



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina Humana



**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE AUTOESTIMA
EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE
DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA EN
EL PERIODO 2010-2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

**Presentada por:
CINDY CECILE TÉLLEZ AMÉSQUITA**

**Tacna – Perú
2013**



Dedicatoria:

A mis familiares y amigos

que me apoyaron en todo

momento.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que de una u otra manera han hecho posible el trabajo de investigación:

En primer lugar a los pacientes por su disposición y paciencia que respondieron a las entrevistas y encuestas a fin de favorecer a futuros pacientes.

Deseo expresar mi gratitud al Dr. Aldo Vargas Molineros, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna, como Asesor de esta tesis, por su asesoramiento técnico, consejos y supervisión, que han hecho posible el desarrollo y conclusión del presente trabajo. Además al Dr. Rooselvet Gómez Neyra Catedrático en Dermatología por la información brindada y alcances bibliográficos.

Al Dr. Victor Arias Santana Jefe de la Oficina de Investigación que como experto en epidemiología y bioestadística, que sacrifico horas de su tiempo para colaborar con la provisión de datos, elaboración estadística y gráficos. Además de la Lic. Sissi Mena Ordoñez por la ayuda brindada para la elaboración de la base de datos y revisión de la parte técnica de este Trabajo.

Agradecer al equipo de trabajo que me ayudo con la obtención de información general de las Historias Clínicas de la población de mi estudio.

Para terminar, debo expresar el agradecimiento a familiares, amigos y compañeros por el ánimo insistente para poder llevar a cabo el presente trabajo.

RESUMEN

OBJETIVO: Investigar el Índice de Calidad de Vida y Nivel de Autoestima de Pacientes con Psoriasis atendidos en Consultorio de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2010 – 2012.

METODOLOGÍA: La investigación fue de tipo Prospectivo, observacional y analítico. Se revisaron Historias Clínicas para el llenado de las Fichas de Recolección de Datos y posteriormente se realizó la entrevista a 30 pacientes con el diagnóstico de Psoriasis atendidos en consultorio en el periodo 2010 al 2012 que cumplieron los criterios de inclusión a los cuales se les aplicó 02 cuestionarios para valorar el Índice de Calidad de Vida y Nivel de Autoestima.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 47.3 años. Se observa una mayor proporción de pacientes (46.7%) con edades entre 40 y 59 años. Predominó significativamente el sexo masculino (76.67%) en una razón de 3.28/1. Un 56.7% tenía educación secundaria y un 23.3% instrucción educativa superior. El 50% de los pacientes presentaron un tiempo de enfermedad entre 1 a 3 años y un 46.7% menor a 1 año al momento del estudio. Los resultados de la encuesta D.L.Q.I. ponen en manifiesto que un 96.7% de los pacientes tiene una severa afectación sobre su calidad de vida, afectando sus actividades sociales y laborales, ejerciendo una influencia negativa en su estado Psicoemotivo. Además al aplicar el cuestionario de Autoestima de Rosenberg se evidenció que un 50% de los pacientes tienen una autoestima baja y 43.3% una autoestima normal.

CONCLUSIONES: La psoriasis afecta a las esferas psicoemotiva, social y laboral del paciente. La mayoría de los pacientes (96.7%) tiene una severa afectación sobre la Calidad de Vida, con mayor repercusión en dimensiones como las de percepción, recreación y relaciones interpersonales. El Nivel de autoestima hallado en los encuestados es bajo en el 50% de los pacientes, un 43.3% tuvo una autoestima normal y solo un pequeño porcentaje presentó una autoestima alta.

Palabras Claves: *Psoriasis, Calidad de Vida, Autoestima.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the Quality of Life Index and self-esteem of patients with psoriasis treated at the Dermatology Clinic Hipólito Unanue Support Hospital of Tacna in the period from 2010 to 2012.

METHODOLOGY: The research was Retrospective type and observational study. The medical charts to fill the Data Collection Sheets and then the interview was conducted in 30 patients with a diagnosis of psoriasis treated in office in the period 2010 to 2012 that met the inclusion criteria which were applied 02 questionnaires to assess the Quality of Life Index and self-esteem.

RESULTS: The mean age of the patients was 47.3 years. There is a higher proportion of patients (46.7%) aged between 40 and 59 years. Significant predominance of males (76.67%) in a ratio of 3.28/1. A secondary education was 56.7% and 23.3% higher educational instruction. 50% of patients had disease duration between 1-3 years and 46.7% less than 1 year at the time of the study. The results of the survey D.L.Q.I. put on show that a 96.7% of patients have a severe impairment of their quality of life, affecting their social and work activities, exerting a negative influence on their status Psicoemotivo. In addition to applying the Rosenberg Self-Esteem Questionnaire was noticed that 50% of patients have low self-esteem and self-esteem 43.3% normal.

CONCLUSIONS: Psoriasis affects psycho-emotive areas, social and patient labor. Most patients (96.7%) have a severe impairment of the quality of life, with greater impact on dimensions such as perception, recreation and relationships. The level found in respondents self-esteem is low in 50% of patients, 43.3% had a normal self only a small percentage showed high self-esteem.

Keywords: *Psoriasis, Quality Of Life, Self Esteem.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema	09
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.3.1. Objetivos generales	10
1.3.2. Objetivos Específicos.....	11
1.4. Justificación del problema	11

CAPÍTULO II – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes	12
2.2. Marco Teórico.....	17
2.2.1. PSORIASIS	17
2.2.1.1. Concepto.....	17
2.2.1.2. Epidemiología.....	18
2.2.1.2.1. Prevalencia	18
2.2.1.2.2. Edad de Comienzo	18
2.2.1.3. Etiología.....	19
A. Factores Ambientales	19
B. Factores Genéticos.....	20
C. Factores Inmunológicos.....	21
2.2.1.4. Fisiopatología	22
2.2.1.5. Manifestaciones Clínicas	25
2.2.1.6. Patrones Clínicos de Psoriasis	28
2.2.1.7. Histopatología de Psoriasis.....	29
2.2.1.8. Tratamiento.....	31
2.2.1.8.1. Tratamiento Tópico.....	31
2.2.1.8.2. Tratamiento sistémico	33
2.2.1.8.2.1. Fototerapia y Fotoquimioterapia	34



2.2.1.8.2.2. Metrotexate.....	35
2.2.1.8.2.3. Ciclosporina A.....	36
2.2.1.8.2.4. Acitretino.....	3
2.2.1.9. Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI).....	38
2.2.2. CALIDAD DE VIDA.....	39
2.2.3. AUTOESTIMA.....	40
CAPÍTULO III – VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
Operacionalización de Variables.....	50
CAPÍTULO IV – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
Diseño.....	55
Tipo de Investigación.....	55
Ámbito de Estudio.....	55
Población.....	56
Muestra.....	56
Criterios de inclusión y exclusión.....	56
Instrumentos de recolección de datos.....	57
CAPÍTULO V – PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS	
Procesamiento estadístico de los datos.....	59
Proceso de captación de la información.....	59
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN.....	82
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	88
ANEXOS.....	93

INTRODUCCIÓN

La piel se puede considerar el órgano más importante para los humanos en términos de imagen corporal y autopercepción. Es nuestra carta de presentación; los cuidados de la piel ocupan una buena cantidad del tiempo y de economía por una gran parte de la población. Además la preocupación que inicialmente estaba más restringida al sexo femenino, actualmente se ha extendido al sexo masculino, todo este fenómeno se produce en busca de una calidad de vida mayor que aporta la autopercepción del bienestar cutáneo.

La psoriasis es una dermatosis crónica, recidivante, inflamatoria y proliferativa, de causa desconocida, afecta al 2% de la población mundial.

Hasta hace algún tiempo se enfocaba su atención principalmente en el diagnóstico y tratamiento de las dermatosis, no teniendo en cuenta el efecto de esta patología sobre la calidad de vida tanto en el paciente y su familia.

Es interesante analizar el impacto que la psoriasis genera a nivel personal y social (vestimenta, deportes), emocional (relaciones afectivas y sexuales) y vocacional (bajas laborales, despidos) en el individuo afecto la modificación de la imagen corporal que conlleva, con el consiguiente estigma social, conduce a una situación diaria de estrés que será crónico y recurrente. Los factores psicosociales han sido implicados en la etiopatogenia de la psoriasis, tanto en su debut como en la exacerbación de las lesiones, por lo que es importante su estudio.

Este estudio tuvo como objetivo principal analizar el impacto que ejerce la psoriasis en la calidad de vida del paciente afectado.



ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2010-2012

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El concepto de salud así como el de bienestar han variado a través de la historia, en 1948 la OMS definió la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también como la existencia de bienestar físico, mental y social. Aunque de una manera implícita, la medicina siempre se ha ocupado de mejorar la calidad de vida del ser humano es a partir de la década de los 80 que el concepto de calidad de vida, y más específicamente el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud se viene estudiando. ¹

La Calidad de Vida tiene un particular interés en el campo de la dermatología, puesto que ejercen un fuerte impacto negativo sobre las relaciones sociales, el estado psicológico y las actividades de la vida diaria. ²

Se han realizado estudios de calidad de vida en diferentes enfermedades cutáneas pero es con la psoriasis que se han realizado el mayor número. La psoriasis es una dermatosis crónica que se caracteriza por la presencia de placas eritemato-escamosas que ocasionan alteraciones de la calidad de vida en el paciente y su familia.

¹Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-40.

² Ryan TJ. Healthy skin for all. Int J Dermatol 1994;33:829-35.

El impacto físico y psicosocial del paciente con psoriasis es sustancial y grave en el tiempo. La presencia de las lesiones puede llevar a una disminución de la autoestima afectando las áreas psicosociales, ocasionado por una actitud negativa del aspecto físico de la enfermedad.

Aunque existen múltiples cuestionarios, el Índice Dermatológico de Valoración de la Calidad de Vida (DLQI por sus siglas en inglés) es el instrumento más usado.³

Se necesita de la evaluación Física y Psicológica para establecer la gravedad de la psoriasis, para lo cual se utilizan los Escores físicos tales como el PASI (Psoriasis Area and Severity Index), sin embargo muchos de los Escores físicos no reflejan la discapacidad psicosocial de los pacientes. Es por lo tanto importante tener en cuenta las dimensiones físicas y psicológicas para determinar la severidad de la psoriasis.⁴

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Índice de Calidad de Vida y Nivel de Autoestima en Pacientes con Psoriasis atendidos en Consultorio de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2010 - 2012?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos Generales

- Valorar el Índice de Calidad de Vida y Nivel de autoestima en Pacientes con Psoriasis atendidos en Consultorio de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2010 – 2012.

³De Tiedra a., Mercadal J., y cols. Adaptación transcultural al español del cuestionario DermatologyLifeQualityIndex (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *ActasDermosifiliogr.*, 1998;89:692-700

⁴ Behrens S, Grudmann M y cols. Combination phototherapy of psoriasis with narrow band UVB irradiation and topical tazarotene gel «*J Am AcadDermatol*2000; 42(3): 493-5



1.3.2 Objetivos Específicos

- Valorar el Índice de Calidad de Vida mediante la aplicación del cuestionario D.L.Q.I. en dermatología a pacientes con Psoriasis atendidos por consultorio del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años del 2010 al 2012.
- Valorar el Nivel de Autoestima mediante la aplicación del cuestionario de Rosenberg a pacientes con Psoriasis atendidos por consultorio del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años del 2010 al 2012.
- Conocer las características: edad, sexo, estado civil, estado laboral, grado de instrucción, tipo de tratamiento y tiempo de enfermedad en Pacientes con el Diagnostico de Psoriasis que fueron atendidos en consultorio de Dermatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo del 2010 al 2012.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo tiene el propósito de abordar el fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida en pacientes con Psoriasis; esta patología a pesar de ser un proceso benigno, es probablemente la enfermedad cutánea que genera más incomodidades debido tanto a su carácter crónico como al hecho de ser una enfermedad cutánea visible y, por lo tanto, con una repercusión estética importante.

Estudios realizados han puesto de manifiesto que la psoriasis, así como otras enfermedades crónicas, dificulta las actividades diarias del sujeto y limita su participación en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad. Además, los factores psicológicos parecen jugar un importante papel en el desencadenamiento y consecuencias de un gran número de dermatosis.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

RIBERA M., y colaboradores. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español, España 2004. Manifiesta que la Psoriasis influye de forma muy importante en la vida del paciente, tanto en la esfera psico-emocional como en las relaciones del sujeto con su entorno laboral y social, afectando incluso a los aspectos más personales y cotidianos de la vida, como puede ser la elección del vestuario o el peinado. La carga psicológica de esta enfermedad queda patente en las respuestas de los encuestados, pues más de un 60% de ellos asegura sufrir inseguridad y el 75% indica que padece angustia y estrés debido a su enfermedad.⁵

GUTIÉRREZ Z. Evaluación del Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI), en 157 Pacientes del Club de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Perú 2001. Manifiesta que según la evaluación a través del PASI a 157 Pacientes

⁵ Miquel Ribera P., Miguel; Fernández Ch., Natalia; Fuente A., María José y Col. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. Piel 2004;19(5):242-9. España, 2004. Pagina Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v19n05a13061236pdf001.pdf>

Psoriáticos pertenecientes al club de Psoriasis del HNDAC y la relación con la edad, sexo y tiempo de enfermedad a través de las pruebas estadísticas Chi cuadrado (comparación de proporciones) y Mann Whitney (comparación de promedios), se obtuvo un Promedio General de 12.5 de PASI, La mayoría de la población afectada (80%) está entre los 20 y 50 años de edad lo que significa que predomina la psoriasis tipo II, que está en relación con menor carga genética heredada, si no mutada. El tiempo de enfermedad fue menor de 10 años en el 77.7%, y sólo el 1.9% en el grupo de 31 a 40 años. Aunque no hay diferencia de psoriasis con el sexo encontramos un promedio de PASI mayor para varones.⁶

SUITE M., Epidemiología de la Psoriasis en una Clínica Dermatológica en un Hospital General en Puerto España, Trinidad y Tobago, España 2006. Manifiesta que la Psoriasis es un trastorno crónico de la piel que afecta según se cree al 2% de la población mundial. La frecuencia con que la psoriasis se presentó en la población de una clínica dermatológica en un hospital general en la capital general de Trinidad y Tobago. El número de casos de personas de ascendencia africana fue más del doble que el de las personas de origen indio (3.538 casos frente a 1.654 casos). Entre los casos de psoriasis, había 190 personas de origen indio oriental y 146 personas de ascendencia africana, que representan el 50,1% y el 38,5% de los casos de psoriasis, respectivamente. 4% de los casos eran de raza mixta, mientras que los caucásicos comprenden 0,3%. Se halló que la psoriasis era más frecuente en los varones, y que el pico de su presentación se produce entre los 50 y 59 años y más común entre las personas de ascendencia indooriental, en comparación con aquellas de origen africano.⁷

⁶Gutiérrez Y., Zaida. Evaluación del Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI), en 157 Pacientes del Club de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2001. DERMATOLOGÍA PERUANA VOL 13, Nº 3, 2003. Perú, 2001. Pagina Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n3/pdf/a04.pdf

⁷SUITE M., Epidemiología de la Psoriasis en una Clínica Dermatológica en un Hospital General en Puerto España, Trinidad y Tobago. West IndianMed J 2006; 55 (6): 1. España 2006. Pagina Disponible: <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v55n6/a06v55n6.pdf>



JONES M. Y PEÑAS P., Calidad de vida en Dermatología. España 2002.

Manifiesta que la piel es nuestra carta de presentación, por lo que una enfermedad que afecte a la misma puede afectar secundariamente, y en ocasiones de forma grave, la calidad de vida. Existen diversos grados de deterioro en la calidad de vida comparable con los que se hallan en pacientes con afectación de otros órganos, como la cardiopatía isquémica, la diabetes, el asma o la epilepsia. Estos pacientes muestran las implicaciones laborales y financieras que la patología cutánea puede acarrear a la vida de los pacientes. Así se observan tasas mayores de desempleo o disposición por parte del paciente de pagar altas cantidades de dinero si con ello se obtuviera una cura definitiva.⁸

ZULUAGA A. Calidad de vida en psoriasis. Colombia, 2009.

Manifiesta que Hay 3 dominios que conforman el término de calidad de vida que son: físico, mental y social. Estos pueden ser medidos en 2 dimensiones: la evaluación objetiva y la percepción subjetiva de salud. Esto tiene un particular interés en el campo de la dermatología, puesto que las enfermedades de la piel generalmente ejercen un impacto fuerte sobre las relaciones sociales, el estado psicológico y las actividades de la vida diaria.⁹

SÁNCHEZ M., OJEDA R. y cols. El impacto psicosocial de la psoriasis.

España, 2003. Manifiesta que la Psoriasis es una dermatosis frecuente que produce un importante impacto psíquico y social entre los pacientes afectados. Asimismo es conocido que el estrés es uno de los factores desencadenantes más frecuente de los brotes. Entre los resultados obtenidos destaca que el

⁸ Jones C., María y Peñas, Pablo. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr 2002;93(8):481-9. España 2002. Página Disponible:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/103/103v93n08a13039104pdf001.pdf>

⁹Ángela Zuluaga. Calidad de vida en psoriasis. Rev AsocColombDermatol. 2009; 17: S21-S28. Página disponible:

<http://www.revistasocolderma.com/numeros/diciembre09/pdfs/suplemento.pdf>

estrés fue el factor desencadenante más importante de los brotes (43% de los encuestados); dentro de las situaciones desencadenantes de estrés, los conflictos afectivos fueron los más frecuentes (24,2%), especialmente en mujeres. Existe una correlación entre el estrés como factor desencadenante y el sexo femenino. Hay que destacar que un 51,5% de los pacientes se sienten bien informados, especialmente por parte de su dermatólogo (58,9%), y que el nivel de satisfacción con su dermatólogo es alto, alcanzando un 47,2% de los casos.¹⁰

FAGUNDO M., CARBONELL C. Y BAYARRE H. Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicosomáticas. Cuba, 2008. Manifiesta que 30 por ciento tenía antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica. Casi la totalidad presentó eventos estresantes en los últimos 6 meses, con una alta incidencia de conflictos familiares. Un alto por ciento de ellos tuvo la percepción de contar con apoyo familiar, resultado contradictorio si se tiene en cuenta que predominaron los conflictos en esa área. Hubo un franco predominio de sujetos vulnerables al estrés, seguidos de los seriamente vulnerables, estos últimos se encontraron solamente en los portadores de psoriasis. El nivel de autoestima fue globalmente bajo. El mayor por ciento alcanzó una categoría mala de su fortaleza personal. Se apreció una alta incidencia de ansiedad y/o depresión. En general los factores protectores del estrés se encontraron seriamente afectados.¹¹

GUPTA MA Y GUPTA AK. Enfermedad Psiquiátrica y Psicológica Intercurrente en Pacientes con Trastornos Dermatológicos. Canadá 2003. Manifiesta que se estima que al menos un 30% de los pacientes con patología

¹⁰ Sánchez R., Manuel, Ojeda C., Rosa y cols. El impacto psicosocial de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2003;94(1):11-6

¹¹Fagundo P., Israel Manuel, Carbonell E., Concepción y Bayarre V., Héctor. Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicosomáticas. Cuba, 2008. Página Disponible:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/1336/>



cutánea presenta alteraciones psicológicas o psiquiátricas. La consideración de estos trastornos es esencial para el correcto tratamiento del enfermo, ya que se ha observado que son factores decisivos en la prevención de la progresión o de la recidiva y de las complicaciones. Las enfermedades dermatológicas en las cuales la morbilidad psicológica y psiquiátrica es importante incluyen psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema. Todas ellas tienen en común el hecho de que se exacerban en relación con el estrés psicológico y que pueden ser manifestaciones simultáneas en sujetos con patología psiquiátrica como depresión.¹²

NAVARRO E., ATENCIO D., y cols. Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla, Colombia, 2006. Manifiesta que Estrés y tipo de conducta se encontraron asociados con exacerbación de psoriasis. También existen factores de tipo individual y familiar que influyen en su aparición, por lo que se hace necesarios realizar otros estudios que complementen estos hallazgos. Dentro de los factores psicológicos también se indagó el tipo de conducta y su asociación a exacerbaciones de psoriasis. Se encontró que la conducta tipo A se presentó en un mayor porcentaje en la población de casos (44.3% casos y 24.3% controles). Respecto al consumo de cigarrillo, se observó que el porcentaje de consumo dentro de los casos (22.9%) es considerablemente superior al de los controles (6.6%), y se demostró un nivel de exposición al factor de riesgo 4 veces superior en el grupo de pacientes con la exacerbación con respecto al grupo de comparación, resultado estadísticamente significativo.¹³

¹²Gupta MA y Gupta AK. Enfermedad Psiquiátrica y Psicológica Intercurrente en Pacientes con Trastornos Dermatológicos. Canadá 2003. American Journal of Clinical Dermatology 4(12):833-842, 2003

¹³ Navarro L., Edgar; Atencio D., Diana y cols. Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2006; 22 (2): 63-72

GASCÓN M., RIBEIRO C., y cols. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en la sala de dermatología clínica de un hospital universitario. Brasil, 2012. Manifiesta que de un total de 75 pacientes, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 76 años, se encontró que el 45,3 % de los sujetos presentaban síntomas depresivos y el 52 % presentó con síntomas de ansiedad y que esta encuesta mostraron correlaciones significativas moderadas y altas en pacientes hospitalizados en el servicio de dermatología. Los datos obtenidos evidencian la relación entre el estado físico y lo psíquico, así como los presenta la literatura.¹⁴

PUIG L., ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?. España, 2007. Manifiesta que las características básicas de las lesiones de psoriasis (eritema, espesor y descamación), combinadas con su extensión, proporcionan la base de la valoración clínica de la gravedad de la psoriasis; estos parámetros son más difíciles de aplicar a otras variantes morfológicas, aunque por lo general se considera siempre grave.¹⁵

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 PSORIASIS

2.2.1.1 Concepto

La psoriasis es una dermatosis crónica, recidivante, inflamatoria y proliferativa, de causa desconocida, con

¹⁴ Gascón P., Maria Rita; Ribeiro B., Cristiana, y cols. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en la sala de dermatología clínica de un hospital universitario. *AnBrasDermatol*; 87(3): 403-407, May-June 2012.

¹⁵ PUIG, Luis. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?. España, 2007. *Piel*. 2007;22(8):367-9

múltiples factores desencadenantes, caracterizada por placas eritemato-escamosas de formas y tamaño variables.¹⁶

2.2.1.2 Epidemiología

2.2.1.2.1 Prevalencia

La Psoriasis es una enfermedad universal. Sin embargo su prevalencia en diferentes poblaciones varía entre 0.1% hasta 11.8%, según reportes publicados. Las incidencias más elevadas que se publicaron en Europa corresponden a Dinamarca (2.9%), con un promedio para el norte de Europa de aproximadamente 2%. En Estados Unidos se han determinado prevalencias del 2.2 al 2.6%, con aproximadamente 150.000 casos nuevos diagnosticados cada año. La Psoriasis es igualmente frecuente entre hombres y mujeres.¹⁷

2.2.1.2.2 Edad de Comienzo

La Psoriasis puede comenzar a cualquier edad, si bien es poco frecuente por debajo de los 10 años. Es más probable que aparezca entre los 15 y 30 años de edad. La presencia de ciertos tipos de antígenos HLA, particularmente HLA-Cw6, se asocia con una edad más precoz de comienzo y con antecedentes familiares.¹⁷

¹⁶ Magaña G., Mario. Dermatología. 1ed. España: Ed. Panamericana, 2003. Capítulo 14: enfermedades Eritemo-escamosas y Pápula escamosas: Psoriasis. P 215.

¹⁷Fitzpatrick, Thomas y cols. Dermatología en Medicina General. 7ed. Madrid: Ed Panamericana, 2008. Capítulo 18: Psoriasis, p 168.

Se presenta en ambos sexos por igual y existe una distribución por edades bimodal con un pico de máxima incidencia a los 16-22 años (psoriasis tipo I o de inicio precoz) y otro entre los 57-60 años (psoriasis tipo II o de inicio tardío). La distinción entre ambas formas de inicio es importante, pues mientras que en el tipo I son frecuentes los antecedentes familiares de la enfermedad (50% de casos) y la asociación a determinados HLA (HLA-CW6), en el tipo II son menos frecuentes.¹⁸

2.2.1.3 Etiología

La psoriasis implica la hiperproliferación de los queratinocitos de la epidermis, con un aumento en la tasa de renovación de las células epidérmicas. La causa de la pérdida de control de la facturación de queratinocitos es desconocida. Sin embargo, los factores ambientales, genéticos e inmunológicos parecen desempeñar un papel.¹⁹

A. Los factores ambientales:

Muchos factores además del estrés se han observado para desencadenar exacerbaciones, incluyendo trauma frío, infecciones (por ejemplo, estreptococos, estafilococos virus, la inmunodeficiencia humana), el alcohol y las drogas (por ejemplo, yoduros, la retirada de esteroides, aspirina, litio, beta-bloqueantes, A

¹⁸Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.

botulínica, antipalúdicos).¹⁹ Un estudio mostró una mayor incidencia de psoriasis en pacientes con gingivitis crónica. El Tratamiento satisfactorio de la gingivitis condujo a un mejor control de la psoriasis, pero no influyó en la incidencia a largo plazo, destacando las influencias multifactoriales y genéticos de esta enfermedad.²⁰

El calor, la luz solar, y el embarazo pueden ser beneficiosos, aunque este último no es universal. El Estrés percibido puede exacerbar la psoriasis. Algunos autores sugieren que la psoriasis es una enfermedad relacionada con el estrés y ofrecen un aumento de las concentraciones de neurotransmisores en las placas de psoriasis.¹⁹

B. Los factores genéticos:

Los pacientes con psoriasis tienen una predisposición genética a la enfermedad. El locus del gen está determinado. El evento de activación puede ser desconocida en la mayoría de los casos, pero es probablemente inmunológico. La psoriasis se asocia con cierto antígeno leucocitario humano (HLA), los alelos de antígenos de leucocitos humanos particularmente Cw6 (HLA-Cw6). En algunas familias, la psoriasis es un rasgo autosómico dominante.¹⁹

¹⁹Jeffrey Meffert; Robert Arffa y cols. Psoriasis. 2012 Página disponible: <http://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview#aw2aab6b2b3aa>

²⁰ Keller JJ, Lin HC. The Effects of Chronic Periodontitis and Its Treatment on the Subsequent Risk of Psoriasis. Br J Dermatol. Jul 3 2012.

Un estudio multicéntrico meta-análisis confirmó que los genes, LCE3C y LCE3B, son factores genéticos comunes para la susceptibilidad a la psoriasis en distintas poblaciones.²¹

La obesidad es otro factor asociado con la psoriasis. Si está relacionada con el peso o hay una predisposición genética a la obesidad, o es una combinación de ambas no es claro.¹⁸ El síndrome metabólico constituye un factor asociado a psoriasis. Dos de sus componentes; hipertrigliceridemia e hipertensión arterial, en conjunto, demostraron incrementar en mayor medida el riesgo de psoriasis.²²

C. Factores inmunológicos:

La evidencia sugiere que la psoriasis es una enfermedad autoinmune. Los estudios muestran un alto nivel de TNF- α circulantes en la dermis. El tratamiento con TNF- α inhibidores es a menudo exitoso. Las lesiones psoriáticas se asocian con aumento de la actividad de las células T en la piel subyacente.

En modelos experimentales puede ser inducida por la estimulación con el Superantígeno de Estreptococos, que reacciona de forma cruzada con el colágeno dérmico. Este pequeño péptido se ha demostrado que

²¹Riveira-Munoz E, He SM, Escaramís G, et al. Meta-Analysis Confirms the LCE3C_LCE3B Deletion as a Risk Factor for Psoriasis in Several Ethnic Groups and Finds Interaction with HLA-Cw6. J Invest Dermatol. May 2011;131(5):1105-9.

²²Mussallam Abu, ShaibehSandrela. Síndrome Metabólico como factor Asociado a Psoriasis en La Consulta Dermatológica en Centro Médico Naval. Perú, 2009. Pagina disponible: http://www.medicina.usmp.edu.pe/academico/postgrado/publicaciones/tesis/residentado/dermatologia/art_2_resumen.php

causa aumento de la actividad entre las células T en pacientes con psoriasis, pero no en los grupos de control. Algunos de los nuevos medicamentos utilizados para tratar la psoriasis severa modifican directamente la función de los linfocitos.¹⁹

Igualmente importante es que el 2,5% de las personas con VIH desarrollan un empeoramiento de la psoriasis con la disminución del recuento de CD4. Esto es paradójico, ya que en la hipótesis principal en la patogénesis de la psoriasis apoya la hiperactividad de las células T y los tratamientos dirigidos a reducir recuentos de células T ayudan a reducir la severidad de la psoriasis. Este hallazgo es posiblemente explica por una disminución en las células T CD4, lo que conduce a la hiperactividad de las células T CD8, que impulsa la psoriasis empeora. El genoma del VIH directamente puede conducir a la proliferación de queratinocitos.¹⁸

La Psoriasis Guttata suele aparecer después de ciertos acontecimientos inmunológicamente activos, tales como Faringitis Estreptocócica, la interrupción del tratamiento con Esteroides, y el uso de Medicamentos Antimaláricos.

2.2.1.4 Fisiopatología

Histológicamente, la activación del infiltrado de los linfocitos T de la dermis precede a la proliferación epidérmica. A nivel inmunológico se han encontrado los siguientes hallazgos: la mayoría de los autores, apoyados en numerosos estudios con anticuerpos monoclonales, plantean que el infiltrado inflamatorio en la piel durante los estadios

iniciales y en placas activas de la enfermedad, está predominantemente constituido por linfocitos T helper CD4 y escasos CD8 (supresores o citotóxicos) no activados. Durante la resolución de la placa, predominan los linfocitos CD8 activados. El índice CD4/CD8 es más alto en la piel que en la sangre durante la fase activa de la enfermedad, lo cual indica un reclutamiento selectivo de las células CD4 en la piel del paciente psoriático.²³

El linfocito T h-1 activado expresa en su superficie receptores para la IL-2 y libera IL-2, IFN-gamma y TNF-b (tumor necrosis factor). Estas citoquinas son consideradas de tipo 1.

Otros autores plantean que en las placas de psoriasis activa, existe predominio de los linfocitos T CD8 intraepidérmicos, los cuales son activados por linfocitos T CD4 intradérmicos a través de la IL-2 y la presentación del complejo antígeno HLA I por queratinocitos y/u otras líneas celulares. Los CD8 expresan proteínas de gránulos citotóxicos GMP-17; sin embargo, esto ocurre en la fase regresiva de la enfermedad, donde los CD8 liberan toxinas que destruyen al antígeno y a la célula diana (muerte citotóxica), con lo cual termina el estímulo inmunológico.²⁴

La aparición de un infiltrado inflamatorio dérmico y epidérmico, como se observa en las lesiones psoriáticas activas, requieren un reclutamiento de los leucocitos de los vasos periféricos. Normalmente existe flujo axial de la sangre (elementos formes hacia el centro y el plasma hacia la periferia). Gracias a las interacciones altamente

²³ Valdivia B., Luis. PATOGENIA DE LA PSORIASIS. Dermatol Perú 2008;18(4): 340-345. Página disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v18_n4/pdf/a04v18n4.pdf

²⁴ Stites DP, Terr AI, Parslow TG. Inmunología básica y clínica. 8ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 1997:55-60.

específicas entre los leucocitos y las células endoteliales ocurren los procesos de marginación, diapédesis y quimiotáxis que son reguladas con la expresión de las moléculas de adherencia celular. En la psoriasis participan 3 grupos: Selectinas P y E; la familia de los súper genes de las inmunoglobulinas, que incluye ICAM-1, ICAM-2 y la VCAM-1 (vascularcell adhesión molecular); y las integrinas, que incluyen la LFA-1 y VLA-4.²⁰

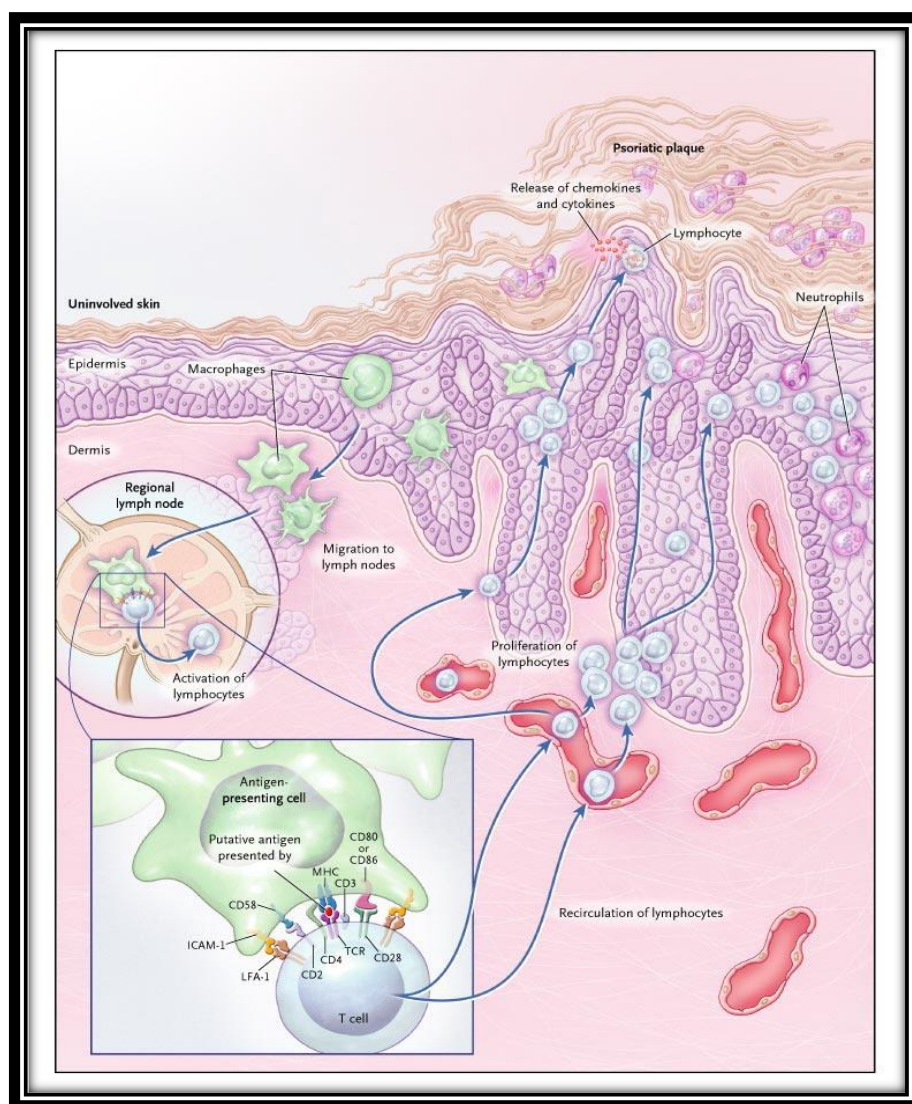
La expresión de la selectina P en el endotelio es estimulada por la presencia de trombina, histamina, factores del complemento, neuropéptido P. Recluta leucocitos durante escasos segundos, pero su actividad es continuada por la selectina E, cuya inducción para su expresión en el endotelio vascular está regulada por la IL-1, TNF-a y el lipopolisacárido bacteriano.²⁵ Actúa ligando neutrófilos, eosinófilos y linfocitos, al unirse a su antígeno de superficie leucocitario Sialil Lewis X.

La VCAM-1 se expresa en el endotelio vascular, su inducción es regulada por la IL-1, el TNF-a y el IFN-gamma. La ICAM-1 se expresa en el endotelio vascular, los queratinocitos y APC. Es regulada positivamente por la acción de la IL-1, TNF-a y el IFN-gamma. LA ICAM -2 se expresa de igual manera en el endotelio de pacientes con psoriasis o sin ellas. Estas 3 moléculas se fijan a sus respectivos ligandos en los linfocitos T, las integrinas: LFA -1, VLA – 4.

Los hechos sugieren que el mecanismo desencadenante de las lesiones de psoriasis está mediado inmunológicamente por los linfocitos T., a través de argumentos indirectos:

²⁵Griffiths CE, Barker JN.Pathogenesis and clinical features of psoriasis.Lancet. 2007; 370:263-71.

presencia de anomalías inmunitarias y sobre todo del efecto benéfico de los inmunosupresores en el tratamiento, que apoyó el concepto de que la proliferación de los queratinocitos en la zona de lesión, la acumulación de neutrófilos y la inflamación en general de la psoriasis eran una secuela de la activación de las células T en la piel; y de argumentos directos en cuanto al rol estimulador de los linfocitos lesionales sobre la proliferación epidérmica.²³



Fuente: Respuestas de células T en la patogénesis de una lesión psoriática.

(Schön M, y Boehncke H, Psoriasis)

2.2.1.5 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la Psoriasis son tan características que, en los casos típicos, puede considerarse una de las dermatosis de diagnóstico más sencillo. La lesión elemental de la psoriasis es eritemato-escamosa, quedando a veces el eritema enmascarado por el grosor de las escamas que lo cubren. Las escamas son generalmente de color blanco nacarado, pero pueden ser amarillentas como en los casos que se localizan en el cuero cabelludo.²⁶

La morfología de las lesiones cutáneas es muy constante y se caracterizan por cinco hallazgos clínicos:

- Buena delimitación de las lesiones.
- Cubiertas de escamas plateadas.
- Existencia de una placa eritematosa homogénea en la base de la escama.
- Presencia del signo de Auspitz.
- Hallazgo del fenómeno de Koebner (desarrollo de lesiones psoriáticas en zonas de traumatismo).

Las localizaciones preferidas son las superficies de extensión de los miembros y, muy especialmente los codos y las rodillas. También aparece en la región lumbosacra, los glúteos, el cuero cabelludo y el tronco. Hay tendencia a la simetría. La cara no suele afectarse aunque la afectación del cuero cabelludo puede exteriorizarse en el borde de la implantación del pelo en las regiones frontal, temporal y occipital.

El tamaño de las lesiones puede ser variable, desde pequeñas pápulas hasta grandes placas cubriendo extensas áreas del cuerpo, pero siempre presentando una morfología

²⁶Peña A., Atlas de Dermatología del Pie. 1 ed. Editorial Panamericana. España, 2007.

clínica similar. Las lesiones establecidas están formadas por escamas adherentes de aspecto nacarado, que recubren una superficie eritematosa. La eliminación de las escamas hace aparecer diminutas gotitas de sangre (signo de Auspitz). Dichas placas tienen una configuración variable pudiendo ser redondas, ovales, policíclicas, anulares o lineales y formar arcos y figuras serpiginosas. Las placas pueden estar rodeadas de un anillo más pálido (anillo de Woronoff).²⁷



En la imagen se observa buena delimitación de las lesiones, cubiertas de escamas nacaradas y con una base eritematosa.

²⁷Padín G., José Manuel; López H., Marta y cols. Psoriasis y su afectación en el Pie. Pagina disponible: http://www.clinicadelpieembajadores.com/psoriasis_y_su_afectacion_en_el_pie.pdf



El tamaño de las lesiones suele ser variable, desde pequeñas pápulas hasta grandes placas que cubren amplias zonas del cuerpo.

El síntoma más característico de la psoriasis es el prurito [de ahí el origen del término Psoriasis: palabra neolatina de origen griego; psor – (picor) – iasis (estado, condición)], pudiendo también cursar con inflamación. En ocasiones tiene carácter eruptivo agudo en la infancia y la adolescencia, en relación con infecciones rinofaríngeas (*psoriasis guttata*).

Son frecuentes las alteraciones en las uñas: corrosión de la lámina, decoloración distal de algunas uñas, onicolísis o despegamiento e hiperqueratosis subungueal.

Cuando la lesión regresiona, alrededor de la placa suele existir un anillo de piel más pálido que la piel que la circunda denominada halo de Woronoff. Otros signos son los que se obtienen por el llamado raspado metódico de Brocq en la placa psoriática, de la que inicialmente se desprende multitud de escamas finas (signo de la bujía); si se continúa raspando, se desprende una membrana fina (membrana de Duncan-Buckley) y aparecerá un punteado

hemorrágico en la superficie (signo de Auspitz o signo del rocío hemorrágico) debido a la ruptura de los capilares de las papilas dérmicas.²⁸

2.2.1.6 Patrones Clínicos de Psoriasis

Pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación.

- a) **Psoriasis en placas:** Es la forma más frecuente. Afecta el 80% de los pacientes. Se caracteriza por la presencia de placas múltiples, simétricas de diámetro variable, preferentemente en zonas extensoras de miembros, tronco, sacro y cuero cabelludo. Las lesiones se desarrollan de forma lenta, iniciándose como pápulas asintomáticas con marcada formación de escamas y tendencia a agruparse para formar placas. Un grupo menor de pacientes se caracteriza por placas de psoriasis de curso crónico que afectan predominantemente a los pliegues, afectándose predominantemente el pliegue inguinal, anal, axilar y cara lateral de cuello, denominándose psoriasis invertida.

- b) **Psoriasis en gotas (eruptiva o guttata):** Se presenta como pequeñas pápulas eritemato-escamosas que predominan en tronco y extremidades. Es más frecuente en niños y adolescentes. Consiste en la aparición brusca de múltiples pequeñas (0.5-1.5 cm) lesiones papulares cubiertas de una escama plateadas. Suele asociarse a

²⁸ Iglesias Diez L., Guerra Tapia A. y Ortiz Romero P. Tratado de Dermatología, 1ra. Ed. Madrid: Ed. Luzán, 1994. p. 701-13.

infecciones estreptocócicas de vías respiratorias altas.
Suele presentar un buen pronóstico.

- c) **Psoriasis invertida:** Es más eritematosa que escamosa. Localiza en zonas de flexión, pliegues, ombligo y región interdigital.
- d) **Psoriasis eritrodérmica:** Enrojecimiento inflamatorio y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.
- e) **Psoriasis pustulosa:** Forma poco común que se caracteriza por la presencia de múltiples pústulas de 2-5 mm de tamaño sobre base eritematosa de evolución aguda, subaguda o crónica. Puede ser localizada o generalizada. Las formas generalizadas con afectación sistémica y suelen observarse en el curso de psoriasis crónicas. La forma exantemática generalizada suele presentarse en pacientes sin historia de psoriasis y como respuesta a una infección o a una medicación. La forma palmo-plantar es la forma localizada más frecuente. Cuando la psoriasis pustulosa afecta únicamente a dedos se conoce como acrodermatitis continua de Hallopeau. asociadas.²⁹

2.2.1.7 Histopatología de la Psoriasis

Los hallazgos histopatológicos varían según el tipo y tiempo evolutivo de la lesión biopsiada, no son patognomónicos.

²⁹Mariela Demergasso. PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Argentina, 2012

Las muestras deben obtenerse de lesiones completamente desarrolladas y libres de tratamiento en lo posible.

Lesiones histopatológicas:

- Acantosis regular con ensanchamiento basal de crestas interpapilares epidérmicas.
- Adelgazamiento suprapapilar de la epidermis.
- Capa granulosa disminuida o ausente.
- Paraqueratosis confluyente.
- Presencia de pústula esponjiforme de Kogoj y microabscesos de Munro.
- Elongación y edema de la papila dérmica.
- Vasos capilares dérmicos dilatados y tortuosos.
- Infiltrados de polimorfonucleares neutrófilos, linfocitos T.

2.2.1.8 Tratamiento

2.2.1.8.1 Tratamiento Tópico de la Psoriasis

En general, el tratamiento tópico está indicado como terapia única en la psoriasis vulgar leve y como complemento de otros tratamientos en psoriasis más extensas o severas.

Los tratamientos tópicos pueden combinarse entre sí. Es necesario tener en cuenta la relación costo/beneficio, la aceptabilidad y practicidad del tratamiento.³⁰

³⁰ Sociedad Argentina de Dermatología. CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS. GUÍAS DE TRATAMIENTO 2010.

Terapéutica tópica de primera elección. Eficacia terapéutica comprobada

TIPO	DROGAS PRINCIPALES	Dosis y Frecuencia de Aplicación	FORMA FARMACEUTICA	EFICACIA TERAPEUTICA	EFFECTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
CORTICOSTEROIDES						
Potencia baja	Hidrocortisona, Desonide 0,05%	Dos veces por día	Cremas	+ / ++	+	Pliegues, cara, genitales
Potencia moderada	Mometasona F., Desonide, V. de Betametasona y otros	Una vez por día con control médico mensual	Cremas, pomadas, lociones capilares	+++	++	Efecto supresivo Taquifilaxia.
Potencia elevada y muy elevada	Clobetasol Betametasona dipropionato y otros	Una vez por día con control médico mensual	Cremas, pomadas, lociones, espumas y champúes	+++ / ++++	+++	Efecto supresivo Taquifilaxia.
Intralesionales	Triamcinolona Acetonida	Cada tres semanas días, 0.2 ml por infiltración, dosis máxima por sesión 1ml (6 mg)	Fcos. ampollas	+++	++++ Bursitis de codo	Atrofia, efectos sistémicos
INMUNOMODULADORES	Tacrolimus 0.1%	Dos veces por día	Ungüento	++	?	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo
	Pimecrolimus 1%	Dos veces por día	Cremas	+	?	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo
ALQUITRANES:	Coaltar		Gel, Champúes, loción, cremas y aditivos para baños.	++	++	Escasa aceptación cosmética
ANTRACENOS	Antralina		Crema, Ungüento, pasta, loción	++	++	Escasa aceptación cosmética

Tratamiento Tópico. Consenso Nacional de Psoriasis 2010. (Sociedad Argentina de Dermatología)

Terapéutica tópica complementaria (Mejora el confort del paciente, favorece la acción terapéutica y reduce los efectos secundarios de otros medicamentos, poca eficacia por sí mismos)

TIPO	DROGAS PRINCIPALES	Dosis y Frecuencia de Aplicación	FORMA FARMACEUTICA	EFICACIA TERAPEUTICA	EFEKTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
EMOLIENTES	Vaselina y otros		Cremas Ungüentos	+	-	-
QUERATOLITICOS	Ac. Salicilico		Loción, crema, pomadas, champú	+	+	-
	Urea		Cremas, pomadas	+	- +	-
BALNEOTERAPIA, TERMALISMO	Aceites, sales, barros, avena			+	-	-

Tratamiento Tópico Complementario. Consenso Nacional de Psoriasis 2010. (*Sociedad Argentina de Dermatología*)

2.2.1.8.2 Tratamiento sistémico de la Psoriasis

Dada la diversidad de factores relacionados con la patogenia de la enfermedad y su condición multifactorial, no ha sido posible encontrar un medicamento que produzca su control total sin que presente efectos colaterales importantes. Esta condición ha llevado al desarrollo de múltiples medidas terapéuticas, entre las cuales tradicionalmente se ha escogido como de primera línea las que proveen manejo tópico de la enfermedad. Sin embargo, en ocasiones se hace insuficiente el manejo tópico y se debe recurrir al tratamiento sistémico, del cual existe una gran cantidad de opciones disponibles.

Agentes sistémicos tradicionales para el manejo de la psoriasis

A. Fototerapia y fotoquimioterapia:

La radiación ultravioleta actúa como inmunosupresor local por sus efectos directos en las células de Langerhans y sus efectos indirectos en numerosas citocinas y moléculas de adhesión, lo que lleva a un cambio en el fenotipo de las citocinas, de Th1 a Th2, que ayuda a la mejoría de las lesiones.³¹

❖ Fototerapia con luz ultravioleta B (UVB) (banda ancha y estrecha)

El tratamiento con UVB de banda estrecha (311 nanómetros) se considera, actualmente, el de elección en la psoriasis moderada. Su ventaja más importante es una mayor eficacia con menor producción de eritema, que permite un tratamiento más agresivo, con menos efectos carcinogénicos. Se indican ambos tipos de tratamiento en la psoriasis generalizada que no mejora con el manejo tópico, incluyendo la forma gutata.

³¹Lebwohl M, van de Kerkhof P. Psoriasis. En: Lebwohl M, Heymann W, Jones J, Coulson I. Treatment of skin disease. Third edition.: Saunders-Elsevier; 2010. p. 626-36.

La dosificación para banda ancha debe ajustarse, de acuerdo con el fototipo de la piel, entre 20 y 60 mJ/cm² o 50% de la dosis mínima de eritema del paciente.³²

❖ **Fototerapia UVA más Psoralenos (PUVA)**

Consiste en la administración oral de un medicamento fotosensibilizador (psoraleno), con posterior exposición a luz ultravioleta A, lo que aumenta el efecto de la radiación. Es de gran eficacia para el tratamiento de la psoriasis, incluso en la forma extensa, pero se asocia con numerosas desventajas.

Se pueden utilizar diferentes fotosensibilizadores, como el 8-metoxipsoraleno (8-MOP) a dosis de 0,4 a 0,6 mg/kg, administrados una a dos horas antes de la exposición al PUVA. Otros medicamentos disponibles son el 5-metilpsoraleno (5-MOP) y el tri-metilpsoraleno (TMP).

B. Metotrexato

Es un medicamento que, tradicionalmente, ha estado indicado como de primera elección en psoriasis grave, recalcitrante, que incapacita

³²Matz H. Phototherapy for psoriasis. What to choose and how to use: Facts and controversies. ClinDermatol. 2010;28:73-80

y que no mejora con otras formas de tratamiento, principalmente tópico, y en la artritis psoriásica. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la enzima dihidrofolatoreductasa, con la consecuente disminución en la producción de cofactores del ácido fólico requeridos para la síntesis de los ácidos nucleicos. Por este mecanismo se inhibe la función leucocítica, necesaria para la patogénesis de la psoriasis

Se recomienda iniciar con una dosis de prueba de 2,5 a 5 mg por vía oral para valorar la tolerancia e ir aumentando la dosis de acuerdo con sus efectos clínicos y la tolerancia del paciente. Se recomienda administrar un suplemento de 1 a 5 mg diarios de ácido fólico, excepto en el día de la ingestión del Metotrexato, para disminuir el riesgo de efectos colaterales.³³

C. Ciclosporina A

Su efecto antipsoriásico fue descubierto en 1979. Inhibe la primera fase de la activación de las células T mediante la unión con la ciclofilina e inhibición secundaria de la calcineurina, lo que conlleva a un bloqueo de la vía de transducción de la señal que modula la producción de citosinas activadoras de los

³³Jeffes EW III, McCullough JL, Pittelkow MR, et al. Methotrexate therapy of psoriasis: Differential sensitivity of proliferating lymphoid and epithelial cells to the cytotoxic and growth-inhibitory effects of methotrexate. *J Invest Dermatol.* 1995;104:183-8.

linfocitos T (IL-2, interferón) γ que, en últimas, evita la activación de estas células.

Su indicación principal es en adultos sin compromiso inmunitario, con psoriasis grave, recalcitrante, en quienes otros tratamientos se encuentran contraindicados o no son tolerados.

Se ha usado dosis que pueden fluctuar entre 2,5 y 5 mg/kg diarios, divididas en dos tomas al inicio.³⁴

D. Acitretino

El acitretino es un retinoide sintético obtenido por la monoaromatización de la molécula de la vitamina A, que fue descubierto en 1988 y reemplazó a su antecesor, el etretinato, por tener un perfil farmacodinámico más favorable.

Se debe recomendar la anticoncepción durante todo el tratamiento y dos meses después de su suspensión en mujeres en edad fértil, con firma del consentimiento informado y con el compromiso de total abstinencia de alcohol.

Su mecanismo de acción no es conocido completamente. Sin embargo, se sabe que modula la proliferación y diferenciación epidérmica, y tiene efectos

³⁴Gottlieb AB, Grossman RM. et al. Studies of the effect of cyclosporine in psoriasis in vivo: Combined effects on activated T lymphocytes and epidermal regenerative maturation. J Invest Dermatol.1992;98:302-9

inmunomoduladores y actividad antiinflamatoria.

Se indica en casos de psoriasis en placas extensa, en una dosis diaria de 10 a 50 mg (0,2 a 0,6 mg/kg al día), utilizando la dosis más baja que el paciente requiera para el control de su enfermedad.³⁵

2.2.1.9 El índice de severidad y área de psoriasis (PASI)

El PASI evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida, dando una puntuación de 0 a 72, siendo leve menor de 20, moderado de 21 a 50 y severo de 51 a 72. El índice es de gran ayuda para la decisión terapéutica y controles posteriores.

El PASI es un elemento importante que sirve para clasificar el grado de severidad de la psoriasis, los otros elementos son el impacto emocional y social que produce la enfermedad en el paciente y los tratamientos recibidos u hospitalizaciones que haya tenido, la suma de éstos nos dará el grado de severidad de la Psoriasis.

El índice de intensidad y gravedad de la psoriasis (psoriasis area and severity index, PASI) fue definido como un instrumento de medida de la intensidad de la enfermedad en un trabajo que valoraba el tratamiento de la psoriasis grave con retinoides orales. Desde entonces se ha convertido, pese a sus limitaciones, en el estándar para medir la gravedad de la psoriasis, en especial desde que la FDA estableció el PASI (porcentaje de pacientes que alcanzan una mejoría

³⁵Berbis P, Bun H, Geiger JM, Rognin C, Durand A, Serradimigni A, et al. Acitretin (RO10-1670) and oral contraceptives: Interaction study. Arch Dermatol Res. 1988;280:388-9.

75% del PASI basal) como parámetro de eficacia en los ensayos clínicos de los nuevos fármacos biológicos.³⁶

2.2.2 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto relativamente moderno que engloba, además de la ausencia de enfermedad, el bienestar físico, psíquico y social del sujeto.

Uno de los instrumentos que se utilizan con frecuencia para valorar la calidad de vida son los cuestionarios, instrumentos simples, económicos y fáciles de usar.⁵

Las enfermedades dermatológicas, además, pueden producir alteraciones en muchos otros aspectos vitales como en el desarrollo de una vida sexual normal, dificultades para el desempeño de determinados trabajos e incluso se ha observado un aumento de bajas laborales por esta causa. También en relación con el trabajo, enfermedades como el acné, las úlceras cutáneas o la psoriasis se han considerado como causa de desempleo. Por último, la afectación de las enfermedades cutáneas en la vida de los pacientes puede llegar a ser tan grave como para originar un aumento en el riesgo de suicidios.

Los instrumentos de medida específicos de especialidad se enfocan en aspectos del estado de salud que son propios de un área de interés concreto, en este caso la Dermatología. El estudio de la calidad de vida en Dermatología se puede abordar mediante instrumentos de medida específicos de enfermedad.

Índice Dermatológico de valoración de la Calidad de Vida (DLQI: Dermatology Life Quality Index) desarrollada por Finlay y Kahn para

³⁶ Lluís Puig. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?. Piel. 2007;22(8):367-9



medir el impacto de la dermatitis, puede utilizarse en la práctica clínica habitual y contiene 10 preguntas que valoran la intensidad a la enfermedad dermatológica de 0 a 3 y contiene 2 preguntas que cuantifican las molestias debidas a los síntomas y su gravedad. Existen además otros cuestionarios de calidad de vida desde el punto de vida dermatológico como el SF-36-V2 que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, evalúa el estado de salud durante las cuatro últimas semanas con una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

2.2.3 AUTOESTIMA

A autoestima es un concepto ampliamente estudiado y discutido, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de la salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre autoestima y síntomas depresivos, obsesivos compulsivos, ansiosos, entre otros. Por tanto, su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención.

2.2.3.1 Concepto:

No existe un concepto único sobre Autoestima, más bien hay diferentes formas de entender lo que significa. Como todo, el significado de Autoestima puede entenderse a partir de varios niveles, el energético y el psicológico.

Desde el punto de vista energético, se entiende que: Autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y

hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean estos cognitivos, emocionales o motores.

Desde el punto de vista psicológico, puede decirse que: Autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar.

2.2.3.2 Clasificación de la Autoestima

Se puede clasificar la autoestima en función del nivel y de la estabilidad de la autoestima.

- ❖ Las personas **con autoestima alta y estable** se desenvuelven de manera sencilla, natural, estable y discurren con el ritmo del exterior espontaneo, tienen facilidad para expresar su punto de vista, respetan el de los demás sin tensiones ni contradicciones y argumentan sin desestabilizarse.
- ❖ Las personas con autoestima **alta e inestable** no son capaces de mantenerla constante sobre todo en contextos competitivos o desestabilizados, suelen reaccionar con agresividad a la crítica y el fracaso, porque lo reciben y sienten como un reproche o una amenaza.
- ❖ Las personas con **perfil de autoestima baja y estable**, no suelen sufrir modificaciones ni a las críticas ni a los

halagos, si el individuo no hace nada por modificar su imagen, esta se infravalora. Suelen pasar desapercibidos y cuando alguien le pide opinión toman las de otras personas.

- ❖ Perfil de **autoestima baja e inestable**, son muy sensibles y fáciles de influenciar tanto por los acontecimientos negativos como por los positivos.³⁷

2.2.3.3 Características de las personas con autoestima Alta y Baja

Autoestima alta

- Persistentes y resistentes frente al fracaso.
- Estables emocional y afectivamente.
- Menos flexibles y doblegables.
- Persuadidas e influenciadas con menos facilidad.
- No hay conflictos entre desear y obtener éxito y aprobación.
- Reaccionan positivamente ante una vida feliz y exitosa.
- Tienen un Autoconcepto completo consistente y estable.
- Orientan la motivación al automejoramiento.

Autoestima baja

- Vulnerables al impacto de los eventos cotidianos.
- Tienen amplias fluctuaciones del estado de ánimo y el afecto.
- Flexibles y doblegables.
- Fáciles de persuadir e influenciar.

³⁷Christophe André FrancoisLelord. La Autoestima. 5ta Ed. 2009. Editorial Kairós S. A.

- Desean el éxito y aprobación pero son escépticos al respecto.
- Reaccionan negativamente ante una vida feliz y exitosa.
- Tienen un autoconcepto vago, inconsistente e inestable.
- Tienen una orientación autoprotectora de la motivación.³⁸

2.2.3.4 Manifestaciones de Baja Autoestima

Expresión de sentimientos

- **Negativos hacia sí mismo** (vergüenza, culpa, inutilidad, fracaso). Del tipo: “qué vergüenza estar así, qué vergüenza ser como soy”, “me siento culpable de haber hecho o dicho esto”, “me siento culpable de que el paciente no siga con la dieta que le propuse”, “qué inútil soy para desempeñar mi trabajo”, “qué inútil soy para realizar tal o cual técnica”, “me siento una fracasada.”.
- **Exageradamente positivos hacia sí misma.** Del tipo: “qué bien hago las cosas”, “todo me sale bien, soy la mejor”.
- **Inseguridad.** Del tipo: “Qué insegura me siento”, “necesito de los otros para poder actuar bien, no me siento segura”.
- **Desesperanza.** Del tipo: “Haga lo que haga no sirve para nada.”

³⁸Hogg y Vaughan. Psicología Social. 5ta Ed. 2008. Editorial Panamericana. Capítulo 4: Yo e identidad. Pag. 136

- **Miedo.** Del tipo: “Siento miedo ante esta situación nueva para mí”, “tengo miedo de hacer daño al paciente”, “mi actuación es tan inadecuada que tengo miedo de hacerlo mal”.

Comportamiento hacia los demás y ante los problemas

- **Dependencia.** La persona se siente frágil y poco segura, necesita de los otros para actuar.
- **Sumisión.** La persona presenta falta de iniciativa a la hora de tomar decisiones y conductas poco asertivas, de tal forma que es incapaz de defender sus opiniones o derechos ante los otros.
- **Conformismo.** Se muestra conformista a pesar de sufrir emocionalmente por ello.
- **Retraimiento.** La persona con baja autoestima deja de actuar y se bloquea.
- **Aislamiento.** La persona deja de tener contacto con las personas de su entorno.
- **Reacción exagerada ante las críticas.** Las personas con baja autoestima no aceptan las críticas y su reacción es exagerada y defensiva ante ellas.
- **Proyección de culpa hacia los otros.** La culpa que experimenta la persona con baja autoestima la proyecta hacia los otros, de forma que cree y justifica cualquier error o conducta inadecuada en los otros y no en sí misma.
- **Reticencia a enfrentarse a nuevas situaciones.** Las expectativas de éxito ante una situación nueva son bajas, de tal forma que evita las situaciones para evitar el fracaso anticipado.

- **Dificultad para tomar decisiones.** La persona tiene miedo al fracaso y a tomar decisiones inadecuadas, deja de tomarlas y para ello justifica que los otros lo harán mejor que ella, delegando esta función en los demás y adoptando una postura conformista, sumisa y pasiva.

Comportamiento hacia sí misma

- **Hipercrítica.** La persona con baja autoestima es exageradamente exigente consigo misma e hipercrítica con las acciones que realiza, cree continuamente que la tarea que realiza no es lo suficientemente buena.
- **Excesiva preocupación por las responsabilidades** (familiares, laborales y sociales).
- **Dedicación de poco o ningún tiempo al ocio.** Se siente culpable cuando ocupa su tiempo en actividades distractorias y por lo tanto deja de hacerlas.
- **Descuido de la higiene y del arreglo personal.** Su estado emocional es negativo y un indicador de ello es la falta de interés por la higiene y el arreglo personal, esto se convierte en un círculo vicioso difícil de romper.
- **Obsesión por el arreglo personal.** La persona se siente insegura incluso con su apariencia física, de tal forma que se preocupa de manera obsesiva por el arreglo personal y su apariencia externa.

Opinión sobre éxitos o fracasos en la vida

- Exageración de fracasos y desvalorización de éxitos.
- Atribución del fracaso a sí mismo.
- Atribución del éxito al azar o a otras personas.

Opinión sobre el amor y la consideración de los demás

- No correspondencia. Percibe que los otros no la quieren, no la aceptan, no gusta.
- Rechazo.³⁹

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios.

Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”.⁴⁰

2.2.3.5 Estrategias para desarrollar la Autoestima

El desarrollo de la autoestima es un proceso continuo y cambiante relacionado con ciertos elementos y juicios que va construyendo la propia persona. A continuación se presenta una escalera de dichos elementos, en la cual cada una va siendo base del siguiente hasta que se llega a la formación de la autoestima, esto se ejemplifica de la siguiente manera:

³⁹ Antonia Pades Jiménez. La Autoestima Profesional y su Cuidado. ENFERMERÍA CLÍNICA 2003;13(3):171-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v13n03a13047846pdf001.pdf>

⁴⁰ Cristian A Rojas-Barahona, Beatriz Zegers P., y Carla E Förster. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. RevMéd Chile 2009; 137: 791-800

AUTOESTIMA La valoración que tenemos sobre: lo que pensamos de nosotros mismos, los sentimientos que nos tenemos y la forma como actuamos en sintonía con lo anterior.

AUTORESPETO Es entender y satisfacer las propias necesidades y valores; así como expresar y manejar las emociones y sentimientos.

AUTOACEPTACIÓN Es el resultado de nuestro propio juicio sobre nosotros mismos. Es admitir y reconocer lo que somos, así como la posibilidad de ser cada día mejores.

AUTOEVALUACIÓN Es la capacidad interna de evaluar nuestra forma de ser o actuar como buenas, si es que son satisfactorias, interesantes y enriquecedoras o como malas si no lo son.

AUTOCONCEPTO Es el conjunto de ideas o creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, que pueden llegar a limitarnos ante ciertas situaciones en la vida.

AUTOCONOCIMIENTO Es el conocimiento propio, supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarte en los primeros y luchar contra los segundos.

A continuación y persiguiendo el objetivo de alcanzar la cima de la autoestima, se sugerirán una serie de estrategias que permitirán lograrlo.

AUTOCONOCIMIENTO

Llegar a conocerte te va dar la capacidad de entender que el poder lo tienes en tu yo interior, que tu eres responsable o de tu felicidad o de tu infelicidad, en tus manos esta lograr el cambio que necesitas para mejorar la autoestima.

Mencionamos aquí 3 pasos básicos que debes seguir para autoconocerte:

1. Aceptación: lo primero y más importante es el aceptar que algo en tus pensamientos no está bien, que hay algo en ti que no te gusta y que quieres cambiar.
2. Detección: Después tienes que mentalizar que para que te sientas mejor tendrás que hacer un cambio en tu vida, el cambio tendrá que ser poco a poco.



3. Acción: Una vez que tengas los 2 puntos anteriores claros, deberás tomar acción para hacerlo.

AUTOCONCEPTO:

Aquí presentamos algunos consejos prácticos para que puedas conocerte un poco más y además mejorar la autoestima:

1. Lo primero y más importante para comenzar es que tengas en cuenta que tu eres responsable de tus pensamientos.
2. Trata de ser más flexible y no te critiques tan duramente.
3. Cuando pienses en ti, no lo hagas negativamente
4. No te dejes llevar por las malas experiencias pasadas cuando intentes o quieras hacer un proyecto.
5. Recuerda que ninguno de nosotros es perfecto.

AUTOEVALUACIÓN:

Sobre nosotros mismos, Ribeiro (1997) dice: “Toda opinión depende del ‘punto de vista’. Nuestra manera de ver las cosas puede variar según el lugar desde donde observamos.” (p.67).

Para conseguir elevar su autoestima, deben dejar de lado esa imagen distorsionada y evaluarse de forma precisa. Para ello vamos a explicar una serie de pasos:

1. Hacer inventario de cualidades y limitaciones.
2. Confeccionar la lista de limitaciones.
3. Confeccionar una lista de cualidades.
4. Autoevaluación precisa.

AUTORESPETO:

Disfrutar de la aprobación de otros o apoyo es algo positivo pero depender de ello puede ser un comportamiento destructivo para tu superación personal y además muy desgastante.

Si tú sientes que tienes esa necesidad de aprobación de la gente o de “quedar bien” innecesariamente, te propongo llevar a cabo los siguientes ejercicios:

1. Cuando alguien te sugiera que tomes alguna actitud que no sea de tu agrado simplemente agradece por su opinión pero mantente firme en tu postura.
2. Busca intencionalmente una situación en la que te desaprobeben y a manera de ejercicio sostén tu postura ante la otra persona sin entrar en conflicto y verás que no es el fin del mundo.
3. Ignora cualquier intento de manipulación de alguien que no está de acuerdo con tu punto de vista.
4. Evita de manera consciente la costumbre de disculparte por todo.

AUTOESTIMA:

Una vez que aprendes a respetarte a ti mismo atraerá respeto de los demás. Aquí hay algunas pautas para aprender a respetarse.

1. Piensa en cómo tu comportamiento afecta a las personas que los rodean
2. Ten en cuenta lo que dices antes de soltar palabras hirientes.
3. Dale a los demás lo que necesitan de ti.
4. Busca primero entender, luego ser comprendido.
5. Asume la responsabilidad de tu comportamiento.
6. Deja de lado la necesidad de guardar rencores.³⁷

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPÓTESIS

- El Índice de Calidad de Vida es bajo en Pacientes con Psoriasis atendidos en Consultorio de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue en el periodo 2010-2012
- La influencia de la enfermedad es alta en relación a la calidad de vida del paciente con psoriasis.
- Existe una baja autoestima en pacientes con Psoriasis.
- La influencia de la psoriasis en la ejecución de actividades de vida diaria y en la salud es alta.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZAR	ESCALA
Calidad de vida en pacientes con Patología Dermatológica	DLQI Dimensiones de Salud ❖ Síntomas y percepciones • ¿ha tenido, picor, dolor o escozor en su piel? • ¿ha sentido	La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem: • 0 (mínimo impacto en la calidad de	Escala



	<p>vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?</p> <p>❖ Actividades Diarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza? • ¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto? <p>❖ Ocio</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿sus problemas de piel han afectado alguna actividad social o de tiempo libre? • ¿le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel? <p>❖ Trabajo/ Estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿sus problemas de 	<p>vida).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). 	
--	--	---	--

	<p>piel le han impedido trabajar o estudiar?</p> <p>❖ Relaciones interpersonales y Sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿sus problemas de piel le han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/a o familiar? • ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual? <p>❖ Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado el hogar o le ha quitado tiempo? 		
<p>Cuestionario de Autoestima de Rosenberg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás. • Creo tener varias cualidades buenas. • Me inclino a pensar 	<p>1= muy de acuerdo</p> <p>2= de acuerdo</p> <p>3= en desacuerdo</p> <p>4= totalmente en desacuerdo.</p> <p>La puntuación</p>	<p>Escala</p>



	<p>que, en conjunto, soy un fracaso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas. • Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme. • Asumo una actitud positiva hacia mí mismo • En general, estoy satisfecho conmigo mismo. • Desearía sentir mas aprecio por mí mismo • A veces me siento realmente inútil. • A veces pienso que no sirvo para nada. 	<p>total oscila entre 10 y 40.</p>	
Edad	<p>Entrevista personal</p> <p>Revisión de historial clínica.</p>	<p>20 – 39 años</p> <p>40 – 59 años</p> <p>60 – 69 años</p> <p>>70</p>	<p>Intervalo</p> <p>(Tipo Cuantitativa)</p>

Sexo	Entrevista personal Característica de Sexo Masculino o Femenino	- Masculino - Femenino	Nominal Dicotómica (Tipo Cualitativa)
Estado Laboral	Entrevista personal Historia Clínica	- Trabajador actual. - Jubilado - Ama de casa. - Desocupado	Nominal Politómica (tipo Cualitativa)
Grado de Instrucción	Entrevista personal Historia Clínica	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior	Nominal Politómica (tipo Cualitativa)
Estado Civil	Entrevista personal Historia Clínica	- Soltero. - Con pareja estable. - Viudo. - Divorciado	Nominal Politómica (tipo Cualitativa)
Duración de la Enfermedad	Entrevista personal Historia Clínica	- < 0 – 5 - > 5	Intervalo (Tipo Cuantitativa)
Tipo de Tratamiento	Entrevista personal Historia Clínica	- Tópico - Sistémico - Tópico + Sistémico (combinado)	Escala

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO (CLASIFICACIÓN):

El diseño de investigación empleado es Prospectivo, observacional y analítico.

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación realizada es una Investigación Prospectiva, de casos en el cual se revisó historias clínicas y posteriormente se trata de evaluar la Calidad de Vida y Nivel de Autoestima de los pacientes con Psoriasis mediante la aplicación de cuestionarios.

4.3 ÁMBITO DE ESTUDIO

El Hospital HipólitoUnanue de Tacna es un establecimiento referencial especializada nivel II-2, inaugurado el 28 de Agosto de 1954 e inicio sus funciones al servicio de la salud el 18 de Abril de 1955. Cuenta con los servicios de Medicina, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Cirugía, Neonatología, Pediatría y Unidad de Cuidados Intensivos además de especialidades de Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

El Universo estuvo conformado por todos los pacientes con el Diagnóstico de Psoriasis en el Servicio Externo de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna que fueron atendidos por Consultorio de Dermatología en el periodo del 2010 al 2012.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de Estudio es el total de pacientes con Psoriasis atendidos en el Servicio de Consultorio Externo de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2010-2012 que fueron un total de 41 pacientes entre hombres y mujeres, de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión durante el período comprendido para este estudio.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.5.1 Criterios de Inclusión

- Todo paciente con diagnóstico de psoriasis que acudió a consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue en el periodo comprendido entre 2010 y el 2012.
- Pacientes de ambos sexos.
- Edad: Mayores de 18 años hasta los 80 años de edad.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

4.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que al momento del estudio, desistieron de participar.
- Pacientes que no radican en la ciudad de Tacna.

4.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

A. Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

DLQI fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al, para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología.

La versión española del DQLI es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas: «muchísimo», «mucho», «un poco», «en absoluto». Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta «no procedente ». Las dimensiones de salud incluidas son «síntomas y percepciones» (ítems 1-2), actividades diarias (ítems 3-4), ocio (ítems 5-6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad (ítems 8-9) y tratamiento (ítem 10). La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). La autoadministración del cuestionario ocupa menos de 10 minutos.

El proceso de adaptación cultural incluyó los pasos de traducción-retrotraducción, reuniones de consenso, prueba piloto y estudio de propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio).

Puntaje:

- ❖ 0-1: No afecta la calidad de vida. Buena calidad de vida.

- ❖ 2-5: Mínima afectación de la calidad de vida. Calidad Satisfactoria.
- ❖ 6-10: Moderada afectación de la calidad de vida. Calidad Insatisfactoria.
- ❖ 11-30: Severa afectación de la calidad de vida. Mala calidad de vida.

B. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg

El cuestionario de Autoestima de Rosenberg es uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Aunque inicialmente fue diseñada con un formato de respuesta tipo Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden a una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40.

Puntaje:

- ❖ 0-25: Autoestima baja.
- ❖ 26-29: Autoestima normal.
- ❖ 30-40: Autoestima alta.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos fueron sometidos a un análisis estadístico bajo el siguiente procedimiento:

- Almacenamiento en una hoja de Base de Datos con el programa Microsoft Excel, versión XP.
- Procesamiento con el programa estadístico SPSS, versión 15.

PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se utilizó una ficha de Recolección de Datos (Anexo 1), en la cual figuran las variables de estudio.
- Teniendo elaborada nuestra ficha de Recolección de Datos y delimitada nuestra población a estudiar, se procedió al llenado de la misma, basada en la Historia Clínica y Entrevista del paciente que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se extrajo toda la información de las Fichas de Recolección de Datos, hacia la base de datos en el programa Microsoft Excel, versión XP, de donde se hicieron las respectivas tabulaciones estadísticas con el programa estadístico SPSS, versión 15, para finalmente ser colocadas en tablas y gráficas para su presentación.



- Luego se realizó el análisis estadístico de cada uno de los cuadros resultantes y el informe final donde se utilizó el procesador Microsoft Word, versión XP.

6.1. RESULTADOS

El total de pacientes con Psoriasis atendidos en consultorio de Dermatología del Hospital Hipólito Unanue fue de 41 pacientes (en 02 de ellos no fue posible ubicar las historias clínicas, 06 son menores de edad, 02 no radican en esta ciudad y 01 se negó a participar en el estudio) de los cuales 11 no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se contó con la participación de 30 pacientes con el diagnóstico de Psoriasis a los cuales se les aplicó 02 cuestionarios que fueron respondidos en su totalidad y satisfactoriamente para fines de este estudio.

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES Y SEXO EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2010-2012

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Grupo Etáreo	20 – 39	6	26.1%	3	42.9%	9	30.0%
	40 – 59	11	47.8%	3	42.9%	14	46.7%
	60 – 69	3	13.0%	1	14.3%	4	13.3%
	> 69	3	13.0%	0	0.0%	3	10.0%
	Total	23	100.0%	7	100.0%	30	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos Obtenida de Historia Clínica y Entrevista de Pacientes

En la Tabla N° 01 sobre Grupo Etáreo, la edad media de los pacientes con Psoriasis fue de 47.3 años (con un rango de 19 a 78 años).

Se observa una mayor proporción (46.7%) de pacientes con Psoriasis en el intervalo de edades 40 a 59 años de los cuales 11 eran varones (47.8%) y 3 mujeres (42.9%). El intervalo que sigue en frecuencia es el de 20 a 39 años con un porcentaje de 30%.

Predominó significativamente el sexo masculino (76.67%) en una razón de 3.28/1 sobre el sexo femenino. El mayor número de varones cursan con edades de 40 a 59 años (47.8%) y de mujeres con edades de 20 a 39 años en igual medida que las de 40 a 59 años

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO LABORAL Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2010-2012

		N	%
Grado de Instrucción	Primaria	6	20.0%
	Secundaria	17	56.7%
	Superior	7	23.3%
	Total	30	100.0%
Estado Laboral	Otros	3	10.0%
	Trabajador Actual	20	66.7%
	Jubilado	0	0.0%
	Ama de casa	2	6.7%
	Desocupado	5	16.7%
	Total	30	100.0%
Estado Civil	Soltero/a	6	20.0%
	Casado/a	8	26.7%
	Viudo/a	2	6.7%
	Divorciado/a	2	6.7%
	Conviviente	12	40.0%
	Total	30	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos Obtenida de Historia Clínica y Entrevista de Pacientes



En la Tabla N° 02 sobre sobre Grado de Instrucción una mayoría (56.7%) tenían educación secundaria, un 23.3% instrucción educativa superior. Además un menor porcentaje cursaba con 20% instrucción primaria.

Con respecto al Estado Laboral en su mayoría (66.7%) son trabajadores actualmente, un 16.7% están actualmente desempleados, el 6.7% realiza labores de la casa, un 10% actualmente son estudiantes dependientes de sus familias y no se encontró a ningún jubilado.

Un 66.7% de los encuestados tienen una pareja estable, en su mayoría convivientes con un 40% y la diferencia son casados (26.7%). El 20% refieren ser solteros y un 6.7% viudos en igual porcentaje que divorciados.

TABLA N° 03

TIEMPO DE ENFERMEDAD PRESENTADO EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2010-2012

		N	%
Tiempo de Enfermedad	< 1 año	14	46.7%
	1 a 3 años	15	50.0%
	> 3 años	1	3.3%
	Total	30	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos Obtenida de Historia Clínica y Entrevista de Pacientes

El tiempo de enfermedad promedio fue de 1.18 años, con extremos de 3 meses a 5 años.

El 50% de los encuestados (15 pacientes), presentaron un tiempo de enfermedad de 1 a 3 años.

El 46.7% refirió un tiempo de enfermedad menor de un año y un pequeño porcentaje 3.3% mayor a un 1 año al momento del estudio.

TABLA N° 04

TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA EN EL PERIODO 2010-2012

		N	%
Tratamiento de Inicio	Tópico	26	86.7%
	Sistémico	0	0.0%
	Combinado	4	13.3%
	Total	30	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos Obtenida de Historia Clínica y Entrevista de Pacientes

Una mayor parte de paciente (n=26) equivalente a un 86.7% de pacientes presentó un Tratamiento tópico.

El 13.3% recibió un tratamiento combinado (tópico + sistémico).

No hubo ningún paciente que haya recibido exclusivamente un tratamiento sistémico.

TABLA N° 05

**ESTADO Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN LOS
PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE
DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL PERIODO 2010-2012**

		N	%
Estado y seguimiento de la enfermedad.	Sin observaciones	14	46.7%
	Comorbilidad	3	10.0%
	Actualmente sin tratamiento.	6	20.0%
	Migración de la lesión	3	10.0%
	Tratamiento Irregular	3	10.0%
	En remisión	1	3.3%
	Total	30	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos Obtenida de Historia Clínica y Entrevista de Pacientes

El 46.7% de los pacientes actualmente está recibiendo el tratamiento según lo indicado por el médico tratante y se encuentra clínicamente estable.

En el 10% de los pacientes (n=3) se observó comorbilidades, uno de los pacientes esta con el diagnóstico de VIH-SIDA y actualmente está recibiendo TARGA además del tratamiento recomendado para trata la psoriasis, hay un 1 paciente Diabético y 1 Hipertenso.



El 20% de los pacientes actualmente abandonaron su tratamiento refiriendo la falta de tiempo para su aplicación y sentirse insatisfechos con el tratamiento al no notar mejoría alguna.

El 10% de los pacientes refiere remisión de las lesiones por la que acudieron a consulta pero que al poco tiempo aparecieron lesiones similares en otras zonas del cuerpo.

El 10% de los pacientes se aplican el tratamiento en forma irregular solo cuando presentan exacerbación de la enfermedad.

Tan Solo un 3.3% de los pacientes (n=1) actualmente presenta remisión de la enfermedad casi en su totalidad.

TABLA N° 06

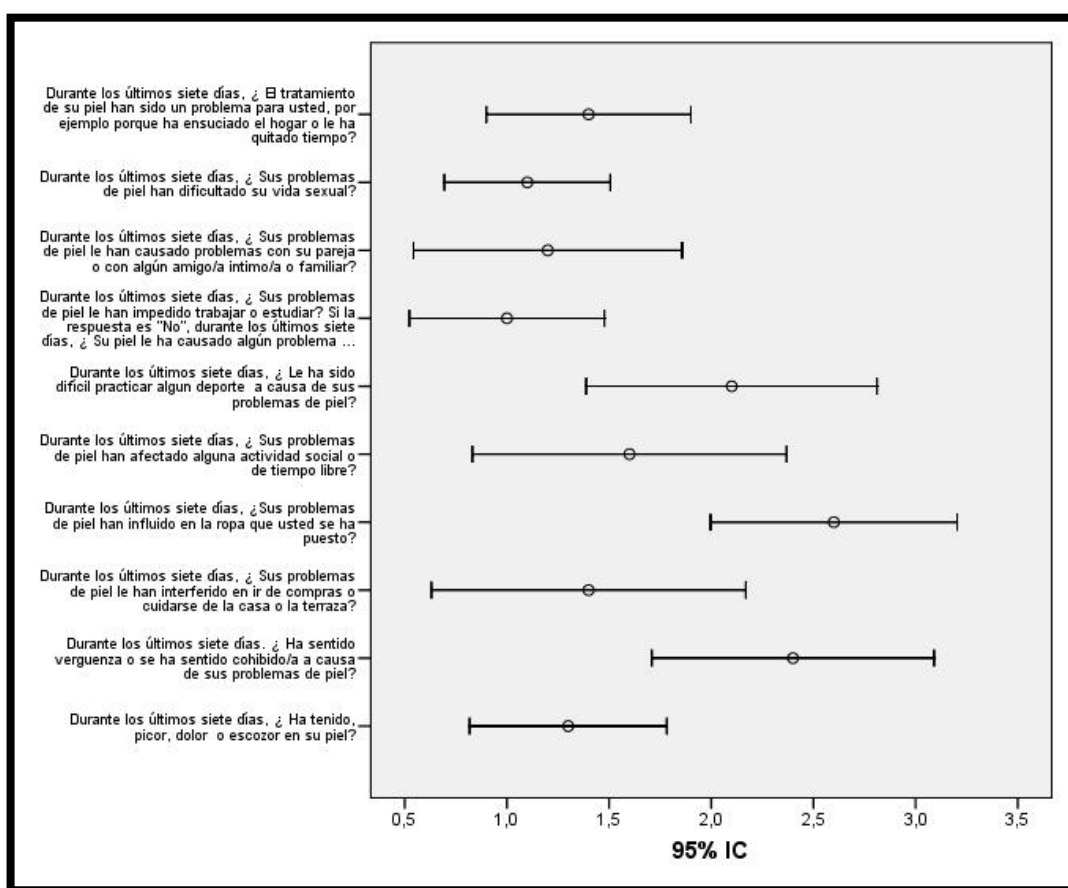
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2010-2012

Calidad de Vida	Mínima Afectación	1	3.3%
	Severa Afectación	29	96.7%
	Total	30	100.0%

Fuente: Cuestionario D. L. Q. I (Dermatology Life Quality Index). Autor Finlay et al.

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario D.L.Q.I. a pacientes con el diagnóstico de Psoriasis incluidos en este estudio, presentaron una severa afectación de la calidad de vida con 96.7% (n=29) y con mínima afectación fue tan solo 3.3% (n=1).

GRÁFICO N° 01
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA (CUESTIONARIO D.L.Q.I.) EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2010-2012



Fuente: Cuestionario D. L. Q. I (Dermatology Life Quality Index). Autor Finlay et al.

En la gráfica 01 de la tendencia sobre las dimensiones que son afectadas en la calidad de vida de pacientes con Psoriasis con intervalo de confianza de 95%, se observa que los factores que influyen más negativamente en la calidad de vida del paciente son la incomodidad para practicar algún deporte al aire libre, la influencia de la enfermedad sobre el tipo de ropa que usan, las actividades sociales o de



tiempo libre, y la dificultad manifestada al momento de la aplicación de tratamiento por el tiempo invertido y por la insatisfacción con el resultado del tratamiento.

Algunos factores que influyeron también negativamente aunque en menor medida fueron las relaciones interpersonales con amigos, pareja o algún familiar y los síntomas presentados como prurito o dolor.

Los factores que influyeron más positivamente fueron, que algunos pacientes manifestaron que sus problemas dermatológicos no afectaron en gran medida su actividad sexual y sus actividades laborales o de estudios.

TABLA N° 07

NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2010-2012

Autoestima	Baja	15	50.0%
	Normal	13	43.3%
	Alta	2	6.7%
	Total	30	100.0%

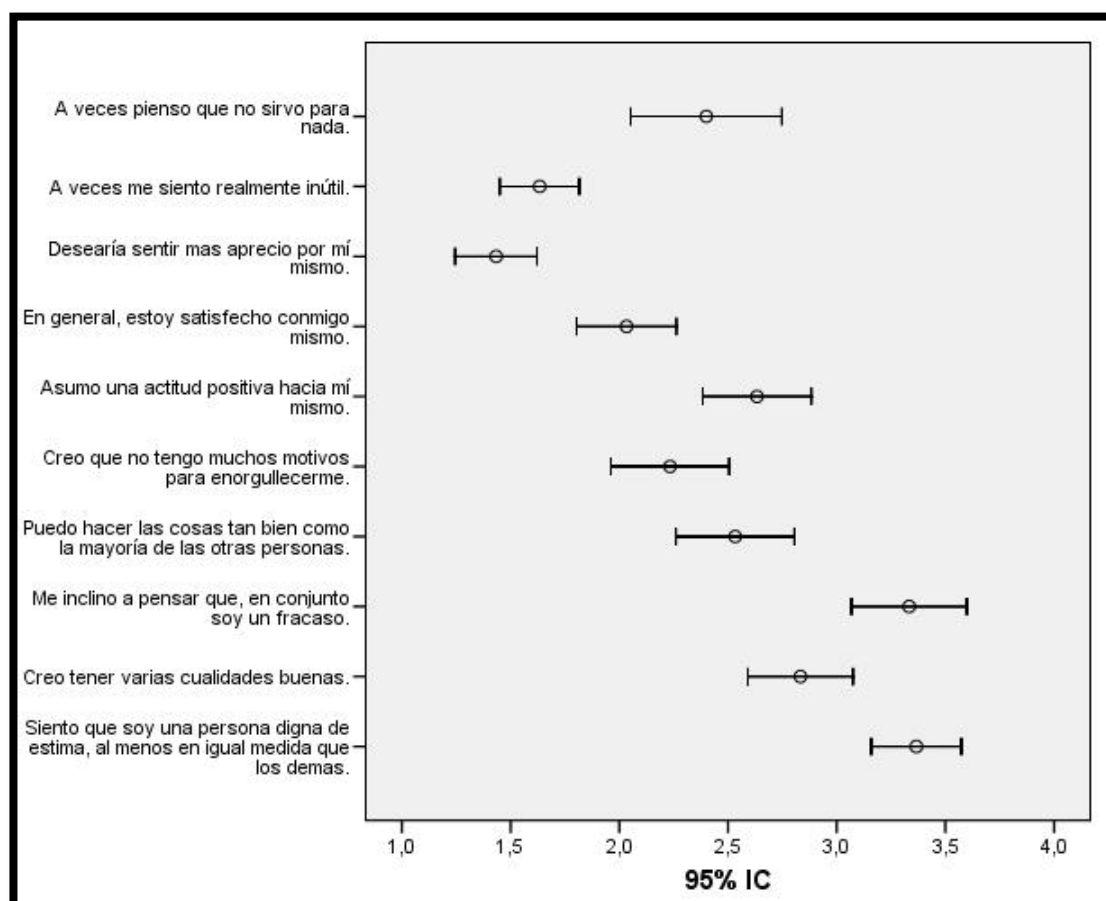
Fuente: Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

Para poder valorar el nivel de autoestima se aplicó el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg a 30 pacientes con diagnóstico de Psoriasis, de los cuales en su mayoría presento una Baja Autoestima con un 50% de encuestados (n=15).

Un 43.3% presento Autoestima normal y un mínimo porcentaje de 6.7% (n=2) alta.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2010-2012



Fuente: Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

En el gráfico 02 sobre la tendencia de los parámetros del cuestionario de Nivel de Autoestima de Rosenberg aplicado a 30 pacientes con el diagnostico de Psoriasis con un intervalo de confianza de 95%, los factores que influyeron más negativamente fueron: el no sentir no sentir aprecio por ellos mismos, el sentirse



inútiles para realizar sus actividades, no sentirse satisfechos consigo mismos, el no tener motivos para enorgullecerse y sentirse que no sirven para nada.

En el mismo grafico los factores que influyeron positivamente en el nivel de Autoestima fueron: la actitud positiva hacia ellos mismos, el pensar que en conjunto no son un fracaso, el creer que tienen buenas cualidades y el sentir que son dignos de estima.

TABLA N° 08

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y GRUPO ETARIO, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2010-2012.

		Calidad de vida						P
		Mínima Afectación		Severa afectación		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	20 – 39	0	0.0%	9	100.0%	9	100.0%	0.757
	40 – 59	1	7.1%	13	92.9%	14	100.0%	
	60 – 69	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%	
	> 69	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	
Sexo	Masculino	1	4.3%	22	95.7%	23	100.0%	0.575
	Femenino	0	0.0%	7	100.0%	7	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	
Grado de Instrucción	Otros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.673
	Analfabeto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Primaria	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%	
	Secundaria	1	5.9%	16	94.1%	17	100.0%	
	Superior	0	0.0%	7	100.0%	7	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	

Fuente: Cuestionario D. L. Q. (Dermatology Life Quality Index). Autor

Finlay et al.

El 92.9% (n=13) de los pacientes con edades comprendidas entre 40 y 59 años tienen una severa afectación de la calidad de vida y un 7.1% (n=1) tienen una mínima afectación de la calidad de vida. Los pacientes que se encuentran en el resto de intervalos de edad presentan en su totalidad una severa afectación sobre la calidad de vida.

El 100% (n=7) de las pacientes mujeres con diagnóstico de Psoriasis tienen una severa afectación sobre la calidad de vida, mientras que el 95.7% (n=22) de los pacientes varones presentaron una severa afectación contra un 4.3% (n=1) que presento una mínima afectación.



La totalidad de los pacientes con educación primaria e instrucción educativa superior presentan una severa afectación de la calidad de vida, Mientras que el 94.1% (n=16) de los pacientes que tienen educación secundaria presentan una severa calidad de vida frente a un 5.9% de estos pacientes que tuvieron una mínima afectación.

Concluimos que no existe relación significativamente estadística entre el Nivel de Calidad de vida con las variables Grupo Étáreo, Sexo y Nivel de Instrucción. Es decir que la Severa afectación de la Calidad de Vida no tiene relación con el grupo etáreo ($p=0.757$), sexo ($p=0.575$) o grado de instrucción (0.673).

TABLA N° 09

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO LABORAL, ESTADO CIVIL, TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2010-2012.

		Calidad de vida						P
		Mínima afectación		Severa afectación		Total		
		N	%	n	%	N	%	
Estado Laboral	Otros	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	0.915
	Trabajador Actual	1	5.0%	19	95.0%	20	100.0%	
	Jubilado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Ama de casa	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Desocupado	0	0.0%	5	100.0%	5	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	
Estado Civil	Otros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.584
	Soltero/a	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%	
	Casado/a	1	12.5%	7	87.5%	8	100.0%	
	Viudo/a	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Divorciado/a	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Conviviente	0	0.0%	12	100.0%	12	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	
Tiempo de Enfermedad	< 1 año	1	7.1%	13	92.9%	14	100.0%	0.554
	1 a 3 años	0	0.0%	15	100.0%	15	100.0%	
	> 3 años	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	1	3.3%	29	96.7%	30	100.0%	

Fuente: Cuestionario D. L. Q. (DermatologyLifeQualityIndex). Autor Finlay et al.

El 95.0% de los pacientes (n=19) de los pacientes con trabajos actuales tienen una severa afectación de la calidad de vida frente a un 5.0% de estos que tienen una mínima afectación, mientras que la totalidad de los pacientes jubilados, desempleados y amas de casa tienen una severa afectación de la calidad de vida.



El 87.5% (n=7) de los pacientes con psoriasis que actualmente están casado presentaron una severa afectación de la calidad de vida y 12.5% (n=1) de los pacientes casados tienen una mínima afectación. La totalidad de los pacientes solteros, viudos y divorciados tienen una severa afectación de la calidad de vida.

El 92.9% (n=13) de los pacientes con un tiempo de enfermedad menor a un año tienen una severa afectación de la calidad de vida y un 7.1% (n=1) de los pacientes con este tiempo de enfermedad presentaron una mínima afectación de la calidad de vida. La totalidad de los pacientes con tiempo de enfermedad de 1 a 3 años y mayor de 3 años presentaron una severa afectación de calidad de vida.

Concluimos que no existe relación significativamente estadística entre el Nivel de Calidad de vida con las variables estado civil, estado laboral y tiempo de enfermedad. Es decir que la Severa afectación de la Calidad de Vida no tiene relación con el estado laboral (p=0.915), estado civil (p=0.584) o tiempo de enfermedad (0.554).

TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE AUTOESTIMA Y GRUPO ETARIO, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2010-2012.

		Autoestima								p
		Baja		Normal		Alta		Total		
		N	%	N	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	20 – 39	2	22.2%	7	77.8%	0	0.0%	9	100.0%	0.046
	40 – 59	6	42.9%	6	42.9%	2	14.3%	14	100.0%	
	60 – 69	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	> 69	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	
Sexo	Masculino	12	52.2%	9	39.1%	2	8.7%	23	100.0%	0.576
	Femenino	3	42.9%	4	57.1%	0	0.0%	7	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	
Grado de Instrucción	Otros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.168
	Analfabeto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Primaria	5	83.3%	1	16.7%	0	0.0%	6	100.0%	
	Secundaria	9	52.9%	7	41.2%	1	5.9%	17	100.0%	
	Superior	1	14.3%	5	71.4%	1	14.3%	7	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	

Fuente: Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

El total de los pacientes con edades comprendidas en los intervalos de 60-69 años y mayores de 69 años tienen una Autoestima baja. El 42.9% (n=6) de los pacientes con edades comprendidas entre 40-59 años presentaron una autoestima baja, un igual porcentaje de los pacientes con edades en este rango presentaron una autoestima normal y el 14.3% (n=2) alta. Un 77.8% (n=7) de los pacientes con edades entre 20-39 años tienen una autoestima normal y un 22.2% (n=2) de los pacientes comprendidos dentro de este rango tienen una autoestima baja.



El 52.2% (n=12) de pacientes de sexo masculino tienen una autoestima baja, el 39.1% de los pacientes varones tienen una autoestima normal y tan solo 8.7% alta. El 57.1% (n=4) de las pacientes mujeres tienen una autoestima normal y un 42.9% (n=3) una autoestima baja.

El 83.3% (n=5) de los pacientes que tienen educación primaria tienen una autoestima baja y el 16.7% (n=1) una autoestima normal. El 52.9% (n=9) de los pacientes con educación secundaria tienen una autoestima baja, 41.2% (n=7) de los pacientes tienen una autoestima normal y el 5.9% (n=1) tienen una autoestima alta. El 71.4% (n=5) de los pacientes con instrucción educativa superior tienen una autoestima normal, un igual porcentaje de los pacientes con instrucción superior 14.3% tienen autoestima baja y alta.

Concluimos que no existe relación significativamente estadística entre el Nivel de Autoestima con las variables sexo y grado de instrucción. Es decir que el nivel de autoestima no tiene relación sexo ($p=0.576$), el grado de instrucción ($p=0.168$). Se encontró una relación significativamente estadística entre el grupo etáreo y nivel de autoestima ($p=0.046$).

TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO LABORAL, ESTADO CIVIL, TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2010-2012.

		Autoestima								p
		Baja		Normal		Alta		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Estado Laboral	Otros	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	0.783
	Trabajador Actual	9	45.0%	9	45.0%	2	10.0%	20	100.0%	
	Jubilado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Ama de casa	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Desocupado	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	
Estado Civil	Otros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.063
	Soltero/a	1	16.7%	5	83.3%	0	0.0%	6	100.0%	
	Casado/a	2	25.0%	4	50.0%	2	25.0%	8	100.0%	
	Viudo/a	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Divorciado/a	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Conviviente	8	66.7%	4	33.3%	0	0.0%	12	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	
Tiempo de Enfermedad	< 1 año	6	42.9%	7	50.0%	1	7.1%	14	100.0%	0.851
	1 a 3 años	8	53.3%	6	40.0%	1	6.7%	15	100.0%	
	> 3 años	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%	30	100.0%	

El 80% (n=4) de los pacientes desocupados tienen una autoestima baja y el 20% (n=1) una autoestima normal. el 45% de los pacientes trabajadores actuales tienen una autoestima baja y un igual porcentaje una autoestima normal, tan solo un 10% (n=2) alta. La mitad de las pacientes amas de casa tienen una autoestima baja y la otra mitad una autoestima normal.



El 100% de los pacientes divorciados y viudos tienen baja autoestima. El 66.7% (n=8) de los pacientes convivientes tienen una baja autoestima y el 33.3% (n=4) una autoestima normal. El 83.3% (n=5) de los pacientes solteros tiene una buena autoestima y el 16.7% (n=1) una autoestima baja.

El 100% de los pacientes con un tiempo de enfermedades mayor de 3 años tienen una baja autoestima. El 53.3% (n=8) de los pacientes con un tiempo de enfermedad entre 1-3 años tienen una baja autoestima, un 40% (n=6) tienen una autoestima normal y un 6.7% (n=1) alta. El 50% de los pacientes con un tiempo de enfermedad menor a un año tienen una autoestima normal.

Concluimos que no existe relación significativamente estadística entre el Nivel de Autoestima con las estado civil, estado laboral y tiempo de enfermedad. Es decir que el nivel de autoestima no tiene relación estado laboral ($p=0.783$), estado civil ($p=0.063$) y tiempo de enfermedad ($p=0.851$).

DISCUSIÓN

En la última década la dermatología está dando más énfasis en evaluar La calidad de Vida como parámetro de un buen resultado terapéutico. El impacto de la calidad de vida en paciente con psoriasis puede compararse con otras patologías crónicas. La Psoriasis influye de forma muy importante en la vida del paciente, tanto en la esfera psico-emocional, en su entorno laboral y social, afectando también aspectos cotidianos de la vida. En un 96.7% pacientes participantes en este estudio hubo una severa repercusión en la Calidad de vida en contraste con un 60% encontrados en el estudio realizado por Ribera et al., “Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español”⁵.

A fin de comprender aún más el diagnóstico integral de esta patología es que se considera de gran importancia el impacto psicosocial y ocupacional que son provocados por estos desordenes de la piel ya que muchos de los pacientes consideran estos aspectos más relevantes que los parámetros puramente físicos, por lo cual esto dependerá de la capacidad del individuo para hacer frente a circunstancias en contra; tal como señala Delgado y colaboradores, en su estudio “Valoración de la Calidad de Vida, en Pacientes de La Fundación de Psoriasis de la Ciudad de Quito” que la calidad de vida de una persona debe ser evaluada por el propio sujeto y no por los demás; pues, el enfermo, según sus motivaciones y prioridades personales, será quien evalúe sus habilidades físicas e intelectuales desarrolladas en su vida cotidiana, en procura del bienestar personal, familiar y social.⁶

Los datos obtenidos en este estudio con respecto a la edad de aparición de la psoriasis son comparables con los datos publicados en la bibliografía médica internacional.^{17,18}

Se encontró que un 76.67% eran hombres lo que no coincide con la bibliografía donde no reportan predominio de sexo.¹⁶



El Cuestionario aplicado a nuestra población de 30 pacientes que en promedio tuvieron 47.3 años (con un rango de 19 a 78 años). Con predominio significativo sobre el sexo masculino en una relación de 3.28/1, donde la mayoría de participantes cursaban la secundaria (56.7) y estudios superiores (23.3%), con resultados similares a lo informado por otros estudios. Delgado y col⁶ en Quito informó en su estudio una edad media de 44 años con extremos entre 15 y 79 años, donde predominó el sexo masculino en una relación de 2:1.2; esto, nos indica que la psoriasis no tiene tendencia preferencial de afectación según el sexo del individuo y que puede presentarse en adultos, adultos viejos y en niños y/o adolescentes.

Al analizar el nivel cultural de los participantes y el rango de Calidad de Vida, el 56.7% culminó la secundaria y un 23.3% tenían estudios superiores en ambos grupos el nivel de calidad de vida fue malo, lo que no coincide con los resultados de Fried en Oslo en “Tratamiento no farmacológico en Psicodermatología”, donde señala que la calidad de vida es superior en las clases sociales altas con un mejor nivel de preparación educativa. Aunque no siempre sucede así, pues, mientras mayor es el desempeño social y cultural de un paciente, mayor es el impacto que produce en él.

Clínicamente, al momento del estudio, un 86.7% estaba con tratamiento tópico y un 13.3% con tratamiento combinado es decir, tratamiento tópico más tratamiento sistémico. Estos resultados, también son reportados por otros autores.¹⁶

Según los resultados obtenidos, se reitera que la Psoriasis como dermatosis crónica produce una inhabilidad psicosocial que se manifiestan en distintas dimensiones como las de percepciones, actividades diarias, recreación y relaciones interpersonales, por lo cual será necesario la evaluación de cada caso para la realización de un esquema de tratamiento para mejorar la calidad de vida.



La severidad de la psoriasis, mayormente no afecta el rendimiento laboral de estos individuos; sin embargo, la Fundación Nacional de psoriasis en Estados Unidos reportó que el 26% de personas con psoriasis alteraron o dejaron sus actividades laborales.

El cuestionario D.L.Q.I. propuesto por Finlay y Kahn que fue aplicado en nuestra población, demostró que en el plano psicoafectivo, la Psoriasis altero la esfera emocional de los pacientes con dicha patología haciéndolos más vulnerables. Debemos referir, a este instrumento como eficaz para la valoración de calidad de vida, cuya escala simple puede utilizarse en la práctica clásica habitual para valorar la intensidad de la enfermedad dermatológica, que cuantifican las molestias debidas a los síntomas y su gravedad,³ que mediante el cual, se realizaron estudios en nuestro medio y en el exterior.

En los participantes además se realizó el cuestionario de Autoestima de Rosenberg, el cual independientemente de los resultados de nivel de Calidad de vida el cual en su mayoría (96.7%) hubo una severa afectación, se observó que la mitad de los pacientes (50%) tuvo baja autoestima y un 43.3% tuvo autoestima normal.

CONCLUSIONES

1. Un 96.7% (n=29) de los pacientes con Psoriasis a los cuales se les aplico el cuestionario D.L.Q.I., presentaron una severa afectación de la calidad de vida y tan solo una pequeño porcentaje de 3.3% presento una mínima afectación (n=1). Los factores que influyen más negativamente sobre la calidad de vida de los pacientes fueron son los problemas en la actividad sexual ocasionados por la vergüenza que sienten al mostrar sus lesiones dermatológicas, la incomodidad para practicar algún deporte al aire libre por el tipo de ropa que tienen que utilizar, el impedimento para estudiar o trabajar por la preocupación de su enfermedad y la dificultad manifestada al momento de la aplicación de tratamiento por el tiempo invertido y por la insatisfacción con el resultado del tratamiento.
2. El nivel de Autoestima obtenido mediante la aplicación del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg a los pacientes con Psoriasis, en su mayoría presento una Baja Autoestima con un 50% (n=15), una autoestima normal un 43.3% y un mínimo porcentaje de 6.7% (n=2) alta. Los factores que influyeron más negativamente fueron: el no sentir aprecio por ellos mismos, el sentirse inútiles para realizar sus actividades, no sentirse satisfechos consigo mismos, el no tener motivos para enorgullecerse y sentir que no sirven para nada.
3. El 46.7% de la población afectada esta entre los 40 y 59 años. Aunque la literatura no reporta predominio en el sexo de los pacientes encontramos que un 76.67% de los pacientes son de sexo masculino con un razón de 3.28/1 con respecto de mujeres.
4. El tiempo de evolución de la enfermedad constituye un factor importante dentro de la percepción de la calidad de vida. Según los resultado de este estudio. El tiempo de enfermedad promedio fue de 1.18 años, con



extremos entre 3 meses a 5 años. La mitad de los pacientes presentaron un tiempo de enfermedad entre 1 a 3 años.



RECOMENDACIONES

1. La participación de un equipo multidisciplinario para el manejo integral de los pacientes con Psoriasis incluyendo además del Dermatólogo, profesionales en las áreas de trabajo social, psicología, psiquiatría y demás terapistas especializados en estas ramas.
2. Organizar actividades de educación, las mismas que proporcionarán información sobre Psoriasis a los pacientes y a sus familias.
3. Realizar un estudio epidemiológico a gran escala para establecer la verdadera relación entre el grado de instrucción, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad como factores determinantes en la calidad de vida en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-40.
2. Ryan TJ. Healthy skin for all. Int J Dermatol 1994;33:829-35.
3. De Tiedra a., Mercadal J., y cols. Adaptación transcultural al español del cuestionario DermatologyLifeQualityIndex (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. ActasDermosifiliogr., 1998;89:692-700
4. Behrens S, Grudmann M y cols. Combination phototerapy of psoriasis with narrow band UVB irradiation and topical tazarotene gel «J Am AcadDermatol 2000; 42(3): 493-5
5. Miquel Ribera P.,Miguel; Fernández Ch., Natalia; Fuente A., María José y Col. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. Piel 2004;19(5):242-9. España, 2004. Pagina Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v19n05a13061236pdf001.pdf>
6. Gutiérrez Y., Zaida. Evaluación del Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI), en 157 Pacientes del Club de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2001. DERMATOLOGÍA PERUANA VOL 13, N° 3, 2003. Peru, 2001. Pagina Disponible:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n3/pdf/a04.pdf
7. SUITE M., Epidemiología de la Psoriasis en una Clínica Dermatológica en un Hospital General en Puerto España, Trinidad y Tobago. West IndianMed J 2006; 55 (6): 1. España 2006. Pagina Disponible:
<http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v55n6/a06v55n6.pdf>
8. Jones C., María y Peñas, Pablo. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr 2002;93(8):481-9. España 2002. Página Disponible:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/103/103v93n08a13039104pdf001.pdf>

9. Ángela Zuluaga. Calidad de vida en psoriasis. Rev AsocColombDermatol. 2009; 17: S21-S28. Pagina disponible:
<http://www.revistasocolderma.com/numeros/diciembre09/pdfs/suplemento.pdf>
10. Sánchez R., Manuel, Ojeda C., Rosa y cols. El impacto psicosocial de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2003;94(1):11-6
11. Fagundo P., Israel Manuel, Carbonell E., Concepción y Bayarre V., Héctor. Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicosomáticas. Cuba, 2008. Página Disponible:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/1336/>
12. Gupta MA y Gupta AK. Enfermedad Psiquiátrica y Psicológica Intercurrente en Pacientes con Trastornos Dermatológicos. Canadá 2003. American Journal of ClinicalDermatology 4(12):833-842, 2003
13. Navarro L., Edgar; Atencio D., Diana y cols. Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2006; 22 (2): 63-72
14. Gascón P., Maria Rita; Ribeiro B., Cristiana, y cols. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en la sala de dermatología clínica de un hospital universitario. AnBrasDermatol; 87(3): 403-407, May-June 2012.
15. PUIG, Luis. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?. España, 2007. Piel. 2007;22(8):367-9
16. Magaña G., Mario. Dermatología. 1ed. España: Ed. Panamericana, 2003. Capítulo 14: enfermedades Eritemo-escamosas y Pápula escamosas: Psoriasis. P 215.
17. Fitzpatrick, Thomas y cols. Dermatología en Medicina General. 7ed. Madrid: Ed Panamericana, 2008. Capítulo 18: Psoriasis, p 168.



18. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.
19. Jeffrey Meffert; Robert Arffa y cols. Psoriasis. 2012 Página disponible: <http://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview#aw2aab6b2b3aa>
20. Keller JJ, Lin HC. The Effects of Chronic Periodontitis and Its Treatment on the Subsequent Risk of Psoriasis. *Br J Dermatol*. Jul 3 2012.
21. Riveira-Munoz E, He SM, Escaramís G, et al. Meta-Analysis Confirms the LCE3C_LCE3B Deletion as a Risk Factor for Psoriasis in Several Ethnic Groups and Finds Interaction with HLA-Cw6. *J Invest Dermatol*. May 2011;131(5):1105-9.
22. Mussallam Abu, ShaibehSandrela. Síndrome Metabólico como factor Asociado a Psoriasis en La Consulta Dermatológica en Centro Médico Naval. Perú, 2009. Pagina disponible: http://www.medicina.usmp.edu.pe/academico/postgrado/publicaciones/tesis/residentado/dermatologia/art_2_resumen.php
23. Valdivia B., Luis. PATOGENIA DE LA PSORIASIS. *Dermatol Perú* 2008;18(4): 340-345. Página disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v18_n4/pdf/a04v18n4.pdf
24. Stites DP, Terr AI, Parslow TG. *Inmunología básica y clínica*. 8ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 1997:55-60.
25. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007; 370:263-71.
26. Peña A., *Atlas de Dermatología del Pie*. 1 ed. Editorial Panamericana. España, 2007.
27. Padín G., José Manuel; López H., Marta y cols. Psoriasis y su afectación en el Pie. Pagina disponible: http://www.clinicadelpieembajadores.com/psoriasis_y_su_afectacion_en_el_pie.pdf

28. Iglesias Diez L., Guerra Tapia A. y Ortiz Romero P. Tratado de Dermatología, 1ra. Ed. Madrid: Ed. Luzán, 1994. p. 701-13.
29. Mariela Demergasso. PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Argentina, 2012
30. Sociedad Argentina de Dermatología. CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS. GUÍAS DE TRATAMIENTO 2010.
31. Lebwohl M, van de Kerkhof P. Psoriasis. En: Lebwohl M, Heymann W, Jones J, Coulson I. Treatment of skin disease. Third edition.: Saunders-Elsevier; 2010. p. 626-36.
32. Matz H. Phototherapy for psoriasis. What to choose and how to use: Facts and controversies. ClinDermatol. 2010;28:73-80
33. Jeffes EW III, McCullough JL, Pittelkow MR, et al. Methotrexate therapy of psoriasis: Differential sensitivity of proliferating lymphoid and epithelial cells to the cytotoxic and growth-inhibitory effects of methotrexate. J Invest Dermatol. 1995;104:183-8.
34. Gottlieb AB, Grossman RM. et al. Studies of the effect of cyclosporine in psoriasis in vivo: Combined effects on activated T lymphocytes and epidermal regenerative maturation. J Invest Dermatol. 1992;98:302-9
35. Berbis P, Bun H, Geiger JM, Rognin C, Durand A, Serradimigni A, et al. Acitretin (RO10-1670) and oral contraceptives: Interaction study. Arch Dermatol Res. 1988;280:388-9.
36. Lluís Puig. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?. Piel. 2007;22(8):367-9
37. Christophe André FrancoisLelord. La Autoestima. 5ta Ed. 2009. Editorial Kairós S. A.
38. Hogg y Vaughan. Psicología Social. 5ta Ed. 2008. Editorial Panamericana. Capítulo 4: Yo e identidad. Pag. 136
39. Antonia Pades Jiménez. La Autoestima Profesional y su Cuidado. ENFERMERÍA CLÍNICA 2003;13(3):171-6. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v13n03a13047846pdf001.pdf>



40. Cristian A Rojas-Barahona, Beatriz Zegers P., y Carla E Förster. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. RevMéd Chile 2009; 137: 791-800



ANEXO 1

FICHA DE DATOS

H.C. N°:

Fecha:

Nombre y Apellidos:

.....

Edad:

Sexo: M () F ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Analfabeto ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

Años:

Meses:

ESTADO LABORAL:

Trabajador actual ()

Jubilado ()

Ama de casa ()

Desocupado ()

ESTADO CIVIL:

Soltero ()

Casado ()

Viudo ()

Divorciado ()

Conviviente ()

TRATAMIENTO:

Tópico ()

Sistémico ()

Combinado ()

Psicoterapia ()

Observaciones:

.....

.....

.....

Encuestador:.....

ANEXO 2

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

La finalidad de este cuestionario es evaluar hasta qué punto sus problemas de piel han influido en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS. Por favor, marque con una cruz una casilla para cada pregunta.

* ANOTAR TIEMPO DE ADMINISTRACION DEL CUESTIONARIO:

HORA DE INICIO <i>hora min.</i>		Puntuación		
1. Durante los últimos siete días, ¿ha tenido, picor, dolor o escozor en su piel?	Muchísimo	3		
	Mucho	2		
	Un poco	1		
	No, en absoluto	0		
2. Durante los últimos siete días, ¿ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?	Muchísimo	3		
	Mucho	2		
	Un poco	1		
	No, en absoluto	0		
3. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza?	Muchísimo	3	No procede	
	Mucho	2		
	Un poco	1		
	No, en absoluto	0		
4. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?	Muchísimo	3	No procede	
	Mucho	2		
	Un poco	1		
	No, en absoluto	0		
5. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han afectado alguna actividad social o de tiempo libre?	Muchísimo	3	No procede	
	Mucho	2		
	Un poco	1		
	No, en absoluto	0		

6. Durante los últimos siete días, ¿le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	3 2 1 0	No procede	
7. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar? Si la respuesta es «No», durante los últimos siete días, ¿su piel le ha causado algún problema en el trabajo o en los estudios?	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	3 2 1 0	No procede	
8. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/a o familiar?	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	3 2 1 0	No procede	
9. Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	3 2 1 0	No procede	
10. Durante los últimos siete días, ¿el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado el hogar o le ha quitado tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	3 2 1 0	No procede	

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

La siguiente lista consiste a una serie de frases que se refieren a Ud. y a su forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elija, por favor, aquella con la que este sinceramente de acuerdo y rodéela con un círculo.

- 1.- Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.
 1. Estoy muy de acuerdo
 2. Estoy de acuerdo
 3. No estoy de acuerdo
 4. Estoy muy en desacuerdo

- 2.- Creo tener varias cualidades buenas.
 1. Estoy muy de acuerdo
 2. Estoy de acuerdo
 3. No estoy de acuerdo
 4. Estoy muy en desacuerdo

- 3.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.
 1. Estoy muy de acuerdo
 2. Estoy de acuerdo
 3. No estoy de acuerdo
 4. Estoy muy en desacuerdo

- 4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.
 1. Estoy muy de acuerdo
 2. Estoy de acuerdo
 3. No estoy de acuerdo
 4. Estoy muy en desacuerdo



5.- Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo

6.- Asumo una actitud positiva hacia mí mismo

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo

7.- En general, estoy satisfecho conmigo mismo.

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo

8.- Desearía sentir mas aprecio por mí mismo

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo

9.- A veces me siento realmente inútil.

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo



10.- A veces pienso que no sirvo para nada.

1. Estoy muy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. No estoy de acuerdo
4. Estoy muy en desacuerdo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres del paciente: _____

Número de HC: _____

TÍTULO: “Índice de Calidad de Vida y Nivel de Autoestima en Pacientes con Psoriasis atendidos en Consultorio de Dermatología del Hospital Hipólito Unanue en el periodo 2010-2012”

Se le invita a participar en el siguiente trabajo de investigación. Usted debe decidir si desea participar o no. Sírvase tomarse su tiempo para llegar a una decisión. Lea lo que aparece a continuación

¿Por qué se está realizando el estudio?

La psoriasis es una condición que afecta su piel y hace que se formen manchas levantadas y rojas que parecen escamas. Las descamaciones gruesas son debido a un aumento en el número de células cutáneas. La mayoría del tiempo es la piel de los codos y las rodillas la que se ve afectada, pero la psoriasis puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, inclusive en el cuero cabelludo, las uñas y las articulaciones.

Se desconoce la causa la Psoriasis. Pero parece empeorar en muchas personas cuando están bajo estrés.

El objetivo de este estudio es determinar cómo se altera la calidad de vida de los pacientes que padecen psoriasis, en relación al nivel de severidad de su enfermedad.

¿Quiénes deben participar?

Participaran todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis que acudieron a consultorio de Dermatología del Hospital Hipólito Unanue Tacna en el año 2010-2012.

¿Qué me pedirán que haga?

El investigador le informará y orientará sobre los objetivos y trascendencia del estudio y consignara su aceptación a través de este consentimiento informado. Una vez firmado, el investigador procederá al llenado de la ficha de investigación,



consignando los datos que se encuentren en su historia clínica, y le efectuará 2 cuestionarios.

¿Qué beneficio puedo esperar?

Se podrá determinar el nivel de su calidad de vida, para que sirva de referencia para hacer una intervención adecuada en su tratamiento y seguimiento.

¿La información recolectada será confidencial?

Si los resultados del estudio son publicados, su identidad permanecerá en el anonimato.

Con fines prácticos, el médico investigador proporcionara la información de una manera que no lo identifique a usted directamente, utilizando las iniciales de su nombre y apellidos, y números de historia clínica.

¿A quién llamo si tengo preguntas?

Srta. Cindy Téllez Amésquita .Cel: 992594421

¿Puedo rehusarme a participar del estudio?

Su participación en el estudio es voluntaria. Usted puede no participar del mismo sin que por ello se altere la relación médico-paciente ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Usted recibirá una copia firmada de este formato de consentimiento.

He leído y comprendido este formato de consentimiento. Han respondido todas mis preguntas. Por tanto, me ofrezco de voluntario para participar de este estudio.

Tacna.....de.....del 2013

Firma del paciente

DNI:.....

Firma del testigo

DNI:.....