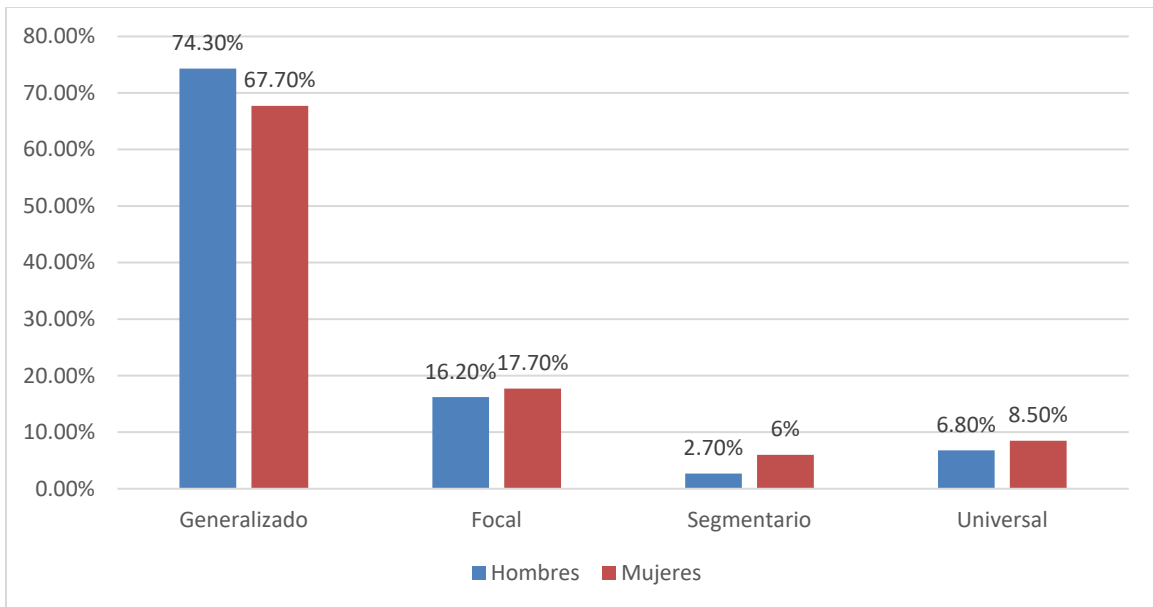
**Figura 7**

*Porcentajes del tipo de vitíligo en la muestra total*



**Figura 8**

*Histograma del tipo de vitíligo por grupos de sexo*

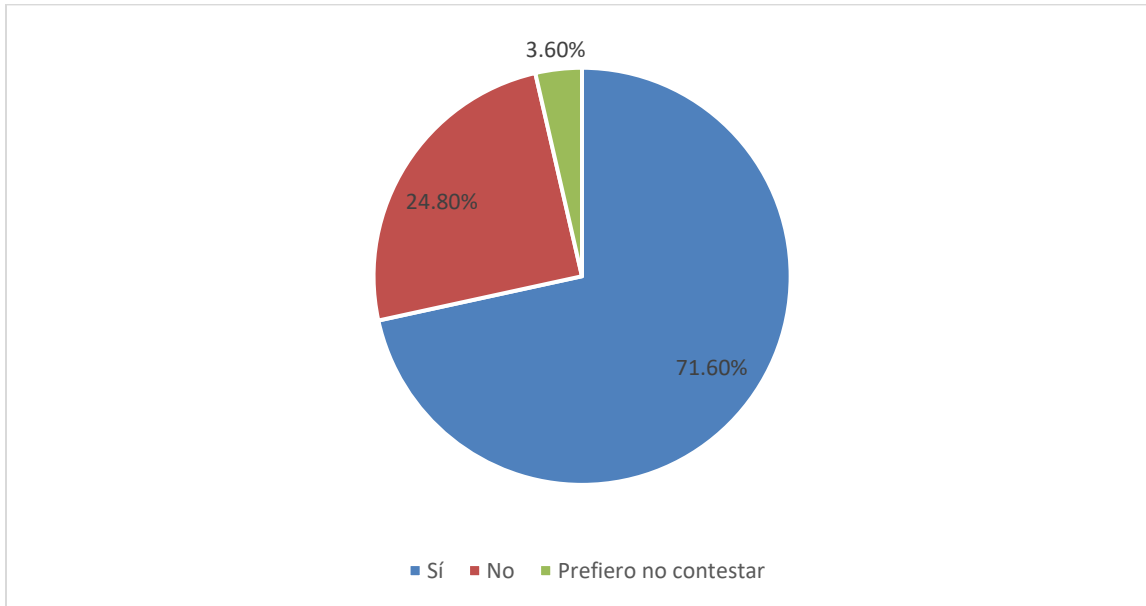




El 71.6% reporta aparición de manchas en la zona genital (Figura 9) lo que representa al 87.80% de los hombres y al 67.40% de las mujeres (Figura 10).

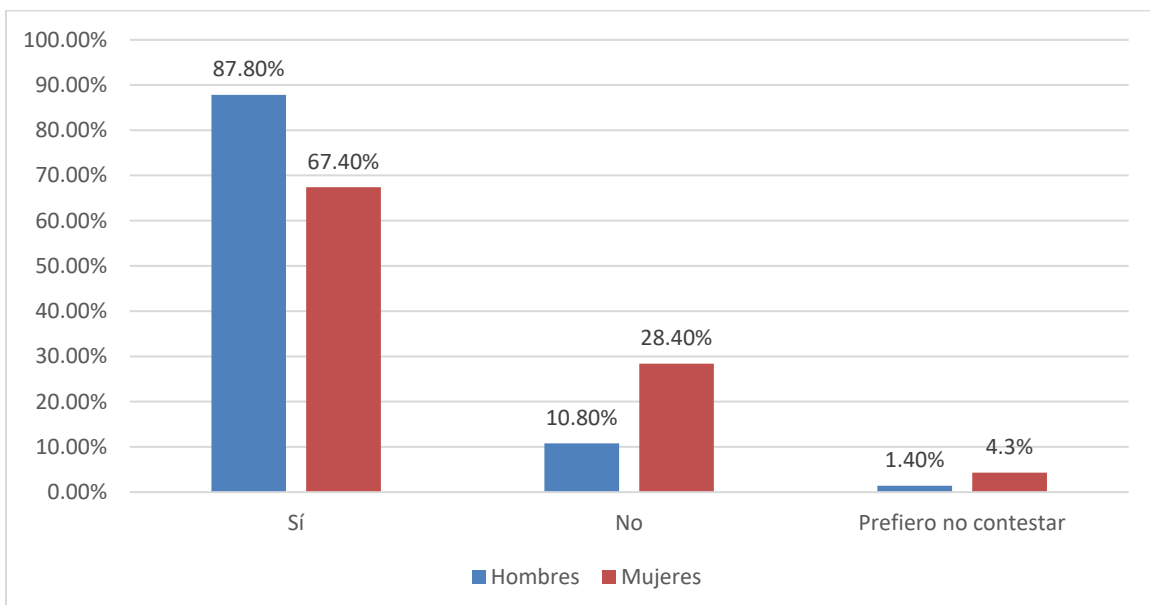
**Figura 9**

*Gráfico de pastel de los participantes con vitiligo en la zona genital*



**Figura 10**

*Histograma de los participantes con vitiligo en la zona genital por grupos de sexo*



## Análisis de confiabilidad

Para llevar a cabo la estimación de la confiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos psicológicos se utilizó el Alfa de Cronbach. En la Tabla 4 se pueden observar los estadísticos de confiabilidad que corresponden a dichos instrumentos. Los tres instrumentos utilizados presentan un alfa mayor a .70 siendo esto el valor mínimo aceptable. De acuerdo con la magnitud de los rangos del coeficiente, el BFI clasifica como aceptable, el EAR como bueno y el VitiQoL como excelente (Rodríguez-Rodríguez y Reguant-Álvarez, 2020).

**Tabla 4**

*Estadísticos de confiabilidad de las escalas para medición de las variables*

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
VitiQoL	.947	15
EAR	.838	10
BFI	.728	44

*Nota.* VitiQoL= Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; BFI= Big Five Inventory

## Pruebas de bondad de ajuste

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors para comprobar si las pautas de normalidad se cumplían en las distribuciones de las variables examinadas (ver Tabla 5). Debido a que las variables analizadas no se ajustan a una distribución normal, se tomó la decisión de utilizar pruebas no paramétricas para los análisis de comparación de grupos y para los análisis de correlación de variables (Oppong y Agbedra, 2016).

**Tabla 5**  
*Pruebas de normalidad*

Instrumento	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Calidad de vida (VitiQoL)	.100	<b>.001</b>
Autoestima (EAR)	.081	<b>.001</b>
BFI Neuroticismo	.088	<b>.001</b>
BFI Extroversión	.088	<b>.001</b>
BFI Apertura a la Experiencia	.071	<b>.001</b>
BFI Amabilidad	.067	<b>.001</b>
BFI Responsabilidad	.071	<b>.001</b>

*Nota.* *K-S* = Prueba de Kolmogorov-Smirnov; *p* = significancia estadística; VitiQoL= Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; BFI= Big Five Inventory

## Análisis descriptivo de las variables

Respecto a los objetivos 1 al 3 se llevó a cabo el análisis de las variables de calidad de vida en el vitiligo, la autoestima, el neuroticismo, la extroversión, la apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad. Para obtener la interpretación de dichas variables, primeramente, se obtuvieron las medias y desviaciones típicas (ver Tabla 6).

**Tabla 6***Medias y desviaciones típicas de las variables*

Variables	Hombres		Mujeres		Otro		Total	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Calidad de vida	39.43	26.21	40.10	25.57	19.33	9.86	39.79	25.64
Autoestima	32.43	4.89	32.32	5.65	32.00	.000	32.34	5.47
Neuroticismo	3.18	.362	3.29	.411	3.42	.260	3.26	.402
Extroversión	2.99	.300	2.96	.370	3.63	.125	2.97	.360
Apertura a la Experiencia	3.04	.442	3.13	.420	3.03	.462	3.11	.426
Amabilidad	3.12	.378	3.17	.390	3.00	.294	3.16	.387
Responsabilidad	3.03	.429	2.99	.446	2.89	.294	3.00	.441

Para identificar el nivel de deterioro de la calidad de vida y los niveles de autoestima en los participantes se llevó a cabo la sumatoria de cada escala y posteriormente se clasificaron en rangos de acuerdo con su puntaje (ver Tablas 7 y 8). El 20.6% de la muestra cuenta con un deterioro alto de la calidad de vida y el 60.2% con un deterioro medio respectivamente, mientras que, en la autoestima, el 71.9% cuentan con una autoestima alta y solo el 11.4% con una autoestima baja.

**Tabla 7***Frecuencias y porcentajes de deterioro en la calidad de vida en personas con vitiligo*

Niveles de calidad de vida	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
Deterioro alto	14 (18.9)	60 (21.3)		74 (20.6)
Deterioro medio	43 (58.1)	171 (60.6)	2 (66.7)	216 (60.2)
Deterioro bajo	17 (23)	51 (18.1)	1 (33.3)	69 (19.2)

**Tabla 8***Frecuencias y porcentajes de los niveles de autoestima*

Niveles de autoestima	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
Autoestima alta	58 (78.4)	197 (69.9)	3 (100)	258 (71.9)
Autoestima media	6 (8.1)	54 (19.1)		60 (16.7)
Autoestima baja	10 (13.5)	31 (11)		41 (11.4)

En el caso de los rasgos de la personalidad, se realizaron los rangos de interpretación para conocer las tendencias de la personalidad con base en la media y desviación estándar generales de la muestra (ver Tabla 9). Destaca que el 19.8% cuenta con amabilidad alta y el 15.6% con extroversión alta.

**Tabla 9**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de los cinco rasgos de la personalidad*

Niveles	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
<b>Neuroticismo</b>				
Alto	9 (12.2)	39 (13.8)		48 (13.4)
Moderado	52 (70.3)	206 (73.1)	3 (100)	261 (72.7)
Bajo	13 (17.5)	37 (13.1)		50 (13.9)
<b>Extroversión</b>				
Alta	10 (13.5)	43 (15.2)	3 (100)	56 (15.6)
Moderada	59 (79.7)	199 (70.6)		258 (71.9)
Baja	5 (6.8)	40 (14.2)		45 (12.5)
<b>Apertura a la experiencia</b>				
Alta	7 (9.5)	43 (15.2)		50 (13.9)
Moderada	53 (71.6)	204 (72.4)	2 (66.7)	259 (72.2)
Baja	14 (18.9)	35 (12.4)	1 (33.3)	50 (13.9)
<b>Amabilidad</b>				
Alta	11 (14.9)	60 (21.3)		71 (19.8)
Moderada	55 (74.3)	187 (66.3)	3 (100)	245 (68.2)
Baja	8 (10.8)	35 (12.4)		43 (12)
<b>Responsabilidad</b>				
Alta	7 (9.5)	35 (12.4)		42 (11.7)
Moderada	57 (77)	211 (74.8)	3 (100)	271 (75.5)
Baja	10 (13.5)	36 (12.8)		46 (12.8)

## Severidad percibida

Con el objetivo de llevar a cabo un análisis más detallado del deterioro de la calidad de vida, se obtuvieron las medias y desviaciones típicas del instrumento VitiQoL y de la severidad percibida con el fin de identificar los ítems que mostraran medias más altas para un posterior análisis (ver Tabla 10). Los cinco ítems con medias más altas de mayor a menor son el ítem 13= 3.88, el ítem 15= 3.78, el ítem 1= 3.26, el ítem 10= 3.15 y el ítem 7= 3.10 respectivamente. Cabe destacar que tres de estos ítems (1, 7 y 15) pertenecen al factor denominado estigma. Por otro lado, la severidad percibida (ítem 16) cuenta con una media de 2.79.

**Tabla 10**

*Medias de los 15 ítems del VitiQoL y de la severidad percibida*

Ítems	Total	
	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. ¿Se ha sentido incómodo(a) por el aspecto de la enfermedad de su piel?	<b>3.26</b>	2.068
2. ¿Se ha sentido frustrado(a) por la enfermedad de su piel?	2.88	2.154
3. ¿La enfermedad de su piel le ha dificultado mostrar afecto?	1.96	2.231
4. ¿La enfermedad de su piel le ha afectado en sus actividades diarias?	1.35	1.936
5. Cuando habla con alguien, ¿le ha preocupado lo que otros puedan pensar de usted?	2.67	2.389
6. ¿Ha tenido miedo de que las personas le critiquen?	2.91	2.415
7. ¿Se ha sentido avergonzado(a) o acomplejado(a) debido a la enfermedad de su piel?	<b>3.10</b>	2.325
8. ¿La enfermedad de su piel ha influido en la ropa que usa?	3.02	2.525
9. ¿La enfermedad de su piel ha afectado sus actividades sociales o recreativas?	2.20	2.339
10. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su bienestar emocional?	<b>3.15</b>	2.182
11. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su salud física general?	1.49	2.004
12. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su arreglo personal (es decir, corte de cabello, uso de cosméticos)?	2.51	2.483
13. ¿La enfermedad de su piel ha afectado el cuidado que usted tiene para protegerse del sol durante sus actividades recreativas (es decir, limita el tiempo de exposición durante las horas máximas de sol, busca la sombra, usa sombrero, manga larga o pantalón)?	<b>3.88</b>	2.260
14. ¿La enfermedad de su piel ha evitado que haga nuevos amigos?	1.62	2.174
15. ¿Se ha preocupado de la progresión o diseminación de su enfermedad a otras áreas del cuerpo?	<b>3.78</b>	2.225
16. Gravedad de su enfermedad de la piel	<b>2.79</b>	1.602

Una vez obtenidas las medias, se realizaron tres rangos de interpretación para los puntajes obtenidos en la severidad percibida, los cuales se denominaron “sin gravedad” para quienes obtuvieron de 0 a 2 puntos, “gravedad media” de 3 a 4 puntos y “gravedad alta” de 5 a 6 puntos (ver Tabla 11). Destaca que el 14.2% de la muestra percibe una gravedad alta del vitíligo, el 77.7% una gravedad media y el 8.1% percibe sin gravedad a su enfermedad. Por lo tanto, el 91.9% percibe al vitíligo con algún grado de severidad.

**Tabla 11**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de severidad percibida*

Niveles de severidad	Hombres (n= 74)	Mujeres (n= 282)	Otro (n= 3)	Total (N= 359)
Gravedad alta	11 (14.9)	40 (14.2)		51 (14.2)
Gravedad media	58 (78.3)	218 (77.3)	3 (100)	279 (77.7)
Sin gravedad	5 (6.8)	24 (8.5)		29 (8.1)

Retomando los resultados de la Tabla 10, se realizó la comparación de los cinco ítems con medias más altas (13, 15, 1, 10 y 7) y los niveles de severidad percibida. Para esto se utilizó el análisis de varianza en una vía de Kruskal-Wallis debido a que no se cumplió con el supuesto de normalidad y en la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene no existió igualdad. Los resultados de la prueba se exponen en la Tabla 12.

Además, en cuanto a los estadísticos de contraste, para el ítem 13 la Chi-cuadrada de Pearson= 14.067,  $gl= 2$ ,  $p = .001$ ; para el ítem 15 la Chi-cuadrada de Pearson= 39.796,  $gl= 2$ ,  $p = .001$ ; para el ítem 1 la Chi-cuadrada de Pearson= 42.514,  $gl= 2$ ,  $p = .001$ ; para el ítem 10 la Chi-cuadrada de Pearson= 53.784,  $gl= 2$ ,  $p = .001$ ; para el ítem 7 la Chi-cuadrada de Pearson= 37.865,  $gl= 2$ ,  $p = .001$ . Se puede observar que los rangos promedios en todos los ítems son mayores en la afectación severa en comparación a las otras dos categorías, e inclusive, llega a ser más del doble en comparación al rango de “sin afectación”.

**Tabla 12***Niveles de severidad percibida en comparación por ítems 13, 15, 1, 10 y 7*

Ítems	Interpretación niveles de gravedad	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>
Ítem 13	Sin afectación	29	168.12
	Afectación promedio	279	172.33
	Afectación severa	51	228.72
	Total	359	
Ítem 15	Sin afectación	29	108.98
	Afectación promedio	279	174.66
	Afectación severa	51	249.62
	Total	359	
Ítem 1	Sin afectación	29	134.50
	Afectación promedio	279	169.49
	Afectación severa	51	263.39
	Total	359	
Ítem 10	Sin afectación	29	98.71
	Afectación promedio	279	173.12
	Afectación severa	51	263.87
	Total	359	
Ítem 7	Sin afectación	29	112.72
	Afectación promedio	279	174.12
	Afectación severa	51	250.44
	Total	359	



## Correlaciones

Para responder el objetivo 4 se utilizó el estadístico de correlación de Spearman entre las variables psicológicas y sociodemográficas del estudio. Se decidió utilizar esta prueba no paramétrica ya que no se encontró una distribución normal en las variables de acuerdo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ver Tabla 5). Se encontraron correlaciones significativas de orientación negativa entre la calidad de vida y la autoestima con un tamaño del efecto grande, y de orientación positiva entre la calidad de vida y la responsabilidad con un tamaño del efecto entre pequeño y mediano, y finalmente, de orientación positiva entre la calidad de vida y la severidad percibida con un tamaño del efecto grande (ver Tabla 13). Dichas relaciones cuentan con una potencia estadística de 1.00 y .99 lo que indica que los datos obtenidos son válidos y la probabilidad de cometer un error Tipo II es prácticamente nula y se ha llegado a la conclusión correcta de la significancia estadística.

**Tabla 13**

*Correlaciones de calidad de vida con variables psicológicas y sociodemográficas*

VARIABLES	$r_s$	Sig.	$p$	$1-\beta$
Autoestima	<b>-.533</b>	.001	.729	1.00
Neuroticismo	.034	.520	.184	.99
Extroversión	-.095	.071	.308	.99
Apertura a la Experiencia	.040	.450	.197	.99
Amabilidad	-.096	.069	.309	.99
Responsabilidad	<b>.143</b>	.006	.378	.99
Severidad percibida	<b>.557</b>	.001	.746	1.00
Edad	-.058	.271	.240	.99

*Nota.  $p = .10$  pequeño,  $.30$  mediano,  $.50$  grande*

*$r_s$  = rho de Spearman, Sig. = significancia estadística,  $p$  = tamaño del efecto,  $1-\beta$  = potencia estadística*

A pesar de que el objetivo 4 estaba orientado a encontrar correlación de las variables estudiadas con la calidad de vida, en el análisis e interpretación de los datos se identificó que la variable de autoestima, además de correlacionarse con la calidad de vida, se correlacionó de forma

negativa y significativa con la responsabilidad y con la severidad percibida. Además, de forma positiva y significativa con la amabilidad y con la edad (ver Tabla 14). Todas las relaciones cuentan con tamaños del efecto entre mediano y grande con potencias estadísticas de 1.00 y .99 indicando que los datos son válidos y la probabilidad de cometer un error Tipo II es prácticamente nula y se ha llegado a la conclusión correcta de la significancia estadística.

**Tabla 14**  
*Correlaciones de autoestima con variables psicológicas y sociodemográficas*

VARIABLES	$r_s$	Sig.	$p$	$1-\beta$
Calidad de vida	<b>-.532</b>	.001	.729	1.00
Neuroticismo	-.062	.237	.248	.99
Extroversión	.080	.125	.282	.99
Apertura a la Experiencia	-.103	.050	.320	.99
Amabilidad	<b>.167</b>	.001	.408	.99
Responsabilidad	<b>-.110</b>	.037	.331	.99
Severidad percibida	<b>-.303</b>	.001	.550	1.00
Edad	<b>.192</b>	.001	.438	1.00

*Nota.*  $p = .10$  pequeño,  $.30$  mediano,  $.50$  grande

$r_s$  = rho de Spearman, Sig. = significancia estadística,  $p$  = tamaño del efecto,  $1-\beta$  = potencia estadística

Al segmentar por sexo y analizar las correlaciones de las variables psicológicas y sociodemográficas, se observó que, en los hombres existen correlaciones significativas en la autoestima con la calidad de vida ( $r_s = -.631, p = .000$ ), la amabilidad ( $r_s = .289, p = .012$ ) y la edad ( $r_s = .272, p = .019$ ). Por otro lado, en las mujeres se observaron correlaciones significativas entre la calidad de vida y la autoestima ( $r_s = -.514, p = .000$ ), la amabilidad ( $r_s = -.128, p = .032$ ) y la responsabilidad ( $r_s = .149, p = .012$ ); además, también en mujeres la variable de autoestima mostró correlaciones negativas y significativas con la apertura a la experiencia ( $r_s = -.173, p = .004$ ) y la responsabilidad ( $r_s = -.130, p = .029$ ); mientras que se observan correlaciones positivas y significativas con la edad ( $r_s = .179, p = .003$ ) y la amabilidad ( $r_s = .137, p = .021$ ).

## Diferencias entre grupos

Para responder el objetivo 5, al establecer las diferencias entre los grupos de sexo con las variables psicológicas analizadas se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney. En el contraste se identificó una diferencia significativa en la variable neuroticismo entre hombres y mujeres (ver Tabla 15). Esta diferencia muestra un tamaño del efecto pequeño con valor de .285 y una potencia estadística de .73. El valor esperado convencionalmente para el análisis es del 80 % ( $1-\beta = .80$ ), por lo cual, en este caso, existe un 27% de probabilidad de aceptar la hipótesis nula cuando esta puede ser en realidad falsa ( $\beta = .27$ ).

**Tabla 15**  
*Diferencias por sexo en cada una de las variables psicológicas*

Variables	Hombres	Mujeres	Z	U	p	d	1-β
	Rangos promedio						
Calidad de vida	176.14	179.12	-.222	10259.00	.824	.025	.82
Autoestima	178.30	178.55	-.018	10419.50	.985	.020	.98
<b>Neuroticismo</b>	<b>154.27</b>	<b>184.86</b>	<b>-2.287</b>	<b>8641.00</b>	<b>.022</b>	<b>.285</b>	<b>.73</b>
Extroversión	183.69	177.14	-.490	10050.00	.624	.060	.95
Apertura a la Experiencia	166.93	181.54	-1.090	9578.00	.276	.209	.68
Amabilidad	162.95	182.58	-1.467	9283.00	.142	.159	.39
Responsabilidad	190.64	175.31	-1.144	9535.50	.253	.092	.36
Severidad percibida	176.29	179.08	-.211	10270.50	.833	.018	.83

*Nota. d = .20 pequeño, .50 mediano, .80 grande*

*p = significancia estadística, d = tamaño del efecto, 1-β = potencia estadística*

Además, para analizar las variables sociodemográficas de edad, estado civil, orientación sexual, escolaridad y ocupación se llevó a cabo la prueba estadística U de Mann-Whitney. Las variables que no mostraron diferencia significativa fueron la edad, la orientación sexual y la ocupación. Por otro lado, el estado civil y la escolaridad sí mostraron una diferencia significativa, indicando que los pacientes con diagnóstico de vitiligo que estén solteros sin pareja y que cuenten con menos de 12 años de escolaridad mostrarán un mayor deterioro de la calidad de vida y una

menor autoestima en comparación a quienes estén casados y tengan más de 12 años de escolaridad (ver Tabla 16). Todos los tamaños del efecto se encuentran entre pequeños y medianos indicando que los hallazgos son importantes.

**Tabla 16**

*Diferencias significativas de las variables psicológicas por variables sociodemográficas*

Variables	Estado Civil		Z	U	p	d	1-β
	Solteros sin pareja	Casados					
	Rangos promedio						
Calidad de vida	119.44	94.84	-2.796	3540.00	.005	.415	.79
Autoestima	87.10	110.89	-2.711	3576.50	.007	.370	.72

Variables	Escolaridad		Z	U	p	d	1-β
	< 12 años	> 12 años					
	Rangos promedio						
Calidad de vida	195.24	171.03	-2.135	13001.50	.033	.260	.85
Autoestima	154.29	195.13	-3.608	11609.50	.001	.385	.88

*Nota. d = .20 pequeño, .50 mediano, .80 grande*

*p = significancia estadística, d = tamaño del efecto, 1-β = potencia estadística*

Respecto al objetivo 6, se llevó a cabo el estadístico de U de Mann-Whitney para contrastar las diferencias de las variables clínicas de la enfermedad como el tiempo de diagnóstico, si el vitíligo está activo, si se recibe tratamiento y si existen manchas de vitíligo en la zona genital. Solamente la variable de tratamiento no mostró significancia con ninguna variable psicológica. En la Tabla 17 se muestran los resultados de las variables significativas. Destaca que la severidad percibida de la enfermedad aumenta cuando el tiempo de diagnóstico es mayor a 6 años, cuando el vitíligo está activo y cuando existen manchas en la zona genital. Por otro lado, la Amabilidad mostró diferencias significativas, indicando que cuando el vitíligo está activo las personas tenderán a ser más amables que cuando el vitíligo está inactivo. Los tamaños del efecto se encuentran entre pequeños y medianos, a excepción de la severidad percibida, que el tamaño del efecto cuando el vitíligo está activo o inactivo se encuentra en el rango entre mediano y grande. Las potencias

estadísticas que están por debajo del .80 ( $1-\beta = .80$ ) implican una probabilidad mayor de cometer un error tipo II de investigación, aunque en este caso, solo se encuentran en .70 y .76, por lo cual no están muy alejadas del parámetro esperado.

**Tabla 17**

*Diferencias significativas de las variables psicológicas por variables clínicas*

Variable	Tiempo de diagnóstico		Z	U	p	d	1- $\beta$
	< 6 años	> 6 años					
Severidad percibida	156.72	190.02	-2.834	11040.00	.005	.310	.76

Variables	Vitíligo activo		Z	U	p	d	1- $\beta$
	Sí	No					
Severidad percibida	189.86	137.01	-3.822	6902.00	.001	.543	.96
Amabilidad	188.08	144.77	-3.093	7421.50	.002	.367	.70

Variable	Vitíligo genital		Z	U	p	d	1- $\beta$
	Sí	No					
Severidad percibida	185.20	139.72	-3.760	8430.00	.001	.462	.93

*Nota. d = .20 pequeño, .50 mediano, .80 grande*

*p = significancia estadística, d = tamaño del efecto, 1- $\beta$  = potencia estadística*

Para la comparación de los tipos de vitíligo y las variables psicológicas se aplicó el estadístico de U de Mann-Whitney para contrastar las diferencias. La comparativa de los tipos generalizado-universal y los tipos focal-segmentario no fue significativa. En la Tabla 18 se exponen las diferencias significativas, concluyendo que la severidad percibida es mayor en el vitíligo generalizado que en los tipos focal y segmentario, y de la misma forma, es mayor en el vitíligo universal que en los tipos focal y segmentario. Por otro lado, la variable de calidad de vida solo fue significativa en la comparativa de los tipos generalizado-segmentario y en los tipos segmentario-universal. Esto indica que el deterioro de la calidad de vida será mayor cuando exista un diagnóstico de vitíligo de tipo generalizado y universal en comparación al tipo segmentario.

Todos los tamaños del efecto de las diferencias significativas se encuentran en los rangos medianos y grandes indicando que los datos son muy importantes y relevantes. Además, debido a que todas las potencias estadísticas son mayores al valor esperado convencionalmente ( $1-\beta = .80$ ) se puede concluir que se ha rechazado la hipótesis nula y aceptado la hipótesis del investigador de forma correcta.

**Tabla 18**

*Diferencias significativas de las variables psicológicas por tipos de vitiligo*

Variable	Generalizado	Focal	Z	U	p	d	1- $\beta$
	Rangos promedio						
Severidad percibida	165.73	116.92	-3.893	7066.00	.001	.566	.96
Variables	Generalizado	Segmentario	Z	U	p	d	1- $\beta$
	Rangos promedio						
Severidad percibida	137.59	94.03	-2.405	1596.50	.016	.622	.85
Calidad de vida	137.86	90.53	-2.566	1530.00	.010	.694	.83
Variables	Focal	Universal	Z	U	p	d	1- $\beta$
	Rangos promedio						
Severidad percibida	39.73	59.40	-3.367	510.50	.001	.850	.92
Variables	Segmentario	Universal	Z	U	p	d	1- $\beta$
	Rangos promedio						
Severidad percibida	17.95	28.79	-1.138	151.00	.008	.903	.89
Calidad de vida	18.89	28.17	-2.246	169.00	.025	.727	.84

*Nota.* d = .20 pequeño, .50 mediano, .80 grande

p = significancia estadística, d = tamaño del efecto, 1- $\beta$  = potencia estadística

Además de las pruebas de diferencias de las variables sociodemográficas y clínicas, se llevaron a cabo otras comparativas pertinentes entre los niveles de las variables psicológicas expuestos anteriormente en las Tablas 7, 8, 9 y 11. Para estas comparativas se llevó a cabo la prueba estadística de Chi-cuadrada. Cabe destacar que los rasgos de la personalidad fueron las únicas variables que no mostraron diferencias significativas con las otras variables psicológicas.

En la Tabla 19 se exponen los resultados de las diferencias significativas en la comparativa de los niveles del deterioro de la calidad de vida y los niveles de la autoestima. El coeficiente de contingencia e interdependencia de los datos mostró un valor de .411 y una significación de .001, mostrando así, que los datos están relacionados. El tamaño del efecto obtenido fue grande, indicando que los datos son muy importantes y relevantes. Además, debido a que la potencia estadística es de 1.00 se puede concluir que los datos son bastante válidos ya que la probabilidad de cometer un error Tipo II es casi inexistente y se ha llegado a la conclusión correcta.

**Tabla 19**  
*Niveles de calidad de vida por niveles de autoestima*

Niveles de la calidad de vida		Niveles de autoestima			Total
		Autoestima baja	Autoestima media	Autoestima alta	
Deterioro bajo	Recuento	0	2	67	69
	% del total	0.00%	0.60%	18.70%	19.20%
Deterioro medio	Recuento	18	34	164	216
	% del total	5.00%	9.50%	45.70%	60.20%
Deterioro alto	Recuento	23	24	27	74
	% del total	6.40%	6.70%	7.50%	20.60%
Total	Recuento	41	60	258	359
	% del total	11.40%	16.70%	71.90%	100.00%

*Nota.* Chi-cuadrada de Pearson= 73.169, gl= 4,  $p = .001$ ,  $w = .626$ ,  $1-\beta = 1.00$ .

*Tamaño del efecto (w)= .10 pequeño, .30 mediano, .50 grande*

En la Tabla 20 se exponen los resultados de las diferencias significativas en la comparativa de los niveles del deterioro de la calidad de vida y los niveles de la severidad percibida. El coeficiente de contingencia e interdependencia de los datos mostró un valor de .402 y una significación de .001, mostrando así, que los datos están relacionados. El tamaño del efecto es mediano y la potencia es de .99, concluyendo que se ha rechazado la hipótesis nula de forma correcta y que la probabilidad de cometer un error Tipo II es casi inexistente.

**Tabla 20**  
*Niveles de calidad de vida por niveles de severidad percibida*

Niveles de la calidad de vida		Severidad percibida			Total
		Sin gravedad	Gravedad media	Gravedad alta	
Deterioro bajo	Recuento	14	53	2	69
	% del total	3.90%	14.80%	0.60%	19.20%
Deterioro medio	Recuento	13	184	19	216
	% del total	3.60%	51.30%	5.30%	60.20%
Deterioro alto	Recuento	2	42	30	74
	% del total	0.60%	11.70%	8.40%	20.60%
Total	Recuento	29	279	51	359
	% del total	8.10%	77.70%	14.20%	100.00%

*Nota.* Chi-cuadrada de Pearson= 69.045, gl= 4,  $p = .001$ ,  $w = .447$ ,  $1-\beta = .99$

*Tamaño del efecto (w)= .10 pequeño, .30 mediano, .50 grande*



En la Tabla 21 se exponen los resultados de las diferencias significativas en la comparativa de los niveles de la severidad percibida y los niveles de la autoestima. El coeficiente de contingencia e interdependencia de los datos mostró un valor de .291 y una significación de .001, mostrando que los datos se encuentran relacionados. El tamaño del efecto obtenido fue grande, indicando que los hallazgos son relevantes y como la potencia estadística es de 1.00, los datos son válidos ya que la probabilidad de cometer un error Tipo II es casi inexistente y se ha llegado a la conclusión correcta.

**Tabla 21**  
*Niveles de autoestima por niveles de severidad percibida*

Niveles de la autoestima		Severidad percibida			Total
		Sin gravedad	Gravedad media	Gravedad alta	
Autoestima baja	Recuento	3	28	10	41
	% del total	0.80%	7.80%	2.80%	11.40%
Autoestima media	Recuento	0	40	20	60
	% del total	0.00%	11.10%	5.60%	16.70%
Autoestima alta	Recuento	26	211	21	258
	% del total	7.20%	58.80%	5.80%	71.90%
Total	Recuento	29	279	51	359
	% del total	8.10%	77.70%	14.20%	100.00%

*Nota.* Chi-cuadrada de Pearson= 33.242, gl= 4,  $p = .001$ ,  $w = .617$ ,  $1-\beta = 1.00$ .

*Tamaño del efecto (w)= .10 pequeño, .30 mediano, .50 grande*

# CAPITULO V

## *DISCUSION Y CONCLUSIONES*

### **Discusión**

En cuanto a las características clínicas de la población, el presente estudio encontró que el 81.3% tiene aparición de manchas de vitíligo activo, predominando el tipo de vitíligo generalizado en el 69.3% de la muestra, seguido por el focal, el universal y el segmentario. La prevalencia de vitíligo activo es mayor a lo reportado en Irán por Hedayat et al. (2016) donde solo el 33.5% de la muestra contaba con vitíligo activo, y en su caso, predominaba el tipo generalizado con 85.5% lo cual concuerda con el presente estudio. Por otro lado, en comparación a un estudio nacional, la presencia de vitíligo activo también es mayor a lo expuesto por Salinas-Santander et al. (2014) donde sólo era el 48.5% quienes contaban con una aparición de manchas activa, y en cuanto a la presencia de los tipos de vitíligo, concuerdan también ya que el más frecuente fue el generalizado con 89.4% seguido por el focal, universal y segmentario.

El 83.6% de los participantes reportaron no recibir tratamiento médico para la enfermedad cutánea. En comparación a otro estudio a nivel nacional, Hernández (2012) encontró que el 50.8% no contaba con tratamiento formal. A nivel internacional, es un porcentaje bastante mayor en comparación a otros estudios, por ejemplo, Hedayat et al. (2016) reportan solo el 2.9%. Sin embargo, la cifra es menor al 94% reportado en Egipto por Bassiouny et al., (2021) y concuerda con el porcentaje obtenido por Ahmed et al. (2018) en el Reino Unido siendo el 79% de los participantes quienes no recibían tratamiento médico para la enfermedad en ese momento y el 38% reportó nunca haber recibido tratamiento.

El 71.6% de la muestra reporta aparición de manchas en la zona genital. Dicha cifra es mucho mayor al 18.4% encontrado en China por Chen et al. (2019) pero concuerda con lo reportado por Ahmed et al. (2018) quienes refieren una prevalencia del 68% en su muestra y encontraron que el vitiligo facial y genital tenían un mayor impacto psicológico en comparación con las demás zonas del cuerpo. Específicamente en los individuos con afectación genital, existía un mayor grado de vergüenza y les resultaba significativamente más difícil gestionar el impacto de la enfermedad en sus relaciones románticas y de amistad, así como el impacto en la confianza en sí mismos, el manejo de la depresión y la ansiedad.

Respecto al objetivo 1, se identificó que el 80.8% de la muestra del estudio presentó un deterioro medio y alto de la calidad de vida, teniendo como media de puntaje 39.79 ( $DE = 25.64$ ), tomando en cuenta que el VitiQoL tiene un rango de puntaje de 0 a 90. En México la utilización del VitiQoL ha sido limitada, existiendo solo como antecedente la adaptación transcultural de Morales-Sánchez et al. (2017) quienes obtuvieron una media de 32.1 ( $DE = 22.7$ ).

En comparación a estudios internacionales, el presente es similar a lo reportado por Anaba y Oaku (2020) en Nigeria con una media de 37.4 ( $DE = 24.4$ ), Boza et al. (2015) en Brasil reportaron una media de 40.04 ( $DE = 27.32$ ), Iwanowski et al. (2021) en Polonia obtuvieron una media de 39.65 ( $DE = 23.34$ ) y finalmente Pun et al. (2021) en Nepal reportaron una media de 37.2 ( $DE = 24.2$ ). Por otro lado, es mayor a lo reportado por Hedayat et al. (2016) en Irán quienes obtuvieron una media de 30.5 ( $DE = 14.5$ ), Zhao et al. (2021) obtuvieron en China una media de 27.75, y, por último, en Estados Unidos los autores originales del instrumento Lilly et al. (2013) obtuvieron una media de 33.5.

En el objetivo 2 se identificó que entre las tendencias de los rasgos de la personalidad destaca que el 19.8% cuenta con amabilidad alta y el 15.6% con extroversión alta. Las investigaciones de los rasgos en las enfermedades de la piel indican que quienes desarrollaron la enfermedad durante la infancia muestran niveles más altos de amabilidad en la etapa adulta (Arffa et al., 2020) y que este rasgo influencia significativamente la percepción de la imagen corporal y la autoconciencia de la apariencia (da Silva Mendes et al., 2016). Por otro lado, la extroversión baja se ha asociado a una peor calidad de vida (Arffa et al., 2020), aunque en otros estudios no ha mostrado dicha asociación (Bonotis et al., 2016).

En el objetivo 3, contrario a lo esperado, se encontró que el 71.9% cuentan con una autoestima alta y solo el 11.4% con una autoestima baja, teniendo como media de puntaje 32.34 ( $DE = 5.47$ ), tomando en cuenta que la Escala de Autoestima de Rosenberg tiene un rango de puntaje de 0 a 40. En comparación a otros estudios con el mismo instrumento, en Grecia Bonotis et al. (2016) reportaron una media más baja, de 21.95 ( $DE = 4.10$ ) en los hombres y de 20.69 ( $DE = 4.51$ ) en las mujeres, y en la India, Jaiswal et al. (2016) obtuvieron una media de 16.5 en su muestra, identificando que el 26% mostraba autoestima baja. En ambos estudios existieron diferencias por sexo, siendo las mujeres las más afectadas.

Por otro lado, el presente estudio encontró valores similares a lo reportado en Singapur por Chan et al. (2013), ya que el 93.2% mostró autoestima alta y solo el 6.8% mostró autoestima baja. Los autores hipotetizaron que tal vez la autoestima sólo fue una medida de resiliencia emocional interna permitiendo entablar relaciones interpersonales con mayor confianza, lo que ayuda a superar los efectos negativos de la enfermedad.

Sharma y Bhatia (2017) afirman que la desfiguración cosmética ocasionada por la despigmentación puede llevar a la humillación, una pobre imagen corporal y a la pérdida de la autoestima. Gianfaldoni y Lotti (2019) exponen que los pacientes con vitíligo generalmente tienen una baja estabilidad en sus relaciones románticas y tienden a evitar la intimidad física, lo cual se explica por una baja autoestima y una discriminación por parte de la pareja.

Simons et al. (2020) refieren que la autoimagen, la autoestima y la valía disminuyen y que estos sentimientos negativos se agravan con el paso de los años de vivir con esta enfermedad. A pesar de que en el presente estudio parece no ser el caso, no hay que minimizar el impacto de la enfermedad en la autoestima, ya que, como fue expuesto por Ahmed et al. (2018), cuando se les preguntó a los pacientes sobre las posibles áreas de intervención psicológica que creían fueran relevantes, reportaron que las intervenciones dirigidas a aumentar la aceptación, la confianza y la autoestima, así como la gestión de la vergüenza, eran importantes.

Además, el 80% no recibe tratamiento médico para la repigmentación y la autoestima fue alta en el 91% de la muestra, indicando que como intervención en esta variable es mejor la aceptación del vitíligo que lo propuesto en otros estudios acerca de utilizar el “camuflaje cosmético” (Amer y Gao, 2016; Bassiouny et al., 2021), ya que los pacientes tienen cierto resentimiento cuando les dicen que “deben cubrir” sus manchas de vitíligo, en vez de promocionar la aceptación de su apariencia.

En el objetivo 4, se encontraron correlaciones significativas entre la calidad de vida con la autoestima ( $r_s = -.533, p = .001$ ), con la responsabilidad ( $r_s = .143, p = .006$ ), y finalmente, con la severidad percibida ( $r_s = .557, p = .001$ ). Estos hallazgos implican que a mayor deterioro de la calidad de vida la autoestima tenderá a ser más baja, la severidad percibida del vitíligo será más

grave y se asociará a comportamientos característicos del rasgo de la responsabilidad. Por ejemplo, la persona será tenaz, decidida, voluntariosa, minuciosa, puntual, confiable y con un control de impulsos, limitado no solo a resistir impulsos y tentaciones, sino también a un autocontrol referido a un proceso activo de planificación, organización y ejecución de las tareas (Costa y McCrae, 2008; Schultz y Schultz, 2010; Ter Laak, 1996).

En comparación a otros estudios, se concuerda en la correlación entre la calidad de vida y la severidad percibida con Abdullahi et al. (2021) ( $r = .517, p = .036$ ), Boza et al. (2015) ( $r = .702, p < .001$ ), Hedayat et al. (2016) ( $r = .463, p < .05$ ) e Iwanowski et al. (2021) ( $r = .94, p < 0.001$ ). Asimismo, Bonotis et al. (2016) concuerdan con la correlación entre la calidad de vida y la autoestima ( $r = -.247, p = < .001$ ) y además encontraron correlaciones que no existieron en el presente estudio, tales como entre la calidad de vida con el neuroticismo ( $r = .403, p = < .001$ ) y con la extroversión ( $r = -.134, p = .048$ ).

En el objetivo 5, para el contraste de variables sociodemográficas, respecto al sexo solo existieron diferencias significativas en el neuroticismo. Es decir, la calidad de vida, la autoestima, la severidad percibida, la extroversión, la apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad se muestran por igual en hombres y en mujeres. Respecto al deterioro de la calidad de vida, el presente estudio es distinto a otros que reportan mayor deterioro de la calidad de vida en las mujeres (Abdullahi et al., 2021; Amer y Gao, 2016; Bassiouny et al., 2021; Chen et al., 2019; Hamidizadeh et al., 2020; Hedayat et al., 2016; Iwanowski et al., 2021), pero concuerda con estudios donde no hay diferencia en el deterioro por sexo (Anaba y Oaku, 2020; Morales-Sánchez et al., 2017; Pun et al., 2021; Sawant et al., 2019).

Los rasgos de la personalidad no mostraron diferencias por sexo, a excepción del Neuroticismo, que de forma significativa fue mayor en las mujeres que en los hombres. Esto es similar a lo reportado por Bonotis et al. (2016) quienes encontraron que el neuroticismo tuvo diferencia por sexo, siendo mayor en las mujeres, aunque no hubo diferencia en la extroversión ni en el psicoticismo. Además, las mujeres con vitíligo tuvieron una menor autoestima que los hombres, lo cual es contrario al presente estudio. En contraparte, en muestra mexicana Ocampo (2006) no encontró diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Aunque sí reportó una tendencia y predominio de los rasgos neuróticos en el grupo clínico que en los sujetos sanos sin que esta fuera significativa.

De las variables sociodemográficas restantes, solo el estado civil y la escolaridad mostraron diferencias significativas con la calidad de vida y la autoestima. En el estado civil se encontró que los pacientes con diagnóstico de vitíligo que estén solteros sin pareja mostrarán un mayor deterioro de la calidad de vida y una menor autoestima. Esto concuerda con Chen et al. (2019) pero es contrario a lo reportado en población nigeriana por Anaba y Oaku (2020) y en población mexicana por Morales-Sánchez et al. (2017) quienes no encontraron diferencias.

Pun et al. (2021) reportaron en Nepal que las mujeres que estaban casadas sufrían de una discriminación por parte de sus parejas, sin embargo, Ahmed et al. (2018) encontraron en el Reino Unido que la vida tiende a mejorar tras la aceptación del vitíligo, y aunque esto era difícil de conseguir, era más fácil de conseguirlo con el apoyo de la familia/cónyuge/pareja ya que ellos fueron un factor importante para alcanzar dicha aceptación. Por lo anterior puede concluirse que cuando la pareja demuestra apoyo y acepta la condición de los pacientes, podrá ser un factor protector ante la carga de la enfermedad, por otro lado, cuando la pareja discrimina y no apoya a la pareja el efecto del vitíligo en nivel psicosocial será más devastador.

Respecto a la escolaridad, se encontró que quienes cuenten con menos de 12 años de escolaridad mostrarán un mayor deterioro de la calidad de vida y una menor autoestima. Amer y Gao (2016) y Hedayat et al. (2016) concuerdan en que a mayor escolaridad el deterioro de la calidad de vida será menor, esto debido a que la educación superior empodera a los pacientes con un pensamiento crítico acerca de su enfermedad. De forma opuesta, Abdullahi et al. (2021) encontraron que mientras más educado es el paciente, peor será la calidad de vida, hipotetizando que los más educados pueden ser más conscientes de su salud, tienen mejor acceso a internet para obtener más información, y es probable que hayan utilizado muchos medicamentos, con mayores expectativas sobre el resultado del tratamiento. Por otro lado, Bassiouny et al. (2021), Iwanowski et al. (2021) y Pun et al. (2021) no encontraron diferencias significativas en el deterioro por la escolaridad.

En el objetivo 6, las pruebas de diferencias de las variables clínicas de la enfermedad permitieron identificar que la severidad percibida del vitíligo es mayor cuando el tiempo de diagnóstico es mayor a 6 años, cuando el vitíligo está activo, cuando existen manchas en la zona genital y cuando se cuenta con un tipo de vitíligo generalizado o universal en comparación a los tipos focal y segmentario. Respecto al tiempo de diagnóstico, el hallazgo concuerda con Hamidzadeh et al. (2020) quienes indican que, mientras más temprano en la vida se presente el vitíligo, más zonas de la piel serán afectadas, y a mayor propagación de la despigmentación más severa se percibirá la enfermedad. Sin embargo, el presente estudio concuerda con Iwanowski et al. (2021) ya que no se encontró significancia en el deterioro de la calidad de vida cuando el diagnóstico es mayor a 6 años como sí lo reportan Bassiouny et al. (2021) y Hedayat et al. (2016).

En cuanto a la comparativa del grupo con vitíligo activo y vitíligo estable, los hallazgos del presente estudio son similar a lo reportado en otras investigaciones (Abdullahi et al., 2021;



Bassiouny et al., 2021; Sangma et al., 2015) existiendo un mayor deterioro de la calidad de vida cuando el vitíligo es progresivo. Esto puede deberse a que los pacientes se sienten impotentes y angustiados al “perder terreno” ante la despigmentación, ya que, aunque comiencen un tratamiento de repigmentación seguirán apareciendo más lesiones de vitíligo.

El presente estudio reporta mayor severidad percibida en quienes cuentan con afectación de la zona genital concordando con Ahmed et al. (2018), donde los individuos con manchas en esta zona encontraron más significativo el impacto de la enfermedad en sus relaciones personales, en su autoconfianza, en la depresión y en la ansiedad. Además, las lesiones en esta zona se han asociado de forma significativa con una disfunción sexual (Amer y Gao, 2016; Bassiouny et al., 2021), una mayor depresión (Hamidizadeh et al., 2020) y una peor calidad de vida (Morales-Sánchez et al., 2017). De forma contraria, Hedayat et al. (2016) han reportado que no hay diferencias en el deterioro de la calidad de vida, ni en la severidad percibida cuando hay presencia de manchas en la zona genital.

Por otro lado, la amabilidad fue el único rasgo de la personalidad que mostró diferencias significativas con las variables clínicas, siendo mayor el puntaje en quienes el vitíligo se encuentra activo y menor en quienes se encuentra estable. De este resultado se puede inferir que un paciente con una aparición de manchas de vitíligo activa y continua tendrá una actitud y comportamiento hacia los demás considerado como altruista, tendrá facilidad para simpatizar con los demás, estará dispuesto a proveer ayuda y cree que las demás personas se sienten igualmente satisfechas de hacer esto mismo. Sin embargo, a la hora de luchar por sus propios intereses puede mostrar reticencia a realizarlo debido a su escasa o ausente actitud confrontativa, escéptica y crítica (Costa y McCrae, 2008).

En cuanto al tipo de vitíligo, se encontró que el deterioro de la calidad de vida será mayor solo cuando exista un diagnóstico de vitíligo de tipo generalizado o universal en comparación al tipo segmentario. También, la severidad percibida se percibe por igual en los tipos generalizado y universal, sin embargo, en ambos la percepción de la severidad será mayor en comparación a los tipos focal y segmentario. Estos hallazgos son similares a lo reportado por Hedayat et al. (2016), quienes encontraron un mayor deterioro de la calidad de vida en el tipo generalizado en comparación al localizado y segmentario (generalizado < localizado < segmentario). Además, diversos autores reportan un mayor deterioro de la calidad de vida cuando las lesiones de vitíligo están en áreas visibles de la piel (Abdullahi et al., 2021; Bae et al., 2018; Bassiouny et al., 2021), aunque también hay estudios donde no hubo significancia (Chen et al., 2019; Iwanowski et al., 2021).

Amer y Gao (2016) explican que, en los tipos generalizado y universal, al tener manchas despigmentadas y dispersas por todo el cuerpo se percibe mayor severidad de la enfermedad al encontrarse las manchas en zonas visibles (cara, manos, pies) asociándose a la vergüenza, el enfado, la desilusión, el sentirse acomplejado y con estigma, afectando negativamente a las posibilidades de una persona de conseguir un trabajo en una entrevista y restringir así las opciones profesionales.

La única variable clínica que no mostró ninguna diferencia con las variables psicológicas fue el tratamiento, a pesar de que el 80% de la muestra reporta no recibir tratamiento para la repigmentación de las manchas del vitíligo. Esto quiere decir que el deterioro de la calidad de vida, la autoestima y la severidad percibida no se verán afectadas al recibir o no recibir tratamiento. En comparación a otros estudios, Ahmed et al. (2018) refieren en su estudio que el 79% no recibía tratamiento médico y solo el 5% había recibido alguna vez tratamiento psicológico, destacando

que los pacientes mencionaban tener un resentimiento hacia los médicos ante las exigencias de que “cubrieran y ocultaran” las manchas de vitíligo en su cuerpo. Además, Iwanowski et al. (2021) encontraron que, ante una nueva aparición de manchas, el deterioro de la calidad de vida era peor en el grupo de personas que ya habían recibido un tratamiento médico con anterioridad en comparación a quienes nunca habían recibido tratamiento.

## **Limitaciones**

El estudio presenta limitaciones debidas al tipo de muestreo, ya que se emplearon los métodos por conveniencia y bola de nieve, además de llevar a cabo la recolección de datos en plataformas en línea. Por otro lado, al ser colectada la información durante el periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19, puede haber sido afectada la percepción de la calidad de vida de los pacientes en general, asociando el deterioro y la carga de la enfermedad a cuestiones relacionadas a la pandemia más que a la enfermedad.

No se tuvieron mediciones tangibles de las características clínicas de la enfermedad. Por ejemplo, no se distinguió entre distintos fototipos de piel y como ha sido expuesto por (Sharma y Bhatia, 2017) el deterioro de la calidad de vida es mayor en tonos de piel oscuro (fototipos IV-VI) que en tonos de piel claro (fototipos I-III). Además, otra variable clínica a considerar es el porcentaje del área despigmentada en el cuerpo. Esto es importante, ya que como es reportado por Hedayat et al. (2016), el deterioro de la calidad de vida aumenta proporcionalmente a medida que la enfermedad es más severa, es decir, a medida que aumenta el porcentaje de zonas despigmentadas en el cuerpo.

No obstante, resalta como fortaleza del estudio el tener una muestra amplia con la participación de personas de todos los estados de México, por lo cual, los resultados permiten

caracterizar la población mexicana con diagnóstico de vitíligo y reflejan de forma representativa la carga de la enfermedad en las variables psicológicas además de la influencia de las variables clínicas y sociodemográficas en el vitíligo.

## **Recomendaciones**

Hay que seguir analizando las variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, la orientación sexual, la escolaridad y la ocupación, ya que como fue expuesto en la discusión, en la literatura hay discrepancias respecto a la influencia de dichas variables en el vitíligo. Por otro lado, otras variables que pueden incorporarse y que han demostrado relevancia en la enfermedad son el nivel socioeconómico (Bassiouny et al., 2021; Ezzedine et al., 2021) y la religión (Sawant et al., 2019).

Además de las variables clínicas que se incluyeron en el presente, otras variables que podrían marcar la diferencia y enriquecer los datos serían preguntar la edad de inicio del vitíligo, la cantidad exacta de años con el diagnóstico y si asocian la aparición de la enfermedad con un estresor psicosocial que haya desencadenado la dermatosis. Esto es importante, como es señalado por Silverberg y Silverberg (2015) cerca del 56.6% de los pacientes reportan el inicio de la enfermedad debido a un estresor psicosocial, y en el caso de Salinas-Santander et al. (2014), el 73.2% de la muestra asoció un estresor a la enfermedad.

También, indagar las razones por las cuales las personas no están recibiendo tratamiento médico, ya que el 80% es una cifra alarmante que está siendo desatendida. A pesar de que en los análisis estadísticos no tuvo significancia en la calidad de vida, severidad percibida ni en la autoestima, no se debe descartar esta variable. Hay que indagar si es por elección propia o por limitantes externas como inaccesibilidad a la medicina, falta de dermatólogos en el sector público,

alto costo de consulta privada, etc. Asimismo, tal como lo hicieron Ahmed et al. (2018) es recomendable registrar cuanta población recibe actualmente y si ha recibido alguna vez tratamiento médico para el vitíligo y también psicológico ya que son aspectos relevantes para futuros análisis estadísticos.

Por otro lado, de forma inesperada la autoestima en vez de ser baja fue alta en la mayoría de la muestra, no quedando del todo claro la razón por la que fue así, por lo que hay que investigar más al respecto. La posible explicación a esto es debido a que el tiempo de diagnóstico era mayor a 6 años en la mayoría de las personas y el 80% no recibe un tratamiento médico, por lo tanto, tras no repigmentar las lesiones ya habían aprendido a aceptarse a sí mismos con la piel despigmentada. Además, puede ser que el porcentaje de piel despigmentada fuera muy bajo, ya que como Morales-Sánchez (2017) reportaron en su muestra, la calidad de vida no se deterioró ya que sólo era el 2% de zonas del cuerpo afectadas. Es muy posible que, como estos autores, un bajo porcentaje de diseminación de vitíligo en el cuerpo sea la razón para obtener dichos resultados, sin embargo, debido a la naturaleza del estudio, al tener un formato en línea y no contar con un dermatólogo para dicha evaluación fue imposible contar con estos datos.

Igualmente se recalca la importancia de utilizar un instrumento de la calidad de vida específico para el vitíligo, hay que seguirlo haciendo para caracterizar de forma más exacta el deterioro y la carga de la enfermedad al utilizar instrumentos como el *Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL)* y el *Vitiligo Impact Scale-22 (VIS-22)*. Inclusive, debido a que son instrumentos creados hace pocos años y relativamente con poco uso a nivel mundial, podría ser conveniente comparar ambos instrumentos para comparar las propiedades psicométricas de cada uno y si reflejan el mismo deterioro de la calidad de vida para saber si son equivalentes en dicha variable.

Por último, es recomendable realizar estudios de corte experimental enfocados a desarrollar estrategias de manejo de la carga psicosocial que experimentan los pacientes, ya que como exponen Ezzedine et al. (2021), aparte del tratamiento médico de repigmentación, las estrategias de afrontamiento de los pacientes suelen incluir el uso del camuflaje cosmético, prendas de ropa que cubran las lesiones y un comportamiento evitativo, mientras que en las estrategias adaptativas se encuentran la aceptación del vitíligo y la psicoterapia individual o de grupos. Papadopoulos et al. (1999) fueron los primeros en demostrar que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) fue eficaz para mejorar el manejo del malestar psicosocial y las comorbilidades psicológicas derivadas del vitíligo y desde entonces ha habido más estudios enfocados a desarrollar programas de psicoterapia para esta población (Papadopoulos et al., 2004; Shah et al., 2014; Jha et al., 2016).

## **Conclusión**

La calidad de vida se encuentra afectada de forma significativa en el 80.8% de la muestra y el 91.9% percibe al vitíligo con un grado de severidad significativo, a pesar de esto, el 71.9% muestra una autoestima alta lo que indica un buen ajuste y aceptación de la enfermedad. Al comparar los puntajes del VitiQoL con otros estudios, se identificaron aparentes diferencias geográficas, ya que los puntajes en población mexicana del presente estudio y de Morales-Sánchez et al. (2017), así como los puntajes en población brasileña (Boza et al., 2015) son mayores a los puntajes de poblaciones anglosajonas, europeas y asiáticas (Hedayat et al., 2016; Lilly et al., 2013; Zhao et al., 2021).

Lo anterior puede explicarse debido a que se ha encontrado un mayor deterioro de la calidad de vida en individuos que tienen un tono de piel oscuro (fototipos IV-VI) en comparación a un tono de piel claro (fototipos I-III) (Sharma y Bhatia, 2017) ya que el contraste del tono de piel y

las lesiones de vitíligo son más prominentes en los tipos de piel oscura. Como es expuesto por Chen et al. (2019), la literatura indica que la calidad de vida de los pacientes con vitíligo varía considerablemente según los diferentes fototipos de piel y las culturas, por ejemplo, en países europeos, anglosajones y asiáticos tienden a tener piel más clara, y en Latinoamérica se tiende a tener una piel más oscura (tipos IV, V y VI), lo que destaca la importancia del estudio de la carga del vitíligo en la calidad de vida de los pacientes latinos.

Además, se concluye que el perfil con mayor deterioro de la calidad de vida será en pacientes que no tengan pareja, que cuenten con menos de 12 años de escolaridad y que cuenten con un tipo de vitíligo generalizado o universal. La autoestima será menor solo en quienes no tengan pareja y que cuenten con menos de 12 años de escolaridad y la severidad percibida aumentará cuando el tiempo de diagnóstico sea mayor a 6 años, cuando haya una aparición de manchas activa, cuando exista una afectación en la zona genital y cuando se cuente con un tipo de vitíligo generalizado o universal. Este perfil concuerda con la literatura como lo han reportado recientes revisiones sistemáticas Ezzedine et al. (2021) y Picardo et al. (2022).

Finalmente, las variables de sexo, edad, orientación sexual, ocupación, y el recibir un tratamiento médico de repigmentación para el vitíligo no mostraron diferencias en el deterioro de la calidad de vida, la autoestima, la severidad percibida y los rasgos de la personalidad.

## REFERENCIAS

- Abdullahi, U., Mohammed, T. T., & P Musa, B. O. (2021). Quality of life impairment amongst persons living with vitiligo using disease specific vitiligo quality of life index: A Nigerian perspective. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 28(3), 169–174. [https://doi.org/10.4103/npmj.npmj\\_579\\_21](https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_579_21)
- Aboul-Fettouh, N., & Pandya, A. G. (2018). Epidemiology of Vitiligo. In S. Gupta, M. J. Olsson, D. Parsad, H. W. Lim, N. Geel, A. G. Pandya (Eds.), *Vitiligo: Medical and Surgical Management* (pp. 15-18). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118937303.ch3>
- Ahmed, A., Steed, L., Burden-Teh, E., Shah, R., Sanyal, S., Tour, S., Dowey, S., Whitton, M., Batchelor, J. M., & Bewley, A. P. (2018). Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo—a quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(12), 2275-2283. <https://doi.org/10.1111/jdv.15168>
- Altunisik, N., Cansel, N., Turkmen, D., Ucuz, I., & Cumurcu, H. B. (2020). Evaluation of temperament and character traits of patients with severe acne. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 19(10), 2727–2731. <https://doi.org/10.1111/jocd.13589>
- Amer, A. A. A., & Gao, X.-H. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: An analysis of the dermatology life quality index outcome over the past two decades. *International Journal of Dermatology*, 55(6), 608-614. <https://doi.org/10.1111/ijd.13198>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- American Psychological Association. (s.f.). *Personality*. <https://www.apa.org/topics/personality#>



- Anaba, E. L., & Oaku, R. I. (2020). Prospective cross-sectional study of quality of life of vitiligo patients using a vitiligo specific quality of life instrument. *West African Journal of Medicine*, 37(7), 745-749. <https://bit.ly/3wJM7eF>
- Arffa, M., Jaquez, S. D., & Ahmed, A. (2020). 15554 Personality and its effects on dermatologic conditions: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(6), AB155. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.709>
- Azambuja, R. D. (2017). The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *Anais Brasileiros De Dermatologia*, 92, 63-71. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175493>
- Bae, J. M., Lee, S. C., Kim, T. H., Yeom, S. D., Shin, J. H., Lee, W. J., Lee, M. H., Lee, A. Y., Kim, K. H., Kim, M. B., Park, C. J., Lee, S. H., Kim, D. H., Lee, H. J., Lee, D. Y., Choi, Y. C., Kim, Y. C., Kang, H. Y., Haw, S., ... Choi, G. S. (2018). Factors affecting quality of life in patients with vitiligo: A nationwide study. *British Journal of Dermatology*, 178(1), 238-244. <https://doi.org/10.1111/bjd.15560>
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=549/54924517006>
- Bassiouny, D., Hegazy, R., Esmat, S., Gawdat, H. I., Ezzat, M. A., Tawfik, H. A., Hegazy, A. A., & Ibrahim, S. (2021). Cosmetic camouflage as an adjuvant to vitiligo therapies: Effect on quality of life. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 20(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/jocd.13459>
- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 75(3), 729. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.75.3.729>
- Benito, A. (2009). *Estudio de la quinta edición del I6PF*. Universitat Politècnica de Catalunya. <https://bit.ly/3raGsNI>
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruíz, J. A., Sanjuán, P. & Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bernal, A. (2013). *Una revisión histórica de la teoría de la autoestima: de William James a Nathaniel Branden, y un análisis de los seis pilares de la autoestima, de Branden* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000692550](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000692550)
- Bigi, M. (2015). El Modelo de los Cinco Factores y la Teoría Triangular del Amor. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(2), 68-77. <https://bit.ly/3GoYUYj>
- Bonotis, K., Pantelis, K., Karaoulanis, S., Katsimaglis, C., Papaliaga, M., Zafiriou, E., & Tsogas, P. (2016). Investigation of factors associated with health-related quality of life and psychological distress in vitiligo. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 14, 45-48. <https://doi.org/10.1111/ddg.12729>
- Bottesì, G., Spoto, A., Trevisson, E., Zuccarello, D., Vidotto, G., Cassina, M., & Clementi, M. (2020). Dysfunctional coping is related to impaired skin-related quality of life and psychological distress in patients with neurofibromatosis type 1 with major skin involvement. *British Journal of Dermatology*, 182(6), 1449-1457. <https://doi.org/10.1111/bjd.18363>
- Boza, J. C., Kundu, R. V., Fabbrin, A., Horn, R., Giongo, N., & Cestari, T. F. (2015). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the vitiligo-specific health-related quality of life

- instrument (VitiQoL) into Brazilian Portuguese. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(3), 358–362. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153684>
- Brinkmann, H., Segure, T., & Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 63-71. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6535715.pdf>
- Canizares, O. (1960). Geographic dermatology: Mexico and central America: The influence of geographic factors on skin diseases. *Archives of Dermatology*, 82(6), 870-893. <https://doi.org/10.1001/archderm.1960.01580060024004>
- Castillo, A. (2008). *Taller de autoestima para adultos mayores de los clubes de la tercera edad del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores: una alternativa para evitar la violencia intrafamiliar* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000630190](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000630190)
- Chan, M. F., Thng, T. G. S., Aw, C. W. D., Goh, B. K., Lee, S. M., & Chua, T. L. (2013). Investigating factors associated with quality of life of vitiligo patients in Singapore. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 3–10. <https://doi.org/10.1111/ijn.12179>
- Chen, D., Tuan, H., Zhou, E. Y., Liu, D., & Zhao, Y. (2019). Quality of life of adult vitiligo patients using camouflage: A survey in a Chinese vitiligo community. *PLoS One*, 14(1), e0210581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210581>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coon, D., Mitterer, J., & Martini, T. (2019). *Introducción a la psicología* (14ª edición). CENGAGE Learning.

- Costa, P. T., & McCrae R. R. (2008). NEO-PI-R, Inventario de la personalidad NEO revisado (3ª edición). TEA ediciones.
- Cupertino, F., Niemeyer-Corbellini, J. P., & Ramos-e-Silva, M. (2017). Psychosomatic aspects of vitiligo. *Clinics in Dermatology*, 35, 292–297. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.001>
- da Silva Mendes, J. C., Figueiras, M. J., & Moss, T. (2016). Influence of Personality Traits in Self-Evaluative Salience, Motivational Salience and Self-Consciousness of Appearance. *Psychology, Community & Health*, 5(3), 187–197. <https://doi.org/10.5964/pch.v5i2.168>
- De Rojas, V., Alvisa, R., Rodríguez, M. E., García, M., & en Psicometría, T. M. (1992). Estudio de las características psíquicas de 50 enfermos de lepra y su relación con las de otras dermatosis crónicas. *Revista Cubana de Psicología*, 9(1), 3-8. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v9n1/01.pdf>
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49>
- Díaz, A. K. (2019). *Calidad de vida en niños y adolescentes con vitiligo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000785228](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000785228)
- Elbuluk, N., & Ezzedine, K. (2017). Quality of Life, Burden of Disease, Co-morbidities, and Systemic Effects in Vitiligo Patients. *Dermatologic Clinics*, 35(2), 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.det.2016.11.002>
- Ezzedine, K., Eleftheriadou, V., Jones, H., Bibeau, K., Kuo, F. I., Sturm, D., & Pandya, A. G. (2021). Psychosocial Effects of Vitiligo: A Systematic Literature Review. *American*

*Journal of Clinical Dermatology*, 22(6), 757-774. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00631-6>

Ezzedine, K., Lim, H. W., Suzuki, T., Katayama, I., Hamzavi, I., Lan, C. C., Goh, B. K., Anbar, T., Silva de Castro, C., Lee, A. Y., Parsad, D., van Geel, N., Le Poole, I. C., Oiso, N., Benzekri, L., Spritz, R., Gauthier, Y., Hann, S. K., Picardo, M., Taieb, A. (2012). Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell & Melanoma Research*, 25(3), E1-E13. <https://doi.org/10.1111/j.1755-148x.2012.00997.x>

Ezzedine, K., Whitton, M., & Pinart, M. (2016). Interventions for vitiligo. *JAMA*, 316(16), 1708-1709. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12399>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.

Flynn, H. K. (2016). Self-Esteem. In N. Naples (Ed.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies* (pp. 1–4). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118663219.wbegss130>

García, V. (2003). *Mini injertos autólogos epidérmicos en pacientes con vitiligo estable* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000319456](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000319456)

Gholami, A., Jahromi, L. M., Zarei, E., & Dehghan, A. (2013). Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(7), 809. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24049600>

Gianfaldoni, S., & Lotti, T. (2019). Vitiligo. In K. França, T. Lotti (Eds.), *Advances in Integrative Dermatology* (pp. 103-117). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119476009.ch8>

- Goldin, D. (2021). Concepts in Psychodermatology: An Overview for Primary Care Providers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 93-97.  
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.04.015>
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editorial Ciencias Médicas.
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*, 23(2), 253-257. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22321>
- Grimes, P. E. (2017). *Vitiligo: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis*. UpToDate.  
[https://www.uptodate.com/contents/vitiligo-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?source=search\\_result&search=grimes%20vitiligo&selectedTitle=4~8](https://www.uptodate.com/contents/vitiligo-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=grimes%20vitiligo&selectedTitle=4~8)  
[8](#)
- Grimes, P. E., & Miller, M. M. (2018). Vitiligo: Patient stories, self-esteem, and the psychological burden of disease. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 32-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.11.005>
- Grimes, P., & Gohara, M. (2018). Self-Esteem: The Emotional Burden and Psychological Devastation of Skin Disease. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 1.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.12.001>
- Gül, F. Ç., Kara, H., Nazik, H., Kara, D. Ö., & Karaca, B. (2017). Body Image, Self-Esteem and Quality of Life in Vitiligo Patients. *Journal of Clinical & Experimental Investigations*, 8(2), 44–49. <https://doi.org/10.5799/jcei.333380>
- Hamidizadeh, N., Ranjbar, S., Ghanizadeh, A., Parvizi, M. M., Jafari, P., & Handjani, F. (2020). Evaluating prevalence of depression, anxiety, and hopelessness in patients with Vitiligo on

- an Iranian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(20), 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-1278-7>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... & Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641-2650.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hedayat, K., Karbakhsh, M., Ghiasi, M., Goodarzi, A., Fakour, Y., Akbari, Z., Ghayoumi, A., & Ghandi, N. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: A cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0490-y>
- Hernández, C. (2012). *Evaluación del índice de calidad de vida en pacientes portadores de vitiligo del HGZ/UMF no.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000683197](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000683197)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª edición). McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Tratamiento de vitiligo en el adulto*.  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/512GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013a). *Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas*.  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/696GER.pdf>

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013b). *Guía de práctica clínica tratamiento de la alopecia areata en adultos*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/695GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Guía de práctica clínica tratamiento de la dermatitis atópica*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/706GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Encuesta Nacional de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales 2016*. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/223/datafile/F25/V3358>
- Iwanowski, T., Szlązak, P., Zablotna, M., Olszewska, B., & Sokołowska-Wojdyło, M. (2021). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the vitiligo-specific health-related quality of life instrument (VitiQoL) into Polish. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 38(4), 636-643. <https://doi.org/10.5114/ada.2021.108896>
- Jaiswal, S. V., Nayak, C. S., Shah, H. R., Kamath, R. M., & Kadri, K. (2016). Comparison of quality of life, depression and self-esteem in patients of vitiligo and melasma. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 4(11), 13675-13682. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v4i11.26>
- Jha, A., Mehta, M., Khaitan, B., Sharma, V., & Ramam, M. (2016). Cognitive behavior therapy for psychosocial stress in vitiligo. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 82, 308-310. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.175925>
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *Big Five Inventory (BFI)*. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t07550-000>



- Jurado, D., Jurado, S., López, K. & Querevalú, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5(1), 18-22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283046027004>
- Kapıkıran, N. A., & Özgüngör, S. (2020). Two dimensional of self-esteem: Testing of Mruk's model. *Ilkogretim Online -Elementary Education Online*, 19(1), 286-298. <http://dx.doi.org/10.17051/ilkonline.2020.656869>
- Karri, R., Chen, Y. P., & Drummond, K. J. (2022). Using machine learning to predict health-related quality of life outcomes in patients with low grade glioma, meningioma, and acoustic neuroma. *PloS One*, 17(5), e0267931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267931>
- Koo, J., & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American Family Physician*, 64(11), 1873-1878. <https://www.aafp.org/afp/2001/1201/afp20011201p1873.pdf>
- Kostopoulou, P., Jouary, T., Quintard, B., Ezzedine, K., Marques, S., Boutchnei, S., & Taieb, A. (2009). Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: The experience from a French referral centre. *British Journal of Dermatology*, 161(1), 128-133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09077.x>
- Laverde-Walter A., Maya-Rico A. M., Londoño-García Á. M., Arango, A., & Vásquez-Trespalacios. (2020). Quality of life in Colombian patients with vitiligo. *Dermatología Revista Mexicana*, 64(3), 239-247. <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2020/rmd203b.pdf>
- Lemos, V., & Oñate, M. E. (2018). Espiritualidad y personalidad en el marco de los Big Five. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 59-66. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1595>

- León, T. (2010). *Vitiligo y su asociación con disfunción tiroidea autoinmune en el Hospital Juárez de México* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000662885](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000662885)
- Lilly, E., Lu, P. D., Borovicka, J. H., Victorson, D., Kwasny, M. J., West, D. P., & Kundu, R. V. (2013). Development and validation of a vitiligo-specific quality-of-life instrument (VitiQoL). *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(1), e11-e18. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.01.038>
- López, E. (6 de junio de 2014). Vitiligo es una enfermedad rara, pero frecuente: IMSS. *El Imparcial*. <https://www.elimparcial.com/sonora/ciudadobregon/Vitiligo-es-una-enfermedad-rara-pero-frecuente-IMSS-20140610-0211.html>
- López, V. (2000). Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 171-176. <http://ref.scielo.org/q5sdx>
- López, V., Miyares, C., Fajardo, R., & Lera, L. (1995). Características psicológicas de los enfermos de vitiligo. *Revista Cubana de Psicología*, 12(3), 245-53. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v12n3/12.pdf>
- Manga, P., Elbuluk, N., & Orlow, S. J. (2016). Recent advances in understanding vitiligo. *F1000Research*, 5. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8976.1>
- Molé, M., & Coringrato, M. (2019). Actualización sobre vitiligo. *Dermatología Argentina*, 25(2), 50-57. <https://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1874>
- Montaño, M., Palacios, J. & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 3(2), 81-107. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

- Moragón, M. (1983). *Aportaciones al estudio del vitiligo*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia).
- Moral, J. (2011). Personalidad y salud: un enfoque tradicional y fértil. In J. Moral, J. L. Valdez, N. I. González-Arratia (Eds.), *Psicología y Salud* (pp. 31-65). Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Morales-Sánchez, M. A., Vargas-Salinas, M., Peralta-Pedrero, M. L., Olguín-García, M. G., & Jurado-Santa Cruz, F. (2017). Impact of Vitiligo on Quality of Life. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, *108*(7), 637-642.  
<https://doi.org/10.1016/j.adengl.2017.06.001>
- Moreno, J. E., & Rodríguez, L. M. (2020). *Gordon Willard Allport: vigencia de un testimonio y un aporte a la psicología y la cultura humanista cristiana*. Centro de Investigación Interdisciplinar en Valores, Integración y Desarrollo Social (CIIVIDS), Facultad Teresa de Ávila, UCA Paraná. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23010>
- Mruk, C. J. (2006). Defining self-esteem: An often overlooked issue with crucial implications. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem Issues and Answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 10-15). Taylor & Francis. <https://bit.ly/3wTlQup>
- National Institutes of Health (NIH). (2019). *Vitiligo*. <https://www.niams.nih.gov/health-topics/vitiligo>
- Oblitas, L. A. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3ª edición). CENGAGE Learning.
- Ocampo, A. (2006). *Factores psicológicos en vitiligo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000613460](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000613460)
- Ocampo-Candiani, J., Salinas-Santander, M., Trevino, V., Ortiz-López, R., Ocampo-Garza, J., & Sanchez-Dominguez, C. N. (2018). Evaluation of skin expression profiles of patients with

- vitiligo treated with narrow-band UVB therapy by targeted RNA-seq. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 93, 843-851. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187589>
- Olmos-Valverde, M., Carrillo-Díaz, M., González-Olmo, M. J., Romero-Maroto, M., & Jiménez-Trujillo, I. (2022). Evaluation of Dietary Habits, Type A Behavior Pattern and Its Relationship with Oral Health Status in Dental Undergraduate Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1540), 1-8. <https://doi.org/10.3390/jcm11061540>
- Oppong, F. B., & Agbedra, S. Y. (2016). Assessing univariate and multivariate normality, a guide for non-statisticians. *Math. Theory Modeling*, 6(2), 26-33. <https://bit.ly/3trnuBZ>
- Papadopoulos, L., Bor, R., & Legg, C. (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 72(3), 385-396. <https://doi.org/10.1348/000711299160077>
- Papadopoulos, L., Walker, C., & Anthis, L. (2004). Living with vitiligo: A controlled investigation into the effects of group cognitive-behavioural and person-centred therapies. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 5(4), 172-177. <http://dx.doi.org/10.1159/000083091>
- Pastor de Jones, I. V. (2017). Relación entre estilos de enseñanza y tipos de personalidad en docentes de nivel superior. *Perspectiva Educativa*, 56(1), 1-26. <https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.56-Iss.1-Art.443>
- Patel, K. R., Singam, V., Rastogi, S., Lee, H. H., Silverberg, N. B. & Silverberg, J. I. (2019). Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(1), 191-197. <https://doi.org/10.1111/jdv.15255>

- Pérez, L., Fernández, M., & Jaén, P. (2007). Tratamiento del vitíligo. *Más dermatología*, (1), 4-14. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3832097.pdf>
- Perpiñá, J. (2017). *Relación entre la evolución del vitíligo, el estrés del paciente y el malestar subjetivo*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia). <http://hdl.handle.net/10550/58704>
- Picardo, M., Huggins, R. H., Jones, H., Marino, R., Ogunsola, M., & Seneschal, J. (2022). The humanistic burden of vitiligo: a systematic literature review of quality-of-life outcomes. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 1-17. <https://doi.org/10.1111/jdv.18129>
- Pimentel, C. L., Sanz, L. P., & Alomar, A. (2002). Vitíligo: despigmentación cutánea. *Farmacia Profesional*, 16(4), 61-68. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vitiligo-despigmentacion-cutanea-13028922>
- Porter, J., Beuf, A. H., Nordlund, J. J., & Lerner, A. B. (1979). Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *General Hospital Psychiatry*, 1(1), 73-77. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90081-1](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90081-1)
- Pun, J., Randhawa, A., Kumar, A., & Williams, V. (2021). The Impact of Vitiligo on Quality of Life and Psychosocial Well-Being in a Nepalese Population. *Dermatologic Clinics*, 39(1), 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.08.011>
- Ramírez, V. S. (2007). *Comorbilidad psiquiátrica en pacientes pediátricos con alopecia areata, vitíligo y dermatitis atópica* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). <http://132.248.9.195/pd2007/0620607/Index.html>
- Reyes, V. (2017). *Percepción de la autoestima y vivencia de la soltería en mujeres adultas* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000779261](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000779261)

- Rodríguez-Rodríguez, J., y Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 13(2), 1–13. <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J., & Wurm, M. (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases*, 23(3), 173–190. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90094-9](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90094-9)
- Rumsey, N. (2018). Psychosocial adjustment to skin conditions resulting in visible difference (disfigurement): What do we know? Why don't we know more? How shall we move forward? *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.005>
- Salinas-Santander, M., Sánchez-Domínguez, C., Cantú-Salinas, C., Ocampo-Garza, J., Cerda-Flores, R., Ortiz-López, R., & Ocampo-Candiani, J. (2014). Vitíligo: factores asociados con su aparición en pacientes del noreste de México. *Dermatología Revista Mexicana*, 58(3), 232-238. [https://www.researchgate.net/publication/262874998\\_Vitiligo\\_factores\\_asociados\\_con\\_su\\_aparicion\\_en\\_pacientes\\_del\\_Noreste\\_de\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/262874998_Vitiligo_factores_asociados_con_su_aparicion_en_pacientes_del_Noreste_de_Mexico)
- Sánchez, M. E. (2014). *Calidad de vida familiar de los pacientes con vitíligo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000727440](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000727440)
- Sangma, L., Nath, J., & Bhagabati, D. (2015). Quality of life and psychological morbidity in vitiligo patients: A study in a teaching hospital from North-East India. *Indian Journal of Dermatology*, 60(2), 142. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.152508>

- Sarhan, D., Mohammed, G. F., Gomaa, A. H., & Eyada, M. M. (2016). Female genital dialogues: Female genital self-image, sexual dysfunction, and quality of life in patients with vitiligo with and without genital affection. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 267-276. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010678>
- Sawant, N. S., Vanjari, N. A., & Khopkar, U. (2019). Gender differences in depression, coping, stigma, and quality of life in patients of vitiligo. *Dermatology Research and Practice*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6879412>
- Schultz, D. y Schultz S. (2010). *Teorías de la personalidad*. CENGAGE Learning.
- Secretaría de Salud. (29 de agosto de 2016). *Vitiligo en México entre los primeros cinco lugares de las dermatosis*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/vitiligo-en-mexico-entre-los-primeros-cinco-lugares-de-las-dermatosis-60872>
- Seneschal, J., Mazereeuw-Hautier, J. and Taïeb, A. (2019). Vitiligo. In P. Hoeger, V. Kinsler, A. Yan, J. Harper, A. Oranje, C. Bodemer, M. Larralde, D. Luk, V. Mendiratta, D. Purvis (Eds.), *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology* (pp. 1476-1486). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119142812.ch123>
- Shah, R., Hunt, J., Webb, T. L., & Thompson, A. R. (2014). Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. *The British Journal of Dermatology*, 171(2), 332–337. <https://doi.org/10.1111/bjd.12990>
- Sharma, D., Mathur, D. M., Jeenger, J., Sharma, M., & Gupta, K. (2018). Quality of life and self-esteem in patients with psoriasis, vitiligo and healthy controls: A cross sectional study. *Telangana Journal of Psychiatry*, 4(2), 96-102. <https://doi.org/10.18231/2455-8559.2018.0011>

- Sharma, V. K., & Bhatia, R. (2017). Vitiligo and the psyche. *British Journal of Dermatology*, 177(3), 612-613. <https://doi.org/10.1111/bjd.15732>
- Silpa-archa, N., Pruksaeakanan, C., Angkoolpakdeekul, N., Chaiyabutr, C., Kulthanan, K., Rattapha, W., & Wongpraparut, C. (2020). Relationship between Depression and Quality of Life among Vitiligo patients: A Self-assessment Questionnaire-based Study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 13, 511-520. <https://doi.org/10.2147/CCID.S265349>
- Silverberg, J. I., & Silverberg, N. B. (2015). Vitiligo Disease Triggers: Psychological Stressors Preceding the Onset of Disease. *Cutis*, 95(5), 255-262. [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/issues/articles/CT095050255\\_01.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/issues/articles/CT095050255_01.pdf)
- Simons, R. E., Zevy, D. L., & Jafferany, M. (2020). Psychodermatology of vitiligo: Psychological impact and consequences. *Dermatologic Therapy*, 33(3), e13418. <https://doi.org/10.1111/dth.13418>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Stinson, D. A., & Fisher, A. N. (2020). Self-Esteem and Health. In L. Cohen, K. Sweeny, L. Robbins (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (pp. 615–621). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch112>
- Suls, J., & Rittenhouse, J. D. (1990). Models of linkages between personality and disease. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and Disease* (pp. 38–64). John Wiley & Sons.
- Taïeb, A., & Meurant, J. M. (2018). Should we prioritize psychological interventions in the management of vitiligo?. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(12), 2053-2054. <https://doi.org/10.1111/jdv.15297>



- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567. <https://bit.ly/3wuByfx>
- Ter Laak, J. J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. *Revista de Psicología*, 14(2), 129-181. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4625401.pdf>
- Tesser, A. (2007). Self-Esteem. In A. Tesser, N. Schwarz (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (pp. 479–498). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470998519.ch22>
- Tomas-Aragones, L., & Marron, S. E. (2016). Body image and body dysmorphic concerns. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 47-50. <https://doi.org/10.2340/00015555-2368>
- Torales, J. C., Malatesta, E. M., González, L. L., González, I. A., López, R. D., Barrios, J. I., García, O. E., O'Higgins, M. G., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). Psicodermatología: Una introducción a sus conceptos, nosología y modelos de abordaje. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 53(2), 127-136. <https://doi.org/10.18004/anales/2020.053.02.127>
- Torales, J., Moreno, M., & Ortiz, M. B. (2014). Generalidades sobre la clasificación en psicodermatología. En J. Torales (Eds.), *El trastorno de excoriación: de la emoción a la lesión* (pág. 33-40. Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM). <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.1173.4001>
- Tudela, L. L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 41(7), 411. <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2008.10.019>
- Vargas, C. M. (2014). *Validación y adaptación transcultural del cuestionario de calidad de vida VitiQoL en población mexicana* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000718390](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000718390)

- Vázquez, I. A. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2ª edición). Ediciones Pirámide.
- Vijayalakshmi, M. (2018). *A study on impact of vitiligo on psychiatric manifestations*. (Master's thesis, Madurai Medical College). <http://repository-tnmgrmu.ac.in/id/eprint/8985>
- Vila, N. M., & Rioja, E. C. (2017). Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población Albina, con Vitiligo y sin patología cutánea. *Terapeia: Estudios y propuestas en ciencias de la salud*, 9, 47-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250658>
- Yasuko, A., Romano, S., García, N., & del Refugio, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210106>
- Zamorano, E., Álvarez, C., Peredo, A., Miranda, A., & Rebolledo, I. (2014). Psychometric properties of the big five inventory in a mexican sample. *Salud Mental*, 37, 491-497. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.059>
- Zhang, X-j., Wang, A-p., Shi, T-y., Xu, H., Wang, D-q., & Feng, L. (2019). The psychosocial adaptation of patients with skin disease: A scoping review. *BMC Public Health*, 19(1404). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7775-0>
- Zhang, Y., Cai, Y., Shi, M., Jiang, S., Cui, S., Wu, Y., Gao, X-H., & Chen, H-D. (2016). The prevalence of vitiligo: A meta-analysis. *PloS One*, 11(9), e0163806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163806>
- Zhao, H., Zhao, N., Zhou, B., Chen, G., Wang, Y., Zhang, H., Lin, Y., Liu, H., Kundu, R. V., & Yang, B. (2021). Reliability and validity of the Chinese version of the vitiligo specific quality of life instrument (VitiQoL). *Dermatologica Sinica*, 39(1), 13. [https://doi.org/10.4103/ds.ds\\_48\\_20](https://doi.org/10.4103/ds.ds_48_20)

# ANEXOS

## ANEXO 1 Carta de consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Calidad de vida, autoestima y personalidad en pacientes con vitíligo”, el cual tiene como objetivo analizar la relación entre dichas variables, esperando conocer más la dinámica emocional de personas que viven este problema de salud. Le pedimos que lea atentamente el documento y si tiene dudas, nos las puede consultar en cualquier momento.

### 1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda tres cuestionarios que incluyen preguntas sobre el vitíligo, la autoestima, la personalidad y la calidad de vida, lo que le tomará alrededor de 15 minutos para contestarlo. Su participación es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción.

La aplicación de cuestionarios se llevará a cabo con fines de investigación, formativos y de desarrollo profesional para el Lic. Carlos Antonio Rodríguez Aguirre, quien cursa la Maestría en Psicología de la Salud. Los cuestionarios se utilizarán para obtener datos confiables acerca de su experiencia como paciente con diagnóstico de vitíligo.

### 2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan gracias a su participación serán utilizados con fines de investigación guardándose siempre sus datos personales de forma segura y anónima para que ninguna persona ajena al proyecto pueda acceder a esta información atendiendo al artículo 4º del código ético de la Asociación Americana de Psicología (2017): privacidad y confidencialidad.

Los resultados de este estudio serán publicados, pero en ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

### 3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído la información previa y he comprendido las explicaciones facilitadas acerca de la aplicación de cuestionarios. Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado(a) de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación, formación y desarrollo personal para el Lic. Carlos Antonio Rodríguez Aguirre a quien puedo contactar a través del correo [c.rodriguez9@gmail.com](mailto:c.rodriguez9@gmail.com).

Tomando todo lo anterior en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la aplicación de cuestionarios y que los datos que se obtengan de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

REFERENCIAS:

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*.  
<https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *Carta de consentimiento informado*. INSP.  
<https://www.insp.mx/resources/images/stories/comitesEvaluacion/comitEtica/docs/CARTA-CONSENTIMIENTO-ADULTOS.pdf>

## ANEXO 2 Cuestionario de datos sociodemográficos

Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
Generales	Sexo	1= Hombre, 2= Mujer, 3= Prefiero no decirlo
	Edad	Respuesta abierta.
	Estado civil	1= Soltero sin pareja, 2= Soltero con pareja, 3= Casado, 4= Unión libre, 5= Viudo, 6= Divorciado o separado.
	Orientación sexual	1= Heterosexual (atraído al sexo opuesto), 2= Homosexual (atraído al mismo sexo), 3= Bisexual (atraído a ambos sexos), 4= Asexual (no hay atracción a ningún sexo), 5= Prefiero no contestar.
	Escolaridad	1= Ninguna, 2= Primaria, 3= Secundaria, 4= Preparatoria, 5= Universidad trunca, 6= Universidad terminada, 7= Posgrado.
	Ocupación	1= Estudiante, 2= Estudiante y trabajador, 3= Trabajador, 4= Emprendedor (negocio propio), 5= Desempleado, 6= Otro.
	Ciudad y Estado de residencia	Respuesta abierta.
Respecto al COVID-19	¿Ha estado enfermo de COVID o si personas cercanas y si han fallecido por COVID?	1= Sí, 2= No, 3= No estoy seguro(a).
	¿Personas cercanas a usted han estado enfermas de COVID-19?	
	¿Personas cercanas a usted han fallecido por COVID-19?	
	¿La contingencia por la pandemia actual ha generado estrés económico en usted y su familia?	
	¿Se ha visto reducido el ingreso económico de usted y su familia?	

Hábitos de comportamiento	¿Realiza actividad física durante la semana?	1= Ninguna, 2= Irregular, 3= Moderada, 4= Intensa
	¿Cuántos días de la semana hace ejercicio?	1= Ninguno, 2= uno a tres días de la semana, 3= cuatro a seis días de la semana, 4= Todos los días de la semana
	Hábitos de fumar y alcohol	1= Ni fuma ni bebe alcohol, 2= Solo fuma, 3= Solo bebe alcohol, 4= Fuma y bebe alcohol
Respecto al vitíligo	¿Hace cuánto tiempo se le diagnosticó vitíligo?	1= Menor a un año, 2= Entre uno y tres años, 3= Entre cuatro y seis años, 4= Mayor a seis años
	¿El vitíligo está activo? (se considera activo si ha tenido aparición de manchas en los últimos 6 meses)	1= Sí, 2= No
	¿Recibe tratamiento para vitíligo?	
	Por favor, preste atención a la siguiente imagen y seleccione el tipo de vitíligo que usted considera que tiene (ver Anexo 3).	1= Generalizado, 2= Focal, 3= Segmentario, 4= Universal
	¿Existen manchas de vitíligo en su zona genital?	1= Sí, 2= No, 3= Prefiero no responder
	¿Padece usted de alguna otra enfermedad? Por ejemplo, otra enfermedad de piel, cáncer, diabetes etc.	Respuesta abierta.

## ANEXO 3 Imagen de tipos de vitíligo

### TIPOS DE VITÍLIGO

Depende del tamaño y localización de las manchas de la piel

#### ▶ GENERALIZADO



Manchas dispersas por todo el cuerpo y de disposición simétrica

#### ▶ FOCAL



Manchas aisladas y pequeñas en cualquier localización

#### ▶ SEGMENTARIO



Manchas unilaterales con una distribución determinada

#### ▶ UNIVERSAL



Quedan pocas áreas de piel pigmentada

## ANEXO 4 Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL)

### VitiQoL

El objetivo de estas preguntas es medir qué tanto le ha afectado su piel en el transcurso del último mes.

En el último mes...	Nunca						Todo el tiempo
	↓						↓
1. ¿Se ha sentido incómodo por el aspecto de la enfermedad de su piel?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Se ha sentido frustrado por la enfermedad de su piel?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿La enfermedad de su piel le ha dificultado mostrar afecto?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿La enfermedad de su piel le ha afectado en sus actividades diarias?	0	1	2	3	4	5	6
5. Cuando habla con alguien ¿le ha preocupado lo que otros puedan pensar de usted?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Ha tenido miedo de que las personas lo critiquen?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Se ha sentido avergonzado o acomplejado debido a la enfermedad de su piel?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿La enfermedad de su piel ha influido en la ropa que usa?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿La enfermedad de su piel ha afectado sus actividades sociales o recreativas?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su bienestar emocional?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su salud física general?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿La enfermedad de su piel ha afectado su arreglo personal (es decir, corte de cabello, uso de cosméticos)?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿La enfermedad de su piel ha afectado el cuidado que usted tiene para protegerse del sol durante sus actividades recreativas (es decir, limita el tiempo de exposición durante las horas máximas de sol, busca la sombra, usa sombrero, manga larga o pantalón)?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿La enfermedad de su piel ha evitado que haga nuevos amigos?	0	1	2	3	4	5	6
15. ¿Se ha preocupado de la progresión o diseminación de su enfermedad a otras áreas del cuerpo?	0	1	2	3	4	5	6

**Por favor, indique a continuación qué tan grave considera que es su enfermedad de la piel:**

	Sin afectar la piel						Peor caso
	↓						↓
16. Gravedad de su enfermedad de la piel	0	1	2	3	4	5	6

¿Ha contestado todas las preguntas?	Si	No
-------------------------------------	----	----

(Lilly et al., 2013; Morales-Sánchez et al., 2017)



## ANEXO 5 Escala de Autoestima de Rosenberg

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

**Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## ANEXO 6 Inventario de Personalidad de los Cinco Factores (BFI)

750

BENET-MARTÍNEZ AND JOHN

### Spanish Big Five Inventory

Las siguientes expresiones le describen a usted con más o menos precisión. Por ejemplo, ¿está de acuerdo en que usted es alguien "chistoso, a quien le gusta bromear"? Por favor escoja un número para cada una de las siguientes expresiones, indicando así hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo en como le describe a usted.

Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo
1-----	-----2	-----3-----	-----4-----	-----5
<i>Me veo a mi mismo-a como alguien que . . .</i>				
<input type="checkbox"/> 1. es bien hablador			<input type="checkbox"/> 23. es inventivo	
<input type="checkbox"/> 2. tiende a ser criticón			<input type="checkbox"/> 24. es generalmente confiado	
<input type="checkbox"/> 3. es minucioso en el trabajo			<input type="checkbox"/> 25. tiende a ser flojo, vago	
<input type="checkbox"/> 4. es depresivo, melancólico			<input type="checkbox"/> 26. se preocupa mucho por las cosas	
<input type="checkbox"/> 5. es original, se le ocurren ideas nuevas			<input type="checkbox"/> 27. es a veces tímido, inhibido	
<input type="checkbox"/> 6. es reservado			<input type="checkbox"/> 28. es indulgente, no le cuesta perdonar	
<input type="checkbox"/> 7. es generoso y ayuda a los demás			<input type="checkbox"/> 29. hace las cosas de manera eficiente	
<input type="checkbox"/> 8. puede a veces ser algo descuidado			<input type="checkbox"/> 30. es temperamental, de humor cambiante	
<input type="checkbox"/> 9. es calmado, controla bien el estrés			<input type="checkbox"/> 31. es ingenioso, analítico	
<input type="checkbox"/> 10. tiene intereses muy diversos			<input type="checkbox"/> 32. irradia entusiasmo	
<input type="checkbox"/> 11. está lleno de energía			<input type="checkbox"/> 33. es a veces frío y distante	
<input type="checkbox"/> 12. prefiere trabajos que son rutinarios			<input type="checkbox"/> 34. hace planes y los sigue cuidadosamente	
<input type="checkbox"/> 13. inicia disputas con los demás			<input type="checkbox"/> 35. mantiene la calma en situaciones difíciles	
<input type="checkbox"/> 14. es un trabajador cumplidor, digno de confianza			<input type="checkbox"/> 36. le gusta reflexionar, jugar con las ideas	
<input type="checkbox"/> 15. con frecuencia se pone tenso			<input type="checkbox"/> 37. es considerado y amable con casi todo el mundo	
<input type="checkbox"/> 16. tiende a ser callado			<input type="checkbox"/> 38. se pone nervioso con facilidad	
<input type="checkbox"/> 17. valora lo artístico, lo estético			<input type="checkbox"/> 39. es educado en arte, música, o literatura	
<input type="checkbox"/> 18. tiende a ser desorganizado			<input type="checkbox"/> 40. es asertivo, no teme expresar lo que quiere	
<input type="checkbox"/> 19. es emocionalmente estable, difícil de alterar			<input type="checkbox"/> 41. le gusta cooperar con los demás	
<input type="checkbox"/> 20. tiene una imaginación activa			<input type="checkbox"/> 42. se distrae con facilidad	
<input type="checkbox"/> 21. persevera hasta terminar el trabajo			<input type="checkbox"/> 43. es extrovertido, sociable	
<input type="checkbox"/> 22. es a veces maleducado con los demás			<input type="checkbox"/> 44. tiene pocos intereses artísticos	

Por favor, compruebe que ha escrito un número delante de cada frase.

*Note.* Copyright 1996 by Oliver P. John and Verónica Benet-Martínez.

Received October 15, 1997  
Revision received March 9, 1998  
Accepted March 12, 1998 ■