



**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
ASIGNATURA INVESTIGACION SOCIAL**

IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PSORIASIS

**DIANA CAROLINA AGUILERA JIMENEZ
OSCAR JAVIER BEDOYA QUEVEDO
XIMENA URQUIZA PEREZ**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**ASESORES
DR. JAIRO VICTORIA CHAPARRO
DRA. MARIA TERESA MORENO**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. PREGUNTA DE INVESTIGACION	5
3. JUSTIFICACION	6
4. ESTADO DEL ARTE	7
5. HIPOTESIS	20
6. OBJETIVO GENERAL	21
7. OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
8. MATERIALES Y METODOS	22
9. RESULTADOS	29
10. ANALISIS Y CONCLUSIONES	39
11. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS	42
LISTA DE ANEXOS	46

IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PSORIASIS

INTRODUCCION

En la literatura científica se ha venido evaluando la relación entre las enfermedades crónicas de la piel y los factores psicosociales que estas acarrearán. Se ha visto que dentro de las enfermedades de la piel con claro componente psicosocial se encuentra la psoriasis, existiendo una fuerte correlación entre el agravamiento de las lesiones cutáneas y el detrimento del estado emocional y psicológico.

Sin embargo, los estudios sobre efectos psicosociales de la psoriasis han sido escasos en la región vallecaucana y no del todo concluyentes, por lo cual la presente revisión busca determinar cuál es el impacto psicosocial que la Psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades dermatológicas tienen un gran impacto psicosocial y existen numerosos estudios que avalan esta relación, pero no hay datos referenciados en nuestra población tuluëña a pesar un alto número de pacientes con la patología que consultan al Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe, que permita saber cuál es el impacto psicosocial de la Psoriasis en ellos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el impacto psicosocial de la Psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá?

JUSTIFICACION

El desarrollo de la investigación acerca del Impacto Psicosocial de la Psoriasis en los Pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el Área de Influencia de Tuluá en el periodo 2009 – 2010 está basado en el hecho de que en nuestro país y sobretodo en nuestra región existen pocas referencias acerca de este tema y no existen estadísticas que nos permitan determinar el impacto de la enfermedad en nuestro medio.

Este proyecto de investigación tiene buena factibilidad, demostrado por que ya fue realizada en esta institución la Caracterización de los pacientes con Psoriasis en Noviembre de 2010; además, se cuenta con la asequibilidad a las Historias Clínicas del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe y que este trabajo de investigación es un requisito indispensable en la formación y culminación de la carrera universitaria como médicos.

Es un proyecto muy económico, pues solo se necesita del trabajo humano para continuar la línea de investigación, la cual se realizará por medio de revisión de las Historias Clínicas previamente diligenciadas y el Formato de Índice De Calidad De Vida Dermatológico (DLQI).

Se busca analizar el impacto psicosocial que genera la Psoriasis en los individuos que la padecen, relacionando sus comportamientos y la interacción con su entorno, para así poder brindarles una mejor asesoría y prestarles un servicio de manera integral para el mejoramiento de su calidad de vida.

ESTADO DEL ARTE

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.¹ A partir de la década de los 80 el concepto de calidad de vida, y más específicamente el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Health-Related-Quality-Of-Life), se introduce definitivamente como variable fundamental en la práctica e investigación clínica.

Actualmente se reconoce que las enfermedades dermatológicas producen frecuentemente un fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente.² De hecho, los factores psicológicos parecen jugar un importante papel en el desencadenamiento y consecuencias de un gran número de dermatosis.³

La necesidad de disponer de medidas de calidad de vida para la evaluación clínica del paciente, de las intervenciones terapéuticas, así como para la asignación de recursos en dermatología ^{4, 5}, que posibiliten además la investigación multicéntrica internacional ⁶, ha sido señalada por diversos autores. También la European Academy of Dermatology and Venereology ha animado a los dermatólogos a la utilización y desarrollo de técnicas de medidas de CVRS.⁷

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales que afecta piel, semimucosas, mucosas y anexos, e incluso puede comprometer articulaciones. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar su evolución, además esta enfermedad muchas veces se acompaña de otras morbilidades que pueden afectar aún más la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes.⁸ Se caracteriza por la proliferación exagerada de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmune por medio de linfocitos T en regiones cutáneas focales.⁹

Se considera como caso de psoriasis a aquellos pacientes que presenten al menos una lesión cutánea típica de psoriasis o pacientes con lesiones eritemato-descamativas, pruriginosas, en los cuales se instauró tratamiento para la psoriasis. Sin embargo, estos criterios son muy variables y poco específicos, por lo que ha surgido la necesidad de desarrollar criterios diagnósticos válidos, los cuales han sido formulados por miembros del Grupo de Dermatoepidemiología Europea.¹⁰

Prevalencia

La prevalencia de la psoriasis en la población de origen caucásico es entre 2 y el 3%. Variable en otras razas y excepcional entre los indígenas del continente americano y australiano. La raza amarilla tiene una prevalencia de 0,1% y la incidencia en la raza negra es baja. En Alemania existe una prevalencia del 1,7%, en Suecia de 2,3%, India 0,7%, Japón 0,5%, Estados Unidos 2,1% compromete a más de 4,5 millones de estadounidenses de todas las edades, de estos pacientes, aproximadamente, el 30% tiene una enfermedad moderada a seria y del 10% al 15% desarrollaron la enfermedad antes de los 10 años de edad, en Cuba, la tasa de prevalencia es del 2%.¹¹

En países latinoamericanos se está trabajando en ello. Los estudios sugieren que la prevalencia en América del Sur es de 1%. Afecta a todos los grupos etarios y a ambos sexos por igual. Desde el punto de vista genético, la psoriasis es una enfermedad poligénica y multifactorial que condiciona la edad de comienzo y sus manifestaciones clínicas.⁸

En Colombia no existen estadísticas propias que nos permitan determinar el impacto de la enfermedad en nuestro medio; sin embargo, los datos del Hospital Simón Bolívar y del Hospital Militar Central en Bogotá durante el 2004 muestran

que, aproximadamente, el 3% de las consultas especializadas de los departamentos de dermatología correspondieron a psoriasis, lo que podría sugerir un comportamiento similar al de los países anglosajones en cuanto a la frecuencia de la enfermedad.¹²

A nivel pediátrico, da cuenta del 4% de todas las dermatosis que se ven en niños menores de 16 años, correspondiendo entre un 0,5 a un 1,1% de la prevalencia de psoriasis a nivel general.^{13, 14}

Aspectos clínicos.

La psoriasis cutánea puede comprometer la piel glabra, las semimucosas y el cuero cabelludo, este último es el sitio comprometido con mayor frecuencia. La psoriasis puede estar localizada o acompañada de compromiso generalizado. Se desarrollan placas eccematosas bien delimitadas sobre un fondo eritematoso. No se produce alopecia.

En la piel afecta, principalmente, el cuero cabelludo y los sitios de trauma como los codos, las rodillas, las palmas, las plantas y el tronco. También puede afectar los pliegues y los genitales.

En las uñas se presenta como onyxia punctata, uñas en dedal o mancha en gota de aceite en la lámina de la uña. Compromete el área genital y la semimucosa de los labios. La glositis migratoria o la lengua geográfica pueden aparecer en los brotes de psoriasis o de psoriasis pustulosas.¹²

Formas clínicas según el inicio de la edad

Psoriasis tipo I: comienzo antes de los 40 años, incidencia familiar frecuente y

fuerte asociación con antígenos de histocompatibilidad HLA Cw*0602. 8.

Psoriasis tipo II: comienzo posterior a los 40 años, casos aislados o menor prevalencia familiar y menor correlación con antígenos de histocompatibilidad.8

Formas clínicas de presentación

Existen varias formas clínicas descritas de la enfermedad:

- Psoriasis en gotas. Pápulas eritemato-descamativas. Esta manifestación es más frecuente en niños y se distribuyen, preferentemente, en el tronco.
- Psoriasis en placas. El 80% de los casos clínicos tiene esta forma de la enfermedad, también conocida como “psoriasis vulgar”, las cuales son lesiones elevadas, de base eritematosa, coronadas por una escama gruesa plateada y seca. Las placas se distribuyen en los sitios de trauma como la piel extensora de los codos, las rodillas, el cuero cabelludo, el tórax y el área lumbar, tienen tendencia a la simetría.
- También existen otras formas clínicas menos frecuentes como lo son: Psoriasis pustulosa (5%), Psoriasis eritrodérmica o exfoliativa, (1% a 2%), Psoriasis de la uña.15

Criterios de Severidad de la Psoriasis:

Dentro de los criterios de severidad de la psoriasis se encuentran: la extensión, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, comorbilidades y enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc. Por lo cual se divide en:

- Psoriasis leve: no altera la calidad de vida del paciente, el paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento, los tratamientos no representan riesgos importantes, responde a los tratamientos tópicos, habitualmente compromete menos del 3% de la superficie corporal.
- Psoriasis moderada: Altera la calidad de vida del paciente, el paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida, las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, consumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas, compromete del 3 hasta el 10% de la superficie corporal.
- Psoriasis severa: altera la calidad de vida del paciente significativamente, no responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos, los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad, compromete más del 10% de la superficie corporal.⁸

Otros factores a considerar en la evaluación de la severidad son: Actitud del paciente respecto a la enfermedad, localización de la enfermedad (cara, manos, uñas y genitales), síntomas (dolor, rigidez, sangrado, prurito intenso), impacto psicosocial, curso de la enfermedad: estable o inestable (extensión de lesiones existentes, aparición de placas nuevas y pequeña.⁸

Categorización de la enfermedad

No existen criterios estandarizados que permitan cuantificar el grado y la seriedad de la psoriasis. La definición como leve, moderada y grave depende de una compleja interacción entre la seriedad de las lesiones clínicas, los costos y los

riesgos relativos al beneficio esperado para el paciente y el impacto en la calidad de vida del mismo. La cuantificación del área de superficie corporal afectada e incluso, la medición del índice de área y la gravedad de la psoriasis dependen de una medida subjetiva del observador y no predicen necesariamente el impacto de la enfermedad en el individuo. Toda decisión terapéutica en psoriasis debe incluir consideraciones respecto al compromiso en los índices dermatológicos de calidad de vida para seleccionar la opción más apropiada.¹⁶

Varios estudios proponen determinar la gravedad de la enfermedad en la consulta inicial y en el seguimiento del paciente por la extensión de la enfermedad, con el área de superficie corporal afectada, el índice de área y la gravedad de la psoriasis (PASI) en la cual se obtiene una puntuación única entre 0 (no psoriasis), y 72 (psoriasis muy grave) calculada a partir de la superficie corporal afectada, y de la gravedad de los signos de la psoriasis (eritema, induración y descamación), en cada zona corporal, en conjunto con medidas de los índices dermatológicos de calidad de vida que midan el grado de la repercusión en la calidad de vida del paciente, tales como el índices dermatológicos de calidad de vida (DLQ1), que permiten obtener una información integral de la condición del paciente.¹⁷

Existen dos formas principales de evaluación global efectuada por el médico (Physician's global assessment, o PGA): la forma estática y la dinámica, en la que el médico evalúa la mejoría global con respecto a la situación basal; esta última es difícilmente repetible, y se basa en la memoria del observador, por lo que la valoración estática se ha convertido en el estándar.

Generalmente se emplea para valorar globalmente la psoriasis una puntuación comprendida entre 0 y 6 (0=blanqueada; 1=casi blanqueada, mínima; 2=leve; 3=leve a moderada (elevación/infiltración leve, eritema/descamación moderados); 4=moderada; 5=moderada a grave (elevación/infiltración, eritema y descamación marcados), y 6=grave).

Esta escala tiene como principales limitaciones su carácter subjetivo, el hecho de que sea poco sensible a los valores intermedios, puesto que el lenguaje tiene una tendencia natural a agrupar 0-1, 2-3, 4-5 y 6), y se han propuesto varias escalas alternativas, con rangos comprendidos entre 5 y 8 puntos. La ventaja de esta escala es la rapidez de su aplicación, y el hecho de que tenga un carácter estático y no comparativo (la situación en el momento de la determinación no es “mejor” o “peor” que ninguna determinación previa). Sin embargo, es evidente la necesidad de formas de valoración más fácilmente cuantificables y menos dependientes de factores subjetivos.

La determinación del área de superficie corporal (Body Surface Area, BSA) consiste en el cálculo directo de la superficie corporal afectada, y constituye una primera aproximación a la cuantificación de la gravedad (extensión) de la psoriasis en placas. Normalmente se calcula aproximadamente el porcentaje de cada parte del cuerpo afectado por la psoriasis (como la regla de los 9) para evaluar quemaduras, pero deben tenerse en cuenta las diferencias con respecto a la edad.

Una forma simplificada de evaluar la superficie es emplear la palma de la mano (con los dedos) del paciente como equivalente a un 1% de la superficie corporal, y calcular aproximadamente cuántas palmas de la mano ocupa la psoriasis en el paciente determinado. En realidad el cálculo de la superficie correspondiente a la palma de la mano está sobreestimado, y corresponde efectivamente a un 0,75% de la superficie corporal¹⁸; una dificultad adicional del cálculo del área de la superficie corporal estriba en la problemática de calcular el porcentaje afectado cuando hay áreas de piel indemne entre placas pequeñas o guttata, o bien cuando hay zonas de discromía residual, que no pueden considerarse propiamente afectadas.¹⁹

Psoriasis y edad

La psoriasis es una enfermedad que puede presentarse a distintas edades, y según la edad de aparición de ésta, se ha clasificado en dos tipos fundamentalmente: psoriasis de inicio precoz (con un peak de incidencia a los 22,5 años) y psoriasis de inicio tardío (peak de incidencia a los 55 años). (1) En alrededor del 75% de los pacientes, el comienzo se produce antes de los 40 años.²⁰

La psoriasis afecta con relativa frecuencia a los lactantes, niños y adolescentes; aproximadamente, el 30% de las personas adultas la manifestaron antes de los 16 años.²¹, con la siguiente distribución: 5% en menores de 4 años, 10% entre 5 y 9 años y 15% entre 10 y 14 años; el restante 20% entre los 15 y 19 años.²² La prevalencia varía entre 0,1 y 3,5%, según factores geográficos y raciales.²³

Psoriasis y sexo

Aunque varios autores afirman que la psoriasis es más frecuente en el sexo femenino antes de los 16 años, con una relación de 2:1, otros encuentran una distribución similar entre los dos sexos.²⁴

Psoriasis y ambiente

Es importante recordar que ciertos factores externos o del medio ambiente exacerbaban o precipitan la enfermedad en los niños.²⁵

Comorbilidades

En el estudio de Ferrándiz y cols. Se observó un compromiso más extenso de la superficie corporal, un mayor PASI y un mayor impacto psicológico en los pacientes con antecedentes familiares de la enfermedad. Además, el número de pacientes que requirieron tratamiento sistémico para controlar la enfermedad fue significativamente más elevado en este grupo.²⁶

Evidencias recientes han demostrado en importantes estudios de población un incremento en la mortalidad y disminución de la expectativa de vida entre 3 y 4 años en enfermos de psoriasis, y a la vez asociación con diversas enfermedades.

La afectación psicológica y la alteración de la calidad de vida en la psoriasis son muy importantes. Aproximadamente el 60% de los pacientes presenta algún grado de trastorno depresivo, y el 10% de los que padecen psoriasis severa tiene pensamientos suicidas, que el dermatólogo debe detectar para su prevención, orientación y derivación para asistencia especializada.

Los pacientes de psoriasis presentan con mayor frecuencia que la población general obesidad, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipidemias, síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal asociada a su enfermedad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Existe un mayor riesgo de padecer linfomas. Además, en la evaluación del paciente debe considerarse la presencia de patologías secundarias a tratamientos previos de la enfermedad, entre ellas cáncer de piel, hepatopatías e insuficiencia renal o pulmonar.

Los pacientes con psoriasis moderada/severa, sobre todo en la 4ª década de la vida, presentan un riesgo mayor de padecer infarto de miocardio y la sobrevida

disminuye 3 años para el hombre y 4 años para la mujer como consecuencia de eventos cardiovasculares.

En cuanto al impacto de la psoriasis, se ha visto que influye notablemente en la calidad de vida y esto se ve reflejado en el aumento de diferentes patologías psicoafectivas y sociales, y en la adquisición de hábitos de consumo perjudiciales, como el tabaco y el alcohol, favorecidos por la baja autoestima y el aislamiento al que se siente sometido el paciente.

Dentro de los efectos psiquiátricos y hábitos de consumo relacionados con el deterioro en la calidad de vida tenemos: Ansiedad (1/3 de los pacientes), Trastornos depresivos (60%), ideación suicida y deseos de morir, sobre todo con enfermedad más severa (10%), Trastornos del sueño, Tabaquismo, predominantemente en mujeres, que además de ser un factor de riesgo cardiovascular favorece la aparición de formas pustulosas palmoplantares, Alcoholismo: 18% en enfermos vs. 2% de los controles.⁸

Se debe además tener siempre presente que el estrés, no debe ser desestimado como agravante o desencadenante de los brotes y se debe encarar un abordaje apropiado según las circunstancias y la patología de base; el tabaquismo, alcoholismo y obesidad también se consideran factores agravantes.⁸

Factores psicosociales

La psoriasis es una de las enfermedades de más alto impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados, entre enfermedades dermatológicas y no dermatológicas.

En este contexto se ha determinado que aquellos pacientes afectados tendrían una mayor incidencia de depresión.¹⁰ En el Gráfico 1 se compara el impacto en la calidad de vida de la psoriasis con respecto a otras patologías dermatológicas.

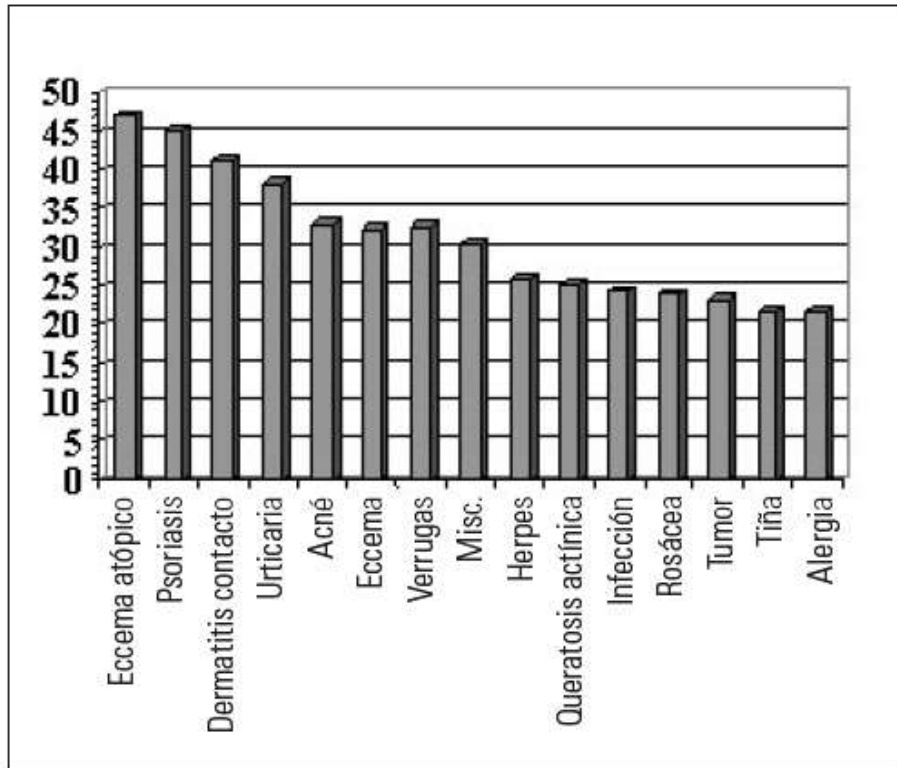


Gráfico 1. Impacto en la calidad de vida medido por el German Instrument on the Assessment of Quality of Life in Dermatology in 842 pacientes y 16 grupos diagnósticos.⁽⁶⁾

El curso crónico de la psoriasis presenta algunos factores que inciden en el desarrollo psicosocial de los que la padecen. Algunos, como la edad de aparición antes de los 40 años, el compromiso en zonas expuestas, localizaciones palmoplantares o participación articular y la necesidad de cuidados muchas veces permanentes, pueden poner al paciente en la condición de discapacitado físico y/o social, que impacta en su vida de relación, emocional, laboral y económica.

Además, el paciente con psoriasis suele presentar dificultades con el tratamiento de su enfermedad, que en ocasiones el médico dermatólogo no puede resolver, en

ocasiones los resultados obtenidos por los tratamientos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino también por la falta de adherencia al médico y al tratamiento. Además aspectos como la deambulación de médico en médico, la utilización de remedios caseros, la consulta a curanderos, la auto administración simultánea de medicación habitual y preparados de medicinas alternativas y terapéuticas de dudosa credibilidad y seriedad.

Cada paciente individual tolera los brotes de su enfermedad de un modo completamente diferente. Como consecuencia, la validez de las guías de manejo de la psoriasis basada solamente en la severidad de los síntomas, sin la información de los pacientes acerca de cómo ellos evalúan sus síntomas, es muy relativa.

Los factores psicoemocionales que influyen en el proceso terapéutico encontrados, son: La personalidad de base del paciente y su cuadro psicopatológico, los antecedentes hereditarios de la psoriasis cuando se articulan con los modelos de identificación familiar, la relación que se establece entre la ocupación del paciente y la localización de las lesiones, la interacción del paciente con su medio laboral, social y con su familia, la relación médico-paciente, las características del esquema corporal del paciente y las enfermedades concomitantes que lo afectan, la situación socioeconómica del paciente, la tendencia a ponerse en el rol de víctima, el conocimiento de la enfermedad y la fe en mitos y falsas creencias relacionadas con ella, círculo vicioso ilusión/desilusión, baja tolerancia a la frustración, comodidad/resignación.⁸

La manera como el estrés psicológico exagera la psoriasis es pobremente entendida. Hasta el 60% de los pacientes reconocen al estrés como el factor exacerbador de su enfermedad.²⁷

Todos los aspectos psicológicos fueron afectados por la psoriasis en grados variables, hubo diferencias significativas relacionadas con la severidad de la psoriasis y sentimientos de vergüenza, de depresión y desesperanza.

En general, las enfermedades crónicas suelen dañar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995) desde la fase inicial aguda, en la que sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida cambios permanentes en su actividad física, laboral y social, condición que suele durar toda la vida(Latorre y Beneit, 1994).28

Las opiniones acerca del estado de salud personal están influenciadas por el ámbito cultural en el que el sujeto se encuentra, y la impresión o visión de lo que constituye la enfermedad o su impacto varía con la edad, la escolarización, el lenguaje, etc, así como de cultura a cultura 29. Por ello la utilización de un instrumento de medida de CVRS en un contexto cultural diferente del original no puede llevarse a cabo mediante la simple traducción del mismo, sino que requiere un proceso sistemático y estandarizado de adaptación transcultural y posterior validación al país de destino. 30, 31

Tratamiento

El objetivo básico del tratamiento de la psoriasis consiste en rápido control inicial de la enfermedad, disminución del porcentaje comprometido de superficie corporal, disminución del aumento y tamaño de las placas, generar y mantener una remisión prolongada, minimizar los efectos adversos y mejorar la calidad de vida del paciente.

HIPOTESIS

Hipótesis Alterna

La psoriasis impacta a nivel psicosocial a los pacientes del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.

Hipótesis Nula

La psoriasis no impacta a nivel psicosocial a los pacientes del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el impacto psicosocial de la psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.

Objetivos específicos

- ✓ Comparar por genero el impacto psicosocial de la psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.
- ✓ Comparar por edad el impacto psicosocial de la psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.
- ✓ Comparar por grado de severidad el impacto psicosocial de la psoriasis en los pacientes del Hospital Tomas Uribe Uribe en el área de influencia de Tuluá.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó estudio de tipo observacional descriptivo transversal en pacientes con Psoriasis.

Población Objetivo

La población epidemiológica que se estudió fueron 87 pacientes con diagnóstico de Psoriasis que contaban con historia clínica dermatológica del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá en el periodo 2009 - 2010.

Tamaño de la muestra

87 pacientes con diagnóstico de Psoriasis a los que se les realizó historia clínica.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de psoriasis con historia clínica dermatológica del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá en el periodo 2009 -2010, según edad, sexo, tipo de psoriasis e historial de tratamiento médico.

Criterios de exclusión

Pacientes que además de psoriasis presentaban signos y síntomas inherentes a otras patologías dermatológicas.

Definiciones operativas

Psoriasis: enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales que afecta piel, semimucosas, mucosas y anexos, e incluso puede comprometer articulaciones. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar su evolución, además esta enfermedad muchas veces se acompaña de otras morbilidades que pueden afectar aún más la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes.

Factores psicosociales: aquellas características de la organización del trabajo que afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicofisiológicos.

PASI: El índice de intensidad y gravedad de la psoriasis (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) fue definido en 1978 por Fredriksson y Pettersson 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 32, 33, en el estándar para la medida de la gravedad de la psoriasis, en especial desde que la Food and Drug Administration estableció el PASI75 (porcentaje de pacientes que alcanzan una mejoría superior o igual al 75% del PASI basal) como parámetro de eficacia en los ensayos clínicos de los nuevos fármacos biológicos 19.

DLQI: Índice de Calidad de Vida en Dermatología, consta de diez ítems, cuyo marco temporal se refiere a los últimos siete días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuestas (muchísimo, mucho, un poco y en absoluto) y con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente. Las dimensiones de salud incluidas en la prueba son, a saber: síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo-estudio, relaciones interpersonales (incluyendo la sexualidad) y tratamiento. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida).

Instrumentos de recolección de datos

Por medio de revisión de la base de datos de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis previamente realizadas, se evaluó en primera instancia el índice de calidad de vida dermatológico (Dermatology Life Quality Index, o DLQI), y además se realizó una ficha epidemiológica que incluyó datos como: nombre, dirección, celular o teléfono, documento de identificación, fecha de nacimiento, edad, género, raza, antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, tiempo de evolución de psoriasis, tipo de psoriasis, sitios comprometidos (cuero cabelludo, brazos, codos, antebrazos, manos, tronco anterior, tronco posterior, rodillas, muslos, piernas, pies, genitales) y tratamiento.

Variables

Calificación DLQI, edad, género, tiempo de evolución de psoriasis, número de lugares corporales comprometidos.

Operacionalización de las Variables:

<u>NOMBRE</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN</u>	<u>MEDIDA</u>
<u>Calificación DLQI</u>	Cuantitativa	Impacto en la calidad de vida	1 - 30
<u>Edad</u>	Cuantitativa	Numero de años cumplidos	Años
<u>Genero</u>	Cualitativa	Diferencia sexual	Hombre Mujer
<u>Evolución</u>	Cualitativa	pasar de un estado a otro	Años
<u>Lugares comprometidos</u>	Cuantitativa	Numero de lugares afectados	1 a 12

Validez

Esta investigación tuvo como base el gran número de pacientes con Psoriasis en la ciudad de Tuluá, los cuales debido a su patología muestran gran deterioro a nivel psicosocial, teniendo como finalidad prestar un mejor servicio de salud integral a la comunidad.

Manual operacional

- ✓ El proyecto de investigación se centró en la base de datos de Historias Clínicas de los pacientes con diagnóstico previo de Psoriasis que consultaron al servicio de Dermatología del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe, por lo cual no se requiere consentimiento informado.

- ✓ Se obtuvo una ficha epidemiológica donde se tuvo en cuenta el índice de calidad de vida dermatológico (DQLI), nombre, dirección, celular y/o teléfono, fecha de nacimiento, edad, género, raza, antecedentes familiares, antecedentes personales, tiempo de evolución de psoriasis, tipo de tratamientos recibidos, sitios comprometidos (cuero cabelludo, brazos, codos, antebrazos, manos, tronco anterior, tronco posterior, rodillas, muslos, piernas, pies, genitales).

- ✓ Posteriormente se ingresaron los datos obtenidos de las historias clínicas a epi-info para destacar las variables; y se evaluó y realizó el análisis y la discusión de los resultados encontrados.

Consideraciones Éticas

Este proyecto de investigación no requirió consentimiento informado ya que tuvo como base las Historias Clínicas de los pacientes con diagnóstico previo de

Psoriasis que consultaron al servicio de Dermatología del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe.

Administración de la Investigación

La presente investigación se realizó y administró como se muestra a continuación;

Nombre Investigadores	Función dentro del proyecto
Diana Carolina Aguilera J.	Invest. Principal
Oscar Javier Bedoya Q.	Invest. Auxiliar
Ximena Urquiza P.	Invest. Auxiliar

Presupuesto

- **Costos de Personal:** Debido a que esta investigación estuvo basada en historias clínicas ya realizadas, las cuales se analizaron por nosotros mismos, estudiantes de Investigación Social de IX Semestre del Programa de Medicina, no representó costo alguno.

Nombre Investigadores	Función dentro del proyecto	Tiempo dedicación Horas/sem	Duración/ meses	Costos
Diana C. Aguilera J.	Invest. Principal	8	8	0
Oscar Javier Bedoya Q.	Invest. Auxiliar	5	8	0
Ximena Urquiza P.	Invest. Auxiliar	5	8	0

- **Salidas de campo**

Lugar/ N°	Costo unitario	Costo
Hospital Tomas Uribe Uribe	2000	40000
Total		40000

- **Materiales y servicios técnicos**

Materiales y servicios	Justificación	Costo
Impresiones	Encuestas, Actas	15000
Computadores x 2	Propios	0
Internet	Búsqueda de información	0
Total		15000

- **Presupuesto Total del Proyecto**

Nombre	Costo
Costos de personal	0
Salidas de campo	40000
Materiales y servicios Técnicos	15000
TOTAL	55000

Cronograma de Actividades:

Cronograma del proyecto de investigación IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR PSORIASIS del mes de Febrero a Mayo				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
• Formulación del proyecto	X			
• Documentación y marco teórico	X	X		
• Presentación del proyecto Introducción		X		
• Recolección de información		X	X	
• Presentación del proyecto Materiales y Métodos				X

Cronograma del proyecto de investigación IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR PSORIASIS del mes de Agosto a Noviembre

	Agosto	Sept	Oct.	Nov.
• Revisión y Presentación del proyecto con las historias clínicas analizadas	X			
• Tabulación de los datos	X			
• Análisis de la información		X		
• Presentación al comité de investigación		X	X	
• Publicación del proyecto				X

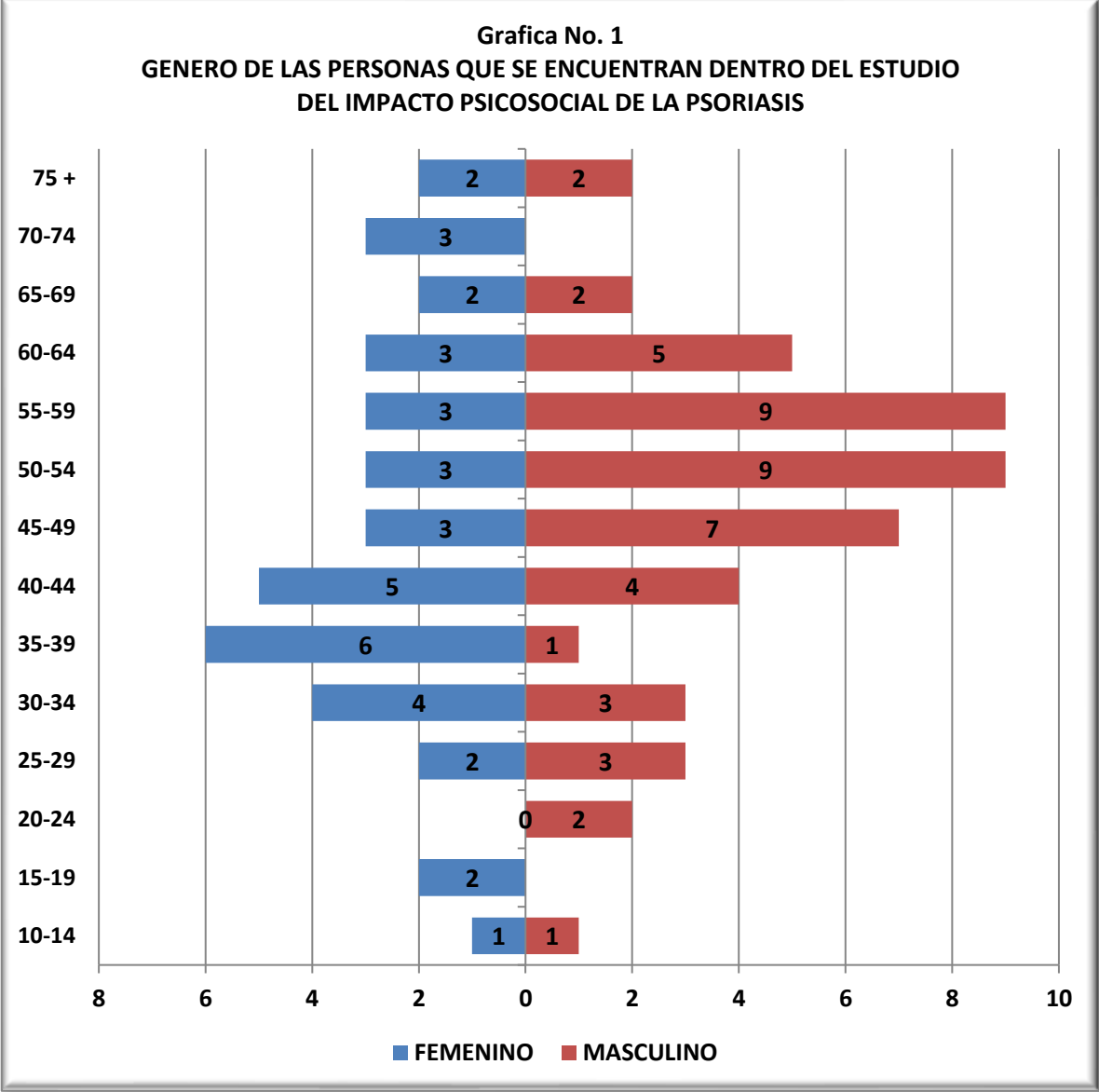
RESULTADOS

Se analizó la base de datos de Historias Clínicas Dermatológicas e Índice de Calidad del Vida Dermatológico (DLQI) del Hospital Tomas Uribe Uribe, donde se encontraron 107 encuestas, de las cuales se excluyeron: 15 pacientes que presentaban otra patología dermatológica, 4 pacientes que no tenían encuesta de DLQI y 1 paciente que no tenía ficha epidemiológica, quedando un total de 87 pacientes analizados, de los cuales 45% eran mujeres y 55% eran hombres con edad promedio de 48,2 años; el personal del estudio es principalmente de la ciudad de Tuluá, esto debido a que el Hospital se encuentra en esta ciudad y esta es la de mayor número poblacional en esta área del norte del Valle (Tabla No.1).

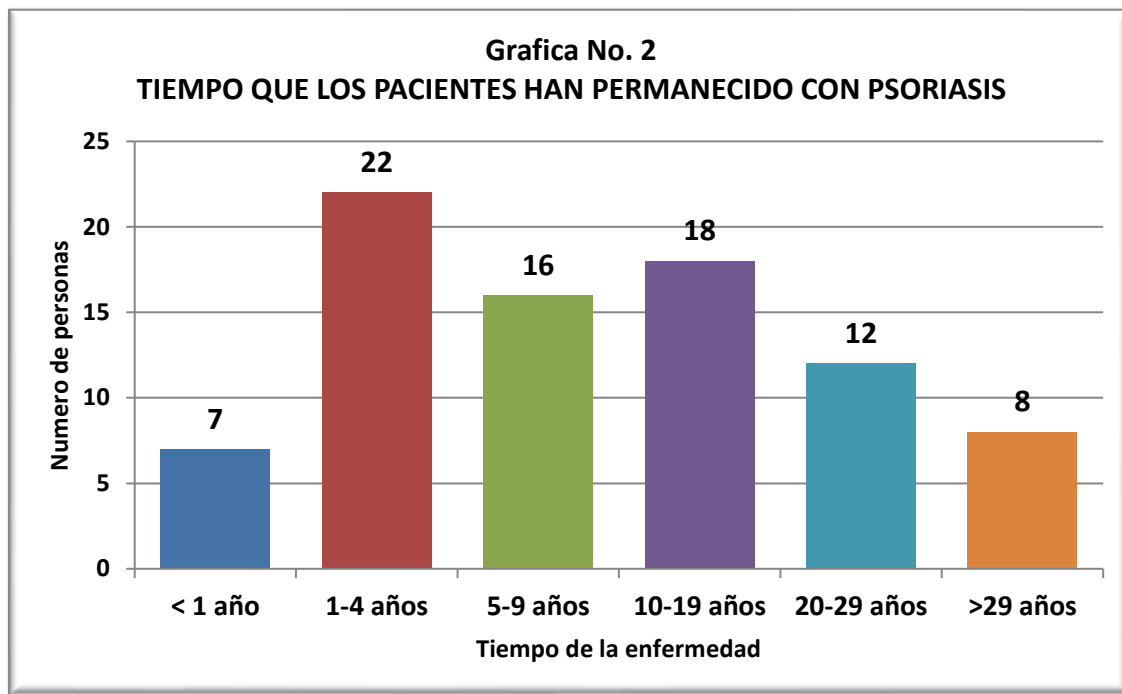
Tabla No. 1		
Características Sociodemográficas		
VARIABLE	CANTIDAD	%
Edad		
12-29	11	12.64%
30-47	31	35.63%
48-65	34	39.08%
66-83	11	12.64%
Total	87	100%
Genero		
Femenino	39	45%
Masculino	48	55%
Total	87	100%
Residencia		
Tuluá	61	70.1%
Andalucía	9	10.3%
Otros	17	19.5%
Total	87	100%

De los 87 pacientes analizados 55% son del género masculino, con una mayor participación entre las edades de 40 a 64 años. En el sexo femenino se encontró

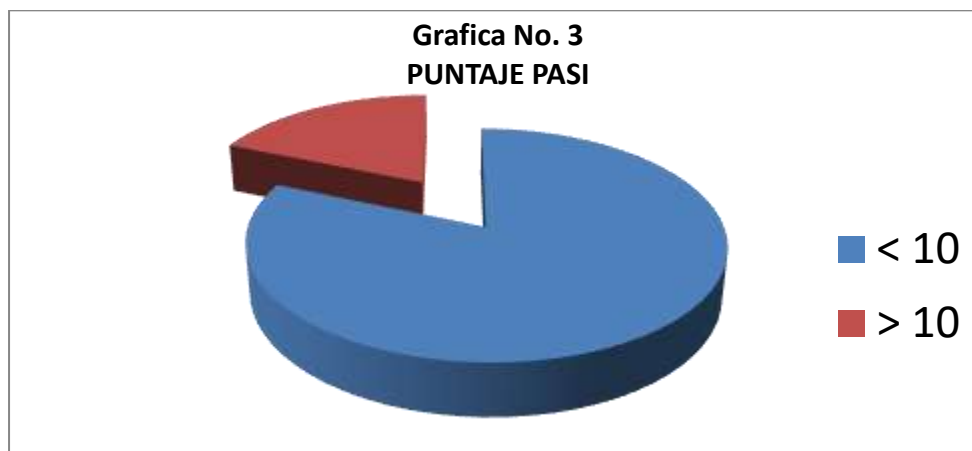
un porcentaje del 45% donde la mayoría se encuentra entre 35 y 44 años. (Grafica No. 1)



De los pacientes encuestados se dividieron en seis rangos, del cual el grupo más representativo fue el de 1 - 4 años de evolución que corresponde 22 pacientes (25.3%), y los de menor tiempo de evolución fueron los pacientes ubicados en el rango de evolución de la enfermedad < 1 año, el cual está representado por 7 pacientes (8%) (Grafica No. 2)



Para las personas clasificadas mediante el PASI (Indice de Severidad de Area de Psoriasis) encontramos que el 81.4% se encontró por debajo de 10, indicando que no presentan severidad, y el 18.6% restante presento una clasificación severa de psoriasis (Grafica No. 3),



Donde se toman las clasificaciones más altas para su evaluación y se encuentra que:

- La totalidad de este grupo presenta psoriasis en más de una parte del cuerpo.
- Los codos y el tronco posterior son las zonas más afectadas en esta población.
- El número promedio de zonas afectadas es de 8 para esta población.
- El 62% de la población con PASI>10 presentan una edad superior a los 50 años, para una población entre 40 - 50 años el porcentaje es de 69%, lo que no determina mucha diferencia entre estas dos poblaciones

La población con clasificación PASI>20 que se considera la más grave, se presentó un 4.75% del total de casos, donde se encontró:

- Todos presentan un tiempo mayor a 10 años de manifestación de Psoriasis.
- Presentan la clasificación PGA de 4 y 5 que son las más altas en este estudio.

Para determinar la gravedad de la psoriasis, se clasifican unas áreas en particular, encontrándose que el 92% de las personas en el estudio presentan más de una zona afectada (Grafica No. 4) y que las de mayor frecuencia son: codos, cuero cabelludo y piernas (Tabla No. 2)

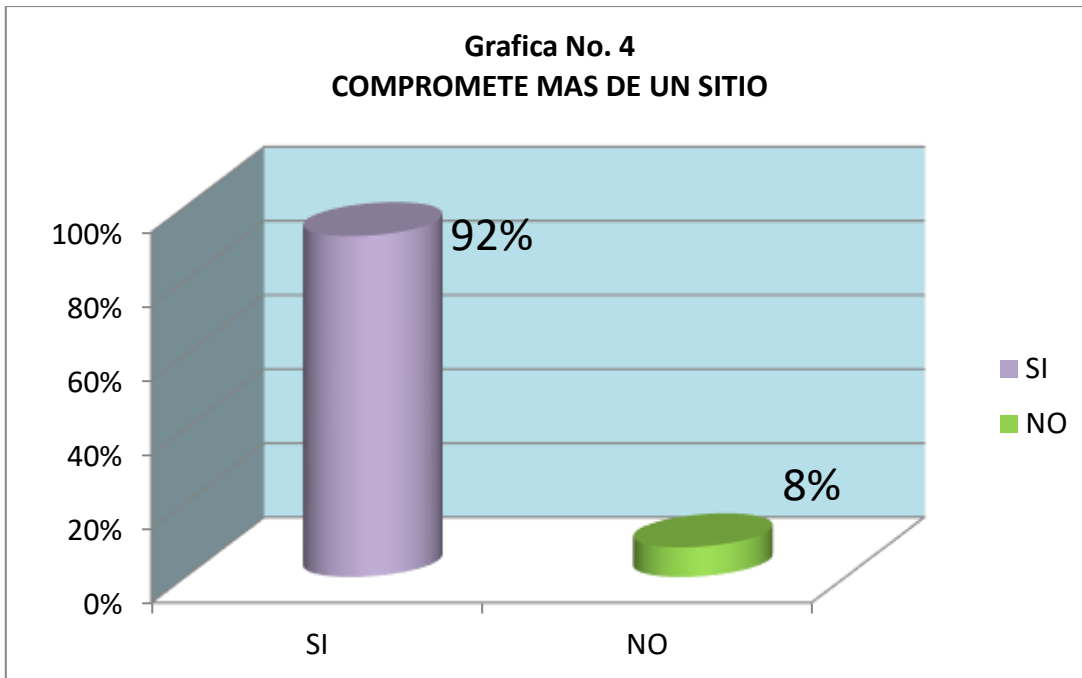
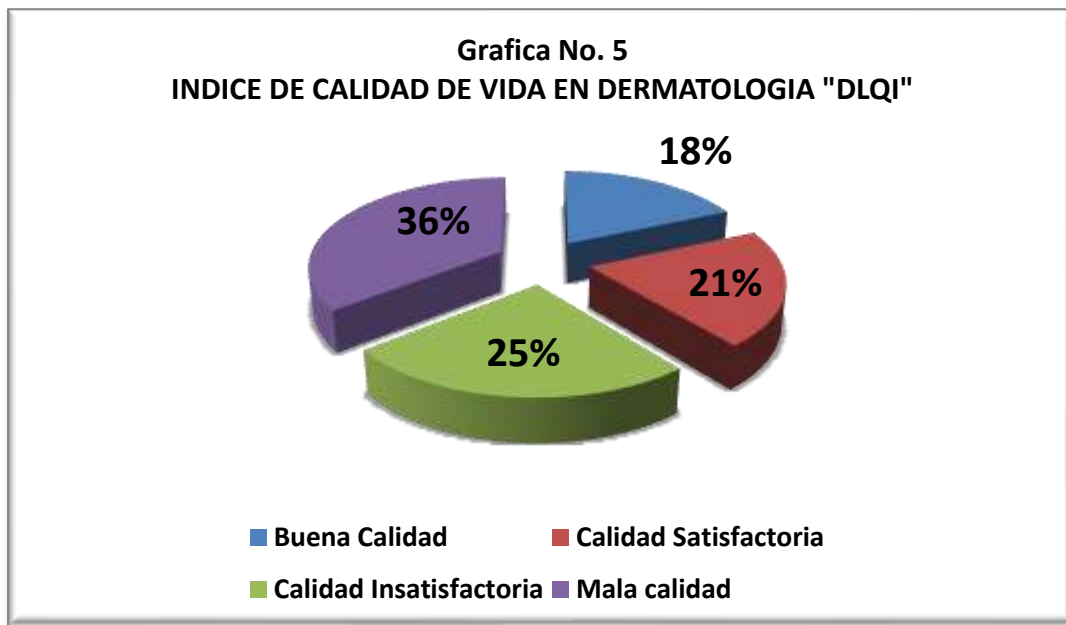


Tabla No.2

ZONA AFECTADA	%
CODOS	66.7%
CUERO CABELLUDO	62.1%
PIERNAS	55.2%
TRONCO POST	52.9%
RODILLAS	51.7%
TRONCO ANT	47.1%
BRAZOS	41.4%
ANTEBRAZOS	39.1%
MUSLOS	35.6%
MANOS	28.7%
PIES	26.4%
OTROS	21.8%
GENITALES	11.5%

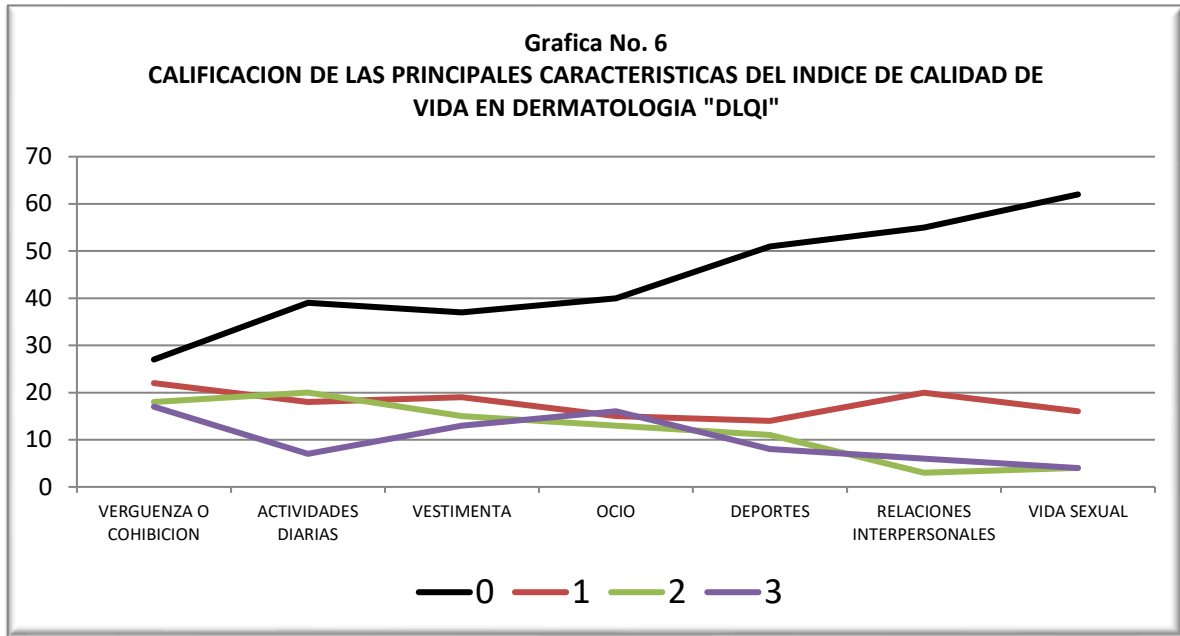
Una de las clasificaciones más determinantes dentro de los estudios de Psoriasis es el DLQI, que al ser analizada en esta población presentó un porcentaje de 18% con valoración de buena calidad de vida (0-1), lo que determina que 16 de las 87 personas aun padeciendo psoriasis esta no interviene negativamente en el desarrollo de la misma. La Calificación satisfactoria de calidad de vida se

determinó para el 21% de la población de estudio (2-5), siendo en total 18 de las 87 personas en estudio. En este nivel la psoriasis afecta mínimamente la calidad de vida de los pacientes. El 25% de las personas en el estudio presentaron una calificación de (6-10) Calidad de vida Insatisfactoria, esta valoración nos determina 22 de las 87 personas en estudio ven moderadamente afectada su calidad de vida al presentar psoriasis. Finalmente el 36% restante de los pacientes presento una calificación mayor a 10, es decir 31 de los 87 pacientes. Lo que determina una mala calidad de vida de las personas que sufren de psoriasis, esta valoración determina que el paciente ve su calidad de vida severa o muy severamente afectada (Grafica No. 5).



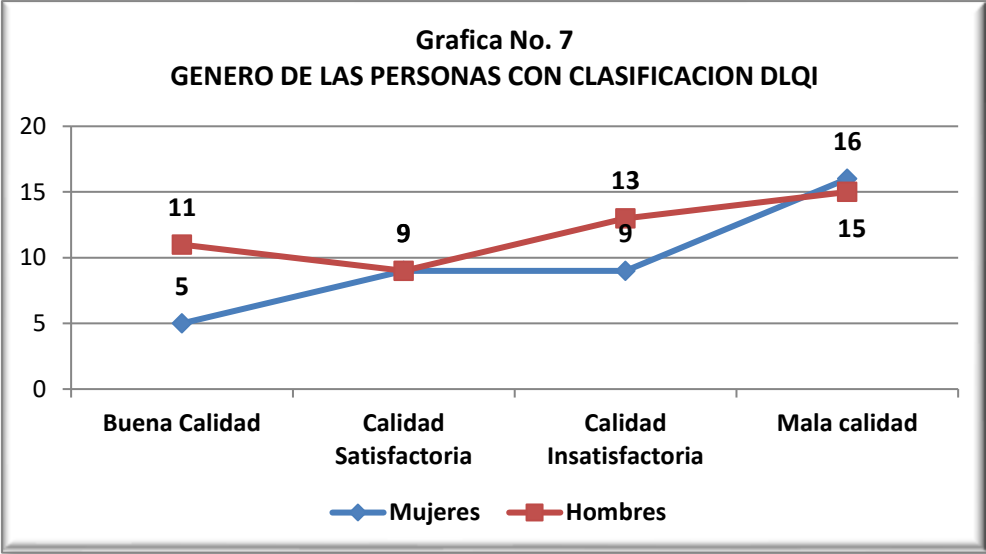
Para analizar la calificación de las principales características del índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) y teniendo en cuenta que los numerales 0, 1, 2 y 3 corresponden a nada, poco, mucho o muchísimo respectivamente, se percibe que aspectos donde hay alta interacción con otras personas en alto número, generan que las personas del estudio presenten Vergüenza o Cohibición (50%), también inconvenientes en sus actividades diarias pero con porcentajes menores (32%). Actividades de Ocio, y deportes presentan porcentajes en promedio de 25%. Y ya

relaciones donde al volumen es poco o nulo, como es el caso de relaciones interpersonales y la vida sexual presentan un 10% cada uno de valoraciones altas (Grafica No. 6)

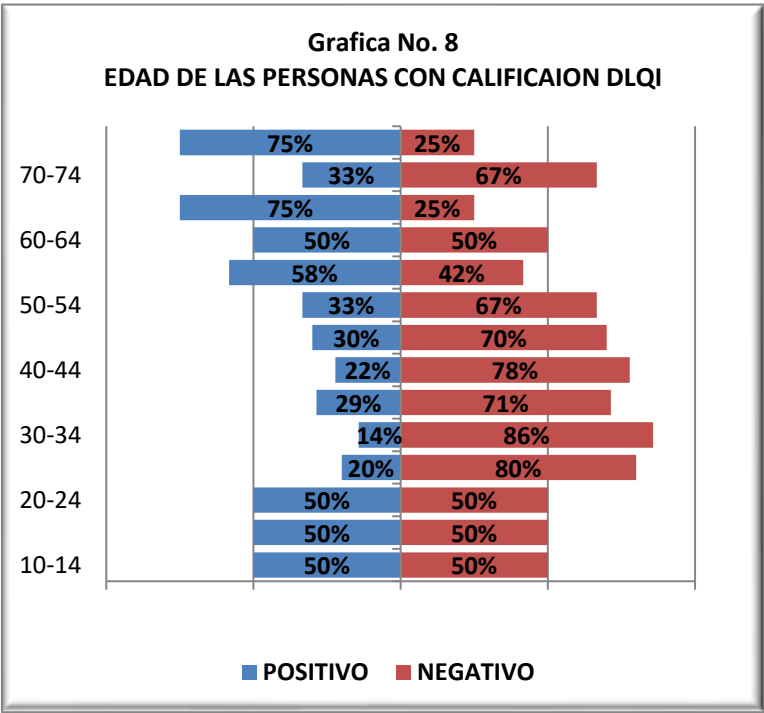


Para realizar el análisis de la clasificación DLQI, se dividió la muestra en dos grupos, en donde se tomaron las cualidades Buena Calidad y Calidad Satisfactoria como positivas, y Calidad Insatisfactoria y Mala Calidad como negativas.

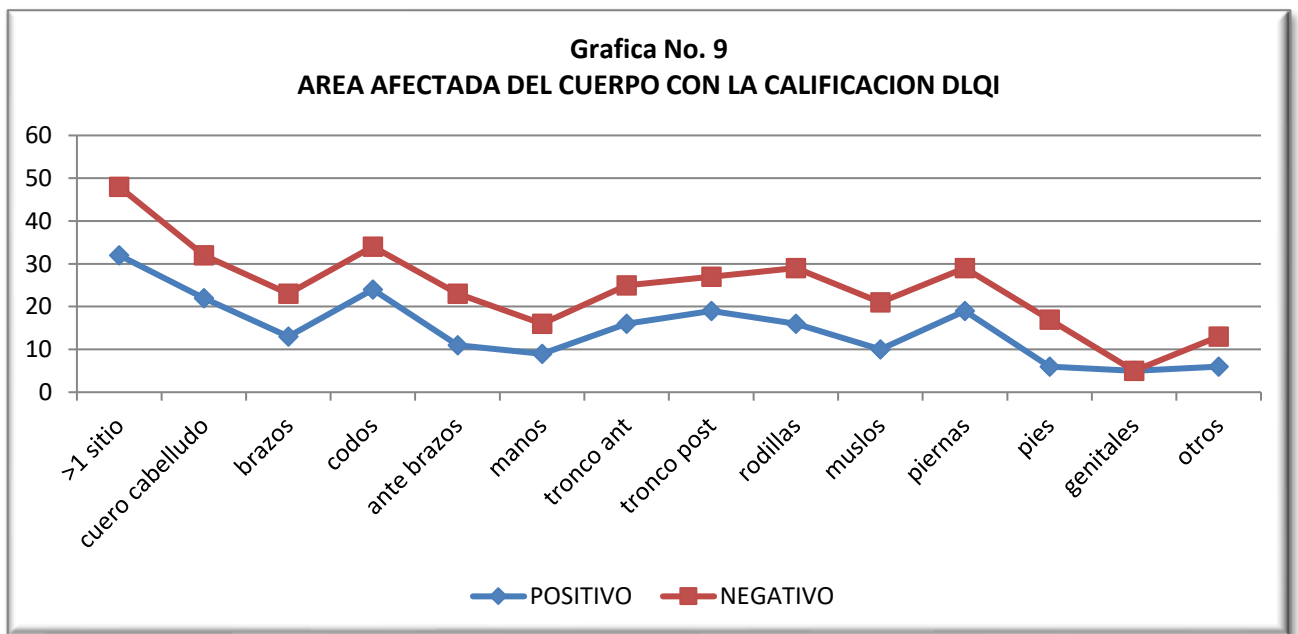
Se encontró con respecto a la clasificación del DLQI en cuanto al género, se ve diferenciada entre hombres y mujeres en las calificaciones de Buena calidad y Calidad insatisfactoria, en donde las mujeres presentan un menor porcentaje (5% Vs. 11% y 9% Vs. 13% respectivamente) (Grafica No. 7)



En cuanto a la Clasificación DLQI y edad, se encontró que las edades entre 25 a 54 años presentan una clasificación negativa en el DLQI, y seguido en los 55 años y en promedio hasta los 75 años las personas fueron calificadas con DLQI positivos. Las edades menores de 35 años presentaron la misma clasificación entre positivo y negativo (Grafica No. 8).



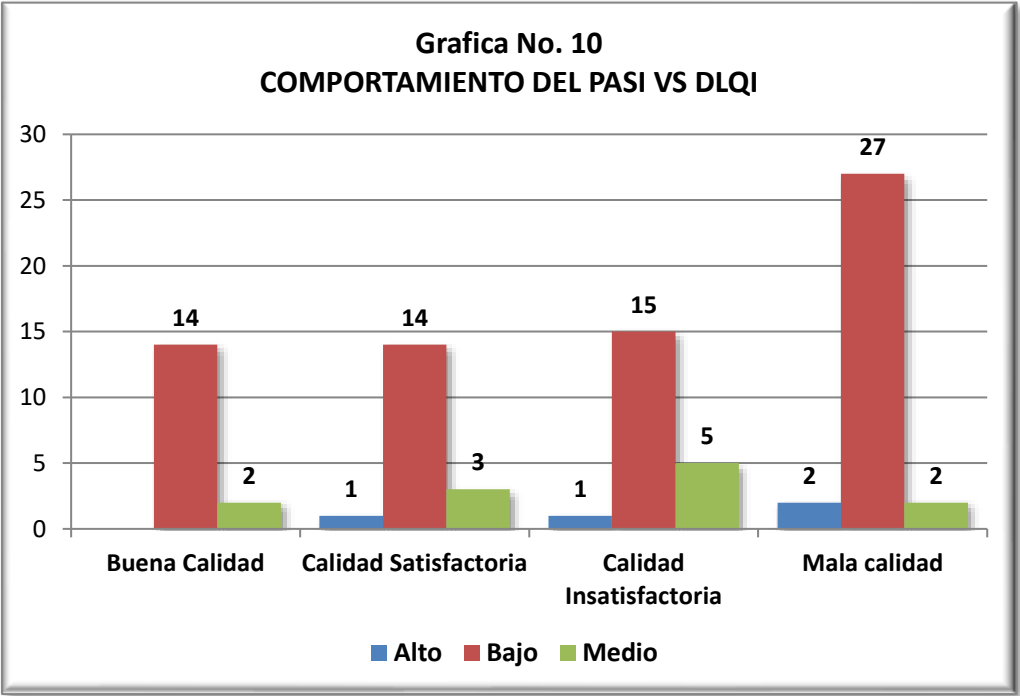
Al evaluar el área afectada versus la clasificación dada por la escala DLQI, se encontró que en promedio el 37% fue calificado con buena o satisfactoria calidad de vida, y las áreas donde la valoración positiva fue superior a 40% y menor a 50% fueron: >1 sitio, cuero cabelludo, codos, tronco post y genitales. Dando un porcentaje igualmente bajo de áreas que aunque presenten el evento su calificación de calidad de vida es positivo, pero sin ser superior a la calificación negativa. Las personas que fueron calificadas con una calidad de vida negativa suman en promedio el 62.7% siendo una prevalencia alta para el estudio. Es de considerar que la calificación negativa es superior en todas menos un ítem evaluados en la escala de DLQI, encontrando calificaciones especialmente altas en: los antebrazos, manos, muslos, pies y otros (Grafica No. 9).



Para realizar el análisis de la clasificación PASI se agrupó en 3 variables las cuales están determinadas como: Bajo de 0 a 9.99, de Media en 10 a 19.99 y alto las que sean mayor de 20; y esto se cruzó con las valoraciones del DLQI (Buena calidad, Calidad satisfactoria, Calidad insatisfactoria y Mala calidad) para determinar las frecuencias de una dentro de otra (Grafica No. 10)

Se encuentra que las personas con calificación de Buena calidad y Calidad satisfactoria en su nivel de vida según DLQI, presentan como característica principal contar con un PASI bajo en promedio con el 82.6%.

Las valoraciones negativas del DLQI (Calidad insatisfactoria y Mala calidad) presentan en la primera de estas una valoración de la calidad de vida PASI baja de 71% de las personas del estudio, también presenta un crecimiento en la valoración PASI media. La clasificación DLQI de Mala calidad, presenta una valoración en PASI bajo equivalente al 88%, lo cual significa que una mala calificación en DLQI no se refleja en una mala calificación en PASI.



ANALISIS Y CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad crónica que afecta a un órgano tan visible al exterior como es la piel, esta genera un impacto muy fuerte sobre la imagen del paciente llevándolos a ocultar la enfermedad a su entorno próximo, por el hecho de vivir en una sociedad extremadamente preocupada por la apariencia. Esto, unido al desconocimiento generalizado que rodea a la enfermedad produce un rechazo social hacia el enfermo y consecuentemente una pérdida de la autoestima en el propio paciente.

Los datos sociodemográficos en general informan una distribución similar en hombres y mujeres; con predominio entre los 35 y 64 años y un promedio de 48.2 años.

Al analizar el DLQI se encontró que el 36% de los pacientes presento una calificación mayor a 10, lo que determina que el paciente percibe su calidad de vida como severa o muy severamente afectada.

Con respecto a la clasificación del DLQI en cuanto al género, se observa que ambos sexos presentan un porcentaje de deterioro en su calidad de vida similar.

En cuanto a la edad y el compromiso psicosocial de la psoriasis evaluado por el DLQI, se encontró que las personas mayores de 65 años perciben una mejor calidad de vida que las otras edades; y que las personas menores de 54 años refieren menor calidad en sus vidas.

Al observar el área afectada versus la clasificación dada por la escala DLQI, se encontró que no hay diferencia significativa entre el área afectada y la calificación negativa de la calidad de vida de los pacientes.

Las personas que fueron calificadas con una calidad de vida negativa, es decir calidad de vida insatisfactoria o mala calidad de vida suman en promedio el 62.7% siendo una prevalencia alta para el estudio, de las cuales el 71% presentaban una calificación PASI Baja, lo cual significa que una mala calificación PASI no se refleja en una mala calificación en DLQI o viceversa.

Es muy importante que la enfermedad se conozca tanto en el entorno próximo como en la sociedad general para disminuir el impacto emocional en el paciente, es por esto necesario conocer cómo se sienten los pacientes con psoriasis y poder satisfacer sus necesidades no sólo físicas, sino también en lo referente a su lado emocional y psicológico

RECOMENDACIONES

Se debe tener en cuenta que la expresión de la Psoriasis es muy variable y puede presentar diferencias en un mismo individuo. La severidad no hace solo referencia al PASI, sino también a la respuesta que tiene la enfermedad al tratamiento y al DLQI.

El PASI y el DLQI son instrumentos básicos de la clinimetría; ambos se deben tener en cuenta para el seguimiento clínico y decisión terapéutica a tomar además de la valoración psicosocial de esta enfermedad. Estos instrumentos deben ser utilizados de forma habitual para la valoración de todos los pacientes con Psoriasis.

Los cuestionarios para evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis están formulados para obtener una visión integral de éstos en los ámbitos físico y psicológico. La estandarización de los mismos con el fin de volverlos un elemento imprescindible de la consulta debe contemplar las herramientas de que se dispone para encontrar el tratamiento idóneo para cada paciente.

REFERENCIAS

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. Sánchez-Carpintero I, España-Alonso A. Papel de los neuropéptidos en dermatología. En: Alteraciones cutáneas y enfermedades neurológicas, Vázquez Doval FJ (Editor). Rev Neurol 1997; 25 (Supl 3):S222-S231.
4. Faust HB, Mirowski GW, Chuang TY, Lewis CW. Outcomes research: An overview. J Am Acad Dermatol 1997;36:999-1006.
5. De Tiedra AG^a, Mercadal J, Lozano R. Prednicarbate versus Fluocortin for Inflammatory Dermatoses. A Cost-Effectiveness Study. Pharmacoeconomics 1997;12:193-208.
6. Berzon R, Hays RD, Shumaker. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. Quality of life Research 1993;2:367-8.
7. Katsambas A. Quality of life in dermatology and the EADV. J Eur Acad Dermatol Venereol 1994;3:211-4.
8. Consenso Latinoamericano de Psoriasis. GUÍAS DE TRATAMIENTO. Actualización 2009. Sociedad Latinoamericana de Psoriasis
9. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003;361:1197-204.

10. Schafer T. Epidemiology of Psoriasis. Review an the German perspective. *Dermatology* 2006; 212:327-337.
11. Trujillo IA, Díaz-García MA, Torres-Gemeil O, Torres-Barbosa F, Falcón-Lincheta L, Pérez-Hernández M. Psoriasis Vulgar.
12. Chalela Mantilla Juan Guillermo, González Ardila César, Castro Gómez Luis GUÍAS DE MANEJO DE PSORIASIS CONSENSO COLOMBIANO, Asociacion Colombiana de Dermatologia y Cirugia Dermatologica, ASOCOLDERMA 2008
13. Reeves del Rio, Patricia. Prevalencia de la Psoriasis en la poblacion infantil de la Region Metropolitana de Chile. Pontificia Universidad Catolica de Chile. Santiago. Chile. Marzo 2006. (Tesis). Y Seville R. Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20:97-100.
14. Seville R. Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20:97-100.
15. Murphy M, Kerr P, Grant-Kels JM. The histopathologic spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:524-8.
16. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol.* 2005;152:861-7.
17. Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, et al. Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:281-5.

18. Long CC, Finlay AY, Averill RW. The rule of hand: 4 hand areas = 2 FTU = 1 g. Arch Dermatol. 1992;128:1129-30.
19. Puig L. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de medida de severidad en la psoriasis?. Servicio de Dermatología Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Piel. 2007;22(8):367-9
20. Bologna JL, Jorizzo J, Rapini R. Dermatología. Editorial Elsevier, 2003; 1 (9):125-126.
21. Arbuckle A, Howland H. Psoriasis. Pediatrics in Review. 1998;19:106-7.
22. Fond L, Michel JL, Gentil-Perret A. Psoriasis chez l' enfant. Arch Pediatr. 1999;6:669-74.
23. Farber EM, Nall L. Childhood psoriasis. Cutis. 1999;64:309-14.
24. Christophers E. Psoriasis, epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol. 2001;26:314-20.
25. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. Pediatr Dermatol. 2000;17:174-8.
26. Ferrándiz C, Pujol R, García-Patos V, Bordas X, Samandía J. Psoriasis of early and late onset: A clinical and epidemiologic study from Spain. J Am Acad Dermatol 2002; 46(6.):867-873.
27. Navarro E, Atencio de León D, Beracaza Karen, Bernal Yira, Oñate Carmen, Exacerbación De Psoriasis Asociada A Estrés En Pacientes Del Hospital Universidad Del Norte Y Ese José Prudencio Padilla, Clínica Sur De Barranquilla, 2006, Salud Uninorte, julio-diciembre, 2006; 22; 2: 63-72.

28. Vinaccia S, Quiceno J, Martínez A, Arbeláez C, Calidad De Vida Relacionada Con La Salud, Emociones Negativas Y Apoyo Social En Pacientes Con Psoriasis Vulgar, Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, enero-junio, 2008, 18, 1: 17-25.
29. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). Med Clin (Barc) 1997;109:245-50.
30. Badía X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. Med Clin (Barc) 1995;105:56-8.
31. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross-cultural adaptation of health measures. Health Policy 1991;19:33-44.
32. Van der Kerkhof P. The psoriasis area and severity index and alternative approaches for the assessment of severity: persisting areas of confusion. Br J Dermatol 1997; 137:661-662.
33. Ashcroft D, Li Wan Po A, Williams H, Griffiths C. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. Br J Dermatol 1999; 141:185-191

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Instrumento

ANEXO B. Cuestionario de índice de calidad de vida (DQLI)

ANEXO A. INSTRUMENTO



UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
ASIGNATURA INVESTIGACION SOCIAL



IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR PSORIASIS

INSTRUMENTO A. ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA

Fecha: _____ No. _____
Nombre: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Género: M _____ F _____ Raza: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

HTA ___ Diabetes Mellitus ___ Cardiacos ___ Tabaquismo ___ Alcoholismo ___
Artritis ___ Hepatitis Viral ___ Herpes simple ___ Herpes Zoster ___ TBC ___
Alérgicos ___ Cirugías ___ Otro ___ Cuál? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

TIEMPO DE EVOLUCION (años): _____

TRATAMIENTO TOPICO: Si ___ No ___ Cuál(es)? _____

TRATAMIENTO SISTEMICO: Si ___ No ___ Cuál(es)? _____

SITIOS COMPROMETIDOS:

Cuero Cabelludo ___ Brazos ___ Codos ___ Antebrazos ___
Manos ___ Tronco Anterior ___ Tronco Posterior ___ Muslos ___
Rodillas ___ Piernas ___ Pies ___ Genitales ___ Otros ___

PASI: _____

COMENTARIOS ADICIONALES:

EVALUADOR: _____

ANEXO B. CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (DQLI)



UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
A SIGNATURA INVESTIGACION SOCIAL



IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR PSORIASIS

INSTRUMENTO B. CUESTIONARIO DE INDICE DE CALIDAD DE VIDA (DQLI)

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque con una X una casilla para cada pregunta.

- | | |
|---|---|
| 1. Durante la última semana, ¿ha sentido Picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___ |
| 2. Durante la última semana, ¿se ha sentido Avergonzado/a o cohibido debido a su piel? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___ |
| 3. Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___
Sin relación ___ |
| 4. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___
Sin relación ___ |
| 5. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___
Sin relación ___ |
| 6. Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo ___
Mucho ___
Un poco ___
Nada ___
Sin relación ___ |
-

7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?
- Si _____
 No _____
 Sin relación _____
- Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿Cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?
- Muchísimo _____
 Mucho _____
 Un poco _____
 Nada _____
8. Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?
- Muchísimo _____
 Mucho _____
 Un poco _____
 Nada _____
 Sin relación _____
9. Durante la última semana, ¿Cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?
- Muchísimo _____
 Mucho _____
 Un poco _____
 Nada _____
 Sin relación _____
10. Durante la última semana, ¿Cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?
- Muchísimo _____
 Mucho _____
 Un poco _____
 Nada _____
 Sin relación _____

Por favor, verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias