



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

***“IMPACTO DE LA PSORIASIS EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE
DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO”***

Alumna: Andrín, Micaela.

Tutor: Prof. Dra. Recarte, Mónica.

Fecha de Presentación: Agosto 2011.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Marco teórico.....	8
Problemas.....	19
Objetivos.....	19
Material y Métodos.....	20
Resultados.....	22
Discusión.....	39
Conclusiones.....	43
Bibliografía.....	46
Anexo N° 1.....	49
Anexo N° 2.....	54

RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo, observacional de tipo transversal en base a 47 encuestas realizadas a los pacientes del consultorio externo del Servicio de Dermatología del Hospital Intendente Carrasco, de la ciudad de Rosario, entre diciembre de 2010 y mayo de 2011.

El objetivo de este trabajo fue determinar el impacto que tiene la psoriasis en la calidad de vida; identificar la edad, el sexo, el nivel de instrucción y la ocupación de los pacientes; identificar si el tiempo de evolución y la severidad de la enfermedad influye en la calidad de vida; e identificar la relación entre el tratamiento y el impacto que este ejerce en la vida diaria del paciente.

Se concluyó que:

- El 55% corresponde al sexo femenino, y el 45% al sexo masculino.
- El mayor porcentaje de los encuestados se encuentran ubicados en los rangos de entre 15 y 24 años con el 21,28% y el de entre 45 y 54 años con el 23,41%.
- Situación laboral: el 34% de los encuestados están desempleados, el 30% poseen empleo, el 19% estudian y el 17% son jubilados.
- Nivel de instrucción: el 19,2% tienen estudios terciarios o universitarios, el 51% estudios secundarios y el 29,8% restante sólo estudios primarios.
- Menos del 25% de los pacientes experimentan un importante impacto de la calidad de vida asociado a su psoriasis.
- El tiempo de evolución de la enfermedad no afecta en la calidad de vida de la población en estudio.
- Asociado a la valoración personal: el 34% consideran que la psoriasis es una patología leve, el 36% moderada y el 30%

grave. El 57% considera que está no influye en nada en su calidad de vida, el 22% que influye mucho y el 21% poco.

➤ El 42,6% realiza tratamiento de tipo tópico y otro 42,6% tópico y sistémico en forma conjunta, el 6,4% no realiza ningún tipo de tratamiento y 8,4% otras combinaciones agregando fototerapia.

➤ El 69% está muy satisfecho con el tratamiento que realiza en la actualidad, un 16% poco satisfecho y sólo un 15% nada satisfecho.

➤ El 73% cree que el medicamento que utiliza es eficaz y sólo el 27% que no lo es.

La finalidad de este trabajo fue conocer el impacto que produce la psoriasis en calidad de vida de las personas.

Palabras claves: Psoriasis – Calidad de Vida – Psicodermatosis

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, eritematoescamosa, crónica sistémica, de curso clínico dinámico e impredecible con períodos de reagudización y remisión. Las lesiones que presenta son características en su morfología y afectan primordialmente la piel, las semimucosas, el cuero cabelludo, las uñas, pudiendo comprometer las articulaciones. Es un padecimiento físico y psicológicamente discapacitante que afectan la calidad de vida de los pacientes. ⁽¹⁾

Se considera que la psoriasis es una enfermedad predispuesta genéticamente, mediada por mecanismos inmunológicos pero también la influencia de múltiples factores ambientales pueden desencadenar o agravar la evolución y las manifestaciones clínicas de la misma.

Puede afectar a todos los grupos etéreos y a ambos sexos por igual. ⁽¹⁾

La prevalencia de la psoriasis en la población mundial es del 1 al 3 %. Se han observado tasas de prevalencia que oscilan entre el 1 y el 2 % en EUA, con cerca de 150.000 nuevos casos diagnosticados cada año, entre el 1 y el 3 % en España, se aproximan al 5 % en los adultos de países escandinavos y, en algunas zonas de Europa superan al 2 %. En otros grupos étnicos, es variable, siendo excepcional entre los indígenas del continente americano. ⁽²⁾ En nuestro país más de 800 mil personas son afectadas por psoriasis y el número supera los 3 millones si se toma el alto impacto en el núcleo familiar.

Aunque las patologías dermatológicas en su mayoría no determinan un compromiso para la vida, el carácter crónico e incurable de muchas dermatosis, así como sus alteraciones visibles, determinan rechazos que producen un fuerte impacto en la calidad de vida de los pacientes. ⁽³⁾

El interés por la calidad de vida, ha existido desde tiempos inmemorables. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación

sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a generarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. ⁽³⁾ ⁽⁴⁾
⁽⁵⁾

Los avances en la medicina han posibilitado prolongar, la vida, notablemente. Ello ha llevado a poner especial atención en un nuevo término: calidad de vida relacionada con la salud. ⁽³⁾ ⁽⁶⁾

En 1948 la Organización Mundial de la salud (OMS) definió a la salud “como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. ⁽⁷⁾ Actualmente la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física tomando en cuenta su contexto social y su salud mental

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Muchos estudios han documentado el impacto que tiene la psoriasis ya que puede asociarse a sentimientos dolorosos de incomodidad social y estigmatización, previsión de ser rechazados y en ocasiones interferencia en el trabajo, las relaciones y las actividades de la vida diaria. ⁽¹⁰⁾

El impacto de la psoriasis tiene dos dimensiones: la afectación física específica de la enfermedad y la psico-social que deterioran la calidad de vida del paciente pues causa inhabilidad en esta área, quizás en mayor proporción que la ocasionada por enfermedades que ponen en riesgo la vida. Se entiende por inhabilidad psicosocial la limitación y los cambios de conducta en la vida cotidiana manifestados por depresión, sentimientos de vergüenza, tensión familiar, ansiedad interpersonal, inhibición sexual, limitación marcada en el área laboral y recreacional y disconformidad social importante. ⁽⁸⁾

Teniendo en cuenta estos aspectos se realizó el presente trabajo con el fin de determinar el impacto que tiene la psoriasis en la calidad de vida de la población en estudio.

MARCO TEÓRICO

La *psoriasis* es una enfermedad de la piel caracterizada por hiperproliferación benigna de la epidermis. ⁽¹¹⁾

Ha existido durante siglos, incluso desde los comienzos de la medicina, pudiendo ser reconocida en escritos hechos por Hipócrates quien utilizaba los términos *psora* y *lepra* para describir dicha afección. También se han encontrado síntomas típicos en cuerpos momificados que datan de los comienzos de la época cristiana. ⁽²⁾

Estudios llevados a cabo en la década del 90 en diversos países revelan que la psoriasis es una enfermedad multifactorial en la que se encuentran involucrados múltiples genes.

Hoy se cree que es probable que en la etiología de la psoriasis exista una interacción entre estos genes y ciertos factores ambientales que pueden actuar como desencadenantes.

Entre estos factores podemos destacar:

- **Traumatismos:** es muy frecuente que los pacientes psoriásicos presenten lo que se conoce como *fenómeno de Koebner*, en donde las lesiones psoriásicas aparecen, tras un “periodo de incubación” de entre 3 y 18 días, sobre zonas de piel anteriormente sana que sufre un traumatismo, roce o rasguño.
- **Infecciones:** comúnmente 2 ó 3 semanas luego de una infección de vías aéreas superiores por estreptococos beta hemolíticos se puede desencadenar un brote de psoriasis.
- **Fármacos:** tratamientos como las sales de litio, beta bloqueantes, antimaláricos o AINES pueden exacerbar, agravar o desencadenar el desarrollo de las primeras lesiones de psoriasis.

- **Factores psicológicos:** aunque no se asocia a ningún trastorno de la personalidad, el estrés emocional puede desencadenar o agravar la psoriasis.
- **Factores climáticos:** los climas fríos se asocian a empeoramientos de la enfermedad, y los calurosos a la mejoría. La mayoría de los pacientes mejoran con la exposición al sol; sólo entre el 5 y el 10% presentan psoriasis fotosensibles.
- **Factores metabólicos:** la hipocalcemia y la ingesta excesiva de alcohol empeoran la enfermedad.
- **Factores endocrinos:** no está clara la relación, aunque se evidencian picos de máxima incidencia en la pubertad y la menopausia; mejora con el embarazo y empeora tras el parto. ⁽¹⁾

Otros estudios sugieren que la psoriasis también puede asociarse al Síndrome metabólico (SM) (complejo desorden integrado por hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, alteraciones en del metabolismo glucídico, estado protrombótico además de proinflamatorio), siendo esta asociación mayor en las formas severas de la dermatosis. ⁽¹²⁾

Crterios diagnósticos del Síndrome Metabólico:

Definición de Síndrome Metabólico

Clasificación del ATP III modificada por la American Heart Association. Se requieren de 3 de los 5 siguientes criterios

- ❖ Triglicéridos en sangre >150mg/dl) o medicación con el objetivo de su descenso
- ❖ HDL <40 en hombres o <50 en mujeres o uso de medicación específica
- ❖ TA mayor 130/85 o medicación con el objetivo de su descenso
- ❖ Perímetro de cintura (>88 en mujeres , >102 en hombres)
- ❖ Glucemia mayor a 100mg/dl o medicación con el objetivo de su descenso.

Grundey et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. Circulation October 18, 2005

Similar a lo que sucede en la psoriasis, el SM se caracteriza por el incremento de procesos inmunológicos del tipo Th1, lo que sugiere que estas enfermedades comparten las vías inflamatorias.

Otra explicación a la predisposición que poseen los pacientes psoriáticos a desarrollar SM sería, quizás, debido a trastornos de conducta (ej pobres hábitos alimenticios, stress, estigmatización, disminución de la actividad física, consumo de alcohol, tabaco) que pueden llevar a incrementar el peso y la posibilidad de la patología metabólica. ⁽¹²⁾

A su vez el SM por sí mismo, predispone a los individuos a desarrollar Psoriasis. Se ha visto que el aumento del IMC se correlaciona con la severidad de la misma.

Características Clínicas:

Si bien existen variantes morfológicas, todas las lesiones psoriásicas muestran características fundamentales: sus bordes están bien demarcados y definidos, su superficie tiene escamas micáceas no adherentes bajo las cuales la piel se ve eritematosa, brillante y homogénea.

Las medidas de las lesiones varían, pudiendo ser del tamaño de la cabeza de un alfiler hasta placas que cubren grandes extensiones de la superficie corporal, como las eminencias óseas, los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y la región lumbar.

El espectro de actividad de la enfermedad puede ir desde una forma crónica estacionaria hasta la resolución del proceso en su totalidad o la aparición de brotes agudos y pústulas estériles. ⁽¹⁾

Manifestaciones Clínicas

- **Lesiones cutáneas.**

La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas. El raspado de las lesiones permite observar tres signos característicos:

1. *Signo de la “vela de estearina”*: al raspar la lesión se desprenden multitud de escamas similares a las que se desprenderían de una vela.

2. *Membrana decolable de Duncan-Dulckley*: tras desprenderse las escamas, aparece una película transparente que recibe este nombre.

3. *Signo del rocío sangrante o signo de Auspitz*: al desprender la membrana de Duncan-Dulckley, aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas, por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida, ni en la pustulosa.

Además, podemos encontrar:

1. *Halo de Woronoff*: halo hipocrómico en torno a la placa, ligado al inicio de la regresión de la lesión. Es menos frecuente.

2. *Fenómeno de Koebner*, en aproximadamente el 20% de los pacientes.

Las lesiones de las mucosas son muy poco frecuentes, y en general se circunscriben a labios y pene. Por norma, no existe descamación.

- **Lesiones ungueales.**

Entre un 20 y un 40% de los enfermos presentan alteraciones de las uñas. Es más frecuente que ocurra en las manos que en los pies, y también en pacientes con afección articular. Aunque no es lo habitual, la afección de la uña puede ser el único problema del paciente con psoriasis. Pueden presentarse tres alteraciones:

1. Aparecen unos hoyuelos o depresiones en la lámina ungueal, por afección de la matriz ungueal.

2. *Decoloración de la uña «en mancha de aceite»:* aparecen unas manchas amarillentas desde el inicio de la uña que se van extendiendo. Se producen por alteración del hiponiquio.

3. *Onicodistrofia: onicolisis e hiperqueratosis subungueal, que dan a la uña un aspecto descrito como «en médula de saúco».*

- **Artropatía psoriásica:**

Esta alteración, que debe tratarse multidisciplinariamente por el dermatólogo y el reumatólogo es más invalidante que la psoriasis estrictamente cutánea. Comienza frecuentemente entre los 35 y los 45 años, generalmente en pacientes previamente diagnosticados de psoriasis. Por término medio, un 7% de los pacientes con psoriasis sufren de las articulaciones. Entre los patrones de afectación articular están:

1. *Forma oligoarticular asimétrica:* afecta sobre todo a articulaciones interfalángicas proximales y distales.

2. *Forma similar a la artritis reumatoide seronegativa:* con un pronóstico más benigno y remisiones más duraderas.

3. *Forma mutilante:* muy grave e infrecuente.

4. *Forma interfalángica distal:* casi patognomónica de la psoriasis, pero muy infrecuente.

5. *Forma periférica,* asociada o no a sacroileitis anquilosante.

6. *Sacroileitis o espondilitis anquilosante:* asociada o no a artropatía periférica.

Clasificación Clínica:

En general, la psoriasis es un cuadro monomorfo, simétrico, que puede ser limitado o muy extenso. Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones:

- **Psoriasis en placas o psoriasis vulgar.**

Es la forma clínica más frecuente. Se caracteriza por la producción de grandes cantidades de escamas con poca alteración en la apariencia y distribución de las placas. Las áreas más afectadas son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo, la región retroauricular, la lumbar y el área umbilical. Cuando las lesiones confluyen en grandes placas con bordes geográficos, el cuadro se denomina **psoriasis geográfica**, si se extiende lateralmente y adopta un aspecto circinado **psoriasis gyrata**; otras veces, aparece una zona central más clara, y el cuadro se llama **psoriasis anular**. Las lesiones pueden localizarse en los pliegues principales de la piel, **psoriasis invertida**. Aquí no hay escamas y las lesiones muestran un eritema brillante de bordes nítidos. ⁽²⁾

- **Psoriasis en gotas, psoriasis eruptiva o psoriasis guttata.**

Se manifiesta como pequeñas placas en “gota” de 0,5 a 1,5 cm, en la parte superior del tronco y en las zonas proximales de las extremidades. Se da con más frecuencia en niños y en jóvenes, y suele aparecer bruscamente tras padecer una infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores dos o tres semanas antes. Dura dos o tres meses y desaparece espontáneamente, salvo en algunos individuos que sufren brotes recurrentes. Puede cambiar a un tipo de psoriasis crónica en placas. ^{(1) (13)}

- **Psoriasis eritodérmica.**

Representa una forma generalizada de la enfermedad. El eritema es el signo más significativo. Puede tener distintos grados de actividad, ya sea como un eritema generalizado o gradual, a partir de una forma crónica hacia una forma exfoliativa generalizada. ⁽²⁾ Los casos de psoriasis pustulosa que evolucionan a eritrodermia van acompañados de fiebre, malestar general y recaídas múltiples con poca respuesta al tratamiento convencional, lo cual incrementa la mortalidad después de una evolución prolongada. ⁽¹⁾

- **Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch.**

Variante aguda e infrecuente, que generalmente aparece en pacientes con otros tipos de psoriasis tras la aparición de factores desencadenantes (medicamentos, hipocalcemia, estrés, infecciones). Sobre las placas eritematosas confluyen en pocas horas pequeñas pústulas estériles, que rápidamente se secan, desaparecen y reaparecen en nuevos brotes. Si aparecen lesiones subungueales, la uña puede llegar a perderse. El curso de la enfermedad es cambiante, varias semanas después el paciente vuelve a la forma de psoriasis que padecía o puede virar a una forma eritrodérmica.

Por lo general, el cuadro se acompaña de fiebre, mal estado general, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Sin el tratamiento correcto, puede ser mortal.

- **Psoriasis pustulosa localizada.**

Psoriasis palmoplantar o psoriasis tipo Barber. Se caracteriza por varios brotes de pústulas estériles sobre una base eritematosa, apareciendo simétricamente en palmas y plantas, sobre todo en las eminencias tenar e hipotenar de la mano, y en los talones.

Psoriasis acral o acrodermatitis continua de Hallopeau. Es una extraña variante definida por la aparición de una erupción pustulosa en torno a las uñas (sobre todo de las manos), que se extiende proximalmente. Se acompaña de destrucción y pérdida de las uñas, y en casos más graves puede llegar a producir osteolisis de la falange distal.

- **Psoriasis del cuero cabelludo.**

Puede darse a cualquier edad; conforma placas eritematosas bien circunscriptas, de aspecto micáceo y adheridas al cuero cabelludo. El pelo atraviesa la escama y no provoca alopecia.

Diagnostico:

En pacientes con lesiones psoriásicas típicas por lo general las manifestaciones son lo suficientemente características como para establecer el diagnóstico. El estudio histopatológico, la confirma. Las dificultades surgen cuando la actividad de la psoriasis se modifica, por ejemplo durante la evolución de las fases eruptiva, pustulosa o eritematosa o cuando se complica por otras enfermedades.

La apariencia morfológica y la distribución de las lesiones en determinados pacientes son factores importantes en el diagnóstico diferencial (eccema, pitiriasis rubra pilaris, dermatitis seborreica, pitiriasis liquenoide, candidiasis, tinea, sífilis). El raspado metódico positivo, orienta hacia el diagnóstico correcto. ⁽²⁾

La psoriasis todavía representa un reto muy importante para el dermatólogo, y la valoración del tratamiento debe tener en cuenta su eficacia clínica, el impacto que tiene sobre la calidad de vida del paciente, la aceptación del mismo por parte de éste y la relación costo/beneficio con otros tratamientos.

Además, la respuesta clínica al tratamiento es altamente variable, tanto en un mismo individuo, como de un individuo a otro ^{(16) (17)}.

Tratamiento:

Desde el punto de vista terapéutico todo paciente con psoriasis representa un problema individual, por lo que debe programarse un tratamiento individualizado en función de las circunstancias de cada paciente. La terapéutica va a depender de la edad, sexo, ocupación, tipo de personalidad, antecedentes patológicos personales, así como del tipo, extensión, duración e historia natural de la enfermedad en cada uno de los enfermos. ^{(2) (18) (19)}.

Para los pacientes con psoriasis localizada, la terapia se limita a las terapéuticas tópicas. Para la psoriasis moderada, el tratamiento tópico se puede combinar con el uso de luz ultravioleta ⁽¹⁴⁾. En aquellos pacientes en los que no hay buena respuesta a los tratamientos combinados se utiliza la terapia sistémica. Se pueden combinar la luz ultravioleta, fotoquimioterapia y PUVA ⁽²⁾ ⁽¹⁵⁾. En casos severos se utiliza medicación oral y también la terapia combinada ⁽¹⁴⁾.

Respecto de la terapéutica tópica se han empleado un gran número de medicamentos, que se extienden desde el mercurio amoniacal y el ácido salicílico, hasta medicamentos más actuales como el calcipotriol, nuevo análogo de la vitamina D3, con importante efecto inmunomodulador en la psoriasis, así como los ácidos retinoicos, derivados sintéticos de la vitamina A ⁽²⁾ ⁽¹⁸⁾ ⁽²⁰⁾.

Dentro de los medicamentos que se emplean por vía sistémica tenemos la azatioprina, el ácido retinoico (etretinato), la ciclosporina A, la hidroxiurea y el metotrexate, siendo este último el más utilizado y efectivo, a pesar de sus efectos secundarios. Estos medicamentos son usualmente administrados por cortos períodos de tiempo y por ciclos rotativos. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾ También no podemos dejar de mencionar dentro de los tratamientos más modernos, los agentes biológicos. Estos anticuerpos creados por bioingeniería ofrecen una ventaja que consiste en que están dirigidos contra ciertos puntos clave de la secuencia inmune responsable de la psoriasis. Estos son los inhibidores de la vía del factor de necrosis tumoral (infliximab, etanercept y adalimumab) y las terapias dirigidas contra las células T (efalizumab y alefacept).

Existe el debate acerca de si el objetivo del tratamiento de la psoriasis debe ser la curación total de las lesiones. En determinadas circunstancias el paciente puede considerar la curación satisfactoria de las escaras como una respuesta terapéutica suficiente; sin embargo, cuando se observan lesiones en zonas visibles, se requiere una resolución completa. La remisión completa de las lesiones por lo general requiere un esfuerzo terapéutico mucho mayor, en especial en pacientes que se presentan con psoriasis severa con exacerbaciones frecuentes. En estos pacientes debe definirse una estrategia

de tratamiento individual sobre la base de un acuerdo entre el dermatólogo y el paciente acerca de los objetivos de la terapéutica. ⁽²⁾

El primer objetivo en el tratamiento es buscar el blanqueamiento de la piel, y el segundo, el mantenimiento de la piel blanqueada. En el tratamiento se usa con éxito la radiación ultravioleta en pacientes que tienen una superficie corporal comprometida de más del 30 % (UVB – UVA).

Hay un sinnúmero de tratamientos eficaces disponibles para el manejo de la psoriasis, pero se debe dar atención a las características múltiples de la enfermedad y apoyar la necesidad de modelos multidisciplinarios de tratamiento. ⁽¹⁵⁾

Por ello, la psicoterapia constituye un campo importante en el tratamiento de soporte de esta enfermedad. La teoría psicosocial propone un tratamiento psicofarmacológico, que se puede aplicar en psicodermatología y que se fundamenta en un tratamiento farmacológico que depende del cuadro clínico psiquiátrico que predomine ya sea ansioso, depresivo o paranoide, combinado con un tratamiento psicológico individual y psicoterapia de grupo, favoreciendo el contacto y apoyo de miembros con la misma patología, reduciendo las sensaciones de aislamiento, aumentando sus virtudes, habilidades y autoeficiencia. La psicoterapia eficaz debe dirigirse a modificar o desactivar las emociones y conductas que interfieren con el funcionamiento psicosocial y laboral, y que son sospechosas de mantener o exacerbar la enfermedad. Se trata de lograr aceptación de las realidades desagradables de la enfermedad y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias para vencer las limitaciones de la misma. ⁽¹⁶⁾

La psicoeducación y apoyo consiste en proporcionar información detallada a los pacientes sobre su enfermedad, etiología, opciones terapéuticas y pronóstico con el fin de mejorar su estado emocional.

La piel es el órgano más extenso de todo el cuerpo, es el primero en recibir las agresiones del mundo exterior y es uno de los que más frecuentemente manifiestan las emociones internas, por consiguiente es el órgano con el que

menos podemos ocultar la presencia de la psoriasis; lo que lleva a conductas de aislamiento social. Todo esto incide en la calidad de vida del paciente psoriásico.

PROBLEMA

¿Qué impacto tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes que la padecen?

OBJETIVOS

General:

- Determinar el impacto que tiene la psoriasis en la calidad de vida de una muestra de pacientes del consultorio externo de dermatología del Hospital Intendente Carrasco.

Específicos:

- Identificar la edad, el sexo, el nivel de instrucción y la ocupación de los pacientes.
- Identificar si el tiempo de evolución de la enfermedad influye en la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar si la severidad de la enfermedad repercute en la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar la relación entre el tratamiento y el impacto que este ejerce en la vida diaria del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

El grupo bajo estudio estuvo constituido por individuos de entre 15 y 70 años de edad, de ambos sexos que concurrieron a los consultorios externos de el Servicio de Dermatología del Hospital Intendente Carrasco, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, entre diciembre de 2010 y mayo de 2011.

Los datos fueron recolectados por encuestas anónimas cerradas, realizadas en la sala de espera de los consultorios externos del hospital, 47 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Constituyendo de esta forma nuestra muestra.

Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Pacientes entre 15 y 70 años que concurrieron a los consultorios externos del Servicio de Dermatología del Hospital Intendente Carrasco que tuvieran diagnóstico de Psoriasis.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Pacientes que se encontraban fuera de este rango de edad o que no tuvieran diagnóstico de la enfermedad.

A los pacientes se les informó en qué consistía el estudio, de la posibilidad de negarse a participar, así como la confidencialidad de los datos al mostrar los resultados. Se les explicó como realizar la encuesta y se les pidió que firmen el consentimiento informado que se adosa a la misma.

Se relevaron las siguientes variables:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Situación laboral
- Nivel de instrucción
- Tiempo de evolución (años de diagnóstico de la enfermedad)

- Valoración personal de la intensidad de la enfermedad
- Localización de las lesiones
- Tipo de tratamiento actual
- Tiempo que realiza el mismo tratamiento
- Asistencia al dermatólogo
- Satisfacción con el tratamiento actual
- Olvido de medicación
- Deja de aplicar tratamiento cuando se encuentra bien?
- Deja de aplicar el tratamiento si tiene molestias?
- Tolerancia al tratamiento
- Abandono por efectos indeseables
- Eficacia del tratamiento
- Motivo por el cual no aplica/ toma medicación
- Calidad de vida (ver Anexo)

Los datos obtenidos fueron volcados en una base de datos de Microsoft Office Excel y tabulados para su presentación. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos.

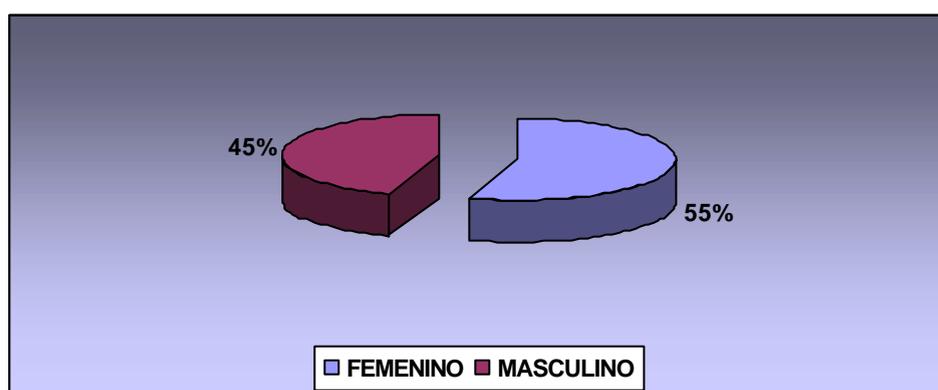
RESULTADOS:

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar el impacto que tiene la psoriasis en la calidad de vida de una muestra de pacientes del consultorio externo de dermatología del Hospital Intendente Carrasco, de la ciudad de Rosario.

Características generales de la población estudiada:

- **Sexo**

Gráfico 1: Distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población estudiada.



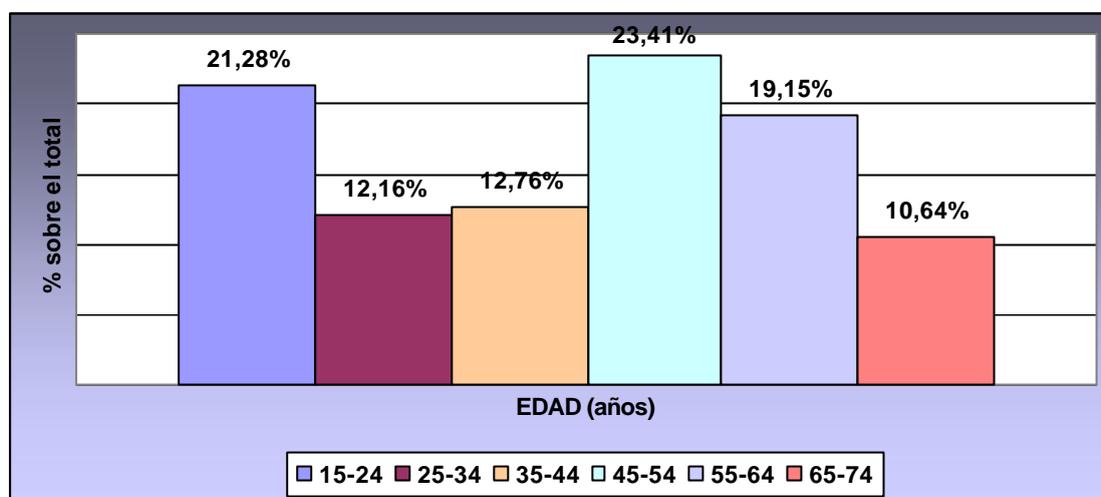
De la población estudiada (n=47), el 55% (26 pacientes) corresponde al sexo femenino, y el 45% (21 pacientes) al sexo masculino.

- **Edad**

La población estudiada presenta una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 70 años, con una media aritmética de 35,26 años, y un desvío estándar de 17,16 años. La mediana fue de 47 años y el modo de 70 años.

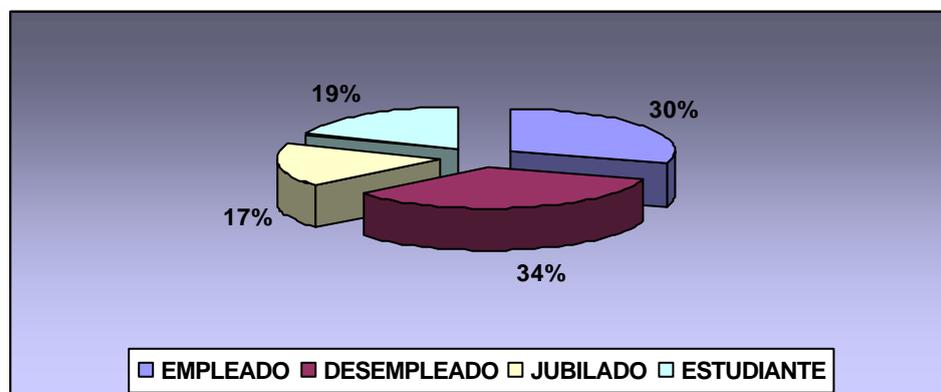
El 21,28% de los encuestados tienen entre 15 y 24 años, el 12,16% entre 25 y 34 años, el 12,76% entre 35 y 44 años, el 23,41% entre 45 y 54 años, el 19,15% entre 55 y 64 años y por último el 10,64% son mayores de 65 años.

Gráfico 2: Distribución de las frecuencias relativas de la edad de la población estudiada.



- **Situación Laboral**

Gráfico3: Distribución de las frecuencias relativas de la situación laboral de la población estudiada.



El 34% de los encuestados están desempleados, el 30% poseen empleo, el 19% estudian y el 17% son jubilados.

- Nivel de instrucción

Tabla 1: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas del nivel de instrucción de la población estudiada.

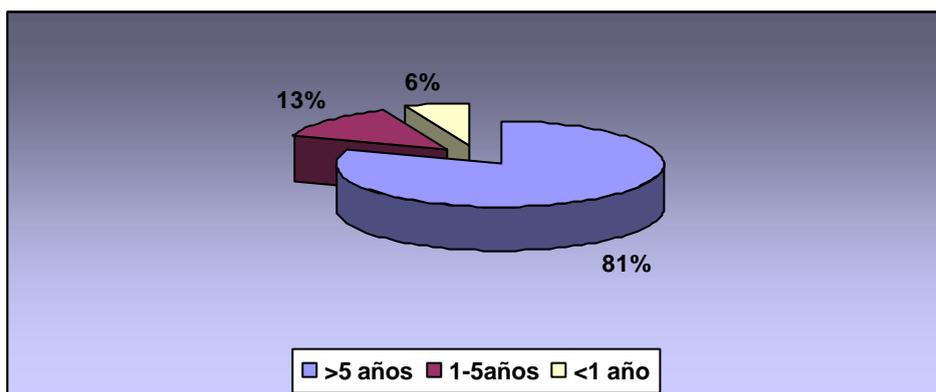
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
PRIMARIO COMPLETO	6	12,7
PRIMARIO INCOMPLETO	8	17,1
SECUNDARIO COMPLETO	14	29,8
SECUNDARIO INCOMPLETO	10	21,2
TERCIARIO/UNIVERSITARIO	9	19,2
TOTAL	47	100 (n=47)

Con respecto al nivel de instrucción de los pacientes encuestados el 19,2% tienen estudios terciarios o universitarios, el 51% estudios secundarios (29,8% completos; 21,2% incompletos) y el 29,8% restante sólo estudios primarios (12,75% completos; 17,1% incompletos).

Características generales asociadas a la enfermedad en la población estudiada:

- **Tiempo de evolución (años de diagnóstico de la enfermedad)**

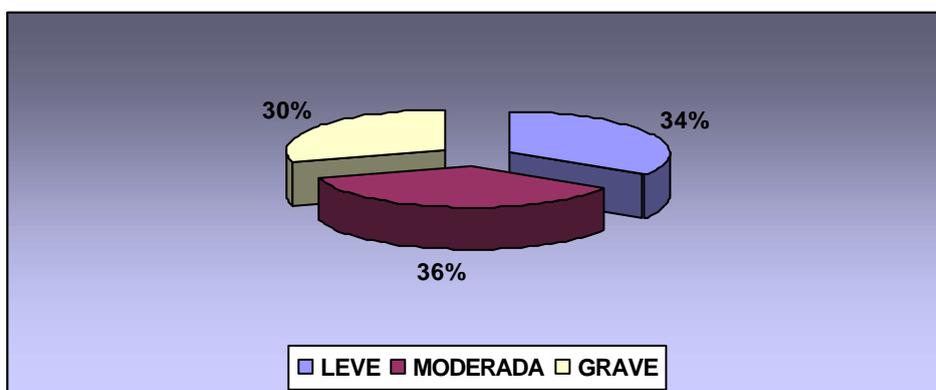
Gráfico 4: Distribución de las frecuencias relativas del tiempo de evolución de la enfermedad en la población estudiada.



Al 81% del total de los encuestados le han diagnosticado psoriasis hace más de 5 años, el 13% entre 1 y 5 años y el 6% restante lo han hecho en los últimos 12 meses.

- **Valoración personal de la intensidad de la enfermedad.**

Gráfico 5: Distribución de las frecuencias relativas de la valoración personal de la intensidad de la enfermedad en la población estudiada.



En relación a la valoración personal de la intensidad de la enfermedad que padecen, el 34% de los pacientes consideran que se trata de una patología leve, el 36% moderada y el 30% grave.

- **Localización de las lesiones de psoriasis.**

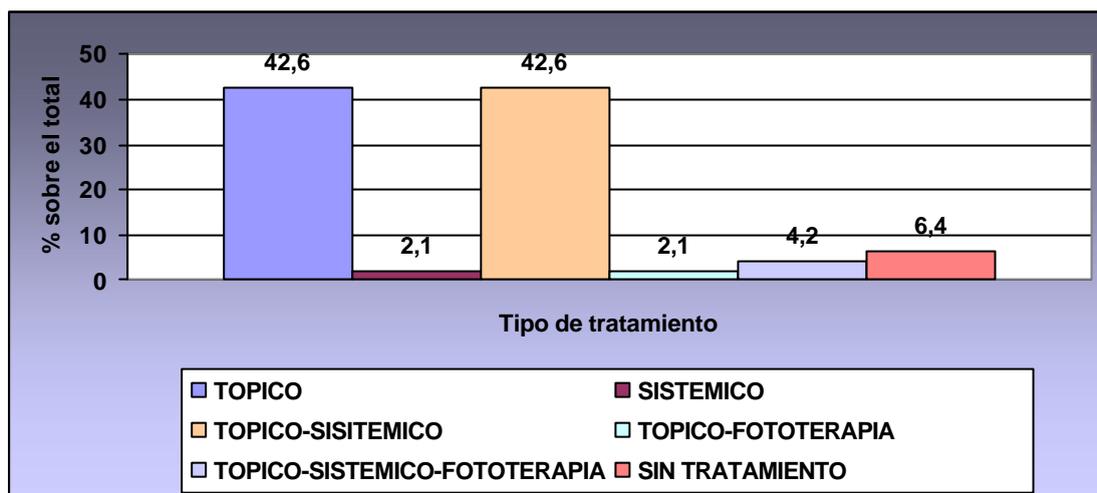
Tabla 2: Distribución de las frecuencias relativas de las distintas localizaciones de las lesiones psoriásicas en la población estudiada.

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES	en %
CODOS	10,6
CUERO CABELLUDO	8,5
UÑAS	6,4
TRONCO	10,6
CODOS - RODILLAS	12,8
CODOS - RODILLAS - CUERO CABELLUDO	15
CODOS - RODILLAS - PLIEGUES	6,4
UÑAS - CUERO CABELLUDO	8,5
TRONCO - PLIEGUES	10,6
TRONCO - PLIEGUES - GENITALES	10,6
TOTAL	100 (n=47)

Características asociadas al tratamiento de la población estudiada:

- Tipo de tratamiento actual.

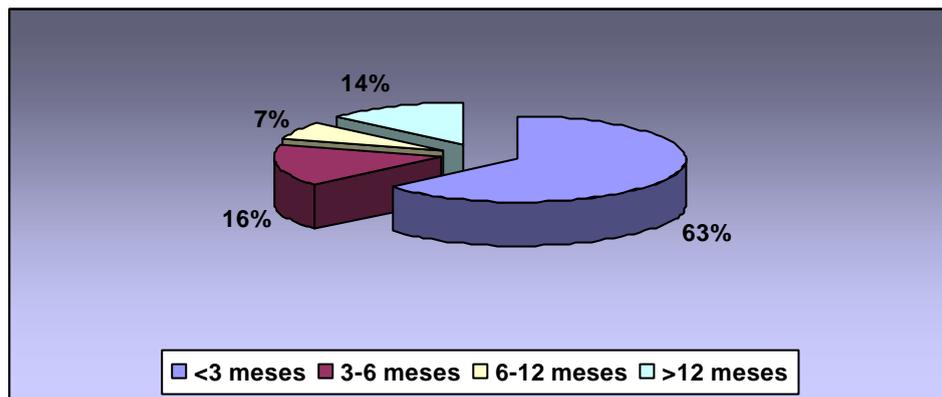
Gráfico 6: Distribución de las frecuencias relativas del tipo de tratamiento actual que realiza la población estudiada.



De la totalidad de los encuestados, el 42,6% realiza tratamiento tópico, el 2,1% sistémico, el 42,6% tópico y sistémico en forma conjunta, el 2,1% tópico y fototerapia simultáneamente, el 4,2% combina el tratamiento tópico-sistémico-fototerapia y sólo el 6,4% (3) todavía no realizaba ningún tipo de tratamiento.

- **Asistencia al dermatólogo.**

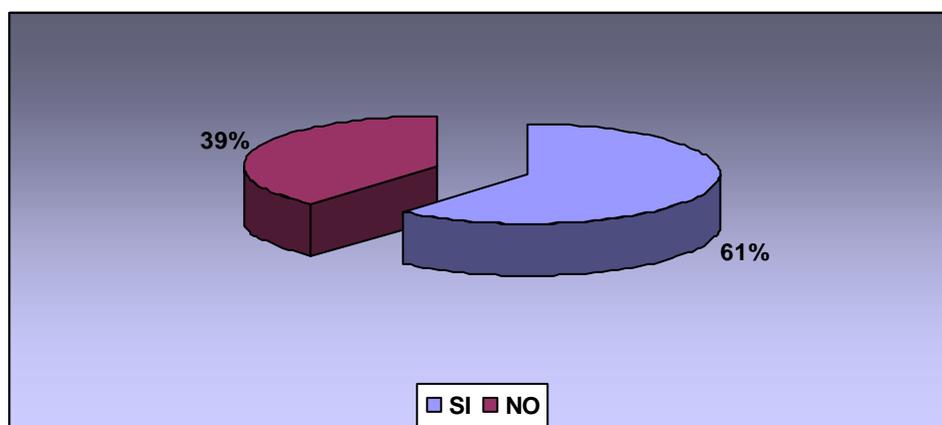
Gráfico 7: Distribución de las frecuencias relativas de la asistencia a consulta al servicio de dermatología de la población estudiada..



En el 63% de los casos asisten al dermatólogo al menos una vez cada 3 meses, el 16% entre 3 y 6 meses, el 7% entre 6 y 12 meses y el 14% consulta después de haber pasado el año.

- **Olvido de aplicación o toma del medicamento.**

Gráfico 8: Distribución de las frecuencias relativas de los encuestados que olvidan aplicar o tomar la medicación en la población estudiada.



El 61% (27) de los pacientes afirman que olvidan en algunas ocasiones aplicar o tomar la medicación.

Tabla 3: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los motivos por el cual no se realiza la aplicación o la toma de la medicación.

MOTIVO POR EL CUAL DEJA DE APLICAR/TOMAR MEDICACIÓN	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
No dispone de tiempo	1	3,7
Tratamiento tópico es demasiado graso	2	7,4
El tratamiento mancha la ropa	2	7,4
No tolera tratamiento con pastillas	2	7,4
El tratamiento no es eficaz	1	3,7
Simplemente porque se olvida	19	70,4
TOTAL	27	100 (n=27)

Características asociadas a la calidad de vida de la población estudiada:

- **Calidad de Vida**

Tabla 4: Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la calidad de vida de la población estudiada.

¿HAN AFECTADO SUS PROBLEMAS DE PIEL EN SU VIDA?	MUCHO		POCO		NADA		TOTAL
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	
¿Se ha sentido incómodo o cohibido?	21	44,7	18	38,3	8	17	100 (n=47)
¿Le han afectado para hacer las compras u ocuparse de la casa?	9	19,1	8	17	30	63,9	100 (n=47)
¿Le han influido en su ropa a llevar?	28	59,6	10	21,3	9	19,1	100 (n=47)
¿Han influido en su actividad social o recreativa?	10	21,3	17	36,2	20	42,5	100 (n=47)
¿Ha tenido dificultades para hacer deportes?	4	8,5	3	6,4	40	85,1	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas con su pareja, amigos o familia?	0	0	8	17	39	83	100 (n=47)
¿Le han afectado en su vida sexual?	2	4,3	5	10,6	40	85,1	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas como ocupando tiempo o ensuciado su domicilio?	7	14,9	12	25,5	28	59,6	100 (n=47)
¿Le han impedido totalmente trabajar o estudiar?	SI (Fa)	SI (%)	NO (Fa)	NO (%)			
	5	10,6	42	89,4			100 (n=47)

Análisis bivariado:

• **Sexo y Calidad de Vida**

Tabla 5: Distribución de las frecuencias relativas del sexo en relación a la calidad de vida en la población estudiada.

¿HAN AFECTADO SUS PROBLEMAS DE PIEL EN SU VIDA?	SEXO						TOTAL
	FEMENINO			MASCULINO			
	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	
¿Se ha sentido incómodo o cohibido?	29,8	23,4	2,1	14,9	14,9	14,9	100 (n=47)
¿Le han afectado para hacer las compras u ocuparse de la casa?	10,6	4,3	40,4	8,5	12,8	23,4	100 (n=47)
¿Le han influido en su ropa a llevar?	38,3	8,5	8,5	21,3	12,8	10,6	100 (n=47)
¿Han influido en su actividad social o recreativa?	12,8	19,1	23,4	8,5	17,1	19,1	100 (n=47)
¿Ha tenido dificultades para hacer deportes?	4,3	6,3	44,7	4,3	0	40,4	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas con su pareja, amigos o familia?	0	12,8	42,5	0	4,3	40,4	100 (n=47)
¿Le han afectado en su vida sexual?	2,1	8,6	44,7	2,1	2,1	40,4	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas como ocupando tiempo o ensuciado su domicilio?	10,6	14,9	29,8	4,3	10,6	29,8	100 (n=47)
¿Le han impedido totalmente trabajar o estudiar?		SI	NO		SI	NO	
		4,3	51		6,4	38,3	100 (N=47)

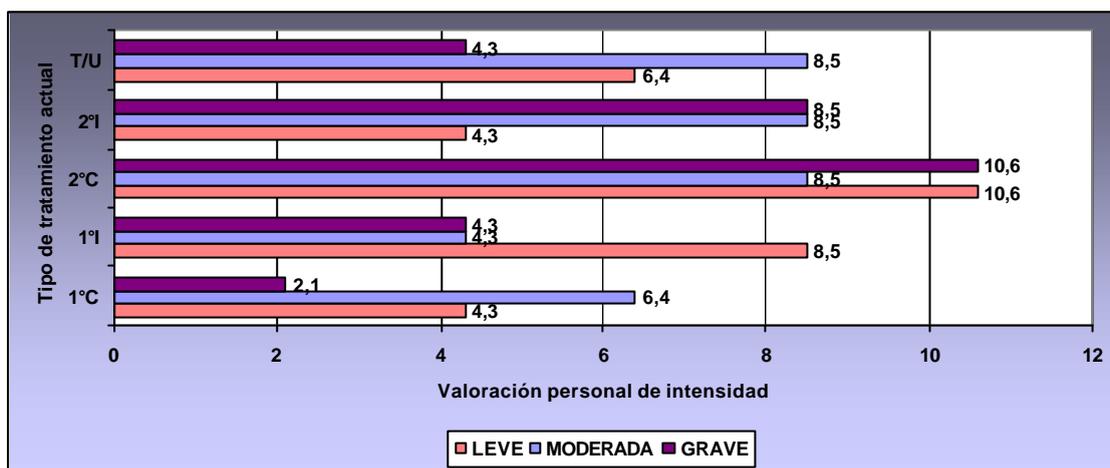
- Tiempo de evolución (años de diagnóstico de la enfermedad) y Calidad de Vida

Tabla 6: Distribución de las frecuencias relativas de la calidad de vida en relación a los años de diagnóstico de psoriasis de la población estudiada.

¿HAN AFECTADO SUS PROBLEMAS DE PIEL EN SU VIDA?	TIEMPO DE EVOLUCION (AÑOS DE DIAGNOSTICO)									TOTAL
	< a 1 año			Entre 1 y 5 años			> 5 años			
	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	
¿Se ha sentido incómodo o cohibido?	2,1	4,3	0	6,4	4,3	2,1	36,1	29,8	14,9	100 (n=47)
¿Le han afectado para hacer las compras u ocuparse de la casa?	4,3	0	2,1	2,1	0	10,6	12,8	17,1	51	100 (n=47)
¿Le han influido en su ropa a llevar?	6,4	0	0	6,4	2,1	4,3	46,8	19,1	14,9	100 (n=47)
¿Han influido en su actividad social o recreativa?	0	2,1	4,3	4,3	4,3	4,3	17,1	29,8	34	100 (n=47)
¿Ha tenido dificultades para hacer deportes?	0	0	6,4	2,1	4,3	6,4	6,4	2,1	72,3	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas con su pareja, amigos o familia?	0	0	6,4	0	4,3	8,5	0	12,8	68	100 (n=47)
¿Le han afectado en su vida sexual?	0	0	6,4	0	4,3	8,5	4,3	6,4	70,2	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas como ocupando tiempo o ensuciado domicilio?	0	0	6,4	2,1	2,1	8,5	12,8	23,4	44,7	100 (n=47)
¿Le han impedido totalmente trabajar o estudiar?		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
		0	6,4		0	12,8		10,6	70,2	100 (n=47)

- Nivel de instrucción y valoración personal de la intensidad de la enfermedad

Gráfico 9: Distribución de las frecuencias relativas del nivel de instrucción en relación a la valoración personal de la intensidad de la enfermedad de la población estudiada.



Del total de los encuestados que tienen los estudios primarios completos el 2,1% considera que su psoriasis es grave, el 6,4% moderada y el 4,3% de tipo leve; los que tienen sus estudios incompletos el 4,3% dijeron que es grave, el 4,3% moderada y el mayor porcentaje 8,5% leve.

Los pacientes que tienen culminados sus estudios secundarios consideran: el 10,6% que su enfermedad es de tipo grave, el 8,5% moderada y el 10,6% leve; y los que aun no los han culminado: el 8,5% considera que es grave, otro 8,5% moderada y sólo un 4,3% creen que su psoriasis es leve.

Dentro del grupo de encuestados que tienen estudios de nivel terciario o universitario el 4,3% cataloga su patología dermatológica como grave, el 8,5% como moderada y el 6,3% como leve.

- Valoración personal de la intensidad de la enfermedad y calidad de vida

Tabla 7: Distribución de las frecuencias relativas de la calidad de vida en relación a la valoración personal de la intensidad de la enfermedad de la población en estudio.

¿HAN AFECTADO SUS PROBLEMAS DE PIEL EN SU VIDA?	VALORACION PERSONAL DE LA INTENSIDAD DE LA ENFERMEDAD									TOTAL
	LEVE			MODERADA			GRAVE			
	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	
¿Se ha sentido incómodo o cohibido?	10,6	14,9	8,5	12,8	19,1	4,3	21,3	4,3	4,3	100 (n=47)
¿Le han afectado para hacer las compras u ocuparse de la casa?	4,3	6,4	23,4	2,1	6,4	27,6	12,8	4,3	12,8	100 (n=47)
¿Le han influido en su ropa a llevar?	19,1	6,4	8,5	23,4	10,6	2,1	17,1	4,3	8,5	100 (n=47)
¿Han influido en su actividad social o recreativa?	2,1	12,8	19,1	4,3	19,1	12,8	14,9	4,3	10,6	100 (n=47)
¿Ha tenido dificultades para hacer deportes?	0	2,1	31,9	0	6,4	29,8	0	8,5	21,3	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas con su pareja, amigos o familia?	0	2,1	31,9	0	6,4	29,8	0	8,5	21,3	100 (n=47)
¿Le han afectado en su vida sexual?	2,1	0	31,9	0	6,4	29,8	2,1	4,3	23,4	100 (n=47)
¿Le han ocasionado problemas como ocupando tiempo o ensuciado domicilio?	4,3	8,5	21,3	2,1	14,9	19,1	8,5	2,1	19,1	100 (n=47)
¿Le han impedido totalmente trabajar o estudiar?		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
		2,1	31,9		0	36,2		8,5	21,3	100 (n=47)

• Tipo de tratamiento actual y Calidad de Vida

Tabla 8: Distribución de las frecuencias relativas de la calidad de vida en relación al tipo de tratamiento actual de la población estudiada.

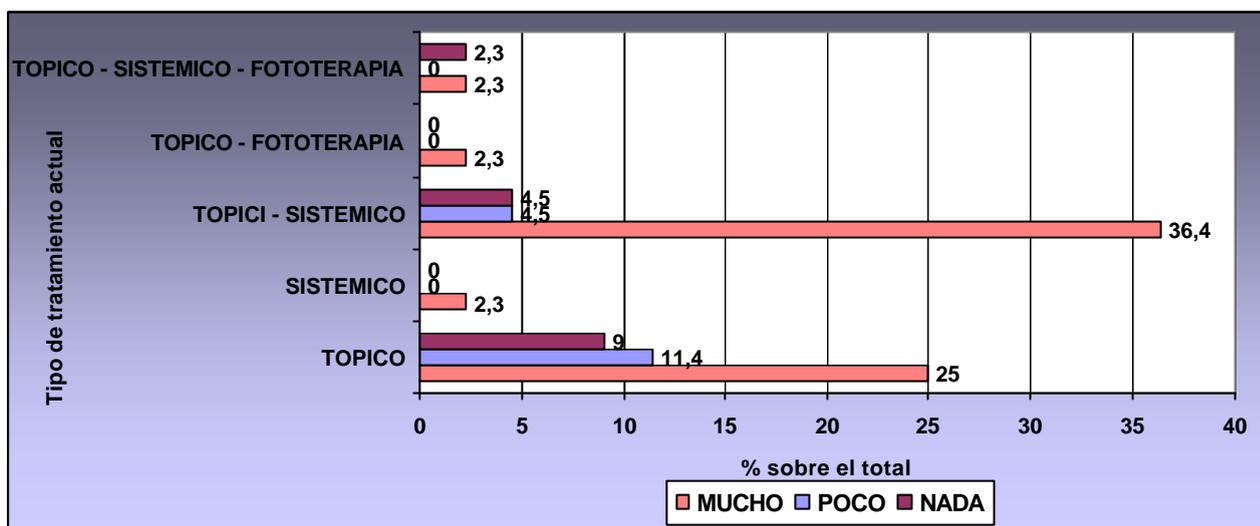
¿HAN AFECTADO SUS PROBLEMAS DE PIEL EN SU VIDA?	TIPO DE TRATAMIENTO								
	TÓPICO			SISTÉMICO			TÓPICO - SISTÉMICO		
	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %
¿Se ha sentido incómodo o cohibido?	10,6	21,3	10,6	2,1	0	0	25,5	12,8	4,3
¿Le han afectado para hacer las compras u ocuparse de la casa?	2,1	4,3	36,2	2,1	0	0	12,8	10,6	19,1
¿Le han influido en su ropa a llevar?	27,6	4,3	10,6	2,1	0	0	23,4	12,8	6,4
¿Han influido en su actividad social o recreativa?	4,3	12,8	25,5	2,1	0	0	10,6	19,1	12,8
¿Ha tenido dificultades para hacer deportes?	2,1	6,4	34	0	0	2,1	6,4	0	36,2
¿Le han ocasionado problemas con su pareja, amigos o familia?	0	6,4	36,2	0	0	2,1	0	8,5	34
¿Le han afectado en su vida sexual?	2,1	4,3	36,2	2,1	0	0	0	4,3	38,3
¿Le han ocasionado problemas como ocupando tiempo o ensuciado domicilio?	6,4	2,1	34	0	2,1	0	8,5	17,1	17,1
¿Le han impedido totalmente trabajar o estudiar?	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
	4,3	38,3		0	2,1		6,4	36,2	

Continuación de la tabla

TIPO DE TRATAMIENTO									TOTAL
TOPICO - FOTOTERAPIA			TOPICO - SISTEMICO - FOTOTERAPIA			SIN TRATAMIENTO			
MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	MUCHO %	POCO %	NADA %	
0	2,1	0	2,1	2,1	0	4,3	0	2,1	100 (n=47)
0	0	2,1	2,1	0	2,1	0	2,1	4,3	100 (n=47)
0	2,1	0	4,3	0	0	2,1	2,1	2,1	100 (n=47)
0	2,1	0	2,1	0	2,1	2,1	2,1	2,1	100 (n=47)
0	0	2,1	0	0	4,3	0	0	6,4	100 (n=47)
0	0	2,1	0	2,1	2,1	0	0	6,4	100 (n=47)
0	0	2,1	0	2,1	2,1	0	0	6,4	100 (n=47)
0	2,1	0	0	2,1	2,1	0	0	6,4	100 (n=47)
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
	0	2,1		0	4,3		0	6,4	100 (n=47)

- Satisfacción con tratamiento actual.

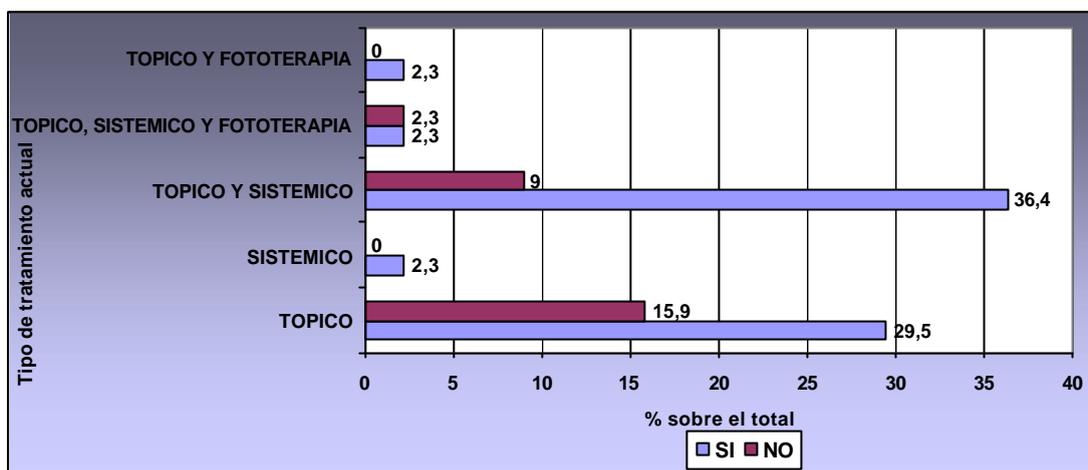
Gráfico 10: Encuestados clasificados según tipo de tratamiento y nivel de satisfacción hacia el tratamiento que realizan en la actualidad.



De la totalidad de los pacientes encuestados el mayor porcentaje realizan tratamiento en forma tópica (45,4%) y en forma tópica y sistémica conjuntamente (45,4%). De los que pertenecen al primer grupo, el 25% afirma estar muy satisfecho con este tratamiento, el 11,4% poco y el 9% nada satisfecho. Los que se encuentran en el segundo grupo, el 36,4% dice estar muy satisfecho, el 4,5% poco y otro 4,5% nada satisfecho con este tipo de tratamiento.

- Eficacia del tratamiento.

Gráfico 11: Encuestados clasificados según tipo de tratamiento y si creen o no en que este es eficaz.



Al igual que en el gráfico n° 9 se destacan en porcentaje los pacientes que realizan tratamiento en forma tópica, de los cuales el 29,5% cree que el tratamiento SI es eficaz y el 15,9% NO lo cree así; y con respecto a los que realizan tratamiento tópico- sistémico el 36,4% afirma que es eficaz y sólo el 9% que NO lo es.

DISCUSIÓN:

En la actualidad la dermatología ha dado un énfasis creciente en evaluar y analizar la calidad de vida como una medida objetiva importante del resultado terapéutico. Esta tendencia ha provocado un acercamiento cada vez más comprensivo hacia un diagnóstico integral, considerando la importancia del impacto psicosocial de los desórdenes de la piel, ya que en muchos de los casos, los pacientes tienden a acentuar más estos acontecimientos que los parámetros puramente físicos.

El presente estudio tuvo como objetivo medir el impacto que la psoriasis provoca en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Muchos trabajos publicados han evaluado la calidad de vida con respecto a pacientes con psoriasis, yo compararé con tres realizados en distintos países de Latinoamérica.

Uno de los estudios fue realizado en el año 2008 por el Servicio de Dermatología del Policlínico “Luís Li Tregent” de la ciudad de La Habana, Cuba. En la realización del trabajo utilizaron dos instrumentos: uno específico para la psoriasis, el Índice de Actividad y Severidad de la Psoriasis (PASI) y otro no específico el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI) en un total de 100 pacientes. ⁽³⁾ Como resultado obtuvieron que la calidad de vida está afectada en el 79% de los casos, la mayor frecuencia de forma mínima, a pesar de que la severidad de la psoriasis fue leve en el 89%, moderada en el 11% y no hubo pacientes con afectación severa. En relación a la afectación de la calidad de vida de acuerdo al sexo, el 58,2% de los pacientes afectados correspondió al sexo femenino, mientras que el 41,8% al masculino.

En otro estudio realizado en la ciudad de Quito, Ecuador, evaluaron la valoración de la calidad de vida de 70 pacientes de la Fundación de Psoriasis de Quito, mediante la aplicación del Test SF-36V2. ⁽²⁴⁾ Concluyeron que el 50% de los pacientes tienen deterioro en su calidad de vida y que mejor calidad de

vida demostraron tener los varones en relación con las mujeres. Y que posiblemente esto se debiera a los aspectos culturales de esta sociedad en la cual prevalecen concepciones y actitudes machistas, lo cual determina esta situación.

Los resultados en nuestro trabajo no coinciden con los citados ya que la calidad de vida en la mayoría de los encuestados no se encuentra afectada, sólo 1 de cada 4 pacientes experimenta un importante impacto en su calidad de vida debido a su psoriasis. En las distintas preguntas relacionadas con la calidad de vida, podemos destacar que sólo se sienten muy afectados por su psoriasis a nivel de inhibición e incomodidad social, en este caso mucho más las mujeres que los varones. En relación a la influencia ejercida por sus problemas de piel en el momento de la elección de la ropa a llevar se encuentran muy afectados con un resultado similar en ambos sexos. En los restantes interrogantes la mayoría contestó que no influían en su vida.

Respecto a la valoración personal de la intensidad de la enfermedad obtenida también difiere: el 34% consideran que la psoriasis es una patología leve, el 36% moderada y el 30% grave, siendo muy similares estos porcentajes entre sí.

En este último trabajo también destacaron que el tiempo de evolución de la enfermedad no afecta en la calidad de vida de la población en estudio; esto coincide con nuestros resultados. Esto tal vez se deba a que se produce un proceso de adecuación y aceptación en los pacientes con relación a su enfermedad.

Otras características que se estudiaron en la muestra ecuatoriana les permitieron concluir: que el 40% de los encuestados ve afectada su calidad de vida en relación a las distintas actividades sociales, recreativas y deportivas; y ven deteriorada su vida sexual en un 26%. En contraposición la severidad de esta dermatosis no afecta mayormente el rendimiento laboral.

El tercer estudio realizado en 2008 en Colombia en el Hospital Universitario de “La Salamaritana” en una muestra de 59 pacientes ⁽²³⁾ también destaca que desde el punto de vista social, los pacientes experimentan problemas para desempeñarse principalmente en sitios públicos como peluquerías, piscinas y clubes sociales; y en cuanto al comportamiento sexual tienen un daño cinco veces mayor relacionado con el índice de severidad. Pese a esto, la aparición de psoriasis en los genitales no se considera un elemento que afecta la vida sexual, como sí lo son las lesiones en otras partes del cuerpo.

Sin embargo estos resultados tampoco coinciden con los de nuestra población ya que el 42,5% respondió que no influían en nada sus problemas de piel en actividades sociales o recreativas, el 36,2% dijeron que los afectaba poco y sólo un 21,3% mucho. En actividades deportivas un 85,1% contestó que no afectaba su vida deportiva y en relación con las molestias que puede ocasionar la psoriasis en su vida sexual el 85,1% contestó que no la afecta en nada, el 10,6% sólo un poco y 4,3% mucho. Esto puede deberse a que cada grupo poblacional tiene particularidades en su comportamiento, en este caso creemos que los argentinos son más extrovertidos.

El estudio antes citado también menciona las conclusiones asociadas al tratamiento. Observaron que sólo 1 de cada 2 pacientes que está en tratamiento se siente satisfecho con el resultado y 1 de cada 4 considera que el tratamiento que recibe es el mejor posible. Más de la mitad opina que su dermatólogo podría mejorar su estado si hiciera una evaluación apropiada. Por último que los que reciben tratamiento tienen una mejor calidad de vida que quienes no lo han hecho.

Nuestro estudio sólo coincide con esta última afirmación. El 69% de los encuestados está muy satisfecho con el tratamiento que realiza en la actualidad, un 16% poco satisfecho y sólo un 15% nada; con una asistencia de más del 63% al servicio de dermatología al menos una vez cada 3 meses, demostrando así la buena predisposición y adhesión al tratamiento que tienen los pacientes. Ante la pregunta de si cree que el medicamento es eficaz: el 73% respondió que SI y el resto que NO.

Finalmente y en base a los resultados obtenidos corroboramos que la psoriasis, como dermatosis crónica, es causa en algunas ocasiones de inhabilidad psicosocial que se manifiesta en las distintas áreas del convivir diario de quienes la padecen.

Sin embargo, esto dependerá de la personalidad de cada individuo y de la capacidad de este de poder hacer frente a circunstancias adversas, pues él, 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.

Por ello es importante tomar en cuenta estos aspectos a la hora de evaluar cada paciente, para tener una percepción global del alcance de su enfermedad y planificar un esquema de tratamiento multidisciplinario, encaminado a mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Las enfermedades cutáneas en general, y la psoriasis en particular, pueden afectar profundamente la imagen propia, la autoestima y la sensación de bienestar de los individuos que las padecen.

Si tomamos en cuenta que una enfermedad que compromete cualquier órgano puede ser vivida como una alteración en la “integridad personal”, es lógico suponer que una que afecte la piel, la parte de uno mismo que es el principal contacto con el exterior y se juzga primero en cualquier interacción social, debería tener aún más implicancias.

El “impacto de padecer psoriasis” involucra un conjunto de alteraciones funcionales, psicosociales y restricciones propias de la terapéutica que estresan a los pacientes.

En base a los resultados obtenidos en este trabajo no podemos decir que en nuestra población en estudio se vea reflejada en lo descrito en la mayoría de los estudios publicados y citados por la mayoría de los especialistas, ya que sólo 1 de cada 4 pacientes experimenta un importante impacto en su calidad de vida asociado a su psoriasis.

La conclusión que obtuvimos es:

- De la población estudiada (n=47), el 55% (26 pacientes) corresponde al sexo femenino, y el 45% (21 pacientes) al sexo masculino.
- El mayor porcentaje de los encuestados se encuentran ubicados en los rangos de entre 15 y 24 años con el 21,28% y el de entre 45 y 54 años con el 23,41%.
- El relación a la situación laboral, el 34% de los encuestados están desempleados, el 30% poseen empleo, el 19% estudian y el 17% son jubilados.

- Con respecto al nivel de instrucción, el 19,2% tienen estudios terciarios o universitarios, el 51% estudios secundarios (29,8% completos; 21,2% incompletos) y el 29,8% restante sólo estudios primarios (12,75% completos; 17,1% incompletos).
- Al analizar si creen que la psoriasis afecta su vida:
 - El 44,7% se siente muy incomodo o cohibido a nivel social.
 - El 63,9% contestó que no afecta en nada al ocuparse de su hogar/jardín o al hacer las compras.
 - El 59,6% respondió que influye mucho en el momento de la elección de la ropa que llevar.
 - El 42,5% que no afecta en nada sus actividades sociales o recreativas.
 - El 85,1% tampoco se ve afectado a nivel de actividades deportivas.
 - El 83% que no ocasiona ningún tipo de dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares.
 - El 85,1% que no molesta en nada su vida sexual.
 - El 59,6% que no ocasiona problemas ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio.
 - Y el 89,4% que No le impide trabajar/estudiar.
- El tiempo de evolución de la enfermedad no afecta en la calidad de vida de la población en estudio.
- Asociado a la valoración de la intensidad de la enfermedad: el 34% consideran que la psoriasis es una patología leve, el 36% moderada y el 30% grave, siendo muy similares estos porcentajes entre sí. El 57%% considera que está no influye en nada en su calidad de vida, el 22% que influye mucho y el 21% poco.
- Del total de los encuestados, el 42,6% realiza tratamiento de tipo tópico y otro 42,6% tópico y sistémico en forma conjunta, el 6,4% no realiza ningún tipo de tratamiento y 8,4% otras combinaciones agregando fototerapia.

- El 69% de los encuestados está muy satisfecho con el tratamiento que realiza en la actualidad, un 16% poco satisfecho y sólo un 15% nada; con una asistencia de más del 63% al servicio de dermatología al menos una vez cada 3 meses, demostrando así la buena predisposición y adhesión al tratamiento.
- El 73% cree que el medicamento que utiliza es eficaz y sólo el 27% que No lo es.

La aceptación de una enfermedad crónica se define como la capacidad del paciente de reconocerse enfermo y lograr un acuerdo “paciente-enfermedad”. Implica estar preparado para lidiar con las restricciones y los cambios en la vida diaria debidos a la enfermedad. Cuando la aceptación no sucede, los pacientes cumplen mal o poco con las recomendaciones de sus médicos, encuentran dificultades para una buena adherencia al tratamiento y utilizan en mayor medida tratamientos “alternativos”.

Habitualmente los pacientes con enfermedades crónicas moderadas o leves tienen mejor aceptación de su enfermedad con el paso de los años, lo que se traduce en una mejor calidad de vida.

Los datos recabados por el estudio nos permiten demostrar que en nuestra población la Psoriasis, no se correlaciona de manera significativa con la calidad de vida, dado que en el total de la población estudiada no siempre los pacientes la ven afectada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Vicente Torres Lozada, Francisco M. Camacho, Martín C. Mihm, Arthur Sober, Ignacio Sánchez Carpintero. "Dermatología Práctica Ibero-latinoamericana". Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéuticas. Primera edición, 2005; 46: 474-489.
- 2) Freedberg, Eisen, Wolff, Austen, Goldsmith, Katz. "Fitzpatrick Dermatología en Medicina General". Sexta edición. Editorial Médica Panamericana, 2005; tomo I; 42: 469-488.
- 3) Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana, Cuba. Enero-Julio 2008. Revista: Dermatología Peruana, Vol.19, (1). Enero-marzo 2009.
- 4) García RM, Pérez R., Landrobe O. Calidad de vida e indicadores de salud. Cuba 2001- 2002. Revista Cubana Epidemiológica, 2004; 42 (3).
- 5) García J. Apuntes sobre calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. Revista Cubana de Investigación Biomédica, 2005; 24: 72-76.
- 6) Montes ML. Calidad de vida. Revista Mexicana Médica Física de Rehabilitación, 2006; 18: 5-6.
- 7) OMS. Informe sobre Salud en el Mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- 8) Velarde E. y Jurado M. Evaluación de la Calidad de Vida. Salud Pública Mexicana 2002; 44: 349-361.
- 9) Sanz J. Valor y cuantificación de la calidad de vida en Medicina. Medicina Clínica (Barc). 1991; 96: 66-69.
- 10) Gisburg I. Aspectos psicológicos y psicofisiológicos de la Psoriasis en Clínicas Dermatológicas. 1994; 4: 865-879.
- 11) Rubinstein A. "Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria". Segunda Edición. Editorial Panamericana. Sección 22: Problemas dermatológicos frecuentes. Cap. 248.

- 12) Psoriasis y Síndrome Metabólico. Revista Argentina de Dermatología. Vol. 91 (1) Enero-Marzo 2010.
- 13) Alberto Woscoff, Ana Kaminsky. Orientación Dermatológica en Medicina Interna. 2002; cap.9, 50-54.
- 14) <http://www.dermatology.org/skincare>
- 15) Juan Y. M. Calidad de las ediciones de la vida en Psoriasis. San Francisco 2000
- 16) Tribo, M. Conexiones entre psoriasis y psiquiatría; actualización. Act Dermatol. 1998; 11:765-8.
- 17) Kadunce D., Krueger G. Patogenia de la psoriasis. Conceptos actuales. Dermatologic clinicals 1995; 13 (2): 787 – 790.
- 18) Ocaña J. S. Calcipotriol en el tratamiento de la psoriasis. Monografías de Dermatología 1996: 425 – 430.
- 19) Rook A., Wilkinson D., Ebling F., et al. Textbook of Dermatology. 6.ed. Blackwell Science, 1998; vol. 2:1589– 1649.
- 20) Granstein R.D. New treat for psoriasis. The New England Journal of Medicine 2001; 345(4): 284 –287.
- 21) Fauci A., Braunwald E., Isselbacher K.J., et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14.ed. Madrid: Mc Graw- Hill- Interamericana, 1998; vol. 1: 342 - 343, 354.
- 22) Fishleder B.L., Gaitan V., González C., et al. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 27.ed. Colombia: PLM, 1999: 90.
- 23) Cortés C, Castro-Ayarza JR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos.
- 24) Delgado Quiroz M., Quincha Barzallo M., Méndez Suarez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito.
- 25) Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. Revista: Medicina Clínica. Vol. 20, (9).
- 26) Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. Revista: Psicothema, 2008, Vol.20 (2) 273-78.

- 27) Perfil psicológico y calidad de vida de pacientes con enfermedades dermatológicas. Revista: Psicothema, Vol.12, (2) 30-34. 2000.
- 28) Cuestionario cubano para la evaluación de la calidad de vida del paciente con afecciones dermatológicas. Revista Cubana de Medicina Militar, Vol.37, (2). Abril-junio 2008.
- 29) A cross-sectional study using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) in Childhood psoriasis: the negative effect and the quality of life and moderate correlation of CDLQI and severity scores. The British Journal of Dermatology, 2010 Aug.16.
- 30) The validity and responsiveness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients. Health Qual Life Outcomes, 2006 Sep.27. 4-71.
- 31) Performance of the self-administered psoriasis area and severity index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. Archives of Dermatology, 2003 Mar.; 139 (3) 353-8.
- 32) Health-related quality of life and healthcare resource use in European patients with plaque psoriasis: an association independent of observed disease severity. Clinical and experimental dermatology, 2010 Jun.21.
- 33) Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. The British Journal of Dermatology. 2002 Oct.; 147 (4) 736-42.
- 34) Impact of psoriasis on quality of life in Iran. Indian Journal of dermatology, venereology and leprology. 2009 Mar.-Apr.; 75 (2) 220.

ANEXO 1: ENCUESTA

Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

La siguiente encuesta será utilizada para realizar un trabajo de investigación.

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su calidad de vida, la encuesta es anónima y tanto los datos como los resultados obtenidos son de carácter confidencial.

Fecha:

Firma: _____

1) Sexo:

- Hombre.
- Mujer.

2) Edad: _____

3) Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a – Divorciado/a

4) Situación laboral:

- Empleado Ocupación: _____
- Desempleado
- Invalidez
- Jubilado/a
- Estudiante

5) Nivel de estudio:

- Primario completo

- Primario incompleto
 - Secundario completo
 - Secundario incompleto
 - Terciario/ Universitario
- 6) ¿Cuántos años hace que le diagnosticaron psoriasis?
- Menos de 1 año
 - Entre 1 y 5 años
 - Más de 5 años
- 7) Valoración personal de la intensidad de la Psoriasis:
- Enfermedad Leve
 - Enfermedad Moderada
 - Enfermedad Grave
- 8) Localización de la Psoriasis: (marque una o varias opciones)
- Codos
 - Rodillas
 - Cuero cabelludo
 - Uñas
 - Tronco
 - Pliegues (ingle, axilas)
 - Genitales
 - Otro: _____
- 9) ¿Qué tipo de tratamiento hace? (marque una o varias opciones)
- Tópico (cremas, pomadas..)
 - Sistémico (inyecciones, pastillas..)
 - Fototerapia (PUVA, UVBE..)
 - No realizo ningún tratamiento
- 10) ¿Cuánto tiempo hace que realiza el mismo tratamiento?
- Menos de 3 meses
 - Entre 3 y 6 meses
 - Entre 6 y 12 meses
 - Más de 12 meses
- 11) ¿Cada cuánto asiste al servicio de dermatología?
- Menos de 3 meses
 - Entre 3 y 6 meses

- Entre 6 y 12 meses
 - Más de 12 meses
- 12) ¿Está satisfecho con el tratamiento que hace actualmente para la psoriasis?
- Mucho
 - Poco
 - Nada
- 13) ¿Olvida alguna vez aplicar los medicamentos para tratar su psoriasis?
- Si
 - No
- 14) Cuando se encuentra bien, ¿deja de aplicarse la medicación?
- Si
 - No
- 15) Si le produce molestias, ¿deja de aplicarse la medicación?
- Si
 - No
- 16) ¿Tolera bien el tratamiento?
- Si
 - No
- 17) ¿Ha dejado el tratamiento alguna vez por algún efecto indeseable?
- Si
 - No
- 18) ¿Cree que el medicamento es eficaz para usted?
- Si
 - No
- 19) Si alguna vez deja de aplicarse o tomar los medicamentos, ¿Cuál es el motivo? (marque una o varias opciones)
- Porque no dispongo de tiempo para realizar el tratamiento
 - Porque el tratamiento tópico es demasiado graso
 - Porque el tratamiento mancha la ropa
 - Porque el tratamiento con inyecciones me causa dolor
 - Porque el tratamiento con pastillas no lo tolero
 - Porque el tratamiento no es eficaz

- Porque no me explicaron bien como hacer el tratamiento
- Porque me dan miedo los efectos indeseables
- Simplemente porque me olvido

20) ¿Han afectado sus problemas de piel en su vida?:

a) ¿Se ha sentido incómodo o cohibido debido a sus problemas de piel?

- Mucho
- Poco
- Nada

b) ¿Le han molestado sus problemas de piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o jardín?

- Mucho
- Poco
- Nada

c) ¿Ha influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?

- Mucho
- Poco
- Nada

d) ¿Ha influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa?

- Mucho
- Poco
- Nada

e) ¿Ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?

- Mucho
- Poco
- Nada

f) ¿Sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- Mucho
- Poco
- Nada

g) ¿Le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual?

- Mucho
- Poco
- Nada

h) ¿El tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándose demasiado tiempo o ensuciado su domicilio?

- Mucho
- Poco

- Nada
- i) ¿Sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar?
 - Si
 - No

- 21) Si la respuesta a la última pregunta es NO, ¿Le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios?
 - Mucho
 - Poco
 - Nada

Muchas gracias por su predisposición y colaboración en este trabajo de investigación!!!

ANEXO 2

Sexo	Edad	Estado Civil	Situación Laboral	Nivel de instrucción	Años de dg	Valoración personal	Localización	Tipo tto.
SEX	ED	EC	SL	NI	DG	VP	LOC	TIT
M	56	C	J	2°C	5 +	L	3	S
M	39	S	DES	1°I	5 +	G	9	TOPSIST
F	17	S	EM	2°I	5 +	M	5	TOPSIST
F	20	S	ES	2°C	1.5	M	2	OTO
F	50	S/D	DES	T-U	1.5	G	10	TOPSIST
M	34	S	EM	1°I	1 -	G	9	TOPSIST
M	37	S/D	EM	2°C	5 +	G	6	TOPSIST
M	70	C	J	1°I	5 +	L	4	OTO
F	49	C	DES	2°I	5 +	G	10	OTO
M	49	C	EM	1°I	1 -	L	1	OTO
F	21	S	DES	2°I	5 +	G	7	OTO
M	69	C	J	2°C	5 +	G	9	TOPSIST
F	58	C	J	1°C	5 +	M	5	TOPSIST
M	64	C	DES	1°C	5 +	L	4	NO
M	41	S	DES	1°C	5 +	G	7	TOPSIST
F	58	C	DES	1°C	5 +	L	1	TOPSIST
F	25	S	ES	2°C	5 +	L	3	TOPSIST
F	21	C	EM	2°C	5 +	M	5	OTO
F	24	C	ES	T-U	5 +	L	8	OTO
M	15	S	ES	1°I	1.5	M	7	OTO
M	48	C	EM	2°C	5 +	M	5	OTO
F	47	S/D	DES	2°C	5 +	G	6	TOPSIST
F	26	S	ES	T-U	1.5	M	2	OTO
M	60	V	J	1°C	5 +	M	2	OTO
M	24	S	EM	2°I	5 +	L	3	OTO
M	70	S/D	J	1°I	1.5	L	1	TOPSIST
F	23	S	ES	T-U	5 +	M	5	3TTO
F	20	S	DES	2°I	5 +	G	9	3TTO
F	35	C	EM	2°I	5 +	L	8	TOPSIST

Universidad Abierta Interamericana.

M	70	C	J	2°C	5 +	L	2	TOPSIST
M	52	S/D	EM	2°C	5 +	L	3	OTO
F	69	V	J	1ºI	5 +	L	1	OTO
F	60	C	DES	T-U	5 +	G	7	OTO
F	48	C	DES	2ºI	5 +	G	6	OTO
M	35	S	EM	2°C	5 +	G	9	NO
M	63	C	EM	T-U	5 +	L	4	OTO
M	27	S	EM	T-U	5 +	M	6	TOPSIST
F	61	C	DES	2°C	5 +	M	5	FT
F	25	S	ES	T-U	1.5	M	2	OTO
M	40	C	DES	2ºI	5 +	M	7	TOPSIST
F	16	S	ES	2ºI	1 -	M	6	TOPSIST
F	49	S/D	DES	2°C	5 +	L	8	OTO
F	32	C	DES	T-U	5 +	L	1	NO
M	45	S/D	EM	1°C	5 +	M	2	TOPSIST
F	53	V	DES	1ºI	5 +	M	5	OTO
F	48	C	EM	2ºI	5 +	M	4	TOPSIST
F	60	S	ES	2°C	5 +	G	10	TOPSIST

Tpo. tto.	Cada cto. asiste a dermatólogo	Satisfecho al tto.	Olvida medicamento	Cuando esta bien,deja de aplicarlo	Si da molestias, deja de aplicarlo	Tolera bien tto.
TPOT	CAD	ST	OM	CEBDA	SDMDA	TOT
6.12	3 -	M	NO	SI	NO	SI
3 -	3 -	M	SI	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	SI	NO	SI
12 +	6.12	P	NO	SI	NO	SI
12 +	3 -	P	NO	SI	NO	SI
3.6	3 -	M	SI	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	SI	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	SI	SI	SI
3.6	3 -	M	SI	SI	NO	SI
3 -	3 -	M	SI	NO	NO	SI
3.6	3 -	P	NO	NO	NO	NO
3 -	3.6	M	NO	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	NO	NO	NO	SI

Universidad Abierta Interamericana.

12 +	3 -	N	NO	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	SI	NO	SI
12 +	3.6	M	NO	SI	SI	SI
12 +	12 +	N	SI	SI	NO	SI
12 +	12 +	N	SI	SI	NO	SI
12 +	12 +	N	SI	SI	SI	SI
12 +	12 +	N	SI	SI	SI	SI
12 +	3 -	M	SI	NO	NO	SI
6.12	3.6	M	SI	SI	SI	SI
12 +	3.6	M	NO	NO	SI	SI
3.6	3 -	P	SI	NO	SI	SI
6.12	3 -	M	NO	NO	NO	SI
6.12	3 -	M	SI	NO	SI	SI
12 +	3 -	N	SI	SI	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	NO	NO	NO	SI
12 +	6.12	M	SI	SI	NO	SI
12 +	3 -	M	NO	SI	NO	SI
12 +	3 -	M	NO	NO	NO	SI
12 +	3 -	M	SI	NO	NO	SI
12 +	12 +	M	NO	SI	NO	SI
6.12	3.6	M	SI	SI	SI	SI
12 +	6.12	M	SI	SI	NO	SI
12 +	3 -	P	NO	SI	NO	SI
6.12	3 -	M	NO	SI	NO	SI
3.6	3 -	M	SI	NO	NO	NO
12 +	3.6	M	SI	SI	NO	SI
3 -	3 -	P	SI	NO	NO	SI
6.12	3.6	P	SI	SI	SI	SI
3 -	3 -	M	NO	NO	NO	SI
12 +	12 +	N	SI	SI	SI	NO

Abandono tto por efectos adversos	Eficacia tto.	Motivo no hace tto.
ATEA	ET	MNT
NO	SI	I
NO	SI	I
NO	SI	C.B
NO	SI	
NO	SI	
NO	SI	A.I
NO	SI	I
NO	SI	I
NO	SI	E.I
NO	SI	I
SI	NO	
NO	SI	
NO	SI	
NO	NO	
NO	SI	C.I
NO	SI	
NO	NO	I
NO	SI	C.B
NO	SI	I
NO	SI	
NO	SI	B.I
NO	SI	
SI	SI	B.C.I
NO	NO	I
NO	SI	I
NO	NO	
NO	SI	B.C.I
NO	SI	

NO	NO	
NO	SI	I
NO	SI	
NO	SI	B.C.I
NO	SI	I
NO	SI	
NO	SI	
NO	SI	I
NO	SI	I
NO	NO	C.B
NO	NO	F
NO	SI	
SI	NO	E.F

¿Han afectado sus problemas de piel en su vida?								
Incómodo/ cohibido	Hacer compras/casa	Ropa a llevar	Actividad social/recreativa	Deporte	Pareja/Flia/Amigos	Vida sexual	Acupar demasiado tpo/ensuciar domicilio	Impedido totalmente trabajar/estudiar
IC	HCC	RL	ASR	D	PFA	VS	ENSU	ITE
M	M	M	M	N	N	M	P	NO
M	P	M	P	M	N	N	M	SI
M	P	M	M	N	P	P	P	NO
M	N	M	M	P	P	P	N	NO
M	M	N	M	M	N	N	N	NO
P	N	M	N	N	N	N	N	NO
M	M	N	M	M	N	N	N	NO
N	P	N	N	N	N	N	N	SI
M	N	N	N	N	N	N	M	NO
P	M	M	P	N	N	N	N	NO
N	N	M	N	N	N	N	N	SI
N	N	P	N	N	N	N	N	NO
M	N	P	P	N	N	N	N	NO
N	N	P	P	N	N	N	N	NO

Universidad Abierta Interamericana.

M	M	P	M	N	P	P	M	SI
P	N	M	P	N	N	N	P	NO
M	N	M	N	N	N	N	M	NO
P	N	M	N	N	N	N	N	NO
P	N	M	N	N	N	N	N	NO
N	N	M	N	N	N	N	N	NO
N	N	N	N	N	N	N	N	NO
M	M	M	M	N	P	N	M	NO
M	N	M	P	P	P	P	M	NO
P	N	M	P	N	N	N	N	NO
M	N	M	P	N	P	N	N	NO
P	N	N	N	N	N	N	N	NO
P	N	M	N	N	N	N	P	NO
M	M	M	M	N	P	P	N	NO
M	P	M	P	N	N	N	P	NO
N	N	P	N	N	N	N	P	NO
P	P	M	N	N	N	N	N	NO
P	N	M	N	N	N	N	M	NO
M	N	M	M	M	N	M	N	NO
P	N	N	N	P	N	N	N	NO
M	P	M	M	N	N	N	N	NO
N	N	N	N	N	N	N	N	NO
P	P	P	P	N	N	N	P	NO
P	N	P	P	N	N	N	P	NO
P	N	P	P	N	N	N	P	NO
M	M	M	N	N	N	N	N	NO
P	N	P	P	N	N	N	N	NO
M	N	N	N	N	N	N	N	NO
M	P	M	P	N	N	N	P	NO
P	N	M	N	N	N	N	N	NO
P	N	M	P	N	N	N	N	NO
M	M	M	P	N	P	N	P	SI

Molestias en trabajo/estudio.
M
P
N
N
P
P
P
P
M
N
N
N
N
N
N
N
N
N
N
P
N
N
P
N
M
M
P
N
P
N

N
N
P
N
N
N
P
N
N
N
N
N
N
N
N
P